

# Statistiques sanitaires

Rapport  
sur la quatrième conférence européenne

Luxembourg  
28-31 août 1979

ISBN 92 890 2209 4

© Organisation mondiale de la Santé 1982

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N°2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à une conférence et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

IMPRIME AU DANEMARK

# SOMMAIRE

Page

1.	Introduction . . . . .	1
2.	Besoins, demandes et utilisation des services de santé . . . . .	2
2.1	Enquêtes sur la santé . . . . .	3
2.2	Rapport entre besoins et ressources. . . . .	4
2.3	Soins de santé primaires . . . . .	5
2.4	Indicateurs de l'état de santé . . . . .	5
3.	Affectation des ressources dans les services de santé . . . . .	6
3.1	Comptes nationaux de la santé . . . . .	7
3.2	Calcul des coûts par modules de soins . . . . .	7
3.3	Bases de données et planification de la main-d'œuvre . . . . .	8
3.4	Modèles économétriques . . . . .	9
4.	Les problèmes spécifiques des systèmes d'information sanitaire. . . . .	11
4.1	Plan d'ensemble . . . . .	11
4.2	Données spécifiques et données de routine . . . . .	12
4.3	Evaluation . . . . .	12
4.4	Présentation des statistiques et rétro-information. . . . .	14
5.	Conclusions . . . . .	16
6.	Recommandations . . . . .	18
Annexe I	Comptabilité nationale de la santé, – <i>Dr J.T.P. Bonte</i> et <i>Dr W.G. Oosterhoff</i> . . . . .	20
Annexe II	Calcul des coûts par modules de soins – <i>Dr H. Poulsen</i> . . . . .	27
Annexe III	Liste des participants . . . . .	36



# QUATRIEME CONFERENCE EUROPEENNE SUR LES STATISTIQUES SANITAIRES

*Luxembourg, 28 - 31 août 1979*

## 1. INTRODUCTION

Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, a convoqué la quatrième conférence européenne sur les statistiques sanitaires, qui s'est réunie du 28 au 31 août 1979, à Luxembourg.

Les trois premières conférences sur les statistiques sanitaires ont eu lieu à Copenhague (1962), Budapest (1965) et Turin (1971). Parmi les principaux sujets abordés lors de la conférence de Luxembourg, on citera : la création de systèmes nationaux d'information sanitaire et de services de statistiques sanitaires, l'intérêt que présentent les mesures de la morbidité pour les services de santé, enfin la détermination des priorités de la lutte contre les maladies et les handicaps. De nombreuses activités ont été entreprises depuis lors dans le domaine de l'information sanitaire, aux niveaux national et international. La programmation et la gestion des services de santé font de plus en plus appel aux statistiques sanitaires et données connexes. De nouvelles orientations se sont fait jour dans la planification sanitaire et l'on tend désormais à lier la résolution des problèmes de santé au développement socio-économique global.

On constate toutefois que ces développements n'ont pas toujours été accompagnés ou suffisamment appuyés par des développements correspondants de l'information sanitaire. Les critiques suivantes sont fréquemment exprimées : il n'y a pas de plan directeur en ce qui concerne les statistiques sanitaires; le développement de la recherche en statistiques sanitaires est fragmentaire et n'a souvent aucun lien avec la collecte des données de routine; l'accent est mis sur le rassemblement des données aux dépens de leur analyse; les besoins des utilisateurs sont mal définis; la qualité et l'exactitude de l'information ne sont pas toujours assurées; l'information porte principalement sur les soins hospitaliers, aux dépens, souvent, des soins de santé primaires; il est urgent d'avoir de meilleurs renseignements sur l'état de santé de la population, considérés non pas en termes d'utilisateurs, mais en termes de besoins; il faut établir un ensemble de mesures pratiques de nature à permettre l'évaluation des soins de santé.

Même si la science des statistiques sanitaires s'efforce de répondre de son mieux à ces besoins, elle ne saurait naturellement les satisfaire tous. Cette quatrième conférence européenne sur les statistiques sanitaires permettra donc de débattre des problèmes les plus urgents et les plus importants auxquels se heurtent les systèmes et les services d'information sanitaire et plus précisément de l'appui nécessaire à la programmation et à la gestion des services de santé.

La conférence a réuni quarante-deux participants, représentants de dix-sept Etats Membres de la Région européenne, de trois organisations intergouvernementales, du Siège de l'OMS et du Bureau régional (on trouvera une liste des participants en Annexe III). Les débats ont été ouverts par le Dr A. Weber, Directeur de l'Information pour la santé, au nom du Dr Leo A. Kaprio, Directeur régional de l'Europe, de l'Organisation mondiale de la Santé. Le Dr E. Duhr, Directeur de la Santé du Luxembourg, a souhaité la bienvenue aux participants, au nom du Gouvernement de son pays. Le Dr R. Beckers a été élu président de la conférence, le Dr Françoise Hatton, le Dr J. Otto et le Dr P. Petkov étant portés à la vice-présidence; le Dr A. Barr était rapporteur.

Les titres des sections et sous-sections du présent rapport suivent fidèlement les points de l'ordre du jour. Chacune des journées de travail a été consacrée à l'examen de l'un des grands thèmes qui y étaient inscrits. Tous les matins, les participants se réunissaient en sessions plénières, des discussions de groupe étant organisées l'après-midi. Excepté le jour de l'ouverture, les participants réunis en assemblée plénière étaient saisis quotidiennement d'un rapport relatif aux débats de l'après-midi précédent. Les conclusions et recommandations de la conférence (voir sections 5 et 6 ci-après) ont été étudiées et adoptées lors de la séance finale.

## **2. BESOINS, DEMANDES ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE**

Les notions de besoins et de demande sont utiles, voire essentielles; néanmoins, la mise au point d'un étalon valable, objectif et fiable pour mesurer ces quantités présente des difficultés pratiques immenses. On n'a pas encore établi de définition générale acceptée du «besoin». La «demande» tend à se confondre avec le volume et la portée des traitements entrepris, que les soins apportent ou non une amélioration, quitte à négliger des besoins plus urgents. Dans l'état actuel de nos connaissances, il semblerait bien que la marche à suivre la plus utile consiste à déterminer des approches différentes : enquêtes par interviews sur la santé, évaluation des besoins des patients en matière de soins primaires et hospitaliers, enfin indices de l'état de santé.

## 2.1 Enquêtes sur la santé

Nombreux sont les Etats Membres de la Région européenne qui procèdent à des enquêtes par interrogatoire sur la santé ; leurs objectifs et leurs définitions varient largement, de même que les méthodes de rassemblement et de traitement des données. Les avantages de l'enquête par interrogatoire peuvent se résumer comme suit :

- a) les données de cette nature, à l'échelle de la population totale, permettent de comparer certaines informations fournies par les institutions, et n'ayant trait qu'à une partie de la population ;
- b) elles permettent de mesurer la gravité des maladies (incapacités résultantes, etc.), ainsi que leurs conséquences socio-économiques ;
- c) elles permettent de constater les différences de l'état de santé et du recours aux services de santé, fondées sur des éléments sociaux ;
- d) elles permettent de réunir des données sur la façon dont le consommateur perçoit les services de santé et son degré de satisfaction, ainsi que sur l'accessibilité de ces services et leur acceptabilité.

Les enquêtes par interrogatoire présentent notamment les inconvénients suivants :

- a) elles n'ont qu'un intérêt limité en matière d'estimation de certaines formes spécifiques de morbidité car elles ne peuvent fournir que des informations subjectives sur les symptômes, fondées sur la connaissance qu'a le patient de la maladie ; et
- b) les connaissances limitées de l'enquêteur à l'égard du diagnostic et de la thérapie rendent malaisée toute vérification des réponses de l'enquêté.

Compte tenu de ce qui précède, les participants ont considéré qu'il faudrait inclure dans les enquêtes à objectifs multiples réalisées auprès des ménages et concernant des questions de santé uniquement des questions d'ordre très général permettant la comparaison avec d'autres recensements « sociaux ». En outre, ces questions devraient ne viser, en premier lieu, qu'à définir les stratégies sanitaires et l'état de santé, ainsi que leurs conséquences, en termes de consommation de services de santé. Les enquêtes sur la santé par voie d'interrogatoire constituent un instrument valable pour certains problèmes, mais ne sauraient être isolées du contexte plus général des statistiques de routine. Elles font partie intégrante de la panoplie du système d'information. Le développement effréné des banques de données comporte

un danger naturel. Chaque donnée d'information doit être évaluée soigneusement avant de faire l'objet d'une question et toutes les données, qu'elles soient de routine ou spécifiques, doivent être régulièrement soumises à un examen critique afin que soit garantie la meilleure utilisation possible des ressources affectées à la santé. Enfin, on doit être certain que les informations disponibles sont pertinentes.

## 2.2 Rapport entre besoins et ressources

Les études opérationnelles (examen critique de l'utilisation des lits, par exemple) présentent un intérêt inestimable pour les administrateurs et planificateurs de la santé, et il conviendrait de les faire porter aussi sur d'autres aspects du service pour mettre en évidence l'incidence de chaque modification, dans un type de service donné, sur les fonctions des autres. Pour qu'un tel processus soit efficace, il importe d'établir un rapport étroit entre l'administrateur et le planificateur d'une part et, de l'autre, le chercheur et l'analyste. Les données recueillies sont non significatives, voire fallacieuses, lorsqu'il n'existe pas de liens étroits entre tous ceux qui sont directement en cause, et le résultat est décevant. Des progrès réels ne sont possibles que si l'administrateur se familiarise avec le jargon scientifique et si le scientifique a son mot à dire concernant les problèmes pratiques auxquels l'administration doit faire face. Ceux qui doivent agir ne doivent pas se retrancher derrière des déclarations de principe pour camoufler leurs préférences personnelles, et l'analyste doit expliciter les méthodes qui trouvent leur application pour résoudre un problème à l'étude.

Il est généralement admis que certains patients n'occupent pas la place voulue dans le système de soins de santé, sans qu'il y ait nécessairement faute de la part d'une administration faible ou indifférente car, le plus souvent, seul le déséquilibre entre les ressources disponibles et les besoins est en cause : trop de lits «aigus» ou trop peu de lits de convalescents ou de «longue durée». Selon les professionnels, l'ampleur de ce déséquilibre varie selon les pays et de région à région à l'intérieur d'un même pays.

D'après certaines études récentes en Irlande du Nord (ailleurs que dans les hôpitaux psychiatriques), un tiers des patients nécessitaient des soins hospitaliers «aigus», près de la moitié auraient pu être traités dans un établissement de soins auxiliaires et près d'un cinquième auraient pu être soignés chez eux, à condition que des services ménagers soient assurés à domicile. Ces proportions ont été établies selon des critères souples de classification des besoins de patients; si les critères avaient été plus stricts, un plus grand nombre de patients auraient été justiciables de soins spécialisés, au lieu d'une hospitalisation en milieu «aigu»; cela laisse transparaître la nature inévitablement subjective de l'analyse.

La durée du séjour à l'hôpital est fonction de l'expérience professionnelle dans les services ainsi que des exigences du public. Au cours des deux

dernières décennies, on a pu constater une diminution généralisée de la longueur des hospitalisations dans la plupart des pays européens; elle tend d'ailleurs à se ralentir dans certains secteurs et la tendance se généralisera ultérieurement dans tous les pays. On peut en inférer de nouvelles possibilités d'économie ou, de façon plus réaliste, l'utilisation, par un plus grand nombre, des ressources disponibles.

### 2.3 Soins de santé primaires

La conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata (URSS) en 1978, a montré qu'il est devenu urgent d'agir et de s'engager dans chaque pays à développer et à mettre en œuvre partout, et plus particulièrement dans les pays en développement, les soins de santé primaires. Il avait donc été décidé à la conférence d'Alma-Ata que, pour traduire dans la pratique les principes inhérents aux soins de santé primaires, il faudrait que les ressources financières soient attribuées en priorité aux soins de santé primaires, que les avoirs soient mieux répartis et mieux utilisés et que les processus de gestion et les potentiels de planification, mise en œuvre, budgétisation, supervision, surveillance continue et évaluation à tout niveau, s'effectuent dans de meilleures conditions et avec le soutien d'un système d'information pertinent. Le fait que l'on se soit si peu intéressé aux soins de santé primaires en général, pour se concentrer sur les soins hospitaliers, est assez préoccupant.

Les participants à la conférence d'Alma-Ata et à la quatrième conférence européenne sur les statistiques sanitaires ont jugé que la mise en commun et l'échange d'informations, de connaissances techniques et d'expérience, présentent de nombreux avantages sur le plan du développement des soins de santé primaires, dans le contexte général de la coopération technique entre pays. A cet égard, les organisations internationales peuvent jouer un rôle privilégié dès lors qu'il s'agit d'encourager et de faciliter l'application des stratégies nationales. Mesurer la santé demeure très difficile. Après des dépistages de masse organisés à cette fin, les opinions ont divergé quant au point de savoir si une personne donnée devait être classée parmi les «malades» ou les gens «en bonne santé». S'il est possible de comparer les conditions diagnostiques, cet élément ne constitue qu'un aspect mineur du spectre global. Il faut envisager le traitement assuré dans le contexte des types d'installations de soins auxquelles on a recours et par rapport aux résultats à court terme et à long terme. C'est en cela que des accords internationaux pourraient se révéler d'un intérêt immense.

### 2.4 Indicateurs de l'état de santé

Bien que la notion d'indicateur de l'état de santé ne soit pas nouvelle, quelque confusion subsiste quant à la terminologie. Ainsi, quelle est la

différence, s'il y en a une, entre «indicateur de santé» et «indice de santé» ? Les participants sont convenus que l'indice de santé est, en gros, un amalgame d'indicateurs de santé. Il est apparu souhaitable de pouvoir disposer de trois types d'indicateurs :

- a) indicateurs de l'état de santé qui doivent être élaborés progressivement, pour passer d'une mesure globale à des centres d'intérêt plus spécifiques (indices d'infirmité, etc.);
- b) indicateurs de l'utilisation des services de santé axés sur les résultats; et
- c) indicateurs des ressources de santé disponibles, exprimées en termes monétaires et non monétaires.

Ces indicateurs, pris dans leur ensemble, sont utiles pour enregistrer la situation et la progression de la santé d'un pays et aux fins de la formulation des politiques sanitaires. Les indicateurs valables ne sont utiles que dans le contexte d'un système permanent et exhaustif d'informations pour la santé, dont les statistiques sanitaires constituent un élément essentiel. La normalisation, à l'échelle internationale, de ces trois types d'indicateurs est éminemment souhaitable dans la mesure où elle suppose l'unification des notions, des définitions, ainsi que des classifications opérationnelles et des présentations statistiques.

A cette fin, il peut se révéler utile de constituer des groupes directeurs nationaux, composés d'experts de différentes disciplines. L'information comporte inévitablement un élément de politique, aussi importe-t-il que les politiciens expriment leurs desiderata. Simultanément, le statisticien devrait bénéficier d'un standing élevé dans la hiérarchie nationale; outre qu'une interprétation exacte et exhaustive des données est ainsi assurée, cela lui permet de participer aux débats sur les mesures qui conviennent le mieux.

### **3. AFFECTATION DES RESSOURCES DANS LES SERVICES DE SANTE**

On est évidemment devenu plus attentif aux dépenses de santé maintenant que, dans un contexte mondial de récession, le coût des services fournis augmente. La conjoncture favorable des années 60, où l'expansion était la règle, pourrait bien ne pas se reproduire avant longtemps et il importe donc d'autant plus d'obtenir des services au meilleur prix. La comptabilité nationale des soins de santé, le calcul des coûts par modules de soins, la planification de la main-d'œuvre et les modèles d'économétrie figurent parmi les moyens d'explorer et de comprendre le coût actuel et futur des services.

### 3.1 Comptes nationaux de la santé

Une minorité seulement d'Etats Membres de la Région européenne ont mis en place un système de comptabilité des soins de santé ou sont en train de le faire, mais un grand nombre de pays procèdent à des études approfondies sur des problèmes particuliers. Pour les services de santé payés à l'acte, on dispose de données qui peuvent être d'une grande utilité même si, dans certains cas, elles sont malheureusement incomplètes ou peu fiables. On considère désormais que les comptes de la santé constituent un moyen important de répartir les ressources nationales entre services concurrentiels. Ils aident aussi à déterminer les priorités. Les services qui déboursent des fonds doivent faire l'objet d'une coordination. Chaque département utilise ses ressources en hommes, en machines, en matériel et en argent, pour produire des services ou des biens.

Les chevauchements entre activités économiques différentes ou entre services ou fonctions n'ont rien qui doive étonner; ainsi, l'éducation contribue à la santé par le biais de la formation des médecins et par la mise à disposition de services sanitaires et dentaires dans les écoles; l'industrie contribue à l'éducation en patronnant des programmes de formation, etc. Le total de la dépense afférente à une fonction déterminée est le total des contributions à cette fonction, quelles que soient les sources dont elle provient.

Cela entraîne un certain nombre de difficultés : comptages multiples, problèmes de réalisation intermédiaire et de délimitation; il est néanmoins essentiel que les gouvernements réalisent une évaluation réaliste et exacte des dépenses de santé, ou de toute autre quantité déterminée, tant dans le domaine étroit des coûts directs que dans un sens plus large (c'est-à-dire y compris le coût de l'enseignement, de la prévention, de la recherche, des services sociaux, etc.). Les conclusions qui découlent de cette analyse devraient justifier la répartition des crédits entre les différentes fonctions. En outre, une analyse plus approfondie de chaque service pris individuellement, dans l'optique de ses activités, risque de se révéler indispensable. Ainsi, le domaine des soins de santé peut être précisé selon les facilités dont sont dotés les différents types de services. On trouvera à l'Annexe I la description d'une approche intéressante à l'élaboration d'une comptabilité nationale des coûts de santé, sur la base de l'expérience acquise aux Pays-Bas.

### 3.2 Calcul des coûts par modules de soins

Les comptes nationaux n'ont cependant guère d'intérêt sur le plan local. Il est nécessaire d'élargir le système de calcul des coûts pour mettre en évidence la rentabilité des dépenses de santé, et c'est cela qui importe le plus à l'échelon local. On a de bonnes raisons de croire que le clinicien s'intéresse aux coûts et que, en conséquence, s'il acquiert quelques notions sur les modalités de l'établissement de ces coûts, il a des chances de modifier ses attitudes

et ses habitudes. Le calcul des coûts devrait indubitablement être associé à des modules de soins auxquels le clinicien pourrait référer son activité, et non pas constituer une simple présentation de dépenses brutes, en termes de lits ou de journées d'hôpital. Une estimation raisonnable du module de soins des santé est souvent possible sur la base d'un nombre limité de catégories diagnostiques; l'examen de certains groupes spécifiques permet d'étudier les coûts pour l'ensemble de la gamme des services de soins primaires et hospitaliers. L'information financière au niveau micro-économique devrait être disponible dans les services de statistiques de santé puisqu'elle constitue le fondement des jugements de valeur établis par les administrateurs et les praticiens.

On peut se faire une idée des réalisations des services locaux grâce aux modules de soins; néanmoins, une approche plus globale, au plan national ou régional, s'impose, pour prendre en compte l'interaction entre les différentes composantes du service et les influences de facteurs incontrôlables, qui prennent naissance en dehors du système de soins de santé. C'est là le rôle de l'analyse économétrique. Un modèle, c'est-à-dire essentiellement la représentation simplifiée d'une situation réelle, doit être conçu de façon à incorporer tous les mécanismes pertinents et à éliminer ceux qui n'ont pas d'intérêt. La modélisation, qui constitue une méthode logique et objective, demeure cependant un art et non pas une science. A moins que le modèle reflète le problème auquel sont confrontés le planificateur et l'administrateur, il ne constituera guère qu'un exercice d'école. Il s'ensuit que tout modèle, pour être utile, doit combiner l'expérience du planificateur avec la connaissance scientifique du chercheur. Le fait que l'on dispose désormais d'ordinateurs très perfectionnés a grandement accru le champ d'application des modèles économétriques de répartition des ressources dans les services de santé, et l'utilisation de ces modèles aux fins de l'analyse s'affirmera, à mesure que les systèmes statistiques se développeront. On trouvera à l'Annexe II quelques exemples pratiques d'élaboration du coût des soins de santé avec l'aide de la modélisation.

### **3.3 Bases de données et planification de la main-d'œuvre**

La main-d'œuvre est essentielle à la viabilité d'un service de santé. L'insuffisance du nombre de médecins, d'infirmières ou de techniciens limite la portée et le développement du traitement et des soins, alors que la pléthore, dans ces catégories, entraîne un gaspillage de ressources humaines précieuses. Parmi les différentes catégories de professionnels de la santé, ce sont les médecins dont la formation est la plus longue — sept ans ou davantage à partir de l'entrée à l'université. On opposera à cela une période de deux ou trois ans, pour former une infirmière. Compte tenu de la durée de la formation du médecin, nulle modification du nombre de médecins ne peut intervenir rapidement, où que ce soit. La prévision des besoins est donc

une affaire d'importance. Le nombre de médecins est, dans l'ensemble, fonction du nombre, de la distribution et de l'âge de la population, de la mesure dans laquelle les besoins de santé peuvent être satisfaits par les ressources nationales et privées disponibles, ainsi que de la structure des soins médicaux. On peut établir des effectifs en se fondant sur ces informations. Ainsi, en URSS, le nombre de médecins nécessaires pour assurer les soins ambulatoires peut être estimé grâce à l'équation suivante :

$$D = \frac{NP}{F}$$

- où D est le nombre de médecins,  
N est la demande normalisée de soins ambulatoires,  
P est la population du territoire; et  
F est la productivité annuelle d'un médecin.

La productivité d'un médecin est définie comme étant le nombre de patients qu'il voit par unité de temps. La planification normative présente l'avantage d'éviter la nécessité de procéder chaque année à de nouveaux calculs complexes. Les résultats une fois obtenus peuvent être appliqués à une période particulière, ce qui est un facteur de stabilité. Les plans à long terme peuvent recevoir des corrections, de sorte que les normes peuvent être révisées à la lumière de l'expérience.

Outre l'estimation à long terme des besoins en main-d'œuvre, d'autres problèmes, plus immédiats, sont liés à la répartition du personnel qualifié; l'un des plus importants, qui affecte divers pays, est celui de la distribution irrégulière des médecins par rapport à la population. Souvent, les médecins sont peu inclinés à travailler en zone rurale ou dans des secteurs éloignés, là où précisément les besoins de soins médicaux sont les plus pressants. Les encouragements financiers ne constituent qu'une réponse partielle. On pourrait aussi envisager que les jeunes médecins en fin d'études soient appelés à travailler dans ces zones moins attrayantes, dans le cadre de leur formation. Certains pays européens, au contraire, connaissent un excédent de médecins et il serait commode que les médecins en surnombre puissent répondre aux besoins des régions les plus déshéritées; des problèmes de langue et de culture font cependant obstacle à cette solution.

### 3.4 Modèles économétriques

Le système sanitaire, de même que les systèmes économiques et physiques, en général ne peut être représenté dans tous ses détails. Pour analyser son fonctionnement, on ne peut que construire des modèles qui le décrivent de manière approximative.

La qualité du modèle peut être déterminée par son aptitude à décrire, par la possibilité de l'utiliser pour la gestion et par l'aide qu'il apporte aux planificateurs chargés de prendre des mesures destinées à garantir qu'à l'avenir le système de santé répondra mieux à l'attente, le niveau de santé de la population étant amélioré au moindre coût, avec un minimum de tensions sociales.

On peut simplifier une réalité excessivement complexe en agissant à différents niveaux qui correspondent à des modèles du type micro-économique ou macro-économique, suivant les informations disponibles et les emplois prévus. Les modèles micro-économiques ont trait au comportement individuel des agents, des consommateurs ou des unités de production; les modèles macro-économiques tiennent compte d'agrégats de variables qui représentent des moyennes. Toutes les situations intermédiaires sont évidemment possibles.

La construction de modèles repose sur le choix de diverses variables et la détermination des fonctions qui caractérisent les rapports entre ces variables. Les variables choisies devraient alors l'être pour leur signification économique et en vertu des possibilités statistiques de mesure.

Les relations représentées dans le modèle peuvent être de différents types, depuis la relation strictement fonctionnelle (parfois, il s'agit purement et simplement d'une définition) jusqu'à une relation dont les paramètres sont calculés suivant des méthodes statistiques plus ou moins perfectionnées. En matière de répartition des ressources, les relations peuvent être classées en gros dans les catégories suivantes :

- relations de définition : destinées à introduire diverses mesures (volumes, prix, durée des activités, etc.);
- relations d'agrégation (facteurs de production, consommation);
- relations de compatibilité et substitutions (dans le contexte économique et démographique général, entre sous-secteurs des services de santé);
- relations d'organisation : précisant les conditions techniques et économiques inhérentes à la production de services de soins.

Le choix du type de rapports, de leur nombre ainsi que de leur forme, doit être déterminé sur la base des possibilités offertes par les statistiques. La complexité des modèles augmente généralement avec la précision des informations disponibles et leur quantité.

On se trouve donc en présence d'une interaction entre «information statistique» et «modèles». Il devrait être possible d'améliorer le modèle à raison du développement de l'information statistique, d'où la nécessité évidente de nouveaux renseignements. L'information statistique entraîne des évaluations du modèle et permet de déterminer dans quelle mesure il représente la réalité passée et d'établir des pronostics pour l'avenir.

Le dialogue avec les planificateurs devrait conduire à systématiser l'intégration des modèles de variables, l'élaboration de ces dernières pouvant être fonction de certaines options. La modélisation permettrait donc de tester les répercussions sur le développement des services de santé de certaines décisions (limitation de la main-d'œuvre, développement des consultations ambulatoires).

#### **4. LES PROBLEMES SPECIFIQUES DES SYSTEMES D'INFORMATION SANITAIRE**

Les services d'information sanitaire doivent faire face à des exigences énormes, de toutes parts. L'information est requise de plus en plus largement aux fins de la planification, de la répartition des ressources, de l'évaluation des traitements et de la prévision des besoins futurs. Nombre de services statistiques recueillent aujourd'hui des informations nécessaires hier, mais largement périmées désormais, et qui seront devenues sans objet demain. Il est essentiel que les systèmes d'information soient suffisamment sensibles, cohérents et souples pour s'adapter aux problèmes qui émergent.

##### **4.1 Plan d'ensemble**

De nombreux pays ont des plans d'ensemble qui comportent des programmes fonctionnels, mais il arrive souvent que l'interconnexion des données et les analyses décisives ne puissent être réalisées. Ces problèmes de coordination appellent la création de comités nationaux dont le mandat pourrait comporter les éléments suivants :

- a) définir les objectifs à moyen terme et à long terme d'un plan d'ensemble;
- b) formuler une stratégie pour réaliser ces objectifs;
- c) s'assurer les concours en personnel, ressources et services annexes nécessaires.

Ce type de planification est utile pour guider et motiver les services d'information. Le plus souvent, les systèmes statistiques nationaux évoluent cependant de façon fragmentaire, les administrateurs locaux se procurant les informations nécessaires à l'autorité centrale. Il n'est pas peu fréquent que cette approche du sommet vers la base donne des résultats médiocres dans la mesure où l'information n'entraîne qu'une action limitée, voire

inexistante. Lorsqu'on étudie un système d'information, il importe essentiellement de se poser trois questions : pourquoi l'information est-elle demandée ? Sera-t-elle utilisée ? Justifie-t-elle la dépense encourue pour la rassembler ?

Les plus grands avantages ont des chances d'être fournis par un système d'information lorsque les données ont trait à des problèmes locaux et passent en quantités décroissantes au gouvernement central. Cette démarche « de la base vers le sommet » garantit que seules les informations utiles sur le plan économique seront obtenues.

La question de savoir si les statistiques et l'information sanitaires devraient être considérées comme une branche de la statistique générale ou une section de la gestion sanitaire n'a pas de réponse dans l'absolu. Etant donné que les statistiques sanitaires sont utilisées en premier lieu pour faciliter la prise de décisions, la première hypothèse semble valable ; en tout état de cause, il serait évidemment avantageux qu'un plan d'ensemble pour l'information sanitaire, s'il était élaboré, trouve sa place dans le cadre statistique général donné.

#### 4.2 Données spécifiques et données de routine

Le rassemblement des statistiques de routine, épine dorsale de tout système d'information sanitaire, risque, de par son essence même, de constituer un processus statique. Une fois établi, il tend à passer inaperçu alors même qu'il continue de fonctionner. La normalisation est indispensable pour permettre les comparaisons ; tous les systèmes statistiques devront toutefois être impérativement suivis de façon régulière, et ceux qui ne répondent plus à leur objet initial devront être éliminés.

Chaque imprimé statistique devrait faire l'objet d'une évaluation critique environ tous les cinq ans. A défaut, le système d'information engendrera une masse de données touffues, coûteuses à maintenir et qui, en outre, détournent le système de son objectif réel.

Un système d'information n'est évidemment pas destiné uniquement à rassembler des statistiques de routine ; les études de cas en constituent un élément important. La distinction entre démarche habituelle et démarche spécifique est parfois malaisée et il semble bien qu'elle ne présente aucun intérêt particulier. On trouvera au tableau 1 une classification plus réaliste.

#### 4.3 Evaluation

Des enquêtes de routine et des enquêtes *ad hoc* sont nécessaires pour évaluer les soins de santé. L'évaluation a été définie comme « le processus qui consiste à déterminer dans quelle mesure ont été atteints les objectifs assignés à un programme, ainsi que l'adéquation et l'efficacité de ce programme et

Tableau 1. Catégories de données, en fonction de la fréquence de leur rassemblement et de l'établissement des rapports

Données	Rapports	Contenu
routine	routine	données recueillies et rapports produits régulièrement (exemple : statistiques de mortalité)
routine	spéciaux	données recueillies régulièrement et rapports publiés par intermittence (exemple : enquête nationale sur le cancer)
spécifiques	spéciaux	données recueillies à une fin particulière, selon des procédures spéciales (exemple : appréciation des patients sur le traitement et les soins hospitaliers)

la manière dont il est accepté par les parties intéressées». <sup>a</sup> L'évaluation est un élément essentiel de toute activité humaine. Elle suppose la mesure systématique des résultats par rapport à des objectifs, des buts, des cibles ou des résultats prédéterminés et elle devient d'autant plus aisée que ces termes ont été bien définis.

La santé est une entité complexe. Les finalités et les priorités d'un service de santé ne sont guère faciles à définir, d'autant plus que de nombreux facteurs extérieurs influencent la santé : situation sociale, dépenses publiques, disponibilités financières. On a fait remarquer à la conférence européenne sur la planification nationale de la santé que : «L'une des clés de l'évaluation est l'argent qui sert, non seulement à mener à bien l'évaluation elle-même, mais aussi d'indice de succès ou d'échec». <sup>b</sup>

La simple observation suffit parfois à reconnaître si les soins sont médiocres ou inefficaces : admissions inutiles à l'hôpital, thérapeutique inappropriée, patients mal aiguillés, mauvaise planification, demandes superflues de tests diagnostiques n'en sont que quelques exemples. Les études

<sup>a</sup> *Les méthodes d'évaluation des programmes de santé publique* : rapport sur un symposium (Kiel, 14-16 novembre 1967), Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 1968, p. 39.

<sup>b</sup> *Conférence européenne sur la planification nationale de la santé (Bucarest, 1974)* Rapport EURO 4107. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 1975, p. 27.

qui ont été réalisées sur les dépenses de santé publique ne montrent pas de relation de cause à effet entre amélioration de la santé et multiplication des investissements.

La conclusion d'ensemble qui se dégage d'un certain nombre d'études est que les services de santé n'influent guère sur la mortalité. On pourrait donc affirmer que la façon dont certains pays développés répartissent leurs ressources est parfois inefficace.

Les comparaisons internationales présentent de l'importance, mais elles ne sont pratiques que si les définitions et les usages sont déterminés d'un commun accord. A l'heure actuelle, ces études ne portent que sur quelques domaines, dont l'oncologie. L'OMS, en coopération avec d'autres institutions internationales, s'efforce, en qualité de catalyseur, de promouvoir une meilleure comparabilité internationale des méthodes et des usages. Entre-temps, il est indispensable de procéder, à l'échelle nationale et locale, à des études sur le coût et l'efficacité des politiques de santé.

A long terme, la méthode la plus rentable et la plus efficace est sans doute celle des essais contrôlés aléatoires au niveau local, qui ont pour but l'évaluation des avantages et du coût d'un traitement donné. On connaît plusieurs variantes de cette méthode. Ces études spécifiques demandent une approche multidisciplinaire, sous peine d'être insuffisamment équilibrées et de ne pas permettre l'analyse exhaustive qui est indispensable pour la prise des décisions rationnelles.

#### **4.4 Présentation des statistiques et rétro-information**

Les systèmes d'information sanitaire doivent enfin s'acquitter de la tâche essentielle qui consiste à rendre les statistiques compréhensibles et attrayantes pour les praticiens, les planificateurs et les organes délibérants. Il est d'usage de consacrer 10% du budget et du temps disponibles pour acquérir les données, 70% pour recueillir et traiter l'information, 15% pour l'analyse statistique et les 5% restants pour la présentation. Il est non moins habituel de considérer la présentation des statistiques comme la dernière étape et, partant, la moins urgente. Alors que la demande d'information croît, il n'est pas évident que toutes les informations recueillies, mises en tableaux et disponibles sont effectivement utilisées.

La présentation statistique — dans une hypothèse de rentabilité du soutien statistique — devrait avoir pour but de fournir l'information nécessaire qui servira ultérieurement à prendre une décision, à l'influencer, à la faciliter et à l'étayer, etc. Quant à la présentation des statistiques sanitaires, les décisions à formuler sur la base de ces statistiques sont essentiellement liées au système sanitaire, aux services de santé et aux programmes en la matière.

On peut identifier deux grandes catégories de preneurs de décisions :  
1) les populations et leurs représentants et 2) les responsables de la gestion

des services de santé. Pour un politicien, un planificateur ou un gestionnaire de la santé, les statistiques constituent un outil indispensable de la formulation des politiques de santé, de la détermination des priorités, de la répartition des crédits et de la gestion et de l'évaluation des services. Des informations statistiques devraient être mises à la disposition des populations pour leur permettre de justifier leurs demandes de services de santé et les guider lorsqu'elles ont à prendre des décisions concernant leur santé et leur manière de vivre. Les types de statistiques fournies à l'un et à l'autre groupes et la manière de les leur communiquer sont nécessairement très différents.

Il n'existe aucune méthode universelle pour présenter les statistiques «de la meilleure façon». Les besoins spécifiques, l'orientation des données présentées en vue d'un objectif donné, l'origine et les compétences différentes des consommateurs de statistiques et les sphères de décision différentes, que l'information statistique est supposée valider, tous ces éléments demandent des modes de présentation des données différents. L'approche spécifique peut donc être considérée comme l'un des principes directeurs de la présentation des statistiques.

Autre principe fondamental dont il faudra tenir compte : l'application pratique des statistiques. Tout message transmis par le biais de données statistiques devrait être assez clair pour aider l'utilisateur à prendre sa décision et pour lui permettre de supputer quelles mesures il conviendrait éventuellement de prendre. Un tableau statistique sans notes explicatives ou une présentation graphique compliquée n'ont aucun sens pour de nombreux utilisateurs de statistiques. Un tableau statistique n'est pas une fin en soi mais tout simplement le début de la présentation des données. La brièveté et la clarté de la présentation ont plus de chances de permettre à l'utilisateur de percevoir le message qui lui est destiné qu'une longue liste de données qui revêtent la forme de mesures incompréhensibles à un non-professionnel de la statistique.

L'opportunité des données est un autre élément déterminant de leur présentation. Des données présentées de manière moins élaborée, mais en temps voulu, sont plus utiles que des données raffinées, fournies tardivement. Le facteur temps devrait aussi être pris en compte lorsqu'on décide des techniques de rassemblement et de traitement des données. La nécessité de disposer de statistiques à intervalles réguliers affecte clairement la manière dont elles sont présentées.

La présentation statistique, y compris l'information en retour de diverses catégories d'utilisateurs, devrait être planifiée et incorporée dans tout programme de statistique. Au moment où l'on commence à évaluer la demande de statistiques, il faudrait aussi décider de la forme de leur présentation et des modalités de la rétro-information. Les besoins d'information déterminent le cadre de la présentation des données, le niveau de précision des statistiques, la couverture, etc.

Une rétro-information appropriée, rapide et régulière, représente une voie de communication importante entre le statisticien, l'utilisateur des

statistiques et le producteur des données de base. La rétro-information stimule de désir de collaborer et d'améliorer la qualité des données et contribue à développer la participation à l'élaboration des statistiques de santé. La rétro-information, surtout lorsqu'elle est organisée sur une base régulière et qu'elle fournit des informations sélectives, encourage les décideurs à faire usage de l'outil statistique et justifie l'existence même des statistiques et des statisticiens.

## 5. CONCLUSIONS

1. Dans la plupart des pays représentés à la conférence, l'expansion des services de santé, qui a été rapide au cours des années 60 et au début des années 70, est maintenant assujettie à des contraintes financières croissantes, qui risquent d'en freiner le rythme. En conséquence, on se préoccupe grandement, partout dans le monde, de répartir les ressources de façon rationnelle et de rechercher une efficacité accrue.

2. On continuera d'avoir besoin de statistiques de routine. Il faudrait rassembler davantage de données et les compléter par des études approfondies sur des points spécifiques, en particulier par des enquêtes sur la santé. Parfois, les décideurs reprochent aux statisticiens de leur fournir des informations inutiles ou sans objet. Les statisticiens, de leur côté, se plaignent de rester dans l'ignorance de l'usage que les autorités chargées de prendre les décisions souhaitent faire des données. Il en résulte souvent que des informations recueillies ne sont pas utilisées. Une meilleure coopération entre toutes les parties intéressées, dans le cadre d'un système souple, résoudrait un grand nombre de difficultés. La fiabilité des données et leur utilisation extérieure sont fonction de la compréhension, de la part des analystes, des problèmes auxquels sont confrontés ceux qui fournissent l'information; en revanche, ces derniers doivent avoir des notions sur les méthodes d'analyse. A cet égard, un programme de formation complet s'impose pour toutes les catégories de personnel, et particulièrement les professions médicales.

3. Les Etats Membres se préoccupent de plus en plus de l'élaboration et de l'évaluation des politiques locales et nationales qui, dans une large mesure, déterminent le profil des systèmes de statistiques sanitaires. En dépit d'importantes dissemblances dans la structure des services de santé des pays et de divergences dans les définitions et la terminologie utilisées, on devrait s'efforcer de procéder à des comparaisons de données au niveau international afin d'évaluer différents systèmes possibles pour les soins de santé. Il conviendrait de promouvoir l'échange d'informations sur le plan national.

4. En règle générale, les statistiques de mortalité et les statistiques hospitalières, encore qu'insuffisantes et incomplètes, sont plus facilement accessibles que les autres informations d'ordre sanitaire. Quant au développement des informations sur les soins de santé primaires, il appelle un effort considérable; d'autre part, des données utiles sont disponibles auprès des systèmes d'assurance sociale et d'assurance maladie de nombreux pays et il conviendrait d'en tirer un meilleur parti.

5. Pour faciliter la prise de décisions, il faut mettre au point une série d'indicateurs sanitaires — financiers ou non — qui serviront d'étalons pour évaluer les résultats obtenus. Il faut aussi élaborer des indicateurs de l'état de santé et du recours aux services de santé. Cependant, de tels indicateurs ne trouvent leur application que dans le cadre d'un système exhaustif permanent d'informations sanitaires et notamment de statistiques sanitaires. Chaque fois que possible, ces indicateurs devraient être normalisés par voie d'accords internationaux, ce qui suppose l'harmonisation des définitions, des classifications fonctionnelles et des modes de présentation des statistiques.

6. Afin d'améliorer le rapport coût/avantages et la répartition des ressources, il faudrait établir de nouvelles méthodes quantitatives de mesure des facteurs de production, des processus et des résultats obtenus par les services de santé. Il faut aussi construire des modèles, spécifiques des services sanitaires, et qui tiennent compte de leurs rapports avec certains facteurs connexes ou avec l'ensemble du système socio-économique. Des études coût/avantages ou coût/efficacité en fonction des choix pédagogiques, des modèles de traitement et des prescriptions devraient être réalisées afin de déterminer des modalités optimales de prestation des soins de santé. Il faudrait pour cela effectuer des essais aléatoires, tenant compte des coûts sociaux globaux. De la sorte, on devrait pouvoir construire des modèles de soins de santé susceptibles d'offrir des traitements acceptables à un coût raisonnable.

7. L'élaboration de modèles suppose l'existence de données pertinentes qui varient cependant — dans leur portée et leur champ d'application — suivant le type de soins de santé retenu. Dans les systèmes de paiement à l'acte, on peut souvent ventiler les coûts; par contre, lorsque la prestation est gratuite, il est plus difficile d'obtenir des détails. La plupart des pays admettent la nécessité d'une détermination précise des coûts, mais il reste encore beaucoup à faire quant au rassemblement ou à la normalisation des données nécessaires; certains pays s'efforcent de combler cette lacune. Les données relatives aux coûts sont souvent moins développées que celles qui concernent les patients, aussi semble-t-il opportun d'élaborer des formes de comptabilité nationale du coût des soins de santé que les Etats Membres pourront incorporer dans leurs comptes nationaux. Ces éléments seraient utiles à la planification sanitaire dans le pays considéré et à la comparaison sur une plus vaste échelle.

8. Il faut élaborer des systèmes de statistiques sanitaires en vertu d'un plan cadre ou d'un plan stratégique établissant des objectifs à moyen et à long termes, des buts opérationnels, et comportant un état des effectifs et autres ressources nécessaires pour les réaliser. L'expérience semble montrer que la meilleure façon de procéder consiste à déterminer en premier lieu les données requises au niveau primaire, puis à les récapituler en vue de leur utilisation aux stades ultérieurs. Les informations auraient alors davantage de chances d'être utilisées et les motifs d'antagonisme entre fournisseurs et utilisateurs de données pourraient être sensiblement réduits. En dernière analyse, la gestion des services de santé appelle l'action qui, de son côté, suppose la prise de décisions, ces dernières devant être étayées par des informations valables si l'on veut éviter tout conflit.

## 6. RECOMMANDATIONS

1. L'OMS devrait entreprendre une étude sur les systèmes d'information eu égard à leurs objectifs; les Etats Membres pourraient alors l'examiner en vue de l'élaboration d'une base commune de comparaison des données sur le plan international. Il faut aussi que les systèmes de statistiques sanitaires, qui existent dans le contexte des services d'information généraux des Etats Membres, fassent l'objet d'une réévaluation permanente afin d'identifier et, ultérieurement, d'éliminer les procédures superflues et inefficaces et d'adopter des systèmes éprouvés de gestion et de planification sanitaires et d'évaluation des soins de santé.

2. L'OMS, en collaboration avec d'autres institutions internationales et régionales, devrait, tout en continuant à favoriser la mise au point de statistiques de mortalité, accélérer l'élaboration de nouveaux critères de recours aux différents types et niveaux de soins, la détermination d'indicateurs de l'état de santé et l'adoption de modules pour le calcul des coûts.

Pour promouvoir la comparaison internationale des données, l'OMS devrait élaborer des classifications, des définitions et des nomenclatures normalisées pour les systèmes d'information sanitaire et encourager les Etats Membres à les adopter. La *Classification internationale des Maladies* est un exemple de ce que l'on peut faire. L'OMS a, en outre, publié une *Classification internationale des actes médicaux*; il s'agit pour l'instant d'un texte provisoire qu'il est recommandé d'utiliser à titre expérimental; la version définitive sera établie en tenant compte des observations des utilisateurs. Des classifications analogues seraient souhaitables pour les personnels de santé, les établissements médicaux, etc. Les avantages de l'adoption et de l'utilisation de ces classifications sur le plan international sont évidents.

3. L'OMS devrait élaborer d'urgence des directives sur la formulation de plans cadres ou stratégiques pour l'élaboration d'informations sanitaires. Ces directives devraient être acceptables pour les Etats Membres et tenir compte des nécessités de la comparaison internationale des données.
4. L'OMS devrait examiner s'il est possible de créer, dans la Région européenne, une unité de recherche et de développement de l'information sanitaire qui pourrait assumer les fonctions suivantes : a) centre d'échange d'idées et d'expériences concernant l'information sanitaire; b) organisme chargé de procéder à des recherches sur certains aspects de l'information sanitaire et c) service consultatif pour le développement des systèmes d'information.
5. L'OMS devrait s'intéresser davantage au coût des soins de santé et pourrait, à cette fin, promouvoir la mise en place de systèmes nationaux de comptabilité sanitaire.
6. L'OMS devrait continuer à fournir un cadre pour les échanges internationaux d'informations et d'expériences entre statisticiens, épidémiologistes et autres scientifiques, et entre ces professionnels de la santé et les cliniciens, les planificateurs, les administrateurs et les décideurs.
7. Dans la perspective de l'évolution accélérée des conditions sociales et économiques, l'OMS devrait envisager d'organiser, plus souvent que dans le passé, des réunions techniques et des conférences multidisciplinaires consacrées à des questions d'information sanitaire.
8. Dans de nombreux pays, les statisticiens des systèmes d'information sanitaire ont tendance à se préoccuper davantage de fournir des données à traiter que d'analyser les résultats et de les présenter sous une forme compréhensible et utilisable permettant d'informer en retour les producteurs de données et, en dernière analyse, le grand public. L'OMS devrait montrer la voie dans ce domaine en établissant des directives concernant la préparation de modèles de rapports.

## Annexe 1

### COMPTABILITE NATIONALE DE LA SANTE

*Dr J.T.P. Bonte<sup>a</sup> & Dr W.G. Oosterhoff<sup>b</sup>*

#### 1. Introduction

Dans un système de comptabilité nationale, les activités économiques sont à la base des classifications employées. Dans un tel système, on peut identifier la production de chacune des institutions fournissant des soins de santé. La consommation totale, pour tous les aspects de la santé et des soins de santé, ne saurait toutefois pas être tirée exclusivement de ce système axé sur la production. Pour rendre plus efficaces la gestion sanitaire et la planification, il faut aussi obtenir d'urgence des données financières plus directement liées aux problèmes (données financières par groupes cibles de la population, données orientées sur les maladies et données relatives à des programmes spécifiques de soins de santé).

Dans le présent document, les auteurs présentent un cadre général pour l'élaboration d'un système de comptabilité sanitaire axé sur les problèmes, compte tenu des impératifs d'un système de comptabilité nationale. On peut considérer qu'il s'agit donc d'un exposé général de quelques principes et directives de base inhérents à un système «idéal» qui pourra être mis en place progressivement.

#### 2. Comptabilité sanitaire et comptes de la nation

Dans un système de comptabilité nationale normalisé, les rapports entre création, répartition et affectation des ressources sont exprimés en unités monétaires. Le point de départ réside dans la combinaison des facteurs de production engendrant un produit national, les dépenses de consommation en étant le résultat. En termes de comptabilité fonctionnelle ou par objectifs — dont les comptes sanitaires ne sont qu'un exemple — le point de départ est la dépense finale de consommation, quel que soit le secteur dans lequel se produit la dépense (exemples : secteur public, privé, organismes sans but lucratif).

---

<sup>a</sup> Chef de la Division des Statistiques sanitaires, Office central des Statistiques, Voorburg (Pays-Bas).

<sup>b</sup> Chercheur, Division des Statistiques sanitaires, Office central des Statistiques, Voorburg (Pays-Bas).

Les dépenses de consommation peuvent être ventilées selon leur fonction en dépenses de santé, d'éducation, d'assistance sociale, à des fins récréatives, etc. On ne s'est jamais mis d'accord, que ce soit au plan international ou au niveau national, sur une classification par objectifs. Pour comparer données de production et de consommation (approche fonctionnelle), il n'est pas nécessaire d'établir un rapport entre chacun des termes, selon les classifications adoptées. En règle générale, la délimitation des différents domaines du rassemblement, du traitement et de l'analyse des données est fondée sur une classification fonctionnelle.

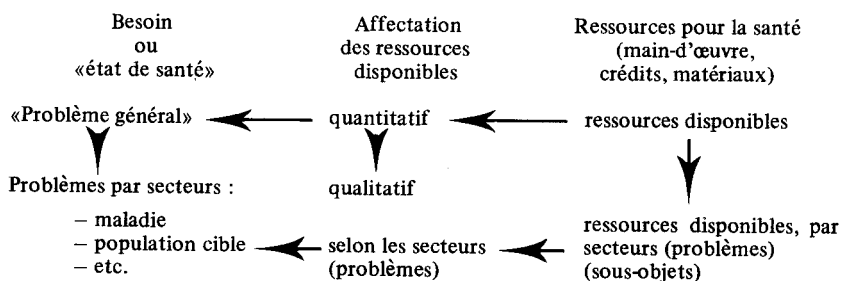
Une classification d'ensemble pourrait correspondre approximativement aux macro-secteurs de la vie sociale appelés, dans un système d'indicateurs sociaux, «préoccupations». En fait, il s'agit d'aspects de la «qualité de la vie» décrivant, en d'autres termes, les attributs qualitatifs d'une population.

Pour chaque objectif, on établit un système particulier de services et de ressources. Chaque pays est ainsi doté de son système de soins de santé, qui est une structure systématique des ressources physiques et financières (dont on trouvera la définition pratique à la section 4).

L'objectif général «santé» peut cependant aussi être subdivisé plus avant sur la base des problèmes que soulèvent certains groupes de maladies (maladies cardio-vasculaires, cancer, etc.), les accidents de la route, certains groupes cibles de la population (exemples : mères et enfants, adolescents, personnes âgées, handicapés physiques) ou encore entrer dans des catégories multiples (exemples : accidents de la route affectant de jeunes enfants). Pour obtenir une répartition optimale des moyens, il est donc souhaitable de ventiler les données en fonction de ces questions ou «sous-objets» spécifiques. A la section 4, on trouvera de plus amples détails sur la classification de ces sous-objets dans les systèmes de santé.

### 3. Exemple d'un système de comptabilité sanitaire, dans le cadre d'un système global de statistiques sanitaires

On peut représenter comme suit, de façon schématique, le cadre général dans lequel tout système exhaustif de statistiques sanitaires peut trouver sa place :



Pour attaquer le «problème», on a recours à certaines facilités du système sanitaire. En règle générale, les statistiques dont on dispose sur les ressources pour la santé mettent l'accent soit sur les disponibilités (en termes de main-d'œuvre, de crédits et de matériaux), soit sur l'usage qui est fait de ces disponibilités en ressources et en facilités et ce, en termes quantitatifs (nombre de visites, nombre d'hospitalisations, etc.). Néanmoins, si l'on adopte une approche orientée vers les problèmes, il faut préciser l'usage qui est fait de ces disponibilités par rapport aux secteurs dans lesquels on a identifié des problèmes (exemples : groupes de population, maladies). Les statistiques relatives aux ressources disponibles doivent alors être réarrangées selon les secteurs ainsi déterminés.

Cette méthode conduit à établir les catégories suivantes de statistiques de ressources pour la santé :

1. Statistiques afférentes aux ressources disponibles :

- a) moyens ou installations matériels (type et nombre de services, leurs caractéristiques);
- b) valeur des ressources matérielles et investissements requis (données financières, y compris attributions de crédits);
- c) effectifs disponibles.

2. Statistiques quantitatives sur l'utilisation des ressources :

- a) utilisation des moyens ou ressources matériels (exemples : taux d'occupation des lits, nombre de patients desservis);
- b) coût et financement du système sanitaire;
- c) main-d'œuvre active.

3. Statistiques qualitatives sur l'utilisation des ressources :

- a) usage fait des moyens financiers, par type de diagnostic ou groupe cible, etc.;
- b) coût et financement du traitement, selon le diagnostic ou le groupe cible;
- c) temps consacré par les professionnels de la médecine et autres au traitement des patients, selon le diagnostic ou le groupe cible.

Il importe d'admettre que les statistiques relatives à l'utilisation des ressources disponibles, en termes quantitatifs (point 2 ci-dessus), ne présentent qu'un intérêt limité. En premier lieu, les données doivent être précisées en

fonction des aspects qualitatifs caractéristiques du «sous-objet» (diagnostic, type de traitement, caractéristiques socio-économiques du patient, etc.). Ces aspects qualitatifs équivalent à une «classification par sous-objet», aussi les données relatives aux services rendus en termes qualitatifs constituent-elles un élément essentiel de tout système complet de statistiques d'information pour la santé, dans la mesure où elles constituent un lien fondamental entre besoins et ressources.

#### 4. L'exemple d'un système de comptabilité nationale de la santé

Pour décrire les comptes nationaux de la santé, il faut absolument se donner une définition opérationnelle relative à la délimitation du domaine du rassemblement des données. La santé a été définie comme «un état de bien-être complet sur le plan physique, mental et social et non pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité».<sup>a</sup> Compte tenu de tout ce que cela implique, il est indispensable d'élaborer une définition plus pratique, fondée sur ce principe de base, aux seules fins des comptes de la santé.

On prend comme point de départ le concept des soins. Ce concept peut être défini comme englobant les organisations, les institutions et les travailleurs indépendants qui rendent des services en termes de prévention, de traitement et de soins, et où le médecin occupe le poste central. Même si l'on adopte cette définition pratique pour cerner l'objectif «santé», il faut prendre des décisions arbitraires concernant les secteurs limites. En effet, trois zones d'ombre peuvent être discernées :

- a) les dépenses de consommation qui ne peuvent pas être affectées à un objet unique, tel que les essais sur l'eau de boisson; d'un commun accord, on considère que ce type de dépense a été encouru pour la «santé»;
- b) les dépenses exposées par le gouvernement central en vue de l'administration, de la planification et du contrôle; ces dépenses sont ventilées entre leurs objets par consentement mutuel;
- c) les fonctions dites multiples (formation du personnel médical, etc.); ces dépenses peuvent être imputées à l'objet «formation» aussi bien qu'à l'objectif «santé». Dans le premier cas, la «santé» est envisagée dans un sens étroit; dans le second cas, une signification élargie fait une place à l'éducation et à la recherche dans le domaine des soins de santé. On peut argumenter que si les soins de santé sont considérés *stricto sensu*, l'enseignement dans les hôpitaux est inhérent à leur fonctionnement et doit, par conséquent, être classé sous l'objectif «santé».

---

<sup>a</sup> Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

Dans la présentation des données par fonctions – par exemple, dans un tableau d'input/output – les dépenses afférentes aux fonctions multiples devraient être disposées de telle manière que la santé puisse être considérée tant dans son acception la plus étroite que dans un sens plus large. La fonction «santé» peut, comme on le mentionnait précédemment, être ventilée encore comme suit :

- soins curatifs, préventifs et post-cure ;
- soins dispensés à certains groupes de population (groupes cibles) ;
- soins relatifs à différents groupes de maladies.

De nouvelles classifications et différenciations croisées peuvent être spécifiées en fonction d'autres critères.

Pour des raisons pratiques, le domaine des soins de santé peut être encore décrit, sur la base des critères économiques (production) applicables aux soins hospitaliers, ambulatoires et autres (voir tableau 1). On notera que la première série de statistiques du tableau 1 peut être répartie suivant la fonction (facilités dans le domaine de l'éducation pour la santé, etc.). Alors qu'il est souvent impossible de préciser ces données selon des «sous-objets», ce n'est pas le cas pour tout le second groupe de données (recours aux facilités existantes, en termes quantitatifs). La base du troisième groupe de données (utilisation des facilités en termes de services rendus) est une classification par «sous-objets» et ce groupe de données peut alors être classé suivant le sous-objet.

Les groupes de données figurant au tableau 1 sont disposés en ordre de possibilité croissante de les ventiler par sous-fonctions. La difficulté de rassembler les données croît parallèlement. Les données relatives aux recettes et dépenses de fonctionnement sont recueillies auprès des institutions actives dans le domaine des soins de santé. Il conviendrait de corriger ces données en fonction des résultats intermédiaires, pour éviter tout double comptage. Ainsi, lorsqu'un médecin loue des locaux pour traitement ambulatoire à un hôpital, ses frais ne peuvent être considérés qu'une seule fois comme représentant le coût de soins de santé, alors qu'ils figurent à la fois dans les comptes d'exploitation de l'hôpital et du spécialiste. Ces coûts intermédiaires devront figurer dans tout tableau d'inputs/outputs.

On observera que les dénombrements multiples et les résultats intermédiaires posent un problème dans la mesure où, pour des raisons pratiques, la production (résultat) des institutions est mesurée pour déterminer les dépenses de consommation. Si l'on pouvait recueillir, auprès du consommateur des soins de santé, les données suivant les sous-fonctions, ce problème ne se poserait pas.

Les corrections pour double dénombrement, à l'intérieur d'un objet déterminé, doivent parfois s'accompagner d'une différenciation des données suivant l'objectif. Lorsque, par exemple, un laboratoire encourt des dépenses

Tableau 1. Matrice relative à des objectifs de « santé »

Objet du rassemblement des données	Secteurs de rassemblement des données (spécification institutionnelle)								
	Soins hospitaliers		Soins ambulatoires		Autres soins de santé				
	Hôpitaux généraux	Maisons de soins	Autres	Cabinets médicaux	Pharmacies, etc.	Centres de soins primaires	Autres	Essais sur les denrées alimentaires et l'eau de boisson	Gestion et administration
1. <i>Ressources</i>									
a) Nombre d'institutions, de lits, etc.									
b) Valeur des investissements et des stocks immobilisés									
c) Effectifs qualifiés									
2. <i>Utilisation des locaux et des ressources</i>									
a) Nombre de lits occupés, de journées d'hôpital, de patients, etc.									
b) Coût et financement des opérations									
c) Effectifs en cause									
3. <i>Utilisation des locaux et des ressources par groupe de diagnostic ou groupe cible</i>									
a) Nombre de patients, de journées d'hôpital, de traitements par groupe de diagnostic ou par groupe cible									
b) Coût et financement par groupe de diagnostic ou par groupe cible									
c) temps consacré par le personnel, par groupe de diagnostic ou par groupe cible									

d'une part dans des buts de «santé» et d'autre part aux fins de l'éducation ou de la salubrité de l'environnement, il faudrait distinguer selon la fonction.

La comptabilité fonctionnelle dans les institutions pourrait permettre une telle différenciation des coûts entre objets et sous-objets. Celle-ci devrait de préférence être établie en collaboration avec les statisticiens chargés de rassembler des données à d'autres fins, pour éviter tout comptage multiple entre fonctions et pour permettre la mise en place d'un système complet, englobant toutes les dépenses de consommation.

## 5. Conclusion

On pourra dire, en gros, que, dans le domaine des soins de santé, aucun mécanisme commercial ne garantit l'équilibre de l'offre et de la demande. Souvent, seule l'offre pourra être influencée par l'intervention du gouvernement qui réglemente la quantité et la qualité des facilités, influençant aussi le financement, que ce soit par des voies directes (budget) ou indirectes (prestations de la sécurité sociale).

Pour établir une gestion et une planification appropriées des soins de santé compte tenu des disponibilités financières, il est souhaitable de se fonder sur une analyse qui prenne en considération la consommation finale et qui pourra être utilisée aux fins de l'évaluation du programme; le gouvernement central peut aussi employer un système fonctionnel de comptes sanitaires pour établir des estimations relatives aux répercussions financières de différentes options et pour déterminer les priorités, selon les disponibilités financières et suivant le but retenu.

Le système proposé, assorti de projections démographiques, fournit des informations sur l'évolution prévue de la morbidité et sur les secteurs de la prévention, de l'efficacité des traitements thérapeutiques et des technologies, ce qui assure à la planification sanitaire une base plus large.

Cependant, le système proposé de comptes sanitaires fonctionnels est confronté à un problème singulier. En effet, dans les services de santé, les paiements ou honoraires ne reflètent pas le coût réel des soins relatifs à certaines maladies. La facturation des traitements, des essais de laboratoire et des honoraires médicaux est fondée sur des moyennes conventionnelles, établies sur l'ensemble des frais d'exploitation. La recherche opérationnelle peut contribuer en particulier à l'élaboration du système de comptes sanitaires tel que proposé, et plus généralement, à celle d'un système d'informations statistiques sur la santé mieux adapté.

## Annexe II

### CALCUL DES COÛTS PAR MODULES DE SOINS

*Dr H. Poulsen<sup>a</sup>*

#### 1. Introduction

La présente communication doit me permettre : *a*) d'examiner la notion de modules de soins, en d'autres termes les éléments distincts qui composent les soins de santé, *b*) d'étudier certains des problèmes que pose le calcul des coûts par modules de soins, *c*) d'illustrer par quelques exemples pratiques les résultats limités, obtenus dans ce domaine et *d*) de poser quelques questions à ce sujet, qui pourraient utilement constituer la base d'études ultérieures.

#### 2. Qu'est-ce que c'est qu'un module de soins de santé ?

On considère en général qu'un «module de soins» est un élément constitutif de l'ensemble des soins de santé ; il semble cependant difficile de déterminer l'ampleur de chacune des composantes du module. Au Royaume-Uni, les modules de soins semblent se confondre avec les groupes de soins de santé. Le programme de soins de santé dans sa globalité est ventilé en grands modules comprenant les groupes suivants :

- services d'hôpital généraux et aigus ;
- services de santé communautaire ;
- services essentiellement destinés aux personnes âgées ;
- services destinés aux jeunes handicapés physiques ;
- services destinés aux malades mentaux ;
- services destinés aux handicapés mentaux ;
- services essentiellement destinés aux enfants ;
- services de maternité.

Aux Etats-Unis, l'expression «modules de soins» n'est pas d'un usage fréquent et il ne m'a pas encore été possible de trouver une définition américaine de cette notion. Dans les pays scandinaves, les modules de soins sont généralement identifiés avec les groupes d'activités de soins, qui font partie des programmes de soins médicaux.

---

<sup>a</sup> Directeur, Institut danois des Hôpitaux, Copenhague (Danemark).

Un «programme de soins médicaux» est défini comme un programme d'action en vue de l'examen du diagnostic, du traitement et du suivi d'une affection ou d'un syndrome particuliers. Dans le cadre d'un programme de soins médicaux donné, un module de soins peut comprendre des activités respectivement liées aux stades prophylactique, thérapeutique ou à la post-cure.

On s'efforce maintenant de ventiler partout les programmes et activités réalisés dans le secteur sanitaire et social en unités susceptibles d'être définies de manière incontestable, en vertu, essentiellement, du désir de pouvoir distinguer, évaluer et contrôler les facteurs déterminants du coût, ce qui, lors de la planification ultérieure des services sanitaires et sociaux, nous permet de tirer le meilleur parti possible des ressources financières limitées dont nous disposons.

Les gros modules de soins peuvent être subdivisés en modules plus petits et plus détaillés aussi, selon nos informations. Au Royaume-Uni, les groupes de soins de santé énumérés plus haut sont généralement distingués en plusieurs sous-groupes, à savoir notamment :

#### *Services hospitaliers généraux et pour malades aigus*

Surtout malades hospitalisés aigus

- spécialités régionales
- spécialités sous-régionales
- autres spécialités

Cas «de jour»

- patients ambulatoires aigus
- accidents et urgences
- ambulances
- autres services hospitaliers.

Une catégorisation de ce type constitue la première étape d'une budgétisation par programme bien définie. Il est significatif que ces catégories ne visent pas à une définition des caractéristiques médicales.

En Scandinavie, les petits modules de soins décrits ci-dessous sont souvent récapitulés dans un module de soins élargi, comprenant le programme de soins médicaux pour une affection donnée, prise dans son ensemble. Un module de soins de cette taille constitue l'unité idéale pour la véritable budgétisation par programme.

### **3. Calcul du coût des modules des soins de santé**

Dans la plupart des pays européens, les statistiques sanitaires se caractérisent à présent par l'insuffisance des données relatives aux facteurs économiques. Une amélioration du système de comptabilité des coûts qui amènerait

à présenter davantage de données mais, en outre, à disposer et à traiter ces données de telle sorte que chaque activité d'une institution ou d'un service puisse être jugée compte tenu des coûts engendrés, pourrait se révéler extrêmement efficace aux fins de la gestion.

Pour réaliser un tel objectif, il est essentiel que les hôpitaux enregistrent leurs coûts par catégories (quels types de dépenses sont encourus en regard des investissements, du personnel, des matériels) mais aussi par localisation des coûts (c'est-à-dire en quel lieu de l'institution les coûts sont encourus). Enfin, il faudrait aussi, pour des finalités particulières, pouvoir enregistrer pour quelles activités les dépenses, qu'elles soient ou non comptables, ont été exposées.

Une fois les conditions ci-dessus remplies, l'hôpital tend à adopter le système des coûts unitaires réels. Un certain nombre de pays européens envisagent de se donner de nouveaux systèmes efficaces de comptabilité des coûts mais quelques-uns seulement signalent l'adoption généralisée d'un système de comptabilité par unités.

Le coût des modules de soins de santé peut être contrôlé de diverses façons :

- par recours à des normes, à savoir un pourcentage fixe de lits ou d'autres facilités par millier d'habitants, pour les groupes de soins de santé (exemple : patients aigus, en gériatrie, maladie mentale); de telles normes sont utilisées au Danemark, au Royaume-Uni et dans d'autres pays et constituent des facteurs de limitation des coûts;
- en recourant au prix coûtant — sur la base de renseignements sur l'utilisation effective des matériels, des facilités et du personnel — pondéré par rapport à une moyenne; cette façon d'envisager le problème du calcul des coûts constitue essentiellement une méthode de contrôle des coûts qui, en outre, par le biais de la publication de données comparables, peut servir indirectement à des fins de limitation des coûts.

L'analyse des coûts des soins de santé est essentielle et, à long terme, tout système efficace de calcul des coûts peut en venir à constituer une motivation à l'efficacité et à l'amélioration des plans. Que convient-il donc de faire pour améliorer la situation en matière de calcul des coûts hospitaliers ? Le problème est simple : jusqu'où faut-il aller dans la recherche de la perfection ?

Il serait imprudent de conclure qu'il faut envisager un accroissement important des dépenses afférentes au calcul des coûts. L'élaboration des coûts est en soi une activité coûteuse et, dans la mesure où sa rentabilité par rapport à l'amélioration des décisions risque d'être décroissante, abolir entièrement notre ignorance ne sera guère payant. On se doit de rechercher

des informations approximatives et non pas parfaites. On pourrait modestement choisir d'étudier de près le bilan de l'effort dans le contexte des activités présentes d'élaboration des coûts. A mon avis, il faudrait consacrer plus de temps et d'efforts aux projets de recherches dans ce domaine, et moins au calcul régulier des coûts. Une amélioration de la qualité des informations sur les coûts, tirées d'un petit échantillon représentatif d'hôpitaux, compenserait largement une détérioration de la quantité globale.

#### 4. Exemples pratiques de calcul du coût des modules de soins

Je souhaiterais maintenant fournir des exemples relatifs aux différents systèmes auxquels j'ai fait allusion : en premier lieu, celui que j'appellerai le système de calcul des coûts par modules «à base de normes». Cette méthode est largement suivie au Royaume-Uni et je crois savoir que nombre de participants à la présente conférence y sont habitués et la connaissent mieux que moi.

Au Royaume-Uni, le contrôle des coûts hospitaliers et de la planification des hôpitaux est, si je suis bien informé, dans une large mesure, fondé sur le recours à des normes tirées de matériels statistiques, et des normes de coût et de disponibilité sont appliquées aux différents modules ou groupes de soins.

Les prestations sont généralement établies comme suit :

##### *Lits*

Patients aigus	2,4 lits pour 1000 habitants
Patients «gériatriques»	2,8 lits pour 1000 habitants de 65 à 74 ans
	18,0 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans
Maladies mentales	0,65 lit pour 1000 habitants
Personnes âgées présentant des infirmités mentales	3,0 lits pour 1000 habitants de plus de 65 ans
Handicapés mentaux	0,68 lit pour 1000 habitants
Maternités	23,3 lits pour 1000 enfants nés vivants

##### *Places «de jour»*

Non psychiatriques	2,0 pour 1000 habitants de plus de 65 ans
Maladies mentales	0,49 pour 1000 habitants
Personnes âgées présentant des infirmités mentales	1,9 pour 1000 habitants de plus de 65 ans
Handicapés mentaux	0,12 pour 1000 habitants

## *Personnel infirmier*

Patients aigus	1,06 infirmière par lit
Patients «gériatriques»	0,8 infirmière par lit
Malades mentaux et personnes âgées présentant des infirmités mentales	0,85 infirmière par lit
Handicapés mentaux	67,78 infirmières pour 100 000 habitants
Maternités	48,76 infirmières pour 1000 enfants nés vivants
Soins de santé primaires	33 visiteurs sanitaires pour 100 000 habitants 40 infirmières de district pour 100 000 habitants

L'incidence financière de ces dispositions est là aussi présentée statistiquement sur une base «historique», c'est-à-dire après avoir contrôlé les comptes. On trouvera un exemple au tableau 1.

On peut affirmer, sur la base des éléments disponibles, que le calcul des coûts «par normes» donne la possibilité, au niveau central, de contrôler dans quelle mesure l'ampleur des prestations et, en conséquence, leur coût, simultanément, permet de garantir l'homogénéité des prestations. Néanmoins, je souhaiterais vivement que l'on m'explique comment on peut contrôler la qualité des prestations et comment on parvient à modifier ce type de prestations.

Et passons maintenant à l'exemple danois. A mon institut, l'Institut danois pour les Hôpitaux, un projet est en cours, au titre duquel nous nous efforçons de décrire ou de définir le «processus de production», tant dans les hôpitaux qu'en matière de soins de santé primaires. En partant d'une évaluation de différentes situations cliniques, nous nous efforçons de parvenir à décrire dans tous leurs aspects le diagnostic, la thérapie et les processus de soins infirmiers typiques qui seront alors programmés, avec leur coût. Nous visons en fait à fournir des informations sur le «processus de production» qui peuvent alors être utilisées en guise de base de négociations entre politiciens, médecins et administrateurs. Nous savons évidemment que plusieurs projets de ce type sont en cours dans la Région européenne. Ce qui nous semble assez exceptionnel dans notre propre travail est le fait que nous utilisons des informations très détaillées sur des activités relatives à des affections spécifiques : diabète, hernie inguinale, hypertension artérielle, etc. Les activités sont groupées en modules suivant le secteur d'activité/service/unité. Les modules définis servent à décrire des programmes de soins médicaux qui sont ensuite utilisés d'une part pour des discussions professionnelles entre médecins et d'autre part pour l'élaboration des coûts.

Tableau 1. Données caractéristiques, employées pour le calcul des coûts en fonction de normes

	District/secteur		
	Kettering	Région d'Oxford	Angleterre
Population (milliers d'habitants)	210	2 315	46 417,4
<i>Nombre moyen de lits disponibles</i>			
Nombre	453,3	6 118,9	151 783
Lits/1000 habitants	2,16	2,64	3,27
<i>Sorties d'hôpital et décès</i>			
Nombre	15 530	182 470	4 033 637
Sorties d'hôpital/1000 habitants	74,0	78,8	86,9
<i>Taux moyen d'occupation journalière (%)</i>			
	74,6	72,1	72,8
<i>Durée moyenne des séjours (en jours)</i>			
	8,0	8,8	10,0
<i>Rotation (cas/lit)</i>			
	34,0	29,66	26,6
<i>Coût unitaire (£ par cas)</i>			
	319	300	327

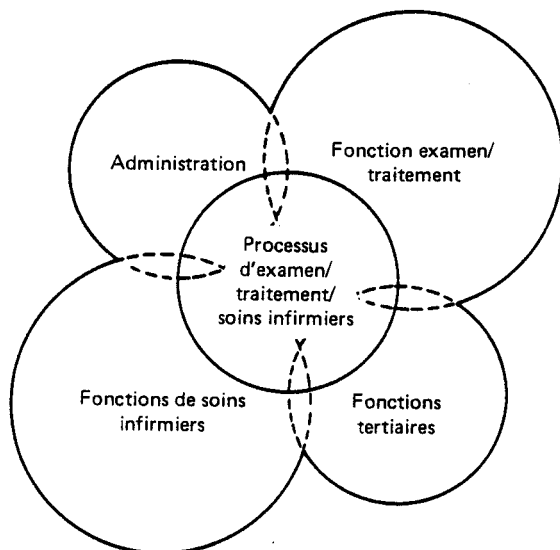
Pour le calcul des coûts, nos objectifs sont conformes aux recommandations figurant dans un document récent de l'OMS.<sup>a</sup>

La méthodologie que nous utilisons pour établir les coûts a été élaborée dans le cadre d'un projet de calcul du coût des actes de laboratoire clinique, au titre duquel nous avons calculé en détail le coût unitaire de chacun des essais pratiqués par cinq laboratoires différents.

La principale difficulté que nous ayons rencontrée, concernant notre méthode de calcul de coûts, réside dans le fait qu'elle est essentiellement fondée sur une procédure de comptabilité par secteurs, qui, pour le moment, n'est largement utilisée que dans les hôpitaux universitaires danois. Les activités dans lesquelles nous nous sommes engagés consistent pour une part à reproduire ces comptes pour d'autres types d'hôpitaux.

<sup>a</sup> *Le rôle de l'économie et de la planification sanitaires dans l'élaboration des politiques nationales de santé* : rapport sur la réunion d'un groupe de travail, Cologne, 7-10 juin 1977. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 1978 (document inédit ICP/HSD 039).

Fig. 1. Eléments devant être pris en compte dans les procédures de calcul des coûts



Nous nous concentrons à présent sur les fonctions diagnostiques, thérapeutiques et de soins infirmiers, mais nous avons l'intention d'incorporer ultérieurement les autres éléments de la figure 1, à savoir les «frais généraux», dans le calcul du coût total des différents programmes de soins médicaux.

La procédure de calcul des coûts en soi est très voisine de celle qui est appliquée dans un complexe industriel du secteur privé fabriquant plusieurs produits. Je souhaiterais vous montrer rapidement sous quelle forme les résultats du projet seront formulés. Je tiens cependant à vous avertir que nombre de chiffres représentés ici sont théoriques.

La figure 2 illustre le programme de soins médicaux et la procédure de calcul des coûts pour la hernie inguinale.

## 5. Questions

Je conclurai en énonçant quelques questions qui, à mon avis, sont fondamentales dans un débat sur le calcul des coûts par modules de soins.

1. Quels sont les principaux buts du calcul des coûts par modules de soins ?
  - l'équilibre des soins ?
  - l'élaboration du budget programme ?
  - coûts-avantages et coûts-efficacité ?
  - etc.

Fig. 2. Programme de soins de santé et méthode de calcul des coûts pour la hernie inguinale

Jour	Service	Cour. danoises (kr.)	Chirurgie	Cour. danoises	Radiologie centrale	Cour. danoises	Laboratoire	Cour. danoises	Divers	Cour. danoises
1	ambulatoire	120			thorax	23	hémoglobine, hématoctrites, taux de sédimentation		dossiers	250
							électrocardiogramme	18		
							créatine	12		
							groupe sanguin	9		
							réaction BW,	21		
							réaction gonocoque	20		
2	alité	300	herniotomie	1 200						
3	alité	300								
4	ambulatoire	120								
5	ambulatoire	120								
6	ambulatoire	120								
7	ambulatoire	120								
8	ambulatoire	120							sortie d'hôpital	
Autres coûts <sup>a</sup>				125		12		22		115
Frais généraux									8 jours à 110 kr.	880
Total		1 320		1 325		35		102		1 245

<sup>a</sup> Frais relatifs aux activités liées à la pose du diagnostic, non inclus dans le programme type.

2. Quels éléments sont plus importants dans un système de calcul des coûts et quels sont les meilleurs moyens de les prendre en compte ?
- caractère exhaustif ?
  - souplesse (données faciles à actualiser) ?
  - faciles à administrer à tous les niveaux ?
  - etc.

## Annexe III

### LISTE DES PARTICIPANTS

#### *Algérie*

Mme A. Benzerroug,<sup>a</sup> Institut national de la Santé publique, El-Madania-Alger

Dr E.H. Benzerroug,<sup>a</sup> Institut national de la Santé publique, El-Madania-Alger

M. H. Issad,<sup>a</sup> Ingénieur en planification, Sous-Direction des Statistiques, Direction des Services sanitaires, Ministère de la Santé publique, El-Madania-Alger

#### *Allemagne, République fédérale d'*

Dr D. Borgers,<sup>a</sup> Service fédéral de la Santé, Institut de Médecine sociale et d'Epidémiologie, Berlin (Ouest)

#### *Autriche*

Dr A. Rolleder,<sup>a</sup> Ministère fédéral de la Santé et de la Protection de l'Environnement, Vienne

#### *Belgique*

Dr R. Beckers,<sup>a</sup> Directeur général, Ministère de la Santé publique et de de la Famille, Bruxelles (*Président*)

#### *Bulgarie*

Dr P. Petkov,<sup>a</sup> Directeur de la Planification, Ministère de la Santé publique, Sofia (*Vice-Président*)

#### *Danemark*

M. S. Sørensen,<sup>a</sup> Chef du Département des Statistiques sanitaires, Direction de la Santé, Copenhague

---

<sup>a</sup> Frais de participation non assumés par l'OMS.

### *Finlande*

Dr A.S. Härö,<sup>a</sup> Directeur du Département de la Planification et de l'Évaluation, Direction de la Santé, Helsinki

Dr K. Kokkola,<sup>a</sup> Médecin-administrateur, Ligue hospitalière finlandaise, Helsinki

M. Y. Lahtinen,<sup>a</sup> Planificateur, Ligue hospitalière finlandaise, Helsinki

### *France*

Dr Françoise Hatton,<sup>a</sup> Maître de Recherches, Division de la Recherche médico-sociale, INSERM, Le Vésinet (*Vice-Président*)

### *Irlande*

M. G. Keane,<sup>a</sup> Statisticien, Département de la Santé, Dublin

### *Luxembourg*

M. P. Henckes,<sup>a</sup> Service des Statistiques sanitaires, Ministère de la Santé publique, Luxembourg

M. M. Origer,<sup>a</sup> Attaché économique, Service central de la Statistique et des Études économiques, STATEC, Luxembourg

### *Pays-Bas*

Dr A. Dissevelt,<sup>a</sup> Chef de la Section Recherche, Département des Statistiques sanitaires, Bureau central des Statistiques, Voorburg

Dr P. van Son,<sup>a</sup> Spécialiste scientifique, Division de l'Épidémiologie et de l'Informatique, Ministère de la Santé et de la Protection de l'Environnement, Leidschendam

### *Portugal*

Dr Amelia Leitao,<sup>a</sup> Services de Statistique, Direction de la Santé publique, Lisbonne

---

<sup>a</sup> Frais de participation non assumés par l'OMS.

### *République démocratique allemande*

Dr J. Otto,<sup>a</sup> Administrateur à l'Information, Ministère de la Santé publique, Berlin (*Vice-Président*)

Dr Ingeborg Zschaegé,<sup>a</sup> Chef du Bureau d'Hygiène sociale, Halle

### *Royaume-Uni*

M. J. Handby,<sup>a</sup> Unité de Planification des Politiques, Département de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres

Dr J.E.P. Simpson,<sup>a</sup> Médecin principal, Département de la Santé et de la Sécurité sociale, Londres

### *Suède*

M. A. Sjöström,<sup>a</sup> Directeur du Département des Statistiques, Direction de la Santé et de la Prévoyance sociale, Stockholm

### *Suisse*

Dr R. Gass,<sup>a</sup> Institut de Médecine sociale et préventive, Inselspital, Berne

Dr R. Schaad,<sup>a</sup> Directeur de l'Institut suisse des Hôpitaux, Aarau

### *Yougoslavie*

Dr F. Secerbegovic,<sup>a</sup> Epidémiologiste, Département des Statistiques, Institut de la République de Bosnie-Herzégovine pour la Protection de la Santé, Sarajevo

### *Représentants d'autres organisations*

#### *Commission des Communautés européennes (CCE)*

Dr J. Wedel,<sup>a</sup> Chef de Division à l'Office de Statistiques, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg

#### *Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE)*

M. J.P. Poullier,<sup>a</sup> Administrateur principal, Division des Etudes de Croissance, Département économique et statistique, Paris, France

---

<sup>a</sup> Frais de participation non assumés par l'OMS.

*Comité nordique des Statistiques médicales (NOMESKO)*

- Dr A.S. Härö<sup>a</sup> (aussi participant national), Directeur du Département de la Planification et de l'Évaluation, Direction de la Santé, Helsinki, Finlande
- M. A. Sjöström<sup>a</sup> (aussi participant national), Directeur du Département des Statistiques, Direction de la Santé et de la Prévoyance sociale, Stockholm, Suède
- M. S. Sørensen<sup>a</sup> (aussi participant national), Chef du Département des Statistiques sanitaires, Direction de la Santé, Copenhague, Danemark

*Conseillers temporaires*

- Dr A. Barr, Fonctionnaire régional pour l'Information, Oxford Regional Health Authority, Oxford, Royaume-Uni (*Rapporteur*)
- Dr J.T.P. Bonte, Chef de la Division des Statistiques sanitaires, Bureau central des Statistiques, Voorburg, Pays-Bas
- Dr G.F. Cerkovnyj, Directeur du Département des Statistiques sanitaires et des Applications informatiques, Ministère de la Santé de l'URSS, Moscou, URSS
- Dr S.N. Donaldson<sup>a</sup>, Médecin principal, Département de la Santé et des Services sociaux, Belfast, Royaume-Uni
- M. T. Leppo, Chef intérimaire du Département de Planification, Bureau central des Statistiques, Helsinki, Finlande
- Dr W. Oosterhoff<sup>a</sup>, Chercheur, Division des Statistiques sanitaires, Bureau central des Statistiques, Voorburg, Pays-Bas
- Dr H. Poulsen, Directeur de l'Institut danois des Hôpitaux, Copenhague, Danemark
- Dr S. Sandier, Directeur de Recherches, Département d'Économie médicale, CREDOC, Paris, France
- Dr M. Sanecki, Chef du Département de Démographie et de Statistiques médicales, Faculté de Médecine sociale, Varsovie, Pologne

---

<sup>a</sup> Frais de participation non assumés par l'OMS.

*Organisation mondiale de la Santé*

*Bureau régional de l'Europe*

Dr Z.J. Brzezinski, Fonctionnaire régional pour l'Epidémiologie (*Secrétaire*)

Dr A.A. Weber, Directeur du Service de l'Information pour la Santé

*Siège*

Dr B. Skrinjar, Chef, Développement des Services de Statistique sanitaire

M. W. Trebeljahr, Chef, Services de Compte Rendu et d'Information

M. K. Uemura, Directeur, Division des Statistiques sanitaires