



Indicateurs de Santé dans les Régions d'Europe

Projet Isare

Projet n° 1998/IND/1006

Rapport final

Septembre 2001

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

62 Boulevard Garibaldi, 75015 Paris

Tél. + 33 1 56 58 52 40, Fax + 33 1 56 58 52 41

Email info@fnors.org, site internet <http://www.fnors.org>

Financé par la Commission européenne



	Résumé	5
1	Introduction	7
2	Justification du projet	8
3	La classification NUTS	9
4	Objectifs du projet Isare	10
5	La méthode	11
5.1	Le partenariat et les groupes de travail	11
5.2	L'enquête	11
5.2.1	Le questionnaire	12
5.2.2	L'organisation de l'enquête	12
5.3	Synthèse des informations	13
6	Analyse des réponses pour l'identification des "régions santé"	14
6.1	Réponses	14
6.2	Correspondance avec démocratie locale – responsabilités concernant la santé et les politiques de santé	16
6.3	Caractéristiques démographiques	18
6.4	Correspondance avec la classification NUTS et stabilité des frontières	20
7	Analyse des réponses concernant la disponibilité des données	22
7.1	Considérations concernant les réponses et introduction à l'analyse	22
7.2	Disponibilité de données : vue générale par pays et par catégorie de données principales	23
7.2.1	Démographie, socio-économie, mortalité, morbidité et mesures de l'état général de santé	23
7.2.2	Ressources et utilisation des services de santé	24
7.2.3	Déterminants de santé et prévention	25
7.3	Disponibilité des données par régions recommandées : réponses par données individualisées	27
7.3.1	Données démographiques et socio-économiques	27
7.3.2	Données de mortalité	28
7.2.3	Données générales d'état de santé	29
7.3.4	Morbidité	29
7.3.5	Professionnels de santé	31
7.3.6	Établissements de services de santé	32
7.3.7	Utilisation des services de santé	33
7.3.8	Facteurs biologiques et habitudes de santé	34
7.3.9	Conditions de vie et de travail	35
7.3.10	Prévention	35
8	Discussion	37
8.1	Limites de l'approche Isare	37
8.2	Le choix des critères utilisés pour la recommandation	38
8.3	Une vue différente des recommandations Isare	38
8.4	La nécessité d'une approche flexible	41
9	Conclusion	42

10	Les pays de l'étude	43
	Allemagne	44
	Autriche	48
	Belgique	51
	Danemark	55
	Espagne	58
	Finlande	62
	France	65
	Grèce	69
	Irlande	73
	Italie	77
	Luxembourg	80
	Pays Bas	83
	Portugal	87
	Royaume-Uni	91
	Suède	95

Liste des participants au projet Isare

La Commission européenne ou un de ses représentants ne peut être tenu pour responsable des recommandations préconisées dans le cadre de ce projet.

■ Résumé

Les régions de l'Union européenne (UE) deviennent actuellement un niveau politique et administratif de plus en plus important. Dans le domaine de la surveillance de la santé, l'échange d'indicateurs au niveau régional permettrait aux professionnels de santé et aux responsables de situer leur propre région dans un contexte plus large, celui de toutes les autres régions de l'Union européenne.

La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (Fnors) a proposé un projet intitulé Isare : "Indicateurs de Santé dans les Régions d'Europe". Ce projet s'intègre dans la première partie ("A") du Programme de surveillance de la santé (Health Monitoring Program) élaboré par la Commission européenne. Ses objectifs sont l'identification, pour chaque pays, du niveau infra-national le plus approprié pour l'échange d'indicateurs de santé à l'intérieur de l'Union européenne (dénommé ci-après "région santé"), et l'évaluation de la disponibilité des données à ces niveaux.

La documentation existante sur les systèmes de santé et les démocraties locales ainsi que les contacts avec les délégués de chaque pays membre de l'Union, ont permis d'identifier ces "régions santé". L'approche Isare a consisté à se focaliser sur un ou plusieurs niveaux administratifs infra-nationaux, qui paraissent les plus appropriés pour l'échange des informations sur la santé.

L'équipe du projet Isare a pu faire une recommandation pour des "régions santé" appropriées pour 13 pays parmi les 15 membres de l'Union. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci après, avec leur niveau NUTS* correspondant (ou le plus proche). Il est important de noter que, malgré la forte adhésion des représentants des pays à l'élaboration du projet, ces recommandations ne constituent pas un engagement officiel de la part des pays membres.

Les niveaux recommandés représentent 300 "régions santé" dans 13 pays. La moyenne de population de ces "régions santé" est d'environ 1,2 million, avec de très fortes variations. Tous les niveaux recommandés possèdent des responsabilités dans le domaine de la promotion de la santé, et tous, sauf un, participent à la surveillance de la santé et réalisent un rapport de santé. Dix des 13 régions recommandées correspondent à un niveau de démocratie locale, et neuf correspondent exactement à un des niveaux de classification NUTS (1, 2 ou 3).

Il n'a pas été possible de faire une recommandation d'un niveau régional pour la Finlande et la Grèce. Pour cette dernière, l'équipe du projet a considéré que l'information disponible était insuffisante pour formuler une recommandation au moment de la rédaction du présent rapport. En Finlande, des responsabilités très importantes concernant la santé et les services de santé se trouvent au niveau des municipalités, lesquelles représentent aussi un niveau de démocratie locale. Néanmoins, leurs faibles populations ne permettent pas de constituer un niveau approprié pour l'échange d'informations de santé. Il est envisagé dans l'avenir d'essayer de prendre en compte un autre niveau territorial.

* Nomenclature des unités territoriales statistiques

**Niveau régional recommandé par le projet Isare
pour l'échange d'informations de santé dans 13 pays de l'U.E.**

PAYS	"Région santé" recommandée	nb de régions	Population moyenne (000)	Niveau NUTS correspondant (ou le plus proche)
Allemagne	Land	16	5 090	1
Angleterre	Autorités de Santé	99	503	(3)
Autriche	Bundesländer	9	892	2
Belgique	Province	10+1*	920	2
Danemark	Amtskommuner	14	335	3
Espagne	Communautés autonomes	17	2 344	2
France	Régions	26	2 315	2
Irlande	Health Board	10	370	(3)
Italie	Régions	19+2**	2 857	2
Luxembourg	Niveau national	1	420	1
Pays-Bas	GGD	50	315	(3)
Portugal	Health care region	5	1 721	(2)
Suède	Comté	21	422	3
Ensemble		300	1 166	

* Dix provinces + région de Bruxelles Capitale

** 19 « Régions » et les deux provinces de la région du Trentin Haut-Adige

La disponibilité d'un ensemble de données "clefs" au niveau régional a été explorée par l'utilisation d'un questionnaire basé sur les indicateurs proposés dans le cadre du projet "Indicateurs de Santé dans l'Union européenne" (European Community Health Indicators Project), ou projet ECHI, qui fait aussi partie du Programme de surveillance de la santé. Dans certains pays, la disponibilité des données a été établie seulement pour une partie des "régions santé".

Comme prévu, ces résultats suggèrent que les données démographiques et de mortalité sont largement disponibles dans les "régions santé" recommandées. En s'assurant de la comparabilité des données, il serait possible d'établir des indicateurs concernant les professionnels et les établissements de santé, ainsi que sur l'utilisation des services de santé dans les "régions santé". Ceci s'applique également aux données des domaines socio-économiques, relevant des conditions de vie et de travail et de la prévention. En revanche, la disponibilité de données concernant la mesure générale de l'état de santé et la morbidité est peu élevée au niveau des "régions santé".

Le projet Isare suggère que malgré la disparité entre les "régions santé" recommandées, l'échange d'indicateurs de santé est possible. Pratiquement tous les niveaux recommandés interviennent déjà dans la surveillance de la santé publique.

Il a été possible d'identifier, dans chaque pays, en se référant à une série de critères, un niveau, appelé "régions santé" qui semble être la meilleure alternative pour un échange d'informations au niveau infra-national dans l'Union européenne.

Cependant, il pourrait être parfois préférable d'utiliser une approche plus souple et de recommander des niveaux infra-nationaux différents pour permettre d'autres types de comparaison. Ces recommandations peuvent aussi être adaptées en fonction de changements liés à l'évolution de l'organisation des services de santé et des niveaux de démocratie locale.

Nous espérons que les résultats du projet Isare représentent une contribution utile pour l'identification des "régions santé" dans l'Union européenne, la compréhension de leur rôle, et la promotion de leur utilisation comme unités d'échange d'indicateurs de santé dans le cadre du projet du Programme de surveillance de la santé (Health Monitoring Programme). Afin de poursuivre l'étude dans ce sens, un nouveau projet a été proposé dont l'objectif est le recueil de données dans chacune des régions et l'élaboration d'une base de données expérimentale.

■ 1. Introduction

Un programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé (Health Monitoring Program) a été adopté par le Parlement européen au mois de juin 1997, dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.

Ce programme a pour objectif de contribuer à l'établissement d'un système communautaire de surveillance de la santé qui permette de :

- mesurer l'état de santé, les tendances et les déterminants de santé dans l'ensemble de l'Union ;
- faciliter la planification, le suivi et l'évaluation des programmes et des actions communautaires ;
- fournir aux états membres des informations sanitaires appropriées permettant d'effectuer des comparaisons et de soutenir les politiques nationales de santé.

Pour atteindre ces objectifs, trois types d'actions ont été mises en œuvre :

- l'établissement d'indicateurs de santé de l'Union ;
- la mise en place d'un réseau communautaire de partage des données de santé ;
- l'analyse et la réalisation de rapports sur la santé dans l'Union européenne.

De nombreux projets ont été proposés par des équipes des pays de l'Union européenne, concernant, notamment, la définition d'indicateurs communs aux pays européens ou la comparabilité des données de santé et des méthodes d'enquête sur la santé.

La majorité des travaux réalisés dans le cadre du programme, s'intéresse aux comparaisons entre pays. Pourtant, de plus en plus, l'analyse des problèmes de santé et les prises de décision se font à un niveau infra-national.

C'est dans ce contexte que la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a proposé un projet d'étude sur les indicateurs de santé dans les régions ** de l'Union européenne.

** D'une façon générale, le terme "région" est employé dans ce projet pour désigner le concept de niveau infa-régional, sachant que, selon les pays, d'autres termes sont utilisés pour décrire le découpage administratif (exemples : länder, provinces...).

■ 2. Justification du projet

Les assemblées d'élus se développent actuellement à l'échelle régionale et l'importance des régions en tant qu'unités de gestion politique et administrative est croissante en Europe. En Espagne par exemple, les communautés régionales acquièrent un haut degré d'autonomie, ce qui, dans le champ de la santé, se traduit par l'exercice de responsabilités budgétaires et décisionnelles.

En France, au-delà des responsabilités de planification de la santé, les régions gèrent depuis 1996 l'ensemble du budget de l'hospitalisation.

La tendance de plus en plus fréquente d'une prise de décision au niveau régional coïncide avec l'utilisation croissante de l'information sur les besoins de santé. Le partage d'une telle information régionale permettra aux professionnels de santé et aux décideurs de situer les caractéristiques de leur propre région dans le contexte plus large des régions européennes et non pas seulement par comparaison à leur propre pays. La mise en évidence de points communs et de différences pourront soulever des questions et stimuler les échanges concernant les solutions choisies pour résoudre les problèmes de santé publique. Le développement d'échanges d'indicateurs de santé au niveau régional à l'intérieur de l'Europe ouvre des perspectives pour maximiser des opportunités de compréhension mutuelle.

Par ailleurs, l'observation d'indicateurs de santé à un niveau infra-national permet d'identifier des profils épidémiologiques différents, qui sont en fait masqués par les moyennes nationales. Les frontières n'arrêtent pas les problèmes de santé publique et il existe plus de ressemblances entre deux régions voisines séparées par une frontière qu'entre deux régions d'un même pays mais géographiquement éloignées.

■ 3. La classification NUTS

Pour présenter les statistiques à des niveaux infra-nationaux entre les pays membres de l'Union européenne, Eurostat a développé une classification commune sous le nom de NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques). Cette classification hiérarchique comprend cinq niveaux. Le niveau 5 correspond à la plus petite unité qui est la municipalité. Les niveaux 4 à 1 sont des agrégats d'aires géographiques d'un niveau NUTS inférieur. Le niveau 4 est optionnel pour certains pays. La décision qui définit à quel niveau NUTS appartient un territoire administratif relève des pays. Le tableau suivant présente les noms des NUTS 1 à 3 pour les 15 états membres.

Les niveaux NUTS sont une référence pour le recueil et l'harmonisation des données, pour des analyses infra-nationales socio-économiques, et pour la définition de politiques régionales à l'intérieur de l'Union européenne. Cette classification représente donc un élément intéressant pour le projet Isare. Cependant, les régions appartenant à un niveau NUTS donné dans les différents pays ne présentent pas nécessairement le même degré d'autonomie, de compétences et de responsabilités dans le champ de la santé publique ou de l'organisation des soins. De plus, dans certains pays, les frontières des zones géographiques qui sont importantes au regard de la santé publique peuvent ne pas correspondre à celles des niveaux NUTS.

Correspondance entre NUTS et divisions administratives nationales

	NUTS 1	NUTS 2	NUTS 3
Allemagne	Länder	Regierungsbezirke	Kreise
Angleterre	Standard regions	Regroupements NUTS 3	Counties, local authority regions
Autriche	Regroupements de Bundesländer	Bundesländer	Regroupements de Politische Bezirke
Belgique	Régions/Gewesten	Provinces/Provincies	Arrondissements/Arrondissementen
Danemark	-	-	Amter
Espagne	Regroupements NUTS 2	Comunidades autónomas	Provincias
Finlande	Manner-Suomi/Ahvenanmaa	Suuralueet	Maakunnat
France	ZEAT + DOM	Régions + DOM	Départements + DOM
Grèce	Regroupements NUTS 2	Diamerismata	Nomoi
Irlande	-	-	Regional authority regions
Italie	Regroupements NUTS 2	Régions	Provincia
Luxembourg	-	-	-
Pays-Bas	Landsdelen	Provincies	COROP-Regio'S
Portugal	Regroupements NUTS 2	Commissões de coordenação regional + Regiões autonomas	Regroupements de concelhos
Suède	-	Riksområden	Län

Référence : EUROSTAT Regions Statistical yearbook 1997

■ 4. Objectif du projet Isare

L'objectif du projet Isare est de décrire la disponibilité et les caractéristiques des données de santé à des niveaux infra-nationaux pertinents à l'intérieur des pays de l'Union européenne.

Deux étapes sont nécessaires pour atteindre cet objectif :

Identification des "régions santé"

Ceci implique de repérer parmi les niveaux administratifs infra-nationaux celui qui est le plus approprié pour l'échange d'informations sur la santé entre régions. Certains critères peuvent être utilisés pour estimer la pertinence d'un niveau donné parmi lesquels la taille de la population, suffisante pour éviter des problèmes liés aux variations aléatoires et à la confidentialité, l'existence de responsabilités dans la définition et la gestion des problèmes de santé, l'adéquation avec un niveau de démocratie locale.

Identification des données disponibles à un niveau régional

Cela consiste à déterminer si les données nécessaires à la construction des indicateurs de santé peuvent être agrégées aux niveaux régionaux pertinents.

En vue de répondre à cet objectif, le projet s'appuie fortement sur un réseau de représentants des pays qui fournissent leur expertise durant la durée de ce travail. Une enquête, basée sur un questionnaire détaillé concernant la politique et la gestion du système de soins ainsi que la disponibilité des données à un niveau régional, a été réalisée.

■ 5. Méthode

5.1 Le partenariat et les groupes de travail

Des contacts ont été pris durant l'été 1999 avec les représentants des états de l'Union européenne dans le Comité du Programme de Surveillance de la Santé. Après cette consultation et la désignation de représentants, trois groupes ont été constitués pour mettre en œuvre ce projet.

Le groupe projet

Le groupe projet est composé de représentants de la Fnors, des observatoires régionaux de la santé et d'un représentant de l'OMS. Le groupe projet a écrit le protocole, puis a contacté les représentants de chaque pays pour effectuer les tâches du projet qui incluaient l'analyse des données collectées et la rédaction du rapport. Le rôle de ce groupe était de maintenir des contacts et de communiquer avec les autres projets HMP.

Le "Steering group"

Le Steering group valide les grands axes du projet, les méthodes et les outils de travail. Il est aussi chargé de suivre le déroulement du projet. Le Steering group comprend tous les membres du groupe projet plus des représentants de cinq pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas, Suède), deux représentants de la Commission européenne (DG Sanco et Eurostat), un représentant de l'OMS Europe, un représentant de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees du ministère de l'Emploi et de la Solidarité - France).

Le groupe des pays européens

Les membres de ce groupe étaient des représentants des 15 pays de l'Union européenne. Ce groupe compose le réseau chargé dans le projet de rassembler les informations sur les "régions santé" et la disponibilité des données à travers l'Union européenne.

Les membres du groupe des pays européens sont des personnes ressources essentielles dans les différentes phases du projet, particulièrement pendant la mise en place de l'enquête Isare et pour la validation des résumés par pays (voir ci-dessous).

5.2 L'enquête Isare

L'objectif de l'enquête était de rassembler des informations sur les caractéristiques géographiques, politiques, administratives, d'un ou plusieurs niveaux infra-nationaux dans chaque pays membre de l'Union européenne. L'enquête a aussi exploré la disponibilité, à un niveau régional, des données nécessaires pour produire des indicateurs de santé. Avec ces informations, le groupe projet, en partenariat avec les représentants des pays, a formulé des recommandations sur le niveau infra-national, quand il y en avait un, qui semblait le plus approprié du point de vue de l'échange d'informations à travers l'Union européenne.

5.2.1 Le questionnaire

Le questionnaire est composé de deux parties. La première explore les aspects liés aux responsabilités et à la prise de décisions au niveau régional dans les domaines de la santé et du système de soins. Les questions concernaient spécifiquement les responsabilités en termes de santé, de politique sociale et de gestion. Le questionnaire concernait aussi la stabilité des frontières régionales, la correspondance avec la classification NUTS et l'existence d'un système d'information local. Enfin, les caractéristiques géographiques et démographiques des régions d'un pays étaient demandées (par exemple : taille de la population moyenne, minimum et maximum).

La seconde partie du questionnaire avait pour but d'explorer la disponibilité des données au niveau régional considéré. Le nombre de données qui peuvent être utilisées pour décrire l'état de santé et l'offre de soins dans une communauté est très élevé. Pour que l'enquête soit cohérente avec l'approche suivie par le HMP, la structure du projet ECHI a été utilisée pour identifier les données clés devant être intégrées dans le questionnaire Isare. Le but du projet ECHI est de déterminer un ensemble commun d'indicateurs, basé sur une structure conceptuelle partagée, dans un but de description de la santé à l'intérieur de l'Union européenne. Dans une version précédente du projet ECHI, les indicateurs étaient déclinés en 11 catégories : les professionnels de santé, les professionnels de l'éducation pour la santé, les infrastructures du système de soins, l'utilisation du système de soins, la démographie, la mortalité, les mesures générales de l'état de santé, la morbidité, les facteurs biologiques et les habitudes de vie, le cadre de vie et l'environnement professionnel, et la prévention.

L'approche du projet Isare a consisté à sélectionner des données clés dans chacune de ces catégories. Par exemple, dans la section démographie, le questionnaire permet entre autres de savoir si les naissances vivantes, le nombre de décès, la population par âge et sexe sont disponibles à un niveau régional. Pour la section morbidité, la sélection des données est basée sur une liste de maladies chroniques prise en considération dans le projet European Disability Weights. Au total, 130 données ont été incluses dans le questionnaire. Pour chacune des données, des questions sur sa disponibilité dans les régions, sur son obtention au niveau national et/ou au niveau local, sur sa dernière année de disponibilité et sur la fréquence de mise à jour étaient posées.

Le questionnaire a été validé par le Steering group.

5.2.2 L'organisation de l'enquête

Avant la diffusion du questionnaire, chaque représentant des pays a été contacté par courrier et téléphone par un membre du groupe projet afin de déterminer le(s) niveau(x) régional(aux) à étudier durant l'enquête. Les critères principaux pris en compte étaient l'utilité d'un échange d'indicateurs avec d'autres régions et l'existence d'un processus de prise de décision. La détermination a été plus ou moins difficile. Une fois la décision prise sur le nombre de niveaux, la plupart des questionnaires ont été envoyés au représentant de chacun des pays en juin 2000.

L'enquête a nécessité des contacts successifs entre les représentants des pays et leur correspondant dans le groupe projet. Les représentants des pays ont eu aussi des contacts avec d'autres experts de leur propre pays pour collecter des informations spécifiques. Seuls quelques pays ont pu fournir des réponses avant septembre 2000, mais la plupart des réponses ont été fournies avant la fin de l'année 2000. Des réponses sont parvenues plus tard pour deux pays (en 2001), où les représentants initiaux ont changé de fonctions.

5.3 Synthèse des informations

Les informations rassemblées pendant l'enquête ont été utilisées par le groupe projet pour rédiger des présentations courtes de chacun des 15 pays membres de l'Union européenne. Elles fournissent des informations concises sur le système de santé, la décentralisation, les différents niveaux de démocratie locale, le champ de responsabilité dévolu à ces niveaux, et une synthèse des réponses fournies par l'enquête Isare. Deux autres sources d'information se sont avérées utiles pour ce travail : les séries "Health care system in transitions" du Bureau Régional OMS Europe et "Structure and operation of local and regional democracy" du Conseil de l'Europe.

Les textes des résumés des pays ont été soumis aux représentants des pays concernés pour validation. Cette étape s'est déroulée pendant le premier trimestre de l'année 2001.

■ 6. Analyse des réponses pour l'identification des "régions santé"

6.1 Réponses

Des réponses ont été obtenues des 15 pays de l'Union européenne pour un total de 26 niveaux régionaux différents parmi lesquels un niveau a été recommandé par pays comme étant le plus approprié pour l'échange d'indicateurs de santé infra-nationaux dans l'Union européenne, niveau que nous avons appelé dans la suite du document "région santé".

Les recommandations du groupe projet portent en premier lieu sur la liste des "régions santé" retenues pour la présentation des données recueillies. Il est important de noter que, malgré l'engagement actif et la contribution des participants des pays à l'élaboration du projet, ces recommandations ne constituent pas un engagement officiel de la part des pays membres. Dans certains pays, un nombre d'éléments oriente le choix de manière claire vers un niveau administratif. Dans d'autres pays la situation n'est pas si évidente, en raison de divers facteurs, tels que l'importance de la population ou les changements probables des responsabilités ou des frontières.

Pour quatre pays, un seul niveau infra-national a été examiné. Il s'agit du Bundesländer en Autriche, de l'Amtskommuner au Danemark, des Régions en Italie et des Communautés autonomes en Espagne. Tant pour le groupe projet que pour les correspondants des pays concernés, ces "régions santé" constituaient chacune le niveau administratif infra-national le plus approprié à l'échange de données sur la santé. Ceci s'explique en partie par le fait que la majorité des responsabilités examinées se trouvent à leur niveau. De ce fait, l'étude Isare se borne à décrire les caractéristiques de ces niveaux, sans qu'il ait semblé nécessaire d'expliquer leurs avantages par rapport à d'autres niveaux. Pour sept autres pays (Allemagne, Angleterre, Belgique, France, Irlande, Portugal et Suède), deux ou trois niveaux infra-nationaux ont été examinés et le groupe projet a fait une recommandation pour un niveau particulier. Précisons ici que, pour les quatre pays du Royaume-Uni, seules les données concernant l'Angleterre ont été recueillies pendant l'étude. Cependant, dans la description synthétique des pays, des éléments de démocratie locale concernant les quatre composantes du Royaume-Uni sont présentés.

Pour le Luxembourg, le niveau national a été retenu. Dans ce pays, les 118 communes représentent le niveau de démocratie locale mais l'importance de leur population a été considérée comme étant trop faible pour l'échange de données sur la santé.

Tableau 1: Réponses à l'enquête Isare

PAYS	Nombre	Réponses obtenues	
		Nom du niveau régional	Niveau régional recommandé *
Allemagne	3	Kreis	Land
		Regierungsbezirk	
		Land	
Angleterre	2	Health Authority	Health Authority
		Local Authority social services	
Autriche	1	Bundesländer	Bundesländer
Belgique	2	Communauté	Province
		Province	
Danemark	1	Amtskommuner	Amtskommuner
Espagne	1	Communauté autonome	Communauté autonome
Finlande	2	Province	None
		Région	
France	2	Région	Région
		Département	
Grèce	1	Réponse pour la Crète uniquement	Aucun
Irlande	2	Health Board	Health Board
		County	
Italie	1	Région	Région
Luxembourg	1	Niveau national	Niveau national
Pays-Bas	2	GGD Region	GGD Region
		WZV Region	
Portugal	3	Communauté	Health Region
		Région	
Suède	2	Health Region	County council
		County council	
		Municipalité	

* Ceci correspond à des recommandations du groupe projet

En Belgique, seule la communauté française a fourni des réponses et il apparaît que la province est le niveau le plus approprié. Cependant, cette recommandation n'engage que l'équipe du projet, et devra être approuvée par les délégués des communautés flamande et allemande.

Il n'a pas été possible de faire une recommandation de niveau régional pour la Grèce et la Finlande. En Grèce, les "régions santé" n'existent officiellement que depuis septembre 2001 et apparaissent comme le niveau approprié. Cependant, les informations étaient insuffisantes au moment de la rédaction du rapport pour recommander ce niveau. Pour la Finlande, aucun des deux niveaux explorés (province et région), n'a été recommandé pour l'échange d'informations de santé. Malgré l'importance de la population, la raison principale de cette décision est l'absence de pouvoirs démocratiques et de responsabilités concernant les politiques sociales et de santé à ce niveau. Dans ce pays, le haut niveau de décentralisation fait qu'une partie importante des responsabilités concernant la santé et les services de santé se trouve au niveau des municipalités, lesquelles représentent aussi un niveau de démocratie locale. La faible importance de la population des 452 municipalités (population moyenne 11 000 habitants) les rend inappropriées comme niveau d'échange d'informations de santé. Les résultats du projet Isare concernant la Finlande ne signifient cependant pas que ce pays doive être exclu des comparaisons infra-nationales dans les pays de l'Union européenne.

6.2 Démocratie locale et responsabilités concernant la santé et les politiques de santé dans les "régions santé"

Dans les chapitres 6.2 à 7.3, les tableaux présentent les réponses à l'étude Isare en deux parties : la partie supérieure des tableaux concerne les niveaux infra-nationaux recommandés pour l'échange des informations santé à travers les régions, et la deuxième partie concerne les autres niveaux examinés^{††}. L'objet de cette présentation est de mettre en relief, si elles existent, les principales différences entre ces deux groupes de niveaux infra-nationaux.

Les 13 niveaux recommandés correspondent généralement à un niveau de démocratie locale. C'est le cas des services municipaux des Pays-Bas, lesquels correspondent à des groupes de municipalités où s'exerce la démocratie locale. En revanche, les Autorités de Santé de l'Angleterre, les Comités de Santé irlandais et les Régions de Services de Santé portugaises ne sont pas des niveaux où une assemblée d'élus locaux a des responsabilités. Dans ces trois pays, un ou deux autres niveaux qui représentent une démocratie locale, mais avec des attributions très limitées ou inexistantes dans le domaine de la santé, ont été étudiés.

Tous les niveaux recommandés possèdent des responsabilités dans le domaine de la promotion de la santé, et tous sauf un (Luxembourg) élaborent un rapport de santé publique. Ces éléments semblent être de bons indicateurs pour déterminer si l'échange d'informations santé à travers les régions est approprié. En effet, sur les cinq fonctions étudiées dans le questionnaire, celles-ci sont les seules qui peuvent être appliquées aux provinces belges. À l'exception de ces dernières et des services municipaux de santé aux Pays-Bas, tous les autres niveaux recommandés sont engagés dans la gestion des hôpitaux et des soins ambulatoires. Des responsabilités de gestion et de politiques concernant les services sociaux sont moins fréquemment retrouvées aux niveaux recommandés (9 sur 13).

Tableau 2 : Correspondance avec le niveau de démocratie locale et de responsabilités en matière de politique sanitaire et sociale

Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations		Nombre de régions	Responsabilités dans la conduite de la politique sanitaire et sociale					Rapport de santé publique
			Démocratie locale	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires	Services sociaux	Promotion de la santé	
Allemagne	Land	16	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ¹
Angleterre	Autorités de Santé	99	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Autriche	Bundesländer	9	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ¹
Belgique	Province	11 ²	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui ¹
Danemark	Amtskommuner	14	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Parfois
Espagne	Communautés autonomes	17	Oui	Oui ³	Oui ³	Oui	Oui	Oui
France	Régions	26	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Irlande	Health Board	10	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Italie	Régions	21 ⁴	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui ¹
Luxembourg	Niveau national	1	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Pays-Bas	GGD	50	Oui ⁵	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Portugal	Health care region	5	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Suède	Comté	21	Oui	Oui	Oui ⁵	Non	Oui ⁵	Oui

¹ oui pour certaines régions

² dix provinces plus Bruxelles Capitale

³ pour dix communautés autonomes, la responsabilité est partagée avec le niveau national

⁴ 19 "Régions" et les deux provinces de la région du Trentin Haut-Adige

⁵ les services municipaux de santé des Pays-Bas correspondent à des regroupements de municipalités qui sont le niveau de démocratie locale

⁶ la responsabilité est partagée avec les municipalités

^{††} L'information concernant les deux niveaux non recommandés en Allemagne (Regierungsbezirk, Kreis) n'est pas encore incluse dans les tableaux.

Tableau 2 bis : Correspondance avec le niveau de démocratie locale et de responsabilités en matière de politique sanitaire et sociale

Niveau régional étudié et non retenu		Nombre de régions	Démocratie locale	Responsabilités dans la conduite de la politique sanitaire et sociale				Rapport de santé publique
				Soins hospitaliers	Soins ambulatoires	Services sociaux	Promotion de la santé	
Angleterre	Local Authorities Social service	150	oui	non	non	oui	non	non
Belgique	Communauté ¹	3	oui	non	non	non	oui	parfois
Espagne	Province	52	oui	non	non	oui	non	non
Finlande	Région	20	non	non	non	non	non	non
	Province	6	non	non	non	non	non	non
France	Départements	100	oui	non	non	oui	oui	parfois
Irlande	Comté	26	oui	non	non	non	non	non
Pays-Bas	WZV	27	non	oui	non	non	non	non
Portugal	Communauté	30	non	non	non	non	non	non
	Région	7	non	non	non	non	non	non
Suède	Municipalité	289	oui	non	oui	oui	oui	oui ²

1 seule la communauté francophone a été étudiée

2 oui pour certaines régions

Il existe des différences importantes entre les responsabilités des niveaux régionaux recommandés et ceux non retenus. Pour la plupart des pays où plusieurs niveaux ont été considérés, le choix était clair. Il faut souligner le cas des municipalités en Suède où un nombre important de responsabilités concernant la santé et les services sociaux se trouvent à ce niveau, lequel constitue aussi un niveau de démocratie locale. Ceci reflète le haut niveau de décentralisation qui prédomine en Suède. Cependant, la petite taille de la plupart des municipalités constitue un obstacle important pour l'échange d'informations à ce niveau. Les provinces espagnoles sont impliquées dans la gestion et les politiques concernant les services sociaux, mais elles ont peu de responsabilités concernant les questions de santé, ce qui explique le choix des Communautés autonomes pour ce pays.

La situation des départements français est en partie similaire à celle des provinces espagnoles, à la différence que les départements ont certaines responsabilités concernant la gestion des services de santé publique et dans le domaine de la santé mère-enfant. C'est pour ces raisons et pour certains rôles de santé publique que les départements français peuvent représenter un niveau infra-national approprié pour l'échange d'informations de santé dans l'Union européenne. Néanmoins, les réformes introduites en 1996 ont accordé plus d'importance au niveau régional.

6.3 Caractéristiques démographiques

Sur la base des réponses obtenues, les niveaux recommandés représentent un total de 300 régions dans 13 pays, soit une moyenne de 23 régions par pays. Cette valeur moyenne se retrouve en Suède (21 comtés), en France (26 régions), et en Italie (21 régions). Un groupe de pays comprend un nombre de régions entre cinq (Portugal) et 17 (Espagne). L'Angleterre, avec 99 Autorités de Santé et les Pays-Bas avec 50 régions GGD, représentent deux exceptions très au-dessus de la moyenne.

La population moyenne des niveaux régionaux recommandés fait apparaître deux groupes de pays : un groupe de cinq pays avec une population moyenne au niveau recommandé supérieure à 1,5 million d'habitants (Allemagne, Espagne, Italie, France et Portugal) et les huit autres pays avec une population moyenne régionale d'environ 400 000 habitants (315 000 à 920 000).

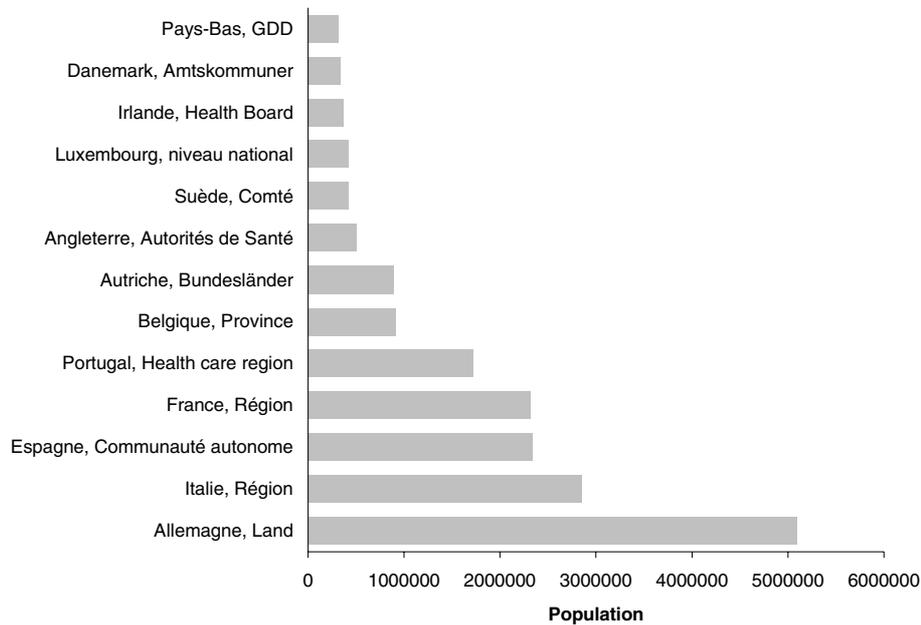
Parmi les niveaux régionaux recommandés, les populations les plus faibles se trouvent dans l'Amtskommuner au Danemark et le comté en Suède, chacun avec moins de 60 000 habitants. La taille minimale des unités des autres pays varie entre 118 000 et 682 000. La population la plus élevée des niveaux recommandés se trouve dans une région allemande, avec presque 18 millions d'habitants. Il y a des différences de populations très importantes (x390) entre la plus petite et la plus grande "régions santé". Cette variation est évidemment largement influencée par des régions atypiques, très éloignées de la moyenne. Une autre façon d'examiner la variation de la population entre les niveaux recommandés est de comparer leur moyenne par pays. Le rapport entre les extrêmes n'est alors plus que de 15. C'est un écart moins important que celui qui sépare les nations européennes. Ainsi, même exclusion faite du Luxembourg, le plus petit pays de l'Union est 22 fois moins peuplé que le plus grand pays de l'Union.

Pour cinq pays sur sept où l'on a considéré plusieurs niveaux, celui comprenant la population la plus importante a toujours été choisi.

Tableau 3: Démographie et superficie des niveaux régionaux étudiés durant l'enquête Isare

Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations		Nombre de régions	Population			Superficie		
			Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum
Allemagne	Land	16	5 090 000	682 000	17 788 000			
Angleterre	Autorités de Santé	99	502 554	128 231	1 013 177	1 317	34	8 306
Autriche	Bundesländer	9	892 000	274 000	1 596 000	9 317	415	19 173
Belgique	Province	11	920 000	239 000	1 627 000	2 773	161	4 439
Danemark	Amtskommuner	14	334 644	45 076	625 224	3 071	526	6 173
Espagne	Communautés autonomes	17	2 344 274	263 644	7 236 459	29 694	5 045	94 224
France	Régions	26	2 314 893	156 790	10 951 136			
Irlande	Health Board	10	370 000	205 500	1 295 939	8 784	4 644	14 283
Italie	Régions	21	2 856 925	118 200	8 901 000			
Luxembourg	Niveau national	1	420 416			2 586		
Pays-Bas	GGD	50	315 205	124 475	777 397	699	56	3 531
Portugal	Health care region	5	1 720 718	360 185	3 234 727			
Suède	Comté	21	421 973	57 428	1 803 377	19 568	2 941	98 911
Ensemble des régions recommandées		300	1 165 719	45 076	17 788 000	4 444	34	98 911
Niveau régional non recommandé pour l'échange d'informations								
Angleterre	Local Authorities Social services	150	331 672	2 086	1 344 023	870	3	8 038
Belgique	Communauté	3	3 372 000	950 000	5 856 000	10 172	161	16 844
Espagne	Provinces	52	787 238	172 236	3 478 803	9 731	1 980	21 766
Finlande	Région	20	258 565	25 706	1 290 618	16 907	1 552	
	Provinces	6	861 884	25 706	2 068 259	56 358	1 552	
France	Départements	100	601 872	73 508	2 554 449			
Irlande	Comté	26	139 500	25 000	1 060 000	2 703	826	7 500
Pays-Bas	WZV	27	583 712	238 038	1 295 645	1 295	221	3 531
Portugal	Communauté	30	330 070	48 300	1 836 300	3 064	779	8 503
	Région	7	1 412 500	239 200	3 503 300	13 129	779	26 931
Suède	Municipalité	289	30 662	2 746	743 703	1 488	9	19 447

Taille moyenne des populations des niveaux régionaux recommandés



6.4 "Régions santé", classification NUTS et stabilité des frontières

Parmi les 13 niveaux recommandés, neuf correspondent exactement à un niveau de la classification NUTS. Ceux-ci sont NUTS I pour le Luxembourg et l'Allemagne, NUTS II pour l'Autriche, la Belgique, l'Italie, la France et l'Espagne, et NUTS III pour le Danemark et la Suède. Le niveau NUTS III est le plus proche pour trois des quatre niveaux régionaux recommandés restants, l'Angleterre, l'Irlande et les Pays-Bas, tandis que les Régions des Services de Santé au Portugal sont plus proches du niveau NUTS II. Les nouvelles régions santé en Grèce sont proches du NUTS II.

La stabilité des frontières, évaluée à partir des changements de la dernière décennie, montre qu'à l'exception des comtés suédois, les niveaux qui correspondent aux classifications NUTS possèdent des frontières stables. D'autre part, trois des quatre niveaux qui ne correspondent pas à la classification NUTS (Autorités de Santé en Angleterre, Health board en Irlande et Services Municipaux de Santé aux Pays-Bas) ont subi des changements de frontières.

La correspondance des niveaux régionaux non recommandés avec la classification NUTS est comparable à celle des niveaux recommandés. Le Portugal est le seul pays où les niveaux non recommandés correspondent exactement à la classification NUTS, tandis que la région recommandée n'y correspond pas. Pour l'Irlande et les Pays-Bas aucun niveau examiné ne correspond à la classification NUTS.

Tableau 4 : Correspondance du niveau régional étudié durant l'enquête Isare avec la classification NUTS

		Nombre de régions	Correspondance exacte avec le niveau NUTS			Stabilité des frontières
			exacte	si oui, quel niveau	si non, niveau le plus proche	
Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations						
Allemagne	Land	16	oui	1	oui	
Angleterre	Autorités de Santé	99	non		3 non	
Autriche	Bundesländer	9	oui	2	oui	
Belgique	Province	11	oui	2	oui	
Danemark	Amtskommuner	14	oui	3	oui	
Espagne	Communautés autonomes	17	oui	2	oui	
France	Régions	26	oui	2	oui	
Irlande	Health Board	10	non		3 non	
Italie	Région	21	oui	2	oui	
Luxembourg	Niveau national	1	oui	1	oui	
Pays-Bas	GGD	50	non		3 non	
Portugal	Health care region	5	non		2 oui	
Suède	Comté	21	oui	3	+/-	
Niveau régional non recommandé pour l'échange d'informations						
Angleterre	Local Authorities Social services	150	oui	3	oui (?)	
Belgique	Communauté	3	oui	1	oui	
Espagne	Provinces	52	oui	3	oui (?)	
Finlande	Région	20	oui	3	oui	
	Provinces	6	non		2 non	
France	Départements	100	oui	3	oui	
Irlande	Comté	26	non		3 oui	
Pays-Bas	WZV	27	non		2 oui	
Portugal	Communauté	30	oui	3	oui	
	Région	7	oui	2	oui	
Suède	Municipalité	289	oui	5	+/-	

■ 7. Analyse des réponses relatives à la disponibilité des données

7.1 Remarques sur les réponses

L'objectif de cette partie de l'étude Isare est de déterminer s'il est possible d'obtenir les données clés nécessaires au calcul d'indicateurs de santé et ce pour chacun des niveaux infra-nationaux étudiés. Le sens du mot "disponibilité" doit donc être compris comme "la capacité de rassembler les données" d'un niveau régional spécifié. Ceci s'applique en général aux bases de données nationales, telles que le recensement de la population ou les données de mortalité, qui peuvent être facilement déclinées à un niveau plus fin. Ceci peut aussi être appliqué aux données recueillies et analysées localement dans certaines régions, telles que celles des registres de maladies spécifiques ou celles des enquêtes santé.

La liste des données devant figurer dans le questionnaire Isare, a été basée sur les premières versions du projet ECHI. Celui-ci comprend 11 catégories : professionnels de santé, formation des professionnels de santé, établissements de santé, utilisation des services de santé, données socio-économiques, démographiques, de mortalité, de morbidité, données générales de l'état de santé, facteurs biologiques et habitudes de vie, conditions de vie et de travail, et données de prévention.

Le questionnaire a permis de savoir quelles données étaient disponibles à chacun des niveaux infra-nationaux étudiés, quelle était l'année disponible la plus récente et la fréquence de mise à jour, de savoir si les données sont disponibles auprès des institutions ou d'un bureau de statistiques national et/ou local. Cette étude a de plus permis d'examiner plusieurs systèmes d'information locaux et nationaux.

Les modalités de l'étude ont pu avoir pour conséquence qu'un participant travaillant à un niveau national pouvait ne pas avoir une connaissance suffisante de la situation dans les régions de son propre pays. Ceci est vrai en particulier pour les pays avec une structure fédérale et aussi pour les données concernant des problèmes spécifiques de comportement ou de morbidité, lesquels font l'objet de sondages épidémiologiques locaux plutôt que nationaux. Du fait d'un niveau relativement élevé de détail du questionnaire sur la disponibilité de données, l'information n'a pas pu toujours être fournie et il existe un nombre non négligeable de questions non renseignées.

Ce phénomène existe malgré la nécessité pour répondre au questionnaire, de contacter d'autres experts au niveau national ou local afin de fournir une image claire de la situation. Dans certains pays, le questionnaire a été envoyé à plusieurs autres régions. C'est le cas de l'Espagne, où 12 des 17 Communautés autonomes ont pu fournir une réponse. L'information fournie pour la Belgique concerne seulement la communauté francophone et l'Angleterre fut le seul pays du Royaume-Uni impliqué dans l'étude. En conséquence, pour ces trois pays, les résultats présentés dans les sections suivantes représentent une généralisation au pays tout entier d'une situation qui a été évaluée seulement pour une partie de celui-ci.

Du fait des limites décrites, l'analyse prend en compte le travail accompli dans les pays concernés mais sans donner trop d'importance au niveau de l'information obtenue. En fait, les réponses à l'étude Isare sont seulement des indications sur les données et les systèmes d'information. Elles suggèrent les zones où l'échange d'informations de santé au niveau régional à travers l'Union européenne peut se réaliser. Cependant, des comparaisons fiables des régions peuvent être effectuées seulement si les données elles-mêmes sont comparables, si la qualité des données est suffisamment crédible, et si les tailles des populations sont assez importantes. Les questions de définition et de comparabilité des données sont pertinentes pour beaucoup de catégories de données, et certaines d'entre elles font l'objet d'autres projets du Programme de surveillance de la Santé (HMP).

Compte tenu de ces contraintes, les résultats du questionnaire de disponibilité des données sont présentés selon deux modes : par pays et par catégorie principale des données. La partie "Disponibilité de données : réponses aux questions individuelles" fournit plus de détails et présente la disponibilité de données individuelles à travers les 15 membres de l'Union européenne.

7.2 Disponibilité des données : vue générale par pays et par catégorie de données principales

Dans les trois tableaux présentés, la réponse "oui" signifie que la majorité des données dans la catégorie peut être obtenues au niveau spécifié. Les expressions "oui pour quelques items" ou "oui pour quelques régions" sont utilisées pour fournir une réponse plus précise quand ceci est nécessaire. De plus, la réponse "non" signifie qu'aucune information n'est disponible ou une faible quantité seulement. Comme dans les chapitres précédents, les réponses sont d'abord présentées pour les niveaux régionaux recommandés pour l'échange d'informations de santé, et ensuite pour les niveaux non recommandés. Les réponses disponibles pour la Grèce sont comprises dans la deuxième partie des tableaux.

7.2.1 Démographie, socio-économie, mortalité, morbidité et mesures de l'état général de santé

Comme prévu, les données concernant la démographie sont disponibles à tous les niveaux régionaux examinés, recommandés ou non. Les limites exprimées pour les Länder en Allemagne et pour le Luxembourg concernent la disponibilité des données socio-économiques. En ce qui concerne les données de mortalité, il semble qu'il existe une disponibilité à tous les niveaux régionaux examinés.

Les données sur l'état général de santé sont issues des "enquêtes santé", utilisant des outils tels que le Questionnaire de Santé Générale, le SF36 ou l'Euroqol-5D. Le questionnaire Isare portait spécifiquement sur la disponibilité des données concernant les maladies de longue durée et les maladies mentales. Seuls la Suède (pays), le Danemark (Amstkommuner) et la Finlande (Province) ont donné des réponses positives à tous ces thèmes. En Suède, les données proviennent d'un sondage national sur les conditions de vie. En Angleterre, l'enquête nationale de santé fournit des informations sur les maladies de longue durée, mais il serait nécessaire de rassembler plusieurs années de données pour avoir une représentation au niveau régional. Pour cinq autres niveaux recommandés, l'information n'a pu être recueillie que pour certaines régions où des sondages locaux sont effectués. Aucune information sur l'état général de santé n'est disponible aux niveaux régionaux recommandés en France, en Italie, au Portugal ou au Luxembourg.

La partie du questionnaire sur la morbidité concernait la disponibilité des données pour cinq maladies infectieuses et 16 maladies ou incapacités chroniques. L'Amstkommuner au Danemark est le seul niveau régional pour lequel la plupart des données dans cette catégorie peuvent être fournies, à partir de sources d'informations variées. Celles-ci comprennent les notifications des maladies infectieuses, les registres des cancers, les données hospitalières, et cinq enquêtes annuelles pour des affections telles que l'asthme, le diabète ou la polyarthrite rhumatoïde. Des enquêtes similaires sont effectuées dans certaines régions d'autres pays. Néanmoins, en général, pour la plupart des régions recommandées, les données de morbidité sont limitées aux maladies infectieuses et à celles provenant des registres du cancer, lesquels couvrent parfois seulement une partie du pays.

**Tableau 5 : Disponibilité des données aux niveaux régionaux étudiés durant l'enquête :
démographie, socio-économie, mortalité, état de santé et données de morbidité**

		Nombre de régions	Données disponibles			
			Démographie, socio-économie	Mortalité	État de santé général	Morbidité
Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations						
Allemagne	Land	16	oui pour quelques items	oui	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Angleterre	Autorités de Santé	99	oui	oui	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Autriche	Bundesländer	9	oui	oui	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Belgique	Province	11	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
Danemark	Amtskommuner	14	oui	oui	oui	oui
Espagne	Communautés autonomes	17	oui	oui	oui pour quelques régions/items	oui pour quelques régions/items
France	Régions	26	oui	oui	non	oui pour quelques items
Irlande	Health Board	10	oui	oui	non	oui pour quelques items
Italie	Régions	21	oui	oui	non	oui pour quelques items
Luxembourg	Niveau national	1	oui pour quelques items	oui	non	oui pour quelques items
Pays-Bas	GGD	50	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
Portugal	Health care region	5	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
Suède	Comté	21	oui	oui	oui	oui pour quelques items
Niveau régional non recommandé pour l'échange d'informations						
Angleterre	Local Authorities Social services	150				
Belgique	Communauté	3	oui pour quelques items	oui	oui	
Espagne	Provinces	52				
Finlande	Région	20	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
	Provinces	6	oui	oui	oui	oui pour quelques items
France	Départements	100	oui	oui	non	oui pour quelques régions/items
Grèce	Crète		oui pour quelques items	oui	non	oui pour quelques items
Irlande	Comté	26	oui	oui	non	oui pour quelques items
Pays-Bas	WZV	27	oui	oui	oui (à confirmer)	oui pour quelques items
Portugal	Communauté	30	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
	Région	7	oui	oui	oui pour quelques régions	oui pour quelques items
Suède	Municipalité	289	oui	oui	non	non

7.2.2 Ressources et utilisation des services de santé

Le questionnaire Isare concernait également la disponibilité de données sur le nombre de médecins, infirmiers, sages-femmes, dentistes et pharmaciens, ainsi que le nombre d'hôpitaux, de lits d'hôpital, de maisons de retraite, etc. Les données concernant ces professionnels de santé et ces établissements sont largement disponibles dans les régions recommandées. Cependant, dans trois pays (Allemagne, Irlande et Italie), elles sont limitées au secteur public. Ceci est également vrai pour l'Angleterre mais la part des services privés de santé reste faible dans ce pays.

Les indicateurs d'activité comprennent, d'une part, le nombre de jours d'hospitalisation, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour et, d'autre part, le nombre d'interventions spécifiques telles que césariennes, opérations de la cataracte, prothèses de hanche. La disponibilité de données diminue au fur et à mesure que les données demandées deviennent plus spécifiques. Le dénombrement d'un certain nombre d'actes de soins spécifiques n'est pas toujours disponible au niveau régional. Cependant, il y a un bon niveau de disponibilité dans plus de la moitié des niveaux

régionaux recommandés (y compris les pays où l'on a compté seulement les activités du secteur public). L'accès aux données d'activité des services de santé est difficile aux Pays-Bas parce que l'information est traitée par un organisme privé.

Tableau 6 : Disponibilité des données aux niveaux régionaux étudiés durant l'enquête : professionnels de santé, équipements de santé et utilisation

		Données disponibles			
		Ressources et utilisation du système de soins			
		Nombre de régions	Professionnels	Équipements	Utilisation
Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations					
Allemagne	Land	16	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Angleterre	Autorités de Santé	99	oui *	oui *	oui *
Autriche	Bundesländer	9	oui	oui	oui
Belgique	Province	11	oui	oui	oui
Danemark	Amtskommuner	14	oui	oui	oui
Espagne	Communautés autonomes	17	oui	oui	oui
France	Régions	26	oui	oui	oui
Irlande	Health Board	10	oui *	oui *	oui *
Italie	Régions	21	oui pour quelques items	oui	oui
Luxembourg	Niveau national	1	oui	oui jusqu'en 1994	oui pour quelques items jusqu'en 1994
Pays-Bas	GGD	50	oui	oui	pas vraiment accessible
Portugal	Health care region	5	oui	oui	oui pour quelques items
Suède	Comté	21	oui	oui	oui pour quelques items *
Niveau régional non recommandé pour l'échange d'informations					
Angleterre	Local Authorities Social services	150			
Belgique	Communauté	3	oui	oui	oui
Espagne	Provinces	52			
Finlande	Région	20	oui	oui	oui
	Provinces	6	oui	oui	oui
France	Départements	100	oui	oui	oui
Grèce	Crete				
Irlande	Comté	26	non	non	non
Pays-Bas	WZV	27	oui	oui	oui
Portugal	Communauté	30	oui	oui	oui pour quelques items
	Région	7	oui	oui	oui pour quelques items
Suède	Municipalité	289	seulement pharmacies	seulement les maisons de retraite	oui pour informations générales

* réduit au secteur public

7.2.3 Déterminants de santé et prévention

Les catégories facteurs biologiques et habitudes de vie comprennent les facteurs de risque individuels (indice de masse corporelle, tension artérielle, cholestérol, tabagisme, utilisation de drogues illégales). Comparée aux autres catégories, la disponibilité de ces données est assez faible. En ce qui concerne la catégorie d'état général de santé, les données disponibles au niveau régional peuvent provenir d'une enquête nationale avec des échantillons de taille suffisante pour établir des chiffres représentatifs au niveau local. Ceci semble être le cas des pays où certaines données peuvent être fournies pour toutes les régions au niveau recommandé. La réponse pour les facteurs biologiques est négative pour

l'Angleterre, malgré l'existence d'une enquête santé dans ce pays. Aux Pays-Bas et en Espagne, les données sont fournies grâce à des enquêtes locales de santé, mais limitées à certaines régions.

La situation est plus contrastée pour les conditions de vie et de travail qui comprennent des données d'environnement (taille du logement, salle de bains, douche) et des données d'accidents (circulation routière, foyer, loisirs, travail). Pour la plupart des niveaux recommandés, à l'exception des "GGD" aux Pays-Bas, la majorité des données semblent disponibles. Cela n'est pas étonnant pour les caractéristiques du foyer, provenant le plus souvent du recensement. Les données sur les accidents de la route, fréquemment recueillies par des systèmes d'information nationaux, sont aussi largement disponibles, contrairement à celles sur les accidents domestiques ou les accidents du travail.

Les données de prévention concernent la couverture vaccinale et le dépistage du cancer (sein et col de l'utérus). Les réponses dépendent de l'existence de programmes de vaccination ou de dépistage au niveau régional ou national. Cela explique le faible niveau de disponibilité de données sur le dépistage du cancer et la couverture vaccinale contre la tuberculose (voir paragraphe suivant). Les réponses indiquent une meilleure disponibilité des autres données de vaccination.

Tableau 7 : Disponibilité des données aux niveaux régionaux étudiés durant l'enquête : facteurs biologiques et habitudes de vie, conditions de vie et de travail, données de prévention

		Nombre de régions	Données disponibles – Déterminants de santé et prévention		
			Facteurs bio. habitudes de vie	Conditions de vie et de travail	Prévention
Niveau régional recommandé pour l'échange d'informations					
Allemagne	Land	16	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Angleterre	Autorités de Santé	99	non ¹	oui pour quelques items	oui
Autriche	Bundesländer	9	oui pour quelques items	oui pour quelques items	non
Belgique	Province	11	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items
Danemark	Amtskommuner	14	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items / régions
Espagne	Communautés autonomes	17	oui pour quelques régions	oui	oui
France	Régions	26	non	oui pour quelques items	non
Irlande	Health Board	10	non	oui pour quelques items	oui
Italie	Régions	21	oui pour quelques items	oui	oui pour quelques items
Luxembourg	Niveau national	1	oui pour quelques items	oui	oui
Pays-Bas	GGD	50	oui pour quelques régions	non	oui
Portugal	Health care region	5	non	oui	oui
Suède	Comté	21	oui pour quelques items	oui	oui
Niveau régional non recommandé pour l'échange d'informations					
Angleterre	Local Authorities Social services	150			
Belgique	Communauté	3			
Espagne	Provinces	52			
Finlande	Région	20	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items
	Provinces	6	oui pour quelques items	oui pour quelques items	oui pour quelques items
France	Départements	100	non	oui pour quelques items	non
Grèce	Crète				
Irlande	Comté	26	non	oui pour quelques items	non
Pays-Bas	WZV	27	? idem GGD	? idem GGD	? idem GGD
Portugal	Communauté	30	non	oui	oui
	Région	7	non	oui	oui
Suède	Municipalité	289	non	oui pour quelques items	oui

1 mais possible à travers l'enquête de santé pour l'Angleterre, voir le texte

7.3 Disponibilité des données dans les régions recommandées : réponses par données individualisées

Les tableaux et les commentaires suivants, plus détaillés, concernent uniquement les 13 niveaux régionaux recommandés. Ainsi, deux pays, la Finlande et la Grèce, ne sont pas pris en compte.

Ils présentent la distribution des 13 pays selon les réponses à la question concernant la disponibilité d'un élément de données dans les régions, au sein d'un même pays. Pour certains pays, comme l'Espagne et la Belgique, les réponses ont été obtenues pour seulement une partie du pays. Dans ce cas, la réponse "toutes les régions" veut dire "toutes les régions examinées pendant l'étude". En conséquence, le chiffre dans la colonne concernée surestime probablement le niveau de disponibilité de données. Les tableaux sont intitulés "évaluation de la disponibilité de données" pour exprimer ce processus de généralisation et pour éviter toute fausse interprétation des chiffres.

Les réponses aux autres questions ne sont pas présentées dans les tableaux, mais sont commentées dans le texte quand nécessaire.

7.3.1 Données démographiques et socio-économiques

Les données détaillées d'âge et de sexe de la population et les statistiques démographiques de base sont largement disponibles dans toutes les régions de tous les pays. Ce n'est pas le cas des données socio-économiques. Ainsi, neuf pays ont répondu qu'il serait possible de fournir des données de population par classe sociale, tandis que ceci n'est pas possible dans les Länder allemands ni au Luxembourg. La situation est meilleure pour les chiffres concernant le chômage, même détaillés par sexe, lesquels semblent disponibles dans 12 pays et dans plusieurs régions GGD aux Pays-Bas. En Espagne et en Allemagne, les données sont disponibles uniquement à partir de sources locales.

Pour la plupart des pays, les données démographiques les plus récentes concernent une année située entre 1996 et 1999. Le questionnaire ne permettait pas de connaître la façon dont les données sont mises à jour. Il est possible que la mise à jour annuelle indiquée par plusieurs pays concerne des populations estimées, ce qui est probablement le cas pour les pays où un recensement est effectué uniquement tous les 5 ou 10 ans. Les données sur les classes sociales sont plus anciennes et mises à jour moins fréquemment. Ce n'est pas le cas des données de chômage pour lesquelles la disponibilité concerne les années 1996 à 2000. Ainsi, le chômage apparaît comme un indicateur socio-économique largement disponible et mis à jour, même au niveau régional, dans toute l'Union européenne.

Tableau 8 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* données démographiques et socio-économiques

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Répartition de la population par sexe et âge	13			
Nombre de naissances vivantes par an	13			
Nombre de décès par an	13			
Répartition socio-économique de la population	9		2	2
Population active	12	1		
si oui, par âge	11	1	1	
si oui, par sexe	11	1	1	
Nombre de chômeurs	12	1		
si oui, par âge	11	1	1	
si oui, par sexe	12	1		
Répartition des actifs selon les secteurs agricole, industriel, commercial et public	11	1	1	
Pourcentage de la population adulte ayant atteint un niveau d'éducation secondaire	11	1	1	
Pourcentage de la population adulte ayant atteint un niveau d'éducation supérieur	11	1	1	

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.2 Données de mortalité

Les données de mortalité périnatale et de mortalité générale (toutes causes de décès), détaillées par âge et sexe, sont disponibles dans toutes les régions des 13 pays. Ces données peuvent être obtenues à partir d'une source nationale dans 11 pays, et de sources locales en Allemagne et en Espagne. Dans tous les pays, les données régionales de mortalité sont disponibles et mises à jour régulièrement. L'enquête montre que la dernière année de disponibilité de données est comprise entre 1995 et 1999. Les données régionales de mortalité sont mises à jour annuellement dans tous les pays. Trois pays ont indiqué qu'ils utilisent la Classification Internationale de Maladies version 10; les neuf autres pays (un sans réponse) utilisent la CIM 9. Dans deux pays, la cause de décès est codée sur 3 chiffres, tandis que les 10 autres pays utilisent des codes à 4 chiffres (un sans réponse).

Tableau 9 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* données de mortalité

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Nombre de décès périnataux	13			
Répartition par sexe et âge des décès par cause	13			

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.3 Données d'état général de santé

Les trois thèmes de cette catégorie sont disponibles dans toutes les régions au Danemark et en Suède, et pour certaines régions de la Belgique, des Pays-Bas et du Portugal. Le nombre de personnes souffrant des maladies de longue durée peut être fourni dans toutes les régions de l'Autriche et celles examinées en Espagne. Ces deux pays, ainsi que l'Allemagne, peuvent fournir des données concernant les handicaps physiques. En Espagne, les deux autres thèmes peuvent être fournis pour certaines régions examinées seulement.

Tableau 10 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* données sur l'état général de santé

Nombre de personnes avec (par sexe et groupe d'âge)	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse
Maladie de longue durée	4	4	5	
Handicaps physiques	5	3	5	
Maladie mentale	2	4	7	

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

**pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Les données concernant l'état général de santé proviennent, soit d'enquêtes nationales (Conditions de vie en Suède, Enquête santé en Angleterre), soit d'enquêtes locales (Pays-Bas, Espagne). Les enquêtes nationales, bien qu'effectuées sur des échantillons représentatifs nationaux, peuvent fournir des résultats de représentation locale par l'agrégation des résultats de plusieurs années. L'opportunité et la mise à jour varient selon les pays. Au Danemark, les trois thèmes sont disponibles pour l'an 2000, avec une mise à jour tous les cinq ans. En Suède, l'enquête sur les conditions de vie permet une mise à jour annuelle. Elle est plus irrégulière aux Pays-Bas et en Espagne, pour les régions où ces données sont recueillies.

7.3.4 Morbidité

Le nombre de non réponses dans cette partie du questionnaire est plus élevé que pour les autres catégories de données. Ceci est probablement dû au niveau plus élevé de détails requis, ainsi qu'à des variations plus importantes entre les régions, rendant l'obtention d'informations précises plus difficile. En plus des questions usuelles demandées pour toutes les catégories de données, le type de source (registre, notification, enquêtes ou autre) était demandé pour la morbidité. Pour ces données une distinction était généralement faite entre incidence et prévalence. Les réponses sont présentées pour les maladies infectieuses et pour les maladies chroniques.

Maladies infectieuses

Les données d'incidence des maladies infectieuses sont largement disponibles dans toutes les régions examinées des 13 pays. C'est le cas notamment pour la tuberculose, un peu moins pour le VIH/Sida, les maladies sexuellement transmissibles, les hépatites B et C. La couverture est limitée à certaines régions en ce qui concerne le VIH/Sida au Pays-Bas et la prévalence d'hépatite B en Italie. La source d'information est souvent un système de notification. Cependant, certains pays indiquent qu'ils maintiennent des registres de maladie. C'est le cas pour le VIH/Sida au Danemark, en Allemagne, en Espagne et au Portugal, et pour l'hépatite B et C au Danemark et en Irlande. Les données, quand elles sont disponibles, sont plutôt récentes (entre 1997 et 2000) et mises à jour annuellement.

Tableau 11 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* données de morbidité : maladies infectieuses

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :				Nombre de pays où les données sont collectées par				
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse	registre de maladie	déclaration	étude	autre	sans réponse
VIH/Sida									
Incidences	12	1			4	7			2
Prévalences	4	2	6	1	4				2
Tuberculose									
Incidences	13				1	10			2
MST sauf VIH									
Incidences	11		2		1	7			3
Hépatite B									
Incidences	10		2	1	2	6			2
Prévalences	2	1	8	2	1	1	1		
Hépatite C									
Incidences	8		5		2	5			1
Prévalences	2	1	9	1	1	1			1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Maladies chroniques

Le questionnaire Isare portait sur la disponibilité au niveau régional des données d'incidence et de prévalence pour 16 maladies ou incapacités chroniques. Les réponses montrent une faible disponibilité pour la majorité d'entre elles, et le tableau 12 montre les 10 maladies (les réponses pour les trois cancers étant similaires) pour lesquelles les données existent plus fréquemment dans certaines, voire toutes les régions.

Les registres concernant les cancers les plus courants se situent en haut de la liste, avec 11 des 13 pays indiquant l'existence d'un tel système d'information. Les réponses indiquent que certains types de données concernant le cancer sont disponibles dans toutes les régions de neuf pays sur les 13 pays examinés. Cependant, on ne doit pas présumer de l'existence de registres universels de couverture dans ces neuf pays. Les quatre pays qui ont spécifiquement indiqué une couverture partielle sont l'Italie, la France, l'Espagne et le Portugal. Après le cancer, le mongolisme vient en deuxième position sur la liste des maladies pour lesquelles les données sont fréquemment disponibles, mais la source est plus souvent un système de notification pour cette maladie génétique. Les registres des maladies restent le système d'information le plus courant pour les données concernant le diabète, l'insuffisance rénale chronique et la sclérose en plaques. Cependant, pour ces deux dernières maladies, les données sont disponibles au niveau régional dans, respectivement, quatre et trois pays, comparé à sept pays pour le diabète. Enfin, les données concernant l'asthme et les troubles de la vue ou de l'ouïe proviennent presque exclusivement d'enquêtes. Les autres sources d'information sont un laboratoire national (mongolisme au Luxembourg), un réseau de surveillance (diabète en Espagne) et une enquête sur les conditions de vie (asthme en Suède).

Tableau 12 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* données de morbidité : maladies chroniques les plus fréquentes

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :				Nombre de pays où les données sont collectées par				
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse	registre de maladie	déclaration	étude	autre	sans réponse
Cancer colorectal , du poumon et du sein									
Incidence	9	4		0	11				2
Trisomie 21									
Incidence	7	1	4	1	3	4		1	
Diabète									
Prévalence	3	4	5	1	4		2	1	
Incidence	2	4	5	2	4	1		1	
Déficits visuels									
Prévalence	5	1	5	2			6		
Asthme									
Prévalence	5		7	1	1		4	1	
Déficits auditifs									
Prévalence	5		6	2			5		
Maladies rénales chroniques									
Prévalence	2	3	7	1	2		1		2
Sclérose en plaques									
Incidence	1	3	7	2	3				1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Pour les maladies telles la polyarthrite rhumatoïde, la schizophrénie, la maladie de Parkinson, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies ischémiques du cœur et les maladies chroniques d'obstruction pulmonaire, les données sont disponibles au niveau régional pour au plus quatre des 13 pays.

7.3.5 Professionnels de santé

Les données concernant les professionnels de santé semblent être largement disponibles dans toutes les régions pour la plupart des pays. Cependant, cela n'est pas le cas en Irlande, dont la réponse est "non" à toutes les questions, en Italie en ce qui concerne le nombre de médecins, spécialistes et pharmaciens, et en Suède pour le nombre de sages-femmes. Ces pays ne peuvent pas fournir d'informations concernant la disponibilité de données d'infirmiers et sages-femmes. Pour cette catégorie de données, la seule réponse des Pays-Bas concerne le nombre de dentistes, qui peut être obtenu dans certaines régions. Les données, quand elles sont disponibles, sont récentes (dernière disponibilité entre 1998 et 2000) et mises à jour annuellement.

Tableau 13 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : professionnels de santé

Nombre de	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Médecins	11		1	1
Généralistes	10		1	2
Spécialistes	10		2	1
Infirmières	8		1	4
Sages femmes	8		2	3
Dentistes	11	1	1	
Pharmaciens	10		2	1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.6 Établissements de services de santé

Il est possible de fournir des données concernant les hôpitaux et le nombre de lits de soins intensifs dans toutes les régions de neuf pays sur 13. Pour les Pays-Bas, la disponibilité des données concerne uniquement certaines régions. Les réponses de l'Irlande et du Luxembourg indiquent que ce type d'information n'est pas disponible au niveau régional. Au Luxembourg, il y a une interruption des données sur les services hospitaliers et leur activité depuis 1994. Des informations précises seront disponibles de nouveau dès la conclusion du programme hospitalier. La réponse négative de l'Irlande correspond au fait qu'il n'existe pas d'information concernant le secteur privé. Bien que ceci soit aussi applicable en Suède et en Angleterre, les réponses sont positives pour ces deux pays. Dans ce dernier, le secteur privé couvre une minorité de services de santé (environ 7 % d'activité). L'information sur les maisons de retraite et les lits de soins aux personnes âgées se trouve moins souvent dans les régions, et quatre pays ont donné des réponses négatives à ce sujet (Allemagne, Irlande, Italie et Luxembourg). La dernière année de disponibilité se trouve entre 1998 et 2000, et les données sont mises à jour annuellement.

Tableau 14 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : structures de soins

Nombre de	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Hôpitaux (sites géographiques)	10	1	2	
Hôpitaux de soins aigus	9	1	3	
Lits de soins aigus	9		2	2
Lits d'obstétrique ou de maternité	9		2	2
Lits de psychiatrie	10	1	2	
Lits de long-séjour ou de maison de retraite	8	1	4	
Pharmacies	11	1	1	

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.7 Utilisation des services de santé

Le questionnaire explore la disponibilité d'une gamme d'indicateurs concernant les activités hospitalières, tels que le nombre d'admissions de patients, le taux d'occupation des lits, le nombre de lits et la durée moyenne du séjour. Les niveaux très variables des réponses à ces questions rendent difficile leur interprétation, et le tableau 15 présente seulement la disponibilité des données d'admission des patients hospitalisés et la durée moyenne du séjour.

La disponibilité de ces données est peu différente de celles concernant les structures de soins (paragraphe précédent). Ainsi, pour les mêmes raisons, le Luxembourg et l'Irlande ont donné des réponses négatives aux indicateurs des activités hospitalières, et celles provenant d'Angleterre et de Suède s'appliquent uniquement aux activités hospitalières du secteur public. Les chiffres d'activité des maisons de retraite sont moins couramment disponibles.

Cette catégorie de données comprend aussi une série d'actes de soins spécifiques : césariennes, avortements provoqués, greffes de pontage de l'artère coronaire (ou CABG), angiographies percutanées transluminales coronaires (ou PTCA), opérations de cataracte et prothèses de hanche. Le questionnaire n'explique pas la signification des abréviations CABG et PTCA, ce qui a provoqué une absence de réponses de la part d'un pays. La disponibilité de données a été demandée pour le nombre d'actes effectués sur les résidents des régions (données domiciliées), ou bien le nombre effectué dans les hôpitaux de la région, indépendamment du lieu de résidence du patient (partie inférieure). Les données domiciliées permettent le calcul des taux d'actes spécifiques pour une région particulière.

Les réponses à l'enquête Isare suggèrent que ces taux peuvent être calculés pour toutes les régions de huit des 13 pays. Concernant les opérations de cataracte et les prothèses de hanche, les réponses négatives proviennent de l'Allemagne, l'Irlande, le Portugal et les Pays-Bas. Aux Pays-Bas, les données d'activité hospitalière sont traitées par un organisme privé pour les hôpitaux. En conséquence, les données ne sont pas facilement accessibles par d'autres institutions, et les réponses pour ce pays sont négatives. L'absence de réponse pour le Luxembourg est vraisemblablement en relation avec les raisons mentionnées précédemment dans le paragraphe sur les établissements de services de santé.

Quand on tient compte de l'activité hospitalière sans référence au lieu de résidence du patient, le Portugal fait partie du groupe de pays où les données sont disponibles dans toutes les régions.

Les indicateurs d'activité générale hospitalière (admissions, durée moyenne du séjour) et les données d'actes de soins spécifiques, quand ils sont disponibles, sont récents (1997-2000) et mis à jour régulièrement (6 mois - 1 an).

Tableau 15 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : Utilisation du système de soins - activité hospitalière

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse
Nombre d'admission hospitalières par an				
Total	11		2	
Soins aigus	10		3	
Psychiatrie	11		2	
Long séjour / maison de retraite	6		6	1
Durée moyenne de séjour				
Soins aigus	10		3	
Psychiatrie	10		2	1
Long séjour / maison de retraite	5	1	6	1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Tableau 16 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : Utilisation du système de soins - actes de soins spécifiques

Nombre d'actes	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse
Domiciliées				
Césariennes	8	1	4	
Avortements provoqués	8	1	4	
Pontages coronariens	8		2	3
Thrombolyse coronarienne	8		2	3
Opérations de la cataracte	8		4	1
Prothèses de hanche	8		4	1
Enregistrées				
Césariennes	8	1	2	2
Avortements provoqués	8	1	2	2
Pontages coronariens	9		1	3
PTCA	9		1	3
Opérations de la cataracte	9		2	2
Prothèse de hanche	9		2	2

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.8 Facteurs biologiques et habitudes de vie

Les réponses aux thèmes concernant les facteurs biologiques révèlent, pour la plupart des pays, une disponibilité limitée de ces données ; de plus, quand elles sont disponibles, elles couvrent rarement la totalité des régions du pays. C'est le cas de la tension artérielle (toutes les régions en Allemagne, certaines en Belgique, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède et en Espagne). Comparativement, l'indice de masse corporelle est disponible dans toutes les régions de six des 13 pays, mais ni en France ni en Irlande. L'absence de réponse pour l'Angleterre doit être précisée, puisque des données régionales pourraient être produites par le regroupement sur plusieurs années des données recueillies dans "l'Enquête de Santé pour l'Angleterre" (échantillon national).

Tableau 17 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : Facteurs biologiques et habitudes de vie

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	la plupart des régions**	quelques régions	aucune région	sans réponse
Facteurs biologiques				
Indice de masse corporelle	6	4	2	1
Tension artérielle	2	5	5	1
Cholestérol	1	4	7	1
Habitudes de vie				
Nombre de cigarettes consommées (par personne et par an)	4	2	7	
Pourcentage de consommateurs réguliers (de plus de 15 ans)	8	3	2	
Nombre d'utilisateurs de drogues illicites (par sexe et âge)	3	1	8	1
Nombre moyen de calories (par personne et par jour)	0	1	11	1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Dans cette catégorie, le thème le plus souvent disponible est le nombre de fumeurs adultes. Seules la France et l'Irlande déclarent une absence de disponibilité de cette donnée au niveau régional, tandis que dans huit pays les données peuvent être fournies pour toutes les régions. D'autre part, l'information régionale de nutrition et d'utilisation de drogues illégales est très rare.

7.3.9 Conditions de vie et de travail

Le deux premiers thèmes de cette catégorie, "taille moyenne du logement" et "foyer avec bain ou douche", sont généralement recueillis lors des recensements de population. Cela explique pourquoi quatre pays ont répondu que ces données sont disponibles mais mises à jour exclusivement tous les 10 ans. Un pays a mentionné qu'à cause de la généralisation des salles d'eau, ces données ne sont plus recueillies lors des recensements.

Les données concernant les accidents de la route sont disponibles dans la plupart des régions européennes puisque seuls l'Allemagne et les Pays-Bas ont des réponses négatives à ce sujet. En Espagne et parfois au Portugal, l'information sur les accidents de la route est recueillie et accessible via un système d'information national. Ceci s'applique aussi aux accidents domestiques et de loisirs (moins fréquemment disponibles) et aux accidents du travail.

Tableau 18 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : Conditions de vie et de travail

	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Taille moyenne des logements	9		3	1
Logements avec baignoires ou douches	8		4	1
Nombre d'accidents de la circulation	11		2	
Nombre d'accidents domestiques ou de loisirs	6		7	
Nombre d'accidents du travail	8		5	
Nombre de maladies professionnelles	8		5	

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

7.3.10 Prévention

Les thèmes dans cette catégorie concernent les activités des programmes de vaccination et de dépistage. Ainsi, les réponses négatives peuvent refléter l'absence de ce type de programmes dans le pays ou les régions, ou bien l'absence de données au niveau régional pour les programmes existants. La première explication est probablement la raison pour laquelle la couverture vaccinale contre la tuberculose est moins disponible que les chiffres concernant d'autres maladies infectieuses. Les données de couverture vaccinale contre la rougeole et la rubéole sont disponibles uniquement pour certaines régions en France et en Italie. Ces maladies font partie du calendrier vaccinal en France, mais les données précises de couverture ne sont pas disponibles pour certaines régions.

Tableau 19 : Estimation de la disponibilité des données au niveau régional recommandé dans 13 pays membres de l'Union européenne* : Prévention

Nombre de personnes avec	Nombre de pays où les données sont susceptibles d'être disponibles dans :			
	<i>la plupart des régions**</i>	<i>quelques régions</i>	<i>aucune région</i>	<i>sans réponse</i>
Vaccinations				
BCG à 1 an	5	1	7	
Diphtérie, tétanos, coqueluche & polio, à 1 an	8	1	4	
Rougeole à 1 ou 2 ans	8	2	3	
Rubéole à 1 ou 2 ans	8	2	3	
Dépistage				
Cancer du sein	6	4	3	
Cancer de l'utérus	5	3	4	1

* voir le texte définissant les niveaux recommandés

** pour certains pays, les réponses ne couvrent pas toutes les régions au niveau recommandé

Les réponses suggèrent que les données de couverture de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont disponibles dans toutes les régions de six et cinq pays respectivement. L'Autriche, la Belgique et la France ne possèdent pas d'information au niveau régional du dépistage du cancer du sein. Pour ces pays, ainsi que pour l'Espagne, ceci est applicable au dépistage du cancer du col de l'utérus. Une fois de plus, il est nécessaire d'avoir des informations sur l'existence des programmes nationaux ou locaux de dépistage pour une interprétation correcte de ces données.

■ 8. Discussion

Il est important de souligner les limites de l'approche du projet et leurs conséquences pour l'interprétation et l'utilisation des recommandations. La plupart des commentaires proviennent du débat qui a eu lieu pendant la réunion des représentants des pays en mai 2001 à Strasbourg, où les résultats du projet Isare ont été présentés.

8.1 Limites de l'approche Isare

L'approche dans le cadre du projet Isare n'a pas été systématique, puisque chaque niveau administratif infra-national n'a pas été considéré comme niveau possible pour l'échange d'indicateurs de santé à travers l'Europe. La participation des délégués des pays, tous impliqués dans la santé publique, a permis de se concentrer sur les niveaux vraisemblablement appropriés, et a probablement évité des requêtes d'information inutiles. Il est nécessaire de noter que le choix des niveaux présentés dans ce rapport correspond uniquement aux recommandations faites par l'équipe du projet. De plus, leur pertinence peut être limitée dans des pays comme la Belgique et l'Espagne, où toutes les informations requises sont disponibles pour une partie du pays seulement. Cela s'applique aussi au Royaume-Uni, où seule l'Angleterre a été officiellement impliquée dans le projet. Le groupe projet a pensé qu'il n'était pas possible de formuler une recommandation pour la Finlande et la Grèce.

Il existe une variation considérable dans le niveau d'autonomie des différentes régions santé recommandées. Dans certains pays, les régions peuvent avoir une autonomie suffisante pour décider de leurs propres priorités, identifier les interventions nécessaires et affecter des fonds pour les exécuter. Dans d'autres pays, l'autonomie peut être minimale et la responsabilité réduite à l'exécution des politiques décidées au niveau national. Cela s'applique non seulement aux compétences spécifiques concernant le secteur social et de santé, mais aussi à toute l'étendue des pouvoirs démocratiques exercés par les régions santé qui correspondent à un niveau de démocratie locale.

Une version précédente du questionnaire Isare contenait plus de questions concernant l'étendue des responsabilités en matière de politiques de santé et de démocratie locale. Au cours de la préparation de l'enquête, la complexité de ces sujets fut évoquée. Bien qu'ils soient considérés comme pertinents pour ce projet, il a été décidé qu'un excès de détails irait au-delà de ses attributions. Aussi, le projet a opté pour une approche pragmatique qui consiste à compter sur le travail existant (documents du Conseil Européen sur la démocratie locale, les séries Services de Santé en Transition - HIT- de l'OMS) et un questionnaire relativement simplifié. Il sera probablement nécessaire de réaliser d'autres travaux sur des sujets tels que les niveaux de décentralisation dans le domaine de la santé ou encore les effets de la décentralisation sur les politiques de santé. La grande variation de ces niveaux de décentralisation et d'autonomie régionale en Europe se prête à des recherches plus approfondies, qui peuvent être accomplies dans le cadre du Programme de surveillance de la Santé ou dans un cadre différent.

L'accès à l'information sur la disponibilité de données a été difficile pour certaines catégories de données. Pour certaines, l'analyse a été entravée par l'absence de réponses. Pour certains pays, les réponses représentent des généralisations d'une situation qui a pu être établie seulement dans une partie du pays. Dans de nombreux cas, la question posée sur un sujet aurait exigé une réponse plus précise que "oui" ou "non". Par exemple, l'absence de données concernant les établissements privés de services de santé conduit à des réponses différentes dans deux pays, en dépit du fait que dans chacun des deux pays, le secteur privé fournit une minorité de services. Pour certains sujets, une réponse positive peut se rapporter à des sources de données très différentes d'un pays à l'autre (par exemple, la catégorie de morbidité). Du fait du regroupement de ces réponses positives, il n'est pas impossible que les résultats présentés dans la partie traitant de la disponibilité des données, tendent à surévaluer la comparabilité des données. En conséquence,

l'étude Isare peut fournir uniquement une évaluation de la disponibilité des données, et il est important de considérer les chiffres présentés comme des indications.

8.2 Le choix des critères utilisés pour la recommandation

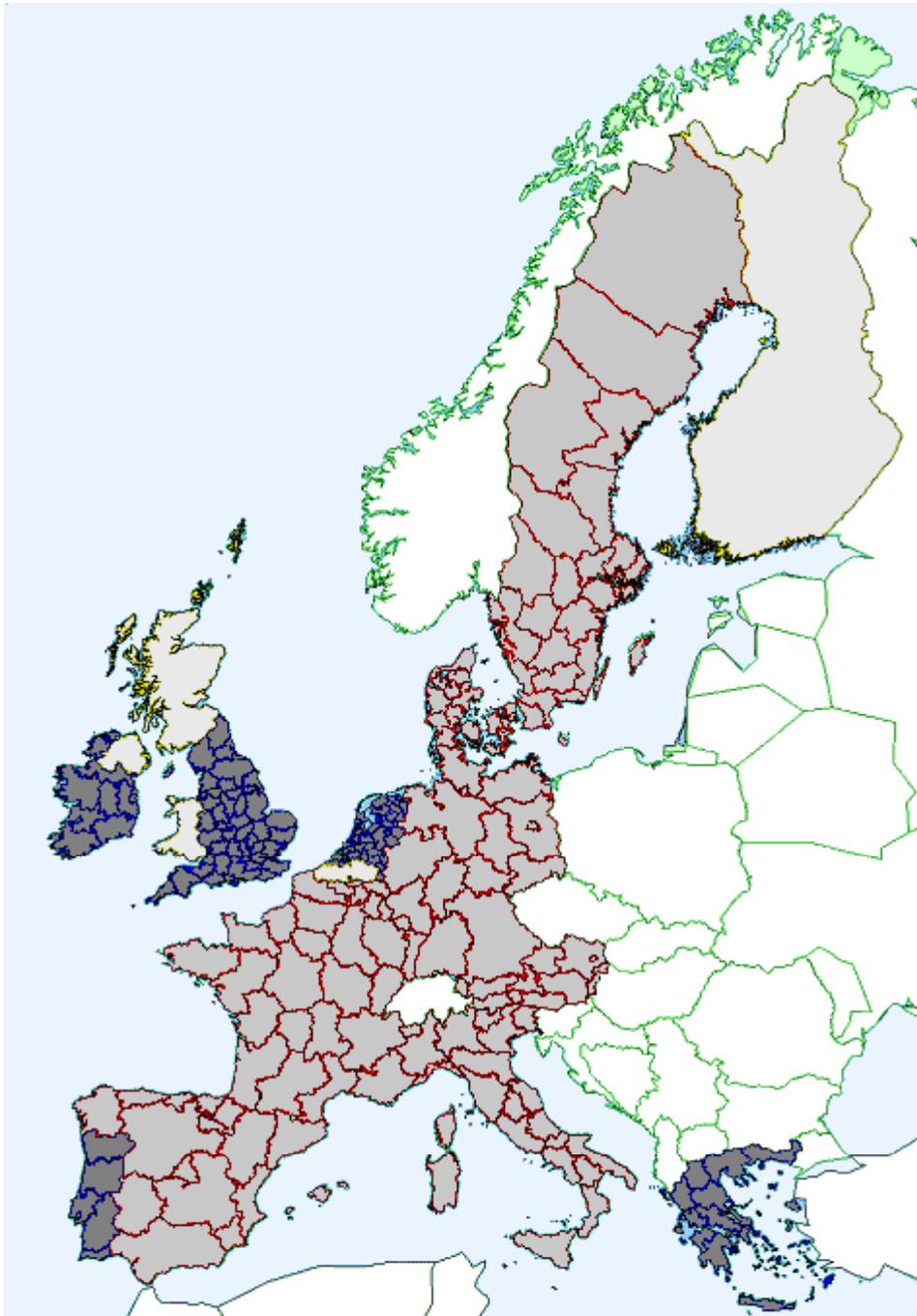
Au-delà du simple intérêt des comparaisons internationales, la comparaison de données a pour objectif essentiel d'améliorer les politiques de santé. Il est clair que parmi la gamme de critères utilisés pour recommander un niveau infra-national plutôt qu'un autre, l'implication dans la promotion de la santé et la surveillance de la santé publique, ont été favorisés. Ce sont par conséquent des activités réalisées couramment aux niveaux recommandés. De ce fait, si l'échange des indicateurs de santé s'effectuait entre ces régions santé, celui-ci devrait impliquer les institutions qui réalisent les diagnostics de santé pour leur communauté et celles qui sont responsables de l'orientation et de la mise en œuvre des politiques de santé publique.

L'absence de recommandations pour la Finlande démontre une des difficultés rencontrées par le projet. Dans ce pays, les municipalités représentent le niveau infra-national le plus approprié pour l'échange d'informations santé, sur la base de leurs compétences concernant le secteur de la santé. Néanmoins, les municipalités possèdent une population trop faible pour permettre des comparaisons statistiques significatives. Les municipalités satisfont aux critères politiques mais pas aux critères épidémiologiques. Des problèmes similaires ont été trouvés dans d'autres pays, mais dans ces cas il existait un autre niveau qui a été considéré comme étant un meilleur compromis de satisfaction des critères politiques et épidémiologiques. Bien entendu, le résultat du projet Isare concernant la Finlande, ne signifie en aucun cas que ce pays doive être exclu de prochains travaux concernant les comparaisons infra-nationales de santé.

8.3 L'apport des recommandations Isare sur les "régions santé"

Les niveaux NUTS sont appropriés pour l'identification des régions santé dans la majorité des pays. Cependant, dans le projet Isare, le recours à des niveaux différents, variant entre le niveau 1 et le niveau 3, est nécessaire pour la définition des régions santé. Pour ces pays, un certain nombre d'indicateurs standards démographiques, socio-économiques et de mortalité sont disponibles à partir des données recueillies actuellement par Eurostat. Pour les autres pays, l'utilisation des niveaux NUTS les plus proches par les pays dont les régions santé ne sont pas conformes aux frontières NUTS serait aussi une option de mise en application simple. Cependant, ces pays pourraient également fournir des données rassemblées au niveau de leurs propres régions santé.

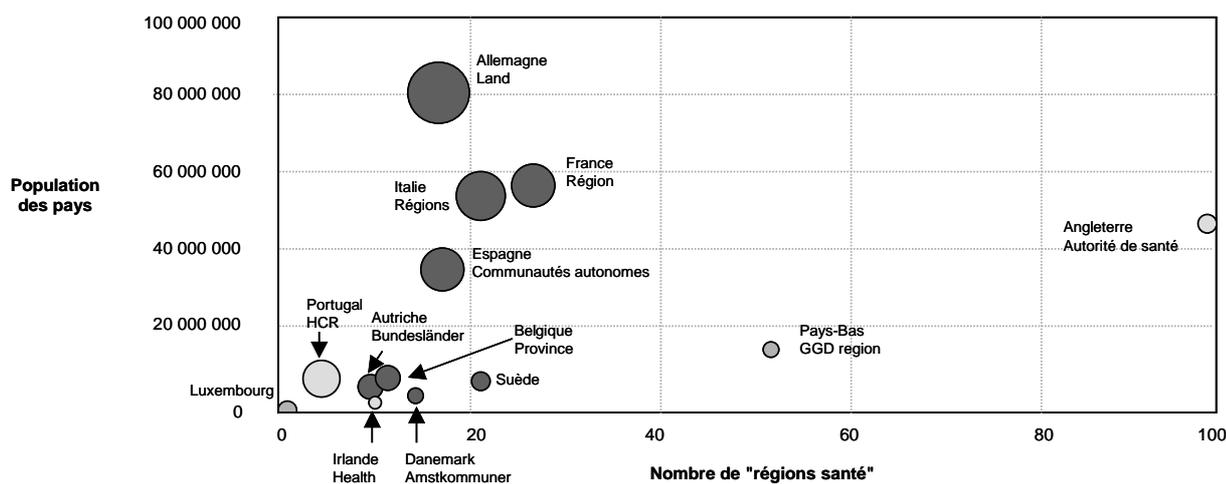
Fig 2 : relation entre niveaux recommandés et NUTS



- Niveaux recommandés correspondant exactement à un NUTS
- Niveaux recommandés ne correspondant pas exactement à un NUTS (niveau NUTS le plus proche)
- Pas de niveau recommandé

La figure 3 illustre les variations entre les régions santé recommandées. Elle montre la division entre le groupe de pays où les régions santé comprennent en moyenne plus d'un million d'habitants et celles avec des populations moyennes plus faibles. L'Angleterre, et, dans une certaine mesure, les Pays-Bas, sont hors norme dans ce graphique. Ils illustrent le fait que la relation entre la population d'un pays et le nombre de régions santé recommandées n'est pas directe.

Fig 3: Nombre de "régions santé" par niveau recommandé Isare selon la population du pays



*La taille des sphères est proportionnelle à la taille moyenne des populations des régions santé.
La couleur foncée correspond à un niveau de démocratie locale*

Concernant la disponibilité des données, les résultats du projet Isare suggèrent clairement que l'échange d'indicateurs de santé peut être effectué entre les niveaux infra-nationaux recommandés. Cependant, cette conclusion doit être précisée. Comme prévu, la comparaison des indicateurs standards de démographie et de mortalité semble assez facile. En admettant la comparabilité des données, l'échange d'indicateurs concernant les professionnels et les établissements de santé, ainsi que l'utilisation des services de santé, pourrait être effectué au moins pour certains thèmes. Ceci est aussi applicable aux données socio-économiques, conditions de vie et de travail, et prévention. D'autre part, la disponibilité est faible dans toutes les régions pour les données concernant l'état général de santé et en particulier les catégories de la morbidité.

Ce dernier fait n'est pas surprenant, puisque le recueil d'informations pertinentes et fiables est une activité coûteuse que peu de pays appliquent sur la totalité de leur territoire. Dans certains pays, les régions semblent recueillir ces données. En conséquence, et en dépit de l'absence de couverture universelle, l'étendue de l'échange d'indicateurs de santé peut être plus élevée que celle qui serait possible entre des pays entiers. Des expériences actuelles entre régions voisines à travers les frontières nationales démontrent que l'échange d'indicateurs au niveau infra-national est possible. Ces expériences prouvent que la dynamique existe pour des comparaisons internationales. Elles montrent aussi les difficultés rencontrées dans la formulation de comparaisons valides. Bien que le projet Isare ait identifié des possibilités claires pour l'échange d'indicateurs au niveau régional, les données recueillies pendant le projet ne permettent pas de répondre à la question de qualité et de comparabilité des données. Celle-ci fait partie d'autres projets au sein du Programme de surveillance de la Santé.

8.4 La nécessité d'une approche flexible

L'exemple de la Finlande démontre que, d'un point de vue exclusivement épidémiologique, une approche plus flexible que celle utilisée par le projet Isare est nécessaire. La fréquence de l'événement étudié déterminerait évidemment le niveau d'agrégation utilisé. En théorie, celui-ci pourrait être aussi bas que la municipalité pour la description des tendances d'événements fréquents (par exemple : incidence de la grippe ou mortalité générale), mais nécessairement plus élevé pour des événements rares (comme la mortalité spécifique due au cancer). Les résultats du projet Isare montrent qu'une précision similaire peut être formulée pour les questions de politiques. Les compétences et responsabilités concernant la santé sont souvent partagées entre plusieurs niveaux infra-nationaux (par exemple : municipalités et comté). On pourrait ainsi argumenter que l'échange portant sur les politiques de soins primaires devrait être effectué à un niveau différent de celui concernant les politiques de soins secondaires. Pour toutes ces raisons, les recommandations du projet Isare offrent un compromis entre les différents critères qui soulignent l'identification de régions santé, et un premier pas vers la création d'un système d'information de santé pour les régions européennes.

Il faut aussi considérer l'inévitable évolution des systèmes de santé et de la démocratie locale. Le cas du Royaume-Uni et celui de la Grèce sont des exemples qui illustrent ce phénomène. Durant la dernière décennie, le processus de décentralisation a apporté un changement considérable au niveau de l'autonomie accordée aux pays. De plus, l'infrastructure du Service National de Santé en Angleterre est sur le point d'être largement réorganisée. En conséquence, le nombre et le rôle des autorités de santé, recommandées comme régions santé, vont probablement changer. En Grèce, la création de nouvelles régions santé va sans doute modifier l'approche de la politique de santé régionale. Des changements de nature similaire vont certainement avoir lieu dans d'autres pays membres de l'Union européenne, ce qui impliquerait de reconsidérer les résultats du projet Isare pour déterminer si les régions santé recommandées actuellement représenteraient encore le meilleur choix pour l'échange d'informations de santé.

■ 9. Conclusion

L'échange d'informations de santé au niveau régional entre les membres de l'Union européenne offre des possibilités pour une meilleure description et appréciation des problèmes de santé publique, et est indispensable à la comparaison des politiques. Par l'utilisation de critères tels que l'existence de compétences dans le secteur santé, et ses correspondances avec un niveau de démocratie locale, le projet Isare a essayé d'identifier quels niveaux infra-nationaux d'administration sont les plus appropriés pour l'échange d'indicateurs de santé. Des recommandations ont été formulées pour 13 pays des 15 membres de l'Union européenne. Les variations des compétences et de l'autonomie affectées à ces "régions santé" peuvent être importantes. L'examen du niveau de disponibilité de données suggère que l'échange à travers les régions santé peut être effectué pour la plupart des indicateurs démographiques et de mortalité. Les informations concernant la morbidité et les facteurs déterminants de la santé sont moins disponibles, et l'échange serait possible uniquement pour certains indicateurs et dans certaines régions. Nous espérons que les résultats du projet Isare, bien qu'ils ne soient pas complets, représentent une contribution utile à l'identification de "régions santé" de l'Union européenne, à une meilleure appréciation de leur rôle, et à la promotion de leur utilisation comme unités d'échange d'indicateurs de santé au sein du Programme d'Indicateurs de Santé.

Afin de poursuivre l'étude dans ce sens, un nouveau projet a été proposé dont l'objectif est le recueil effectif de données dans chacune des régions afin d'élaborer une base de données expérimentale.

■ 10. Les pays de l'étude

Allemagne

Autriche

Belgique

Danemark

Espagne

Finlande

France

Grèce

Irlande

Italie

Luxembourg

Pays-Bas

Portugal

Royaume-Uni

Suède

Allemagne

Systeme de santé

Institué par Bismarck en 1883, le système de protection sociale allemand est le plus vieux d'Europe. Le système de santé de l'Allemagne de l'ouest a été appliqué aux Länder de l'Est après la réunification.

En 1996, le financement des dépenses de santé était assuré par l'assurance maladie légale (50,6 %), les entreprises (14,1 %), l'État (12,1 %), les ménages (8,0 %), les régimes de retraite (7,3 %), les assurances privées (5,1 %) et l'assurance accidents (2,8 %).

L'ensemble des personnes dont le revenu est inférieur à un seuil défini par l'État fédéral (6 450 DM mensuels en 2000) doivent obligatoirement cotiser à une caisse-maladie publique. Les autres peuvent au choix s'affilier à une caisse publique ou une assurance privée. En 1999, sur les 82 millions d'assurés que compte l'Allemagne, 88,5 % cotisent dans une caisse publique. Les entreprises financent la moitié de la cotisation de leurs employés.

Les 452 caisses publiques sont autonomes et responsables de leur propre équilibre budgétaire. Depuis la réforme de 1992, ces caisses sont mises en concurrence, les assurés n'étant plus contraints dans le choix de leur caisse par leur appartenance professionnelle.

Pour les frais pharmaceutiques, les soins dentaires et les soins hospitaliers, le patient ne paie qu'un forfait, et la médecine de ville (généralistes et spécialistes) est gratuite. Pour bénéficier de cette gratuité, l'assuré doit choisir, pour une période d'au moins trois mois, son praticien. Les médecins sont regroupés en unions de médecins de caisse et sont payés à l'acte par ces dernières. Ces unions sont financées par les caisses sur la base d'une enveloppe négociée trimestriellement. En cas de dérapage, la rémunération de l'ensemble des médecins d'une union est réduite. De plus, depuis 1999, pour assurer une meilleure répartition de l'offre médicale, les médecins et dentistes ne peuvent plus s'installer librement dans les zones où la densité médicale est la plus élevée.

Si le système ambulatoire est entièrement privé, le système hospitalier est partagé entre hôpitaux publics, hôpitaux privés à but non lucratif et hôpitaux privés à but lucratif. Les hôpitaux sont soumis à la règle du budget global et la très grande majorité des médecins de ce secteur sont salariés. Le système de financement de l'hôpital est double, les frais d'investissement sont pris en charge par les collectivités (Länder, Kreise), les frais de fonctionnement par les utilisateurs (patients, caisses). Les établissements sont gérés soit par le secteur privé, soit par des congrégations religieuses, soit par des collectivités locales (Kreise).

Démocratie locale

En Allemagne, la démocratie s'exerce à trois niveaux, le niveau fédéral (État), le niveau régional (Länder) et le niveau local (Kreise ou grandes villes). Ces trois niveaux disposent chacun de leur propre budget et de leur assemblée élue. S'ajoute dans les Länder les plus étendus un niveau purement administratif (sans élus), les Bezirksregierungen (ou Regierungspräsidium) qui n'ont qu'une fonction d'exécution et de coordination.

La Constitution allemande prévoit une délégation des compétences de l'État aux Länder. De plus, depuis quelques années, on observe un mouvement de décentralisation avec une délégation de compétences de l'État et des Länder aux Kreise. Le partage des compétences entre ces trois niveaux varie fortement selon les Kreise ou les Länder considérés.

Le partage de compétences entre l'État central, les Länder et Kreise se retrouve dans l'organisation du système de santé. L'État est responsable de la santé publique, de la formation et des conditions d'exercice des professions de santé, de l'organisation et de la tutelle de l'assurance maladie, de la législation relative aux médicaments, de la sécurité alimentaire et des principes de fonctionnement des hôpitaux.

Les Länder sont responsables de l'application des lois fédérales en particulier pour ce qui concerne la planification hospitalière. Ils ont également un pouvoir législatif, dans la limite où leurs lois restent en cohérence avec la loi fédérale. Dans le domaine de la santé, les Kreise ont pour fonction essentielle d'appliquer les lois fédérales et régionales. Ainsi, bien qu'ils soient souvent propriétaires d'hôpitaux, ils ne peuvent pas réaliser leur propre planification.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses pour le pays concernent trois niveaux les Länder, les Bezirksregierungen et les Kreise (ou grandes villes).

Länder

Ce niveau correspond au NUTS 1. Comme nous l'avons vu plus haut, les Länder disposent d'un pouvoir législatif qui peut s'étendre au domaine de la santé.

A ce niveau, on dispose d'informations complètes sur la mortalité et la démographie et partielles sur l'offre de soins, la consommation de soins, les facteurs biologiques et comportement de santé. Les données ne sont que très sommaires en ce qui concerne la morbidité, la prévention et les conditions de vie et de travail.

Bezirksregierungen

Ce niveau correspond au NUTS 2. Dans la mesure où cet échelon n'existe pas dans l'ensemble du pays, seule la première partie du questionnaire (compétence en matière de santé, observation de la santé...) a été complétée et ce niveau n'est pas adapté à la comparaison européenne d'indicateurs de santé.

Kreise

Ce niveau correspond au NUTS 3. À l'exception des causes de décès, de l'offre de soins et de la démographie, très peu de données sont disponibles à cette échelle.

Conclusion

Sur les critères de la disponibilité des données et du pouvoir décisionnel et législatif en matière de politique de santé, le Land apparaît comme le niveau de comparaison à retenir en priorité. Seule la grande taille de certains Länder peut poser des problèmes méthodologiques de comparaison avec des unités géographique bien plus petites d'autres pays.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Land	Bezirksregierung	Kreis
Nombre d'unités	16	38	445
Taille de la population			
Minimum	682 000	501 000	31 900
Moyenne	5 090 000	2 079 000	182 000
Maximum	17 788 000	5 288 000	2 174 000
Écart-type	3 745 000	1 191 000	184 000
Surface (km²)			
Minimum	404	404	36
Moyenne	22 295	9 387	801
Maximum	70 554	29 480	3 058
Écart-type	18 664	5 996	595
Correspondance avec les NUTS	Oui	Oui	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 1	NUTS 2	NUTS 3
Si non, niveau le plus proche			
Stabilité des limites géographiques	Oui	Oui	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Land	Bezirksregierung	Kreis
Définition et mise en œuvre des politiques de santé			
soins hospitaliers	Oui	Oui	Non
soins ambulatoires	Oui pour certaines unités	Non	Non
services sociaux	Oui	Oui	Oui
promotion de la santé	Oui	Oui	Oui
Rapports de santé	Oui pour certaines unités	Non	Oui pour certaines unités

Disponibilité des données

	Land	Bezirksregierung	Kreis
Professionnels de santé	Oui pour certains items	-	Oui pour certains items
Formation des professionnels de santé	Oui pour certains items	-	Non
Services de santé	Oui pour certains items	-	Non (sauf les pharmacies)
Utilisation des services de santé	Oui pour certains items	-	Non
Démographie et socio économie	Oui pour certains items	-	Oui pour certains items
Mortalité	Oui	-	Oui (sauf pour les décès périnataux)
Données générales d'état de santé	Oui pour certains items	-	Non
Morbidité	Oui pour certains items	-	Non (sauf pour la tuberculose)
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items	-	Non
Conditions de vie et de travail	Oui pour certains items	-	Non (sauf pour la taille moyenne des logements)
Prévention	Oui pour certains items	-	Non

Références

Les systèmes de santé en Europe. M.DURIEZ, D.LEQUET-SLAMA. Que sais-je ?, 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale : Allemagne. Ed. Conseil de l'Europe, 1999

Health care system in transition Germany - European observatory on health care system - Copenhagen, Denmark - 1999

Das Gesundheitswesen in Deutschland – F. BESEKE, J.F. Hallauer – Deutcher Ärzte-Verlag - 1999

Autriche

Systeme de santé

Fondé sur un texte datant de 1955 qui reconnaît que les soins de santé sont un droit légal pour la population, le système national de santé autrichien est financé par le fonds d'assurance social auquel tous les Autrichiens versent une taxe de 7 %.

La majorité des hôpitaux sont publics, le secteur privé à but lucratif ne représentant que 5 % des lits hospitaliers. L'organisation et la gestion hospitalières dépendent de la compétence des autorités internes des Länder. L'autorité fédérale décide des lois-cadres en matière de santé, les Länder sont ensuite responsables de l'application de ces lois et du fonctionnement des structures de santé. Les caisses d'assurance maladie, au nombre de 28, sont regroupées au niveau de la Fédération d'assurance sociale (« Hauptverband der Socialversicherungsträger »). Elle joue un grand rôle dans la gestion des activités de soins et se trouve sous la tutelle de l'État fédéral. La régulation des dépenses de santé est sous la responsabilité de l'État et des Länder au travers du « LKF » (Leitungsbezogene Krankenhaus-Finanzierung)

Concernant les dépenses de soins de la population, seul un ticket modérateur de faible valeur sur les médicaments a été mis en place. Les patients hospitalisés acquittent également un forfait journalier modeste. Le reste des dépenses (visites chez le médecin, soins hospitaliers) est pris en charge à 100 %, sauf pour les travailleurs libéraux, lesquels bénéficient d'une prise en charge à 80 %, ainsi que certains fonctionnaires. Par ailleurs, en 1990, 38% des Autrichiens étaient souscripteurs d'un contrat d'assurance privée.

Démocratie locale

L'Autriche est une fédération de neuf Länder autonomes. La répartition des compétences entre l'État central et les fédérations autonomes est réglementée par la constitution fédérale.

Au niveau régional, les Länder possèdent chacun leur gouvernement interne. Ils financent et contrôlent les investissements hospitaliers et les dispensaires. En fonction des directives régionales et fédérales, ils assurent le suivi des décisions prises en matière de santé par les communes. En tant qu'instances législatives, les Länder interviennent pratiquement à poids égal avec l'État dans tous les domaines, exception faite de la justice, de la sécurité publique, de l'enseignement supérieur, des services individuels de santé et des assurances.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses de l'Autriche au questionnaire Isare concernent le niveau des Bundesländer (NUTS 2).

Bundesland

La compétence législative concernant les hôpitaux et les maisons de repos se répartit entre l'État et les Bundesländer, ces derniers ayant entière responsabilité exécutive.

Les indicateurs disponibles, mis à jour annuellement et dont l'ancienneté varie principalement de 1998 à 1999, sont calculés à l'échelle des Bundesländer, via un service statistique national.

Les données concernant l'offre de soins, la mortalité, le personnel de santé et sa formation ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de la population sont ainsi disponibles dans tous les Bundesländer.

Il convient de noter l'absence d'un certain nombre d'indicateurs : sur 30 indicateurs de morbidité, seuls 12 sont disponibles. Ainsi les données concernant le champ de la psychiatrie, les pathologies vasculaires et de l'insuffisance rénale sont absentes. De la même façon, la consommation de cigarettes ou de substances illicites est inconnue. Enfin aucune donnée de prévention n'est disponible.

Conclusion

Il semble que le niveau présenté soit le seul véritablement pertinent en vue d'un échange de données entre régions européennes : pertinence politique, puisque ce sont les Bundesländer qui gèrent la quasi-totalité du système de soins, pertinence géographique, puisqu'il s'agit du niveau intermédiaire principal entre l'État et les communes et pertinence statistique, puisque de nombreux indicateurs sont disponibles à l'échelle des Bundesländer.

Le niveau du district est un autre niveau existant entre l'État et les communes. Malgré son nom de « Potitischer Bezirk », il ne s'agit que d'une subdivision administrative des Länder sans pouvoir politique propre sauf dans le cas où le district correspond exactement à une ville autonome ce qui est le cas de la plupart des capitales de Land. Le district est utilisé comme niveau géographique pour la production de statistiques. Cependant, il y a moins de données disponibles à ce niveau qu'à celui des Länder. Dans les rapports de santé des Länder, le district est utilisé quand cela est possible pour décrire les situations locales.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Bundesland
Nombre d'unités	9
Taille de la population	
Minimum	274 000
Moyenne	892 000
Maximum	1 596 000
Écart-type	469 000
Surface (km²)	
Minimum	415
Moyenne	9 317
Maximum	19 173
Écart-type	591
Correspondance avec les NUTS	
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 2
Si non, niveau le plus proche	
Stabilité des limites géographiques	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Bundesland
Définition et mise en œuvre des politiques de santé	
soins hospitaliers	Oui
soins ambulatoires	Oui
services sociaux	Oui
promotion de la santé	Oui
Rapports de santé	Oui

Disponibilité des données

	Bundesland
Professionnels de santé	Oui pour certains items
Formation des professionnels de santé	Oui
Services de santé	Oui
Utilisation des services de santé	Oui
Démographie et socio économie	Oui
Mortalité	Oui
Données générales d'état de santé	Oui pour certains items
Morbidité	Oui pour certains items
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail	Oui pour certains items
Prévention	Non

Références

- Health care system in transition: Austria*. European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 2001
- Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.
- Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Autriche*. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1992.

Belgique

Système de santé

Les caractéristiques actuelles du système de santé Belge sont la résultante de la décision de créer, à l'issue de la deuxième guerre mondiale, un système d'assurance maladie public et obligatoire, reposant sur l'indépendance de la pratique médicale, le libre choix pour le patient, le paiement à l'acte des professionnels de santé avec remboursement (même dans les hôpitaux).

L'offre de soins ambulatoire est libérale. A l'opposé, l'offre de soins hospitalière est dans une large mesure publique ou parapublique. Le secteur privé (confessionnel ou non) y est aussi présent.

L'administration de la santé est éclatée entre les trois régions (Flandres, Wallonie et Bruxelles) et entre les trois communautés (de langue flamande, de langue française et de langue allemande). L'autorité fédérale joue un rôle clé de coordination et de financement du système de santé au travers d'un système national d'assurance maladie. Les régions sont responsables de l'accréditation des hôpitaux, de la planification des soins à domicile pour personnes âgées, de la santé mentale. Les communautés sont compétentes dans le domaine de la prévention et de l'éducation sanitaire.

La quasi-totalité de la population est couverte par le régime d'assurance maladie obligatoire. Celle-ci est gérée par les mutuelles regroupées en cinq fédérations. Les régimes d'assurance maladie sont financés à 39 % par les subventions de l'Etat, à 23 % par les cotisations des employés, à 34 % par les cotisations des employeurs et à 4 % par les produits des placements financiers. Les mutuelles publiques et les compagnies d'assurance privées proposent une couverture complémentaire.

Démocratie locale

L'organisation actuelle de la démocratie locale en Belgique est le fruit de plusieurs révisions de la constitution qui avait été adoptée en 1831. La dernière de ces révisions a transformé en 1993 la Belgique en un état fédéral composé des trois communautés et des trois régions citées au paragraphe précédent.

Chaque région et chaque communauté a son propre conseil élu au suffrage universel direct et obligatoire et son propre gouvernement dont les membres sont élus par le conseil.

Les régions sont responsables de l'accréditation des hôpitaux, de la planification des soins à domicile pour personnes âgées et de la santé mentale. Les communautés sont compétentes dans le domaine de la prévention et de l'éducation sanitaire. En pratique, la communauté de langue française a transféré une grande partie de ses pouvoirs à la commission de la communauté francophone de la région bruxelloise.

La région flamande est divisée en cinq provinces de même que la région wallonne. Pour la région de Bruxelles-capitale, le niveau provincial se confond avec le niveau régional. Les membres des conseils provinciaux sont élus au suffrage universel direct et obligatoire. Au niveau de la province, l'organe exécutif est constitué par un gouverneur nommé par le roi en dehors du conseil provincial et par six députés permanents élus par le conseil en son sein. La Province n'a pas de compétence constitutionnelle dans le domaine de la santé mais peut, de sa propre initiative, gérer des programmes dans ce domaine.

L'ultime niveau de la démocratie locale est la commune dont l'organe délibérant est le conseil communal élu au suffrage universel direct. L'exécutif communal est constitué du bourgmestre nommé par le roi au sein du conseil communal et par les échevins élus au sein du conseil communal. La commune intervient dans la gestion des établissements de santé dépendants des centres publics d'aide sociale ainsi qu'au niveau des actions de promotion de la santé et d'action sociale.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses n'ont été obtenues que pour la seule partie wallonne de la Belgique et concernent deux niveaux : la communauté et la province. Même si des niveaux identiques existent pour la partie flamande du pays, le mode d'organisation des compétences et les modes d'organisation du système de santé ne sont pas forcément superposables à ce qui est décrit pour la région wallonne.

Communautés

La communauté française couvre les cinq provinces wallonnes ainsi que les habitants francophones de la région de Bruxelles-capitale. Actuellement les compétences dévolues à ce niveau sont limitées au seul aspect de la prévention : les autorités de la communauté française élaborent et mettent en œuvre un plan quinquennal de promotion de la santé. Un comité consultatif est chargé de conseiller les autorités politiques dans ce domaine. Des rapports de santé sont produits sur la mortalité et certains aspects limités de la morbidité dont l'infection à VIH. Actuellement, ce niveau pose des problèmes en termes d'élaboration de statistiques de santé : en effet, pour des raisons politiques, il est actuellement impossible de différencier, au sein de la population de la région de Bruxelles-capitale, la part de la population francophone et relevant donc de ce niveau.

Province

Ce niveau géographique correspond au niveau NUTS 2. La région wallonne comprend cinq provinces. Les autorités locales des provinces peuvent prendre l'initiative de mener des interventions en matière de promotion de la santé. Par contre, elles n'ont pas de compétences particulières en matière de santé, de politique sociale et de planification des services de santé. Cependant, elles ont la possibilité de gérer des institutions de soins ou de prévention dans le cadre de la politique fixée au niveau fédéral ou de la communauté.

Des rapports sur la santé commencent maintenant à être publiés au niveau des provinces : quatre des cinq provinces wallonnes ainsi que la région de Bruxelles-capitale ont produit ou vont produire un rapport de ce type. De la même manière, des systèmes d'information sanitaires sont en cours de construction à ce niveau.

Conclusion

Actuellement, la définition de la politique de soins de santé se fait essentiellement au niveau fédéral. L'application de ces axes politiques se fait, d'une part au niveau des communautés, et d'autre part à un niveau plus fin, celui des provinces. La promotion de la santé et la prévention relèvent des communautés.

Au niveau des provinces francophones, on note le développement d'un dispositif d'observation de la santé dans un but d'aide à la décision.

En conséquence, il semble pertinent de proposer la province comme niveau d'observation des indicateurs de santé entre les régions d'Europe. De plus, de nombreuses données sont déjà disponibles à ce niveau et il présente l'intérêt de correspondre au NUTS 2. Par contre, on notera qu'il n'y a pas de compétence spécifiquement dévolue aux autorités élues à ce niveau mais en pratique, toutes les provinces wallonnes gèrent des interventions en matière de promotion de la santé.

Tableau résumé

En dehors des principales caractéristiques du niveau, les données figurant au niveau de ces tableaux résumés ne concernent, comme précédemment, que la partie francophone de la Belgique.

Caractéristiques principales des niveaux

	Communauté*	Province & région de Bruxelles-capitale
Nombre d'unités	3	11
Taille de la population		
Minimum	954 460	245 140
Moyenne	3 404 584	928 523
Maximum	5 926 838	1 640 966
Écart-type	2 486 974	439 823
Surface (km²)		
Minimum	162	162
Moyenne	10 176	2 773
Maximum	16 844	441
Écart-type	8 830	1 270
Correspondance avec les NUTS	Non	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS		NUTS 2
Si non, niveau le plus proche	NUTS 1	
Stabilité des limites géographiques	Oui	Oui

* Les données présentées pour les communautés correspondent en fait aux 3 régions belges : région flamande, région wallonne et région de Bruxelles capitale. La communauté flamande correspond à la région flamande plus un pourcentage non déterminé de la population de Bruxelles. La communauté francophone correspond à la population de la région wallonne et une part non déterminée de la population de Bruxelles moins la communauté germanophone. La communauté germanophone correspond à une part de la population de la région wallonne.

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Communauté	Province & région de Bruxelles-capitale
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Non	Non
soins ambulatoires	Non	Non
services sociaux	Non	Non
promotion de la santé	Oui	Oui
Rapports de santé	Partiel	Oui

Disponibilité des données

	Communauté	Province & région de Bruxelles-capitale
Professionnels de santé	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui	Non
Services de santé	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Oui	Oui
Démographie et socio économie	Oui pour une partie des items	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Oui	Oui pour certaines unités
Morbidité		Oui pour certains items
Facteurs biologiques et habitudes de vie		Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail		Oui pour certains items
Prévention		Oui pour certains items

Références

Health care system in transition: Belgium . European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 2000

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Belgique. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Danemark

Systeme de santé

Le système de santé danois se caractérise par une forte décentralisation, la gratuité des soins de santé primaires et hospitaliers, et son financement par l'impôt.

Ce sont les comtés « counties » qui gèrent le secteur hospitalier ainsi que les services de santé primaire. Les municipalités sont responsables de l'action en faveur des personnes âgées, des services à domicile, ainsi que des services scolaires médicaux et dentaires.

La gratuité suppose une inscription auprès d'un médecin généraliste référent dont les consultations sont elles aussi gratuites. Cette formule est pratiquée par 98 % des Danois. Les 2 % restant s'adressent au médecin de leur choix (généraliste ou spécialiste) sans aucune forme d'inscription, la consultation n'est alors prise en charge que partiellement.

L'accès à l'hôpital public est gratuit et propose une totale égalité de traitement. Le secteur privé est pratiquement absent du paysage danois.

Les cotisations sociales sont extrêmement faibles (1,7 % du PIB contre 15,3 % en moyenne dans l'Union européenne). La source de financement du système de santé est donc principalement fiscale, l'impôt sur le revenu et le patrimoine étant en première ligne (31,6 % du PIB contre 13,1 %).

Démocratie locale

Le Danemark est divisé en 14 comtés (*amtskommuner*) et 275 communes (*kommuner*), Copenhague et Frederiksberg étant à la fois communes et comtés. Le royaume compte également deux régions autonomes, disposant chacune d'une assemblée législative : les îles Féroé et le Groenland.

Chaque commune ou comté dispose d'une assemblée délibérante, dont les membres sont élus pour quatre ans lors d'élections organisées le même jour dans tout le pays. Les citoyens des autres pays nordiques ou de l'Union européenne ont droit de vote et de candidature.

Il appartient aux comtés de coordonner et de planifier, pour plusieurs communes, les transports publics, l'activité hospitalière, l'enseignement secondaire et l'aménagement du territoire.

L'action sociale est essentiellement du ressort des communes, ainsi que les services d'administration générale et de salubrité.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses du Danemark au questionnaire Isare concernent le niveau des amtskommuner (NUTS 3).

Amtskommuner

Les 14 comtés ainsi que les 2 villes particulières de Copenhague et Frederiksberg gèrent la majeure partie du système de soins danois. Il faut cependant garder à l'esprit que certaines activités sont considérées comme étant du domaine social (notamment les dépenses en faveur des personnes âgées) et sont donc de la responsabilité des communes.

La quasi-totalité des indicateurs sont actualisés annuellement et sont disponibles à l'échelle des comtés, via un service statistique national. Leur disponibilité actuelle varie principalement de 1998 à 2000. Les deux seules données qui ne sont accessibles que par un service local de statistiques sont la prévalence de la schizophrénie et de la maladie de Parkinson.

Il convient de souligner que le Danemark ne pratique pas de déclaration obligatoire ; les sources de données de morbidité sont les registres de maladie et les registres hospitaliers, que complètent dans certains cas des études quinquennales.

Conclusion

Il semble que le niveau présenté soit le seul véritablement pertinent en vue d'un échange de données entre régions européennes : pertinence politique, puisque ce sont les comtés qui gèrent la quasi-totalité du système de soins, pertinence géographique, puisqu'il n'y pas d'autre niveau intermédiaire entre l'état et les communes et pertinence statistique, puisque les indicateurs sont disponibles à l'échelle des comtés.

La seule limite du niveau présenté réside dans sa petite taille, en comparaison aux régions des autres pays, ce qui peut générer des difficultés de comparaison d'indicateurs.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Amtskommuner
Nombre d'unités	14
Taille de la population	
Minimum	45 076
Moyenne	334 644
Maximum	625 224
Écart-type	155 692
Surface (km²)	
Minimum	526
Moyenne	3 071
Maximum	6 173
Écart-type	1 637
Correspondance avec les NUTS	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 3
Si non, niveau le plus proche	
Stabilité des limites géographiques	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Amtskommuner
Définition et mise en œuvre des politiques de santé	
soins hospitaliers	Oui
soins ambulatoires	Oui
services sociaux	Oui
promotion de la santé	Oui
Rapports de santé	Partiel

Disponibilité des données

	Amtskommuner
Professionnels de santé	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui
Services de santé	Oui
Utilisation des services de santé	Oui
Démographie et socio économie	Oui
Mortalité	Oui
Données générales d'état de santé	Oui
Morbidité	Oui
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail	Oui pour certains items
Prévention	Oui pour certains items et certaines unités

Références

- Health care system in transition: Denmark*. European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 2001
- Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.
- Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Danemark*. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Espagne

Systeme de sante

Comme le prévoit la constitution de 1978, l'organisation de la sante en Espagne est basee sur le principe d'un systeme national de sante fournissant des soins gratuits a tous les citoyens. Dans les annees 1980, d'importantes reformes politiques et administratives ont ete entreprises avec la creation de 17 communautes autonomes. Dans le secteur de la sante, cette decentralisation a conduit au transfert total des competences en matiere de promotion et de protection de la sante aux 17 communautes autonomes. Sept d'entre elles (representant 60 % de la population espagnole) ont egalement des competences dans le champ des soins de sante primaires et de l'hospitalisation. Dans les autres communautes autonomes, les services de sante sont geres par « INSALUD » qui est controle directement par le ministere de la sante. En tout etat de cause, le niveau national assure des fonctions d'inspection generale, de coordination nationale et de relations internationales.

Les soins de sante sont delivres par des praticiens travaillant individuellement ou, plus recemment, par des equipes multidisciplinaires de soins de sante primaires. Dans le premier cas, les praticiens consacrent une partie de leur temps de travail au secteur public et sont payes a la capitation. A l'inverse, les membres des equipes pluridisciplinaires sont salaries. Ils travaillent dans un centre de sante primaire qui offre une large palette de services de prevention et de soins a la population de la zone de sante qu'ils couvrent. L'accès aux soins specialise ambulatoires ou hospitaliers se fait via un referent au niveau des services de soins primaires. Environ 7 % de l'offre hospitaliere appartient au service public et 18 % au secteur prive lucratif. Les hopitaux relevant d'« INSALUD » recoivent un budget global alors que les communautes autonomes evoluent vers un systeme de financement tenant compte du niveau d'activite et de la mesure de la performance des etablisements qu'ils controlent.

Democratie locale

Les trois principaux niveaux en Espagne sont les communautes autonomes (17), les provinces (50) et les municipalites (8 097). A chacun de ces niveaux, existe une assemblee elue. A la suite de la decentralisation, les communautes autonomes ont des competences exclusives dans un large champ de services tels la police, l'enseignement, la sante, l'aide sociale, le logement, les transports, la culture, les loisirs culturels et sportifs et les services economiques. Les provinces ont des competences dans differents champs dont l'hospitalisation, l'aide sociale, le logement et les loisirs culturels et sportifs. Les municipalites sont impliquees dans des champs de competences aussi nombreux que ceux des communautes autonomes et souvent sous leur controle. Certaines communautes autonomes peuvent lever des impots et ils peuvent appliquer des suppléments a certaines taxes ou en creer de nouvelles.

Reponses aux questionnaires Isare

Chaque communaute autonome a ete contactee pour repondre au questionnaire et 12 sur 17 ont repondu (couvrant 83 % de la population espagnole). Deux niveaux ont ete explores : les communautes autonomes et les provinces pour la premiere partie du questionnaire concernant le fonctionnement du systeme de sante. Les reponses sur la disponibilite des donnees ne concernent que les communautes autonomes.

Communautés autonomes

Comme indiqué précédemment, 7 communautés autonomes, représentant 60 % de la population espagnole ont des compétences politiques et administratives très larges dans le domaine de la santé. Ces compétences recouvrent l'hospitalisation, les soins ambulatoires, la protection sociale et la promotion de la santé. Pour les dix autres communautés autonomes, les gouvernements régionaux ont des compétences de même type pour ce qui est de la promotion de la santé, mais les compétences dans le champ de l'hospitalisation et des soins de santé primaires relèvent du niveau national (« INSALUD »). Des rapports de santé sont produits par la plupart des communautés autonomes, et dans certains cas, ils forment un élément d'un document stratégique plus large de planification sanitaire pour la population de la communauté autonome. Les communautés autonomes correspondent au niveau 2 des NUTS et leurs frontières sont inchangées sur les dix dernières années.

Des données récentes et régulièrement mises à jour concernant les professionnels de santé, les services de santé et l'utilisation de ceux-ci sont disponibles au niveau des communautés autonomes. Les éléments concernant les maisons de retraites sont plus difficiles à obtenir. Plusieurs sources fournissent les données démographiques et socio-économiques, dont le recensement de population (tous les dix ans), les registres municipaux de population (Padron municipal, réalisés tous les cinq ans et actualisés chaque année) et l'enquête sur la population active qui fournit annuellement les données sur l'activité économique et le chômage. Le registre des décès produit des données chaque année pour toutes les communautés autonomes et pour le niveau national.

Les données de morbidité sont accessibles au travers du système de déclaration des maladies transmissibles. Cette information peut être analysée au niveau des communautés autonomes mais avec les limites habituelles de ce type de système de déclaration en termes de qualité et d'exhaustivité. De meilleures informations sont disponibles pour le Sida et l'infection par le VIH au travers d'un système de suivi spécifique. Un registre national des utilisateurs de drogues fournit des données au niveau des communautés autonomes. Des registres des cancers existent dans 9 communautés autonomes ; dans cinq d'entre elles, ils couvrent la population d'une seule province. Dans certaines communautés autonomes, des enquêtes ou des registres permettent d'obtenir des données sur d'autres maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète.

Les données sur les affections de longue durée et le tabagisme sont disponibles pour toutes les communautés autonomes au travers d'enquêtes nationales. Dans certaines communautés autonomes, des enquêtes locales peuvent donner des informations complémentaires sur les maladies mentales ou des données biologiques (indice de masse corporelle, pression artérielle,...) et les régimes. Des données représentatives sur les accidents du travail et les accidents de la routé peuvent être obtenues au bureau national des statistiques. Les éléments sur les vaccinations et les dépistages peuvent être fournis pour chaque communauté autonome. Leur étendue peut varier d'une communauté à l'autre en fonction des politiques locales. Par exemple, la vaccination contre la tuberculose ou le dépistage du cancer du col utérin n'est pas organisée dans toutes les communautés autonomes

Provinces

Aucune responsabilité dans le champ de la gestion des services de santé n'est dévolue au niveau des provinces sauf dans le cas où les communautés autonomes ne sont composées que d'une seule province. Les provinces peuvent partager avec les communautés autonomes des compétences en terme de planification sanitaire et de gestion des services sociaux. Il n'y a pas de rapport de santé produit à ce niveau bien que certaines communautés autonomes produisent des indicateurs de santé à ce niveau. Les provinces correspondent au NUTS 3 et leurs frontières sont stables depuis plus de dix ans.

Conclusion

Les communautés autonomes constituent un niveau important de démocratie locale, d'organisation et mise en œuvre des services publics. Cela inclut la plupart, mais pas la totalité, des aspects en lien avec la santé et les soins bien que le niveau de compétence puisse varier entre communautés autonomes du fait des processus de décentralisation. Des rapports de santé sont produits à ce niveau et un grand nombre de données actualisées annuellement sont disponibles pour cela. Les communautés autonomes ont des limites géographiques stables et elles représentent un niveau approprié pour la comparaison d'indicateurs de santé entre régions d'Europe. Elles correspondent à un niveau NUTS.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Communautés autonomes	Provinces
Nombre d'unités	17	52
Taille de la population		
Minimum	263 644	172 236
Moyenne	2 344 274	787 238
Maximum	7 236 459	3 478 803
Écart-type	2 243 269	661 572
Surface (km²)		
Minimum	5 045	1 980
Moyenne	29 694	9 731
Maximum	94 224	21 766
Écart-type		
Correspondance avec les NUTS	Oui	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 2	NUTS 3
Si non, niveau le plus proche		
Stabilité des limites géographiques	Oui	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Communautés autonomes	Provinces
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Oui, mais partagé pour 10 unités	Non
soins ambulatoires	Oui, mais partagé pour 10 unités	Non
services sociaux	Oui	Oui
promotion de la santé	Oui	Non
Rapports de santé	Oui	Non

Disponibilidad de datos

	Comunidades autónomas	Provincias*
Profesionales de salud	Oui	Oui
Formación de profesionales de salud	Oui	Non
Servicios de salud	Oui	Oui
Utilización de servicios de salud	Oui	Oui
Demografía y socio economía	Oui	Oui
Mortalidad	Oui	Oui
Datos generales de estado de salud	Oui para ciertas unidades e ítems	Oui
Morbilidad	Oui para ciertas unidades e ítems	Oui
Factores biológicos y hábitos de vida	Oui para ciertas unidades	Oui
Condiciones de vida y de trabajo	Oui	Oui
Prevención	Oui	Oui

* *Las comunidades autónomas son responsables del sistema de información en salud pero ciertas de estas informaciones son disponibles al nivel de las provincias.*

Referencias

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud en el año 2000 en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.

Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España (conclusión 22). Barcelona: SG Editores, 1993:230.

Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de salud: Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.

Oñorbe JA, Mata M. Los planes de salud de las CCAA y las intervenciones. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ (eds.). La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo [<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta/encuesta.htm>]

I.N.E. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1997.

Rico A. El papel de las comunidades autónomas. En: VVAA. Atención primaria en salud. Quadern CAPS 1998; 27:23-45.

López Casanovas G. El nuevo sistema de financiación autonómica de la sanidad. Administración Sanitaria 1998; II, Abril-Junio: 621-33.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios Generales de Coordinación Sanitaria: Conjunto Mínimo de objetivos e indicadores nacionales. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Cabasés J, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. Ponencia presentada a la Conferencia Targets for Health, París, 23-24 Septiembre 1999 (Mimeo).

Gispert R. Objetivo 33: Desarrollo de las políticas Salud para Todos. En: Álvarez-Dardet C, Peiró V (eds.). Informe SESPAS 2000 (mimeo).

INFORME SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo/editores: Carlos Álvarez Dardet y Salvador Peiró.- Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.

Finlande

Systeme de santé

La caractéristique principale du système de santé finlandais est son caractère décentralisé, le principe fondamental étant qu'il s'agit d'une responsabilité des communes. La loi de 1972 sur les soins de santé primaires les oblige à fournir des soins de santé primaires à tous leurs citoyens, soit au travers des centres de santé qu'elles mettent en place (seules ou avec d'autres municipalités, soit en achetant ces services au secteur privé. L'objectif de cette loi était de réduire les inégalités géographiques d'offre de soins et de rééquilibrer les soins de santé secondaires (qui représentent 90 % des dépenses de santé) et les soins de santé primaires. En complément, une loi de 1979 oblige les employeurs à assurer l'accès à la médecine du travail pour leurs employés.

Les hôpitaux et la protection de la santé sont donc une compétence exclusive des municipalités.

Chaque municipalité est rattachée à un district hospitalier qui gère les hôpitaux spécialisés. 22 consortium de ce type existent, constitués par les communes contractantes, les membres de leur conseil d'administration étant nommés par les conseils municipaux. Leurs budgets de fonctionnement et d'investissement sont assurés par les communes.

Le secteur privé de la santé en Finlande intervient principalement au niveau des soins ambulatoires et essentiellement dans les grandes villes du sud du pays. La plupart des médecins travaillant dans le secteur privé sont des spécialistes et la part la plus importante de leur activité se fait avec les structures publiques.

Le système de santé finlandais propose une couverture totale des soins sous condition de résidence. Ce système est financé principalement par l'impôt : en 1997, 41 % de la dépense totale de santé était financée par les municipalités, 21 % par l'État par le biais d'une allocation de ressources aux municipalités, 14 % par le fonds national d'assurance maladie et 24 % par des fonds privés.

Démocratie locale

Au niveau national, un parlement de 200 membres est élu pour quatre ans et le Président de la République pour six ans au suffrage universel

Le gouvernement est déconcentré au niveau des provinces : la Finlande est formée de 5 provinces (résultat de la fusion en 1997 des onze provinces précédentes) et des îles d'Åland qui ont un statut autonome.

Au niveau local, les municipalités ont, au cours de leur longue histoire, obtenu de nombreuses compétences. Leur taille moyenne est de 748 km² pour 11 441 habitants. La population de la plupart des municipalités est plus petite et près de la moitié des municipalités ont moins de 4 000 habitants. La constitution assure à ce niveau la démocratie locale en accordant un financement à ces 452 communes autonomes. Elles constituent le premier niveau de l'administration. Les conseils municipaux sont les seules assemblées élues à un niveau infranational et comprennent entre 17 et 85 membres (selon la taille de la population qui varie entre 122 et 551 123 citoyens). Les conseils municipaux sont élus à la proportionnelle pour 4 ans au suffrage universel. Ces conseils élisent leur exécutif, le conseil communal, ainsi que le maire. Les municipalités ont des compétences très larges, y compris en santé : ce sont les unités de base pour la gestion des problèmes de santé.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses concernent deux niveaux : les provinces et les régions.

Province

Ce niveau ne correspond à aucun NUTS et ne dispose pas de compétences en matière de santé. Cependant, les provinces jouent un rôle dans la conduite et le suivi des politiques sanitaires et sociales. Il faut noter qu'une récente modification des provinces a ramené leur nombre de 12 à 6.

Région

Ce niveau géographique correspond au NUTS 3. Il ne dispose d'aucune compétence en matière de santé en tant que tel mais, dans certains cas, il correspond aux groupements de communes ayant des responsabilités hospitalières (district hospitalier).

Conclusion

Bien que des données de santé soient disponibles pour ces deux niveaux, ils ne correspondent pas à des niveaux de prise de décision en matière de services de santé.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Province	Région
Nombre d'unités	6	20
Taille de la population		
Minimum	25 706	25 706
Moyenne	861 884	258 565
Maximum	2 068 259	1 290 618
Écart-type		
Surface (km²)		
Minimum	1 552	1 552
Moyenne	56 358	16 907
Maximum	98 946	98 946
Écart-type		
Correspondance avec les NUTS	Non	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS		NUTS 3
Si non, niveau le plus proche	NUTS 2	
Stabilité des limites géographiques	Non	Relativement stable

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Province	Région
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Non	Non
soins ambulatoires	Non	Non
services sociaux	Non	Non
promotion de la santé	Non	Non
Rapports de santé	Non	Non

Disponibilité des données

	Province	Région
Professionnels de santé	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui	Non
Services de santé	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Oui	Oui
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Oui	Oui pour certaines unités
Morbidité	Oui pour certains items	Oui pour certains items
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items	Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail	Oui pour certains items	Oui pour certains items
Prévention	Oui pour certains items	Oui pour certains items

Références

Health care system in transition : Finland. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 1996.

Statistical Yearbook of Finland 2000. Statistics Finland, Helsinki, 2000.

Statistical Yearbook of the Social Insurance Institution, Finland, 1998. A Publication by the Social Insurance Institution T1:34. Helsinki, Finland, 1999.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale : Finlande. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1998.

France

Système de santé

Le système de santé français est basé sur un modèle assurantiel. La définition de la politique de santé se fait au niveau du gouvernement et sa mise en œuvre repose à la fois sur des administrations publiques et sur celles de la sécurité sociale. Il y a de nombreuses caisses de sécurité sociale mais trois d'entre elles couvrent la plus grande partie de la population. Des organes exécutifs du ministère chargé de la santé existent au niveau régional (Drass) et au niveau départemental (Ddass). Le rôle de ces structures au niveau régional est principalement stratégique alors qu'au niveau départemental, les Ddass sont plus impliquées dans la mise en œuvre opérationnelle des services de santé. Les réformes introduites en 1996 ont considérablement renforcé les pouvoirs et fonctions exercées au niveau régional. Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été créées pour assurer l'allocation de ressources aux établissements d'hospitalisation publics et privés. Deux autres institutions ont été créées afin de représenter et de coordonner l'action des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les médecins libéraux (URML). La réforme de 1996 a également mis en place des conférences de santé annuelles nationale et régionales. Elles rassemblent les principales parties prenantes dans le domaine de la santé, y compris le public, dans le but de définir et de suivre des priorités de santé nationales et régionales.

La plupart des médecins installés en ville, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, sont libéraux et payés à l'acte. Les deux tiers de l'offre en lits hospitaliers relèvent du secteur public où les médecins et le personnel sont salariés. Les caisses d'assurance maladie remboursent en moyenne 70 % des frais de santé engagés par les patients. Des assurances complémentaires, contractées volontairement, couvrent tout ou partie des sommes restantes.

Démocratie locale

Les trois niveaux de démocratie locale en France sont les régions (26), les départements (100) et les communes (36 763). Ils ont tous des assemblées et un exécutif élus localement.

Les compétences dévolues aux régions comprennent l'éducation et les grandes infrastructures de transport. Les autorités régionales ne sont donc pas directement concernées par les problèmes sanitaires ou sociaux.

Les départements ont des compétences dans le domaine des actions de santé, de l'aide sociale, du logement, de la culture et des transports. Plus spécifiquement, les départements coordonnent la protection de l'enfance et l'hébergement des personnes âgées.

Les communes ont un large champ de compétences (parfois partagées) incluant la sécurité et la police, la protection de la santé, l'accueil de la petite enfance et les écoles maternelles et primaires, l'aménagement urbain, l'environnement et l'hygiène, la culture, les transports et les services économiques.

Les collectivités territoriales sont financées par les impôts locaux dont elles peuvent fixer le taux dans des limites pré-définies. L'État apporte des financements complémentaires qui, dans le cas des communes, représentent environ 30 % de leur budget.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses pour la France concernent les régions et les départements.

Région

Ce niveau géographique correspond au NUTS 2, la France compte 22 régions métropolitaines. Les quatre départements d'outre-mer peuvent également être ajoutés à ce total, ces derniers cumulant les compétences à la fois d'un département et d'une région.

Toutes les données concernant l'offre de soins, la consommation de soins, la mortalité, la démographie et la situation socio-économique sont disponibles à cet échelon. En revanche, le système d'information régional reste pauvre pour ce qui concerne la morbidité et les facteurs de risque biologiques ou comportementaux. On peut également souligner que les Observatoires régionaux de la santé réalisent, depuis 1994, des rapports sur la santé (Tableaux de bord régionaux sur la santé) régulièrement mis à jour.

Département

La France compte 100 départements (y compris les départements d'outre-mer) qui correspondent au niveau NUTS 3.

Les politiques relatives à l'aide sociale à l'enfance, à l'hébergement et la dépendance des personnes âgées sont définies au niveau départemental par les Conseils généraux. Ces politiques se réfèrent obligatoirement à un cadre minimal défini au niveau national. De plus, les politiques de lutte contre l'exclusion sont définies nationalement et sont mises en œuvre par les Ddass en lien avec les Conseils généraux.

Les données disponibles à l'échelon des départements sont sensiblement identiques à celles disponibles dans les régions mais seul un nombre très limité de rapports départementaux sur la santé ont été réalisés.

Conclusion

On assiste depuis plusieurs années en France au développement de la régionalisation dans le cadre de la définition et de la mise en place des politiques de santé aux travers de la Conférence régionale de santé et de la création d'institutions régionales (ARH, Urcam et URML). La région semble constituer de ce point de vue un échelon à retenir en priorité pour la France.

Cependant, la décentralisation entamée dans les années 1980 en France, a renforcé les compétences en matière médico-sociale au niveau des départements. De plus, les institutions régionales nouvellement mises en place (ARH, Urcam et URML) se basent généralement sur des analyses infra régionales et en particulier départementales pour définir leurs politiques. Pour ces raisons, le département constitue également un niveau approprié pour l'échange d'informations au niveau européen.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Régions	Départements
Nombre d'unités	26	100
Taille de la population		
Minimum	156 790	73 508
Moyenne	2 314 893	601 872
Maximum	10 951 136	2 554 449
Écart-type	2 168 331	457 597
Surface (km²)		
Minimum	1 100	106
Moyenne	24 770	6 440
Maximum	91 000	91 000
Écart-type	18 640	8 777
Correspondance avec les NUTS	Oui	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 2	NUTS 3
Si non, niveau le plus proche		
Stabilité des limites géographiques	Oui	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Régions	Départements
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Oui	Non
soins ambulatoires	Oui	Non
services sociaux	Non	Oui
promotion de la santé	Oui	Oui
Rapports de santé	Oui	Oui pour certaines unités

Disponibilité des données

	Régions	Départements
Professionnels de santé	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui	Oui
Services de santé	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Oui	Oui
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Non	Non
Morbidité	Oui pour certains items (maladies transmissibles)	Oui pour certains items (maladies transmissibles) et parfois pour certaines unités (cancers, cardiopathies ischiémiques).
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Non	Non
Conditions de vie et de travail	Oui pour certains items	Oui pour certains items
Prévention	Non	Non

Références

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: France. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Grèce

Système de santé

Le système de santé grec cherche à concilier un système national centralisé et des financements éclatés entre divers organismes d'assurance professionnelles ou commerciales qui se caractérisent par un déficit chronique comblé par l'État. Les ministères (de la santé et de l'action sociale jusqu'en 1995, maintenant celui du travail et des assurances sociales et celui de l'économie nationale) sont les organismes principaux dans le développement et le financement des politiques de santé.

Jusqu'en 1983, l'offre et le niveau de couverture proposés par le système de santé grec était très variable. Ceci était dû aux multiples fonds d'assurances professionnelles qui développaient des prestations pour leurs adhérents et secteur d'activité. De ce fait, les inégalités entre zones urbaines et rurales étaient considérables, les coûts hospitaliers (avec un secteur privé prédominant) et des médicaments élevés et un nombre de médecins trop important avec, à l'opposé, un déficit en infirmières qualifiées.

Une réforme a été mise en place visant à unifier les services offerts par les différentes organisations de sécurité sociale (un National Health Service (NHS) a été institué), créant des centres de santé offrant les soins de santé primaires sur tout le territoire, renforçant le contrôle des hôpitaux (en réduisant la capacité des hôpitaux privés de 42 % de l'offre en 1982 à 30 % en 1990) et en lançant une entreprise pharmaceutique nationale pouvant produire à moindre coût des médicaments (principalement des antibiotiques). Le Conseil central de santé (KESY) a été mis en place pour conseiller le ministre en matière de politique nationale de santé, ainsi que des comités spécialisés sur le sida, la toxicomanie, le cancer, etc...

Même si des progrès considérables ont pu être constatés en Grèce dans l'offre de soins, un certain nombre de problèmes doivent encore être résolus. Ceci inclus un accès inégal aux services de santé, un niveau élevé de participation des usagers et une piètre satisfaction des consommateurs.

Le ministre est en charge de la mise en place et du financement du National Health Service ainsi que des services sanitaires et sociaux pour les populations pauvres, âgées ou handicapées ; une très petite part des services de santé sont mis en place par les municipalités. Les autorités locales (52 districts ou préfectures) jouent un rôle limité dans l'administration des 128 hôpitaux du NHS et des 176 centres de santé ruraux. Un processus de décentralisation vient d'être récemment approuvé et 17 systèmes de santé régionaux mis en place. Le gouverneur de la région et le conseil de santé régional sont responsables de l'administration de son administration.

Démocratie locale

La Grèce est divisée en 13 régions, d'une surface de 2 307 à 15 490 km² et d'un nombre d'habitants variant de 198 241 à 3 522 769, constituées elles-mêmes de 51 districts et préfectures (plus une structure spécifique pour la capitale, Athènes). Ces régions et districts ne sont pas à proprement parler des niveaux de démocratie locale mais une forme de déconcentration des services de l'État.

Le niveau le plus fin est constitué de 913 municipalités qui sont des unités autonomes. Leurs assemblées délibératives, les conseils municipaux, sont élues tous les 4 ans au suffrage universel et secret par un scrutin de liste. Les membres élisent un comité de cité présidé par le maire. L'autorité politique et exécutive est assurée par le maire.

Bien que certaines municipalités (surtout les plus grandes) puissent gérer des centres de santé et des maisons de retraites et mener une politique d'action sociale, ces organes locaux n'ont aucun rôle institutionnel dans le champ de la santé, celui-ci étant complètement assuré par le gouvernement.

Les conseils de comté sont les organes administratifs au niveau des districts ou des préfectures et leurs membres sont élus tous les 4 ans. Ils sont conduits par le président du conseil ou le gouverneur local. Les conseils de comté sont actuellement responsables uniquement des services de santé publique.

Les régions sont dirigées par un secrétaire général de région, nommé par le gouvernement dont il est le représentant direct. Il préside le conseil régional (qui inclut les responsables de chaque préfecture et des représentants des municipalités) et est chargé de planifier et coordonner le développement de la région.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses n'ont été fournies que pour la Crète. La Crète est la plus importante des îles grecques et elle est divisée en 4 districts. Au recensement de 1991, elle comptait 540 000 habitants.

Conclusion

Les nouvelles régions santé semblent être le niveau le plus approprié pour développer des recueil de données de santé. La Crète est une région ayant une population de taille suffisante et une organisation lui permettant d'être une région pilote pour tester l'adéquation du niveau des régions de santé pour échanger des indicateurs de santé entre les régions d'Europe. Localement, des sources de données au niveau de l'université ou des centres de santé crétois sont un atout supplémentaire.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Région
Nombre d'unités	13
Taille de la population	
Minimum	198 241
Moyenne	789 431
Maximum	3 522 769
Écart-type	
Surface (km²)	
Minimum	2 307
Moyenne	10 125
Maximum	15 549
Écart-type	
Correspondance avec les NUTS	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 2
Si non, niveau le plus proche	
Stabilité des limites géographiques	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Ministère de la santé et de l'action sociale
Définition et mise en œuvre des politiques de santé	
soins hospitaliers	Oui *
soins ambulatoires	Oui*
services sociaux	Oui*
promotion de la santé	Oui*
Rapports de santé	Oui*

* Le système de santé régional vient d'être désigné comme l'organe responsable des soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que de la promotion de la santé dans la nouvelle loi.

Disponibilité des données

	Région	Niveau national
Professionnels de santé	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui	Oui
Services de santé	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Oui pour les soins de santé secondaires. Des données sur les soins de santé primaires sont disponibles dans certaines régions.	Oui pour les soins de santé secondaires (admissions et sorties d'hospitalisation) et pour l'utilisation des services de santé
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Non	Non
Morbidité	Des registres des tumeurs existent dans certaines régions. Les données sur le diabète et les accidents vasculaires cérébraux sont également disponibles dans certaines régions. Des données d'incidence peuvent être obtenues pour toutes les infections à déclaration obligatoire.	Oui pour le sida et l'infection à VIH et pour toutes les infections à déclaration obligatoire.
Facteurs biologiques et habitudes de vie	1. Les données sur les facteurs biologiques sont disponibles pour certains groupes de population. 2. Les données sur les habitudes de vies sont disponibles pour des populations bien définies	Oui pour certaines habitudes de vie, dont le tabagisme
Conditions de vie et de travail	Oui (sauf pour les accidents de loisirs et les maladies professionnelles)	Non
Prévention	Des données sur le dépistage individuel ou de masse du cancer du col utérin ou du sein sont disponibles pour quelques groupes de population. Les données de couverture vaccinale selon l'âge pour les enfants sont disponibles à partir d'une enquête nationale récente.	Des données sur le dépistage individuel ou de masse du cancer du col utérin ou du sein sont disponibles pour quelques groupes de population. Les données de couverture vaccinale selon l'âge pour les enfants sont disponibles à partir d'une enquête nationale récente..

Source: 1. Bureau national des statistiques de santé

2. Bureau des statistiques de santé, ministère de la santé et de l'action sociale

Références

Health care system in transition : Greece. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark 1996

Economie de la santé – Systèmes de santé européens, Masson, 199?

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale : Grèce. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1993.

La Santé en Europe - le système de santé grec, M. Berthod-Wurmser, coll. Vivre en Europe, La Documentation Française, 1994.

Study of the infrastructure and functions of the medical and health care services in the region of Crete". A. Philalithis, G. Tsakos, A. Koutis, Heraklion, University of Crete and Region of Crete, August 2000.

Mouvement naturel de la population de la Grèce. National Office for Health Statistics, Office for Health Statistics, Ministry of Health and Welfare, 1993.

Christos Lionis and Erik Trelle. *Health need assessment in general practices: the Cretan approach.* European Journal of General Practice 1999; 5:75-77.

Irlande

Systeme de santé

Le système de santé irlandais est basé principalement sur un service national de santé, avec quelques éléments relevant de l'assurance privée. Il y a un mélange de pratiques publiques et privées, même au sein des hôpitaux à financement public. La principale source de financement est l'impôt. Au-dessus d'un certain niveau de ressources, les patients participent aux coûts des soins ambulatoires ou dentaires. Dans le groupe aux revenus les plus bas (~30 % de la population), les personnes ont un accès libre à tous les niveaux de soins procurés par les services publics. Dans les groupes de revenus moyens et élevés, les patients supportent la plupart des coûts des soins ambulatoires et dentaires. La prise en charge hospitalière dans le secteur public est assurée pour tous les patients quels que soient leurs revenus. Les patients ayant les plus hauts revenus peuvent choisir de souscrire à une assurance de santé privée pour couvrir l'ensemble de leurs dépenses de santé.

Le ministère de la santé fournit le budget à 7 « health board » (services de santé) et une autorité régionale de santé. Ces agences sont responsables du financement des hôpitaux publics et non lucratifs. Elles n'ont pas de contrôle sur le secteur privé, cependant, ce dernier ne représente qu'une faible part de l'offre de soins hospitalière. Les « health board » ont également comme fonction de financer l'offre de soins en médecine générale.

Démocratie locale

Les 29 conseils de comté ou de municipalité forment le principal niveau de démocratie locale. Ils ont des responsabilités importantes dans le domaine du logement, des transports, de l'eau et de l'hygiène, de l'environnement, des loisirs et de la culture. Leur implication dans le champ de l'agriculture, de l'éducation, de la santé et de l'action sociale est limitée. Les conseils de comté ou de municipalité lèvent des impôts locaux de leur propre chef mais sont principalement subventionnés par le ministère des finances.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses pour l'Irlande concernent le niveau des comtés et des « health board ». La correspondance de ces niveaux avec la classification NUTS est donnée dans le tableau final.

Comtés

Les 26 comtés présentent une grande variabilité de taille en population et surface. Leurs frontières sont basées sur de vieilles traditions et, de ce fait, sont particulièrement stables et risquent peu de changer. Les comtés ne correspondent pas à un NUTS. Par contre, ils peuvent être regroupés pour former les NUTS 3. Comme cela a été souligné précédemment, aucune responsabilité dans le domaine des politiques sanitaires et sociales n'est exercée à ce niveau et aucun rapport de santé n'est produit à ce niveau.

A part les données démographiques, de mortalité et sociodémographiques, très peu d'informations en lien avec la santé sont disponibles à ce niveau. Seules des informations provenant de registres des tumeurs ou concernant les accidents de la circulation ou du travail peuvent être fournies par le bureau central des statistiques.

Health board

Au sens strict du terme, il y a 8 « health board » en Irlande. Cependant, la nouvelle autorité régionale de santé de l'est (auparavant « Eastern health board ») est divisée en trois régions qui chacune fonctionne d'une manière proche de celle des autres « health board ». La raison qui a amené ce changement est le poids démographique important du précédent « Eastern health board » qui regroupait 40 % de la population totale. Cinq « health board » ont des limites correspondant à 5 régions NUTS, les autres présentent quelques différences (cf. tableau).

Les « health board » sont chargés de gérer la plupart des éléments de l'offre de soins. Chaque « health board » a un directeur de santé publique chargé de produire un rapport annuel sur la santé de la population.

Toutes les informations disponibles au niveau des comtés le sont également au niveau des « health board ». En plus de cela, des données sur les infections à déclaration obligatoire et des données de prévention peuvent être obtenues au niveau des services de santé. Les données sur les professionnels de santé, les services de santé et leur utilisation ne peuvent être produites que pour le secteur public. Les données agrégées par « health board » peuvent être obtenues auprès d'un institut national de la statistique.

Conclusion

Le niveau des « health board » semble le plus approprié pour échanger des données de santé entre régions d'Europe. La taille de leur population est suffisamment importante et les « health board » ont un rôle important dans la gestion de l'offre de soin. En conséquence logique, la plupart des données de santé sont disponibles à ce niveau. Les « health board » correspondent aux limites de certains NUTS 3. Savoir si les NUTS 3 correspondent à une bonne approximation des « health board » doit encore être discuté. Les « health board » ne correspondent à aucun niveau de démocratie ou de pouvoir local, cependant, des représentants des conseils de comté ou de municipalité y siègent. Les comtés et les municipalités représentent un niveau important de démocratie locale. Cependant, leur taille est trop petite pour permettre des comparaisons intéressantes avec les autres régions d'Europe.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Comté	Health Board
Nombre d'unités	26	10
Taille de la population		
Minimum	25 000	205 500
Moyenne	139 500	370 000
Maximum	1 060 000	1 295 939
Écart-type	202 500	357 197
Surface (km²)		
Minimum	826	4 644
Moyenne	2 703	8 784
Maximum	7 500	14 283
Écart-type	1 761	3 185
Correspondance avec les NUTS		
Exacte correspondance avec un NUTS	Non	Non, mais 5 des 10 « health boards » correspondent à niveau NUTS.
Si non, niveau le plus proche	NUTS 3	NUTS 3 -
Stabilité des limites géographiques	Oui	Non, des changements pour taille démographique dans un « health board »

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Comté	Health Board
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Non	Oui
soins ambulatoires	Non	Oui
services sociaux	Non	Oui
promotion de la santé	Non	Oui
Rapports de santé	Non	Oui

Disponibilité des données

	Comté	Health Board
Professionnels de santé	Non	Oui pour le secteur public
Formation des professionnels de santé	Non	Oui pour le secteur public
Services de santé	Non	Oui pour le secteur public
Utilisation des services de santé	Non	Oui pour le secteur public
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Non	Non
Morbidité	Seulement pour l'incidence de cancers	Oui pour les infections à déclaration obligatoire et l'incidence des cancers à partir des registres
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Non	Non
Conditions de vie et de travail	Oui (<i>sauf accidents de loisirs et maladies professionnelles</i>)	Oui (<i>sauf accidents de loisirs et maladies professionnelles</i>)
Prévention	Non	Oui

NUTS, comté et « Health board » / autorité régionale

Région NUTS	Comté	Health Board
Dublin	Dublin	Eastern Regional Health Authority
Mid East	Kildare, Wicklow	
Midland	Laois, Offaly Longford Westmeath	Midland
Mid West	Clare Limerick Tipperary North Riding	Mid Western
Mid-East	Meath	North Eastern
Border	Cavan Monaghan Louth	
Border	Donegal Sligo Leitrim	North Western
South East	Carlow Kilkenny Tipperary South Riding Waterford Wexford	South Eastern
South West	Cork Kerry	Southern
West	Galway Mayo Roscommon	Western

Références

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Irlande. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1998.

Italie

Systeme de santé

Le système de santé italien est basé sur un système national de santé organisé sur une base régionale et proposant une couverture universelle et gratuite quel que soit le lieu de prise en charge.

Ce système comporte trois niveaux : le niveau national, le niveau régional et le niveau local. Le niveau national est chargé de définir les objectifs généraux du système national de santé en respectant des principes fondamentaux.

Les gouvernements régionaux, par le biais des départements régionaux de santé, assurent la délivrance d'un ensemble de soins aux bénéficiaires du système de santé, au travers d'un réseau d'organisations de santé mises en place sur une base populationnelle (les unités sanitaires locales) et d'hôpitaux accrédités, aussi bien publics que privés.

Le système national de santé a été mis en place en 1978. Une première réforme a été mise en œuvre en 1992 avec comme objectif de donner une plus grande autonomie aux régions dans le cadre de la définition des politiques de santé, de l'administration de la santé et dans sa gestion ainsi que dans l'allocation de ressources et dans son contrôle. De plus, une séparation partielle a été introduite entre acheteurs et fournisseurs de soins, avec pour objectif d'introduire des éléments de compétitivité dans le système national de santé. Cette décentralisation a commencé avec la réforme de 1992 et a été menée à terme au travers de la réforme de 1999 (Décret n°229/1999) qui a donné encore plus d'autonomie aux départements régionaux de santé en leur octroyant la gestion des fournisseurs de soins.

Démocratie locale

Il existe en Italie, trois niveaux de fonctionnement de la démocratie locale : les régions, les provinces et les municipalités. Le pays est divisé en 20 régions (dont 5 ont un statut spécial), en 103 provinces et en 8 100 municipalités.

Au niveau de la région, il existe un conseil exécutif régional élu au suffrage universel. Le conseil régional a un pouvoir législatif au niveau régional et un pouvoir administratif en dehors des champs de compétence du gouvernement régional. Le niveau régional dispose d'importantes compétences dans le domaine de l'administration et du financement du système de soins, notamment au niveau des unités sanitaires locales et des hôpitaux autonomes.

Les provinces italiennes disposent également d'un conseil provincial élu au suffrage universel direct et d'un gouvernement provincial élu par le conseil provincial en son sein. Dans le domaine de la santé publique, il dispose de compétences au niveau de l'hygiène et de la surveillance des maladies.

A la tête des municipalités, qui sont le niveau le plus fin de la démocratie locale en Italie, on retrouve un conseil municipal élu au suffrage universel. Les maires sont élus directement par la population dans les villes de plus de 15 000 habitants.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses pour l'Italie concernent le seul niveau de la région (appelée « regioni » en italien), car il apparaît d'emblée comme le plus pertinent compte-tenu de la structure du système national de santé.

Région

Ce niveau correspond au niveau NUTS 2. Si les régions sont définies dans la Constitution, les provinces, qui sont des regroupements de municipalités peuvent changer dans le temps. Ainsi, au début des années 90, de nouvelles provinces ont été créées en séparant en deux des provinces existantes, mais toujours au sein de la même région.

Les régions sont très variables en taille (le Piémont fait 25 000 km² alors que le Val d'Aoste n'en fait que 3 000) et en population (la population de la Lombardie représente 15 % de la population italienne totale alors que celle de Molise en représente moins de 1 %). La distribution par âge de la population diffère également d'une région à l'autre : alors qu'en moyenne nationale, les 65 ans et plus représentent 17 % de la population, le sud est relativement plus jeune (15 %) que le centre-nord (19%).

Dans l'une des 20 régions, Trentin - Haut-Adige, les deux provinces sont actuellement indépendantes l'une de l'autre pour beaucoup d'aspects dont la santé.

Enfin, à ce niveau, sont disponibles de nombreuses données sociodémographiques, sanitaires et sociales.

Conclusion

Du fait de l'évolution de la décentralisation du système de santé en Italie, la région apparaît comme le niveau pertinent pour la comparaison d'indicateurs de santé au niveau européen, à l'exception de la région du Trentin Haut-Adige pour lesquelles la province sera le niveau approprié. Ces régions (et ces deux provinces) disposent de compétences importantes dans le domaine de l'organisation du système de santé, et une collecte d'information y existe déjà dans nombre de domaines couverts par le projet Isare.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Régions *
Nombre d'unités	19+2
Taille de la population	
Minimum	118 200
Moyenne	2 720 881
Maximum	8 901 000
Écart-type	2 317 440
Surface (km²)	
Minimum	3 264
Moyenne	14 348
Maximum	25 707
Écart-type	7 642
Correspondance avec les NUTS	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 2
Si non, niveau le plus proche	
Stabilité des limites géographiques	Oui

* 19 « Régions » et les deux provinces de la région du Trentin Haut-Adige

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Régions *
Définition et mise en œuvre des politiques de santé	
soins hospitaliers	Oui
soins ambulatoires	Oui
services sociaux	Oui
promotion de la santé	Oui
Rapports de santé	Oui pour certaines unités

* 19 « Régions » et les deux provinces de la région du Trentin Haut-Adige

Disponibilité des données

	Régions *
Professionnels de santé	Oui pour certains items
Formation des professionnels de santé	Non
Services de santé	Oui
Utilisation des services de santé	Oui
Démographie et socio économie	Oui
Mortalité	Oui
Données générales d'état de santé	Non (uniquement à partir d'enquêtes)
Morbidité	Oui pour certains items
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail	Oui
Prévention	Oui pour certaines unités

* 19 « Régions » et les deux provinces de la région du Trentin Haut-Adige

Références

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure and operation of local and regional democracy: Italy. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 2000.

Luxembourg

Systeme de sante

Le systeme de sante Luxembourgeois est base sur le libre choix de son medecin par le patient, sur le paiement a l'acte et sur une assurance maladie obligatoire. Le systeme est organise selon deux axes principaux : la prevention, principalement sous la responsabilite du ministere de la sante, et les soins curatifs, sous la responsabilite conjointe du ministere de la sante et du ministere de la securite sociale.

Le systeme d'assurance maladie, gere par l'Union des caisses maladie, couvre 99 % de la population, est organise en neuf agences auxquelles les assures sont rattaches selon leur profession. Il est finance par l'Etat, les employeurs et les personnes.

Democratie locale

En raison de sa taille, le Luxembourg ne connait que la commune comme niveau d'application de la democratie locale. Il y a 118 communes dans lesquelles est eleu tous les six ans un conseil communal. Le bourgmestre et les echevins qui forment l'organe executif sont nommes par le Grand-Duc ou le ministere de l'interieur parmi les membres du conseil communal. Les communes partagent avec l'Etat les competences dans le domaine des hopitaux et de la protection de la sante.

Reponses aux questionnaires Isare

Les reponses au questionnaire ne concernent que le seul niveau de l'etat du Luxembourg. En effet, compte-tenu de sa taille, en comparaison a celle des autres pays, et de l'absence de niveau intermediaire entre le niveau national et le niveau communal, il a ete decide d'explorer ce seul niveau. Bien entendu, ce niveau unique dispose de toutes les competences en matiere de sante et l'ensemble des donnees statistiques dans le domaine sanitaire y sont disponibles.

Conclusion

Compte-tenu des caracteristiques particulieres du Luxembourg en terme de taille et de population, seul le niveau national est propose.

Tableaux résumés

Caractéristiques principales des niveaux

	Niveau national
Nombre d'unités	1
Taille de la population	
Minimum	
Moyenne	420 416
Maximum	
Écart-type	
Surface (km²)	
Minimum	
Moyenne	2 586
Maximum	
Écart-type	
Correspondance avec les NUTS	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 1
Si non, niveau le plus proche	
Stabilité des limites géographiques	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Niveau national
Définition et mise en œuvre des politiques de santé	
soins hospitaliers	Oui
soins ambulatoires	Oui
services sociaux	Oui
promotion de la santé	Oui
Rapports de santé	Non

Disponibilité des données

	Niveau national
Professionnels de santé	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui
Services de santé	Oui jusqu'en 1994 (1)
Utilisation des services de santé	Oui pour certains items jusqu'en 1994 (1)
Démographie et socio économie	Oui
Mortalité	Oui
Données générales d'état de santé	Non
Morbidité	Oui pour certains items
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items
Conditions de vie et de travail	Oui
Prévention	Oui

(1) Des données seront à nouveau disponibles quand la nouvelle politique hospitalière sera finalisée et mise en oeuvre.

Références

Health care system in transition: Luxembourg. European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 1999

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe.* Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Luxembourg. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Pays-Bas

Systeme de santé

Le système de santé néerlandais est une combinaison entre un service national de santé et un système basé sur des assurances sociales. Les personnes peuvent choisir de contracter avec l'un des nombreux fonds maladie publics ou privés qui sont en concurrence pour offrir un panier de soins. Les soins de santé les plus coûteux (par exemple aux personnes âgées ou en psychiatrie) sont assurés selon un schéma d'organisation spécifique mis en œuvre par le gouvernement. Les médecins généralistes sont généralement payés à la capitation pour à peu près les deux tiers de leurs revenus, les spécialistes étant le plus souvent salariés.

A part sa responsabilité dans les soins les plus coûteux, le rôle du gouvernement est principalement de réguler le marché et de contrôler la qualité des soins. Le gouvernement contrôle également l'investissement hospitalier alors que les coûts de fonctionnement sont pris en charge par les fonds maladies concurrentiels. Les provinces exercent des compétences en termes de planification sanitaire et ont un avis consultatif sur la localisation des services de santé, des services d'urgence, etc... Les municipalités interviennent au niveau de la planification locale et des performances des services de santé.

Les municipalités sont responsables des services d'ambulance, de l'organisation des secours en cas de catastrophe, de la santé communautaire, de la santé des jeunes et des maladies infectieuses.

Démocratie locale

Les 12 provinces et les 572 municipalités représentent les deux principaux niveaux de démocratie locale aux Pays-Bas. Les provinces et les municipalités exercent des responsabilités dans les domaines du logement, de l'environnement, de la culture, des loisirs et des sports, des transports et du développement économique. Les provinces ne sont pas impliquées dans le suivi au jour le jour de l'offre de soins. Cependant, elles sont impliquées dans la planification et donnent des avis sur l'emplacement des services. Les municipalités sont impliquées dans la planification locale et le suivi des performances des services de santé. Leurs compétences englobent également l'éducation, la santé publique et les services sociaux

La principale source de financement des autorités locales vient des subsides accordées par le gouvernement. Les provinces comme les municipalités décident du taux des taxes locales et les collectent.

Réponses aux questionnaires Isare

Les deux niveaux explorés lors de l'enquête Isare sont les 50 régions des services municipaux de santé (GGD) et les régions WZV. Un service de santé municipal couvre un regroupement de municipalités voisines auxquelles il fournit des services de prévention ainsi que les services ambulanciers et les services médicaux en cas de catastrophe.

A la différence des services de santé municipaux, les régions WZV ne correspondent pas une structure spécifique gérant ou fournissant des services. Elles correspondent au niveau administratif régional utilisé pour la planification hospitalière. Le processus de planification implique les fournisseurs de soins, les compagnies d'assurance, des représentants des usagers et les autorités locales (provinces et municipalités). Environ dix autres découpages légèrement différents sont utilisés pour l'organisation des services de santé comme la santé mentale, les soins ambulatoires (58 niveaux), les transports ambulanciers et les services de secours (28), etc...

Services municipaux de santé

Le service municipal de santé est chargé de définir les politiques sanitaires et sociales et de produire des rapports de santé. Ils ont à leur disposition des systèmes d'information sanitaire couvrant les données démographiques, de mortalité et de morbidité.

Il y a eu d'importants changements dans le découpage des services municipaux de santé. Leur nombre est passé de 64 en 1990 à 50 en 2000. D'autres changements sont attendus dans le futur. Le découpage actuel des services municipaux de santé ne correspond pas à un NUTS.

L'information sur les professionnels de santé et l'offre de soins hospitalière peut être obtenue à ce niveau. Par contre, cela n'est pas possible pour les données sur l'utilisation des services de santé. Celle-ci est principalement produite par les fonds assurantiels ou d'État et elle n'est pas ou très peu accessible en dehors de ces institutions ou organisations.

Les déclarations de maladies infectieuses sont collectées par les services municipaux de santé et sont donc disponibles à ce niveau. Les données du registre national des tumeurs peuvent être agrégées à ce niveau géographique. L'enquête sur les ménages, réalisée chaque année par le bureau central des statistiques permet de disposer de données géocodées sur les maladies de longue durée. Cependant, la taille de l'échantillon (environ 9 000 individus) limite son utilisation à un niveau géographique fin. Les mêmes limites peuvent être appliquées à l'enquête nationale sur la santé mentale. Les services de santé municipaux réalisent souvent leurs propres enquêtes de santé. Cependant, elles sont peu comparables du fait de la variabilité des instruments utilisés.

Régions WZV

Les régions WZV sont utilisées exclusivement pour la planification et l'organisation de l'offre de soins hospitalière. Ceci couvre les services de soins aigus ainsi que les hôpitaux psychiatriques et les maisons de retraite. Il n'y a pas de fonction de santé publique assurée à ce niveau. Le processus de planification repose principalement sur les données d'offre et de production de soins hospitaliers. Les frontières de ces régions n'ont pas changé depuis 1987. Elles ne correspondent pas directement à un NUTS bien que les régions WZV respectent les limites des provinces (Nuts2).

La plupart des sources de données mentionnées pour les services de santé municipaux sont géocodées et disponibles au niveau national. Ceci inclut les données démographiques, de mortalité, des registres des tumeurs, de déclaration de maladies et les données issues de l'enquête ménages. Aussi, ces informations peuvent être agrégées au niveau des régions WZV.

Conclusion

Les services de santé municipaux sont sans doute le niveau le plus approprié pour des échanges d'indicateurs de santé entre régions des états membres de l'Union européenne, principalement du fait de leurs compétences dans le domaine de la prévention et de la production de rapports de santé. Le rôle des régions WZV, bien qu'important, couvre un champ plus limité. Les représentants des autorités locales élus sont présents à ces deux niveaux. Le problème soulevé par les services municipaux de santé est qu'ils changent souvent de limites et de nombre. L'existence d'une coordination nationale peut aider à fournir des données locales plus comparables entre régions.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	GGD	WZV
Nombre d'unités	50	27
Taille de la population		
Minimum	124 475	238 038
Moyenne	315 205	583 712
Maximum	777 397	1 295 645
Écart-type	156 708	276 933
Surface (km²)		
Minimum	56	221
Moyenne	699	1 295
Maximum	3 531	3 531
Écart-type	672	833
Correspondance avec les NUTS		
Exacte correspondance avec un NUTS	Non	Non
Si non, niveau le plus proche	3	2
Stabilité des limites géographiques	Non	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	GGD	WZV
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Non	Oui
soins ambulatoires	Non	Non
services sociaux	Oui	Non
promotion de la santé	Oui	Non
Rapports de santé	Oui	Non

Disponibilité des données

	GGD	WZV
Professionnels de santé	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Non	No
Services de santé	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Pas directement disponibles	Oui
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Oui pour quelques GGD	Oui
Morbidité	Oui pour les déclarations de maladies infectieuses et les registres de cancer <i>(à confirmer)</i>	Oui pour les déclarations de maladies infectieuses et les registres de cancer <i>(à confirmer)</i>
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour quelques GGD	idem GGD
Conditions de vie et de travail	<i>(Les GGD pensent que cela est possible à partir de données disponibles au niveau national)</i>	idem GGD
Prévention	Oui	idem GGD

Références

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Pays-Bas. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Portugal

Système de santé

Le système de santé du Portugal est organisé depuis 1979 sous la forme d'un système beveridgien avec la mise en place d'un système national de santé. Préalablement, la protection sociale était organisée sur la base d'accords entre syndicats de salariés et organisations patronales dont une partie persiste encore. Si la loi de 1979 prévoyait la couverture de la totalité de la population, dans les faits, environ un quart de la population n'est pas pris en charge par le service national de santé. Selon les textes, ce système national de santé est autonome tant sur le plan administratif que financier. Dans la réalité, on note une forte intervention du ministère des finances dans sa gestion.

Depuis 1989 le Portugal s'est engagé dans un processus de privatisation qui a touché tous les secteurs de l'économie, y compris celui de la santé avec l'apparition d'un double exercice possible, public et privé, pour les médecins et le développement d'un secteur privé permettant de répondre aux besoins croissants de la population en matière de santé. Parallèlement on a assisté à un développement des assurances privées.

Ainsi, le Portugal se caractérise par la coexistence de trois systèmes de protection sociale : le système national de santé, des régimes d'assurances maladies pour certaines professions (1/4 de la population) et des assurances privées et des mutuelles qui couvrent respectivement 10 % et 7 % de la population.

Le système national de santé est financé par l'impôt. Les régimes d'assurance maladie sont financés par l'Etat (via l'impôt) et par une contribution des employés et des employeurs. Les assurances privées et les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. L'impôt finance ainsi 62 % de la dépense totale de santé (au travers du système national de santé et des régimes d'assurances), les cotisations aux régimes d'assurances maladies financent 5 % de ces dépenses, le reste étant à la charge de la population dont moins de 2 % par le biais des assurances et mutuelles volontaires. La participation des usagers est ainsi une des plus élevée d'Europe.

Une réforme de 1993 a abouti à la création de cinq régions sanitaires autonomes, compétentes dans le domaine de la gestion sanitaire.

Démocratie locale

Le Portugal est divisé en 18 districts et deux régions autonomes (Açores et Madère). Chaque district est ensuite divisé en "municipalités" et en "paroisses".

Les 18 districts ne sont aujourd'hui que des circonscriptions de l'administration déconcentrée de l'Etat. Une réforme était prévue devant aboutir à la création de régions administratives à la place de ces districts avec une assemblée régionale désignée par un collège électoral formé par les membres des assemblées municipales et un exécutif régional élu au sein de l'assemblée régionale. Cependant cette réforme a été rejetée par référendum.

Chaque municipalité a une assemblée constituée des présidents des comités paroissiaux (eux-mêmes élus au suffrage universel direct à la proportionnelle) et de membres, en nombre égal au nombre de paroisses plus un, élus au suffrage universel direct, à la représentation proportionnelle. L'exécutif est composé de membres directement élus. Les municipalités sont compétentes dans les domaines de la protection civile, des infrastructures de l'éducation, des crèches et garderies, de l'aide familiale, du logement, de l'environnement et de la salubrité, de la culture et des transports. Il faut relever que les municipalités n'ont pas de compétences dans le domaine de la santé.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses pour le Portugal concernent trois niveaux : les communautés, les régions et les régions sanitaires.

Communautés

Ce niveau régional correspond au niveau NUTS 3. Il est composé d'un regroupement de municipalités. Elles sont au nombre de 30. La taille et la population de ces ensembles sont très variables.

Actuellement, il n'existe à ce niveau aucun organe politique élu. De même, il n'y a pas de prise de décision ou d'orientation particulière concernant l'organisation ou le fonctionnement du système de soins.

Par contre, on retiendra que la très grande majorité des données sociodémographiques et une bonne part des données sanitaires ou sociales sont disponibles à ce niveau géographique.

Région

Les régions correspondent au niveau NUTS 2 avec de fortes variations en taille (moins en superficie).

La réforme projetée ayant été rejetée, le niveau régional ne dispose d'aucun organe politique élu. Il ne correspond qu'à un niveau de gestion déconcentrée de l'Etat. Les compétences assumées à ce niveau ne recouvrent pas directement le domaine sanitaire et social. Cependant, on retiendra qu'il a des compétences en terme d'organisation et de planification qui peuvent interagir indirectement dans le domaine de la santé.

Comme pour le niveau précédent, on dispose pour les régions de la majorité des données sociodémographiques et d'un bon nombre de données sanitaires. Par contre, il n'y a pas de système d'information ou de production de rapport de santé à ce niveau.

Région sanitaire

Ce niveau géographique est, comme indiqué précédemment, issu de la réforme de 1993.

Ces régions sanitaires sont au nombre de cinq. Leur taille est variable. Il n'existe aucune structure de démocratie locale à ce niveau.

Même si les grandes orientations et décisions en matière sanitaire sont prises au niveau national, les compétences dévolues à ce niveau sont larges et touchent aussi bien l'ambulatoire que l'hospitalier, les soins que la prévention.

L'ensemble des données disponibles aux autres niveaux décrits le sont aussi à ce niveau là. Il existe en plus des données complémentaires en termes de morbidité, principalement par le biais de registres.

Des systèmes d'information existent et des rapports de santé sont produits au niveau des régions sanitaires pour certains programmes spécifiques de santé.

Conclusion

Si l'information en matière de santé est disponible à plusieurs niveaux géographiques au Portugal, les régions sanitaires semblent le niveau à retenir en priorité. En effet, c'est maintenant à ce niveau que se décide et s'organise en grande partie le système de santé. Par contre, on ne trouve aucune structure de démocratie locale à ce niveau.

Le niveau géographique de la région présente cependant un certain intérêt : disponibilité des informations et correspondance avec un niveau de démocratie locale et à un niveau NUTS. Par contre, aucune compétence spécifique en matière de santé n'est dévolue à ce niveau.

Enfin, le dernier niveau géographique exploré, celui de la communauté ne semble pas devoir être retenu même s'il existe des informations à ce niveau et qu'il correspond à un niveau NUTS : non concordance avec un niveau de démocratie locale et de compétence en matière sanitaire, petite taille de ce niveau.

Tableaux résumés

Caractéristiques principales des niveaux

	Communautés	Régions	Régions sanitaires
Nombre d'unités	30	7	5
Taille de la population			
Minimum	48 300	239 200	360 185
Moyenne	330 070	1 412 500	1 720 718
Maximum	1 836 300	3 503 300	3 234 727
Écart-type	359 817	1 452 175	1 392 239
Surface (km²)			
Minimum	779	779	4 960
Moyenne	3 064	13 129	17 225
Maximum	8 503	26 931	24 662
Écart-type	2 179	10 839	7 993
Correspondance avec les NUTS	Oui	Oui	Non
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 3	NUTS 2	
Si non, niveau le plus proche			NUTS 2
Stabilité des limites géographiques	Oui	Oui	Oui

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Communautés	Régions	Régions sanitaires
Définition et mise en œuvre des politiques de santé			
soins hospitaliers	Non	Non	Oui
soins ambulatoires	Non	Non	Oui
services sociaux	Non	Non	Oui
promotion de la santé	Non	Non	Oui
Rapports de santé	Non	Non	Oui

Disponibilité des données

	Communautés	Régions	Régions sanitaires
Professionnels de santé	Oui	Oui	Oui
Formation des professionnels de santé	Oui	Oui	Oui
Services de santé	Oui	Oui	Oui
Utilisation des services de santé	Oui pour certains items	Oui pour certains items	Oui pour certains items
Démographie et socio économie	Oui	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Oui pour certaines unités	Oui pour certaines unités	Oui pour certaines unités
Morbidité	Seulement pour les maladies transmissibles	Seulement pour les maladies transmissibles	Oui pour les maladies transmissibles et quelques autres maladies
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Non	Non	Non
Conditions de vie et de travail	Oui	Oui	Oui
Prévention	Oui	Oui	Oui

Références

Health care system in transition : Portugal . European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 1999

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale : Portugal. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1997.

Royaume-Uni

Systeme de sante

Le « National Health Service » (NHS) fournit la grande majorité de l'offre de soins à la population. Le secteur privé n'intervient que pour 6 % des séjours hospitaliers. Le NHS est financé principalement par l'impôt et son budget est voté chaque année par le parlement. Au niveau national, le ministère de la santé (Department of Health – DoH) définit les grands axes de la politique de santé. Huit bureaux régionaux interviennent, de manière décentralisée, comme organes exécutifs. C'est aussi à ce niveau régional qu'interviennent les Observatoires de santé publique (Public Health Observatories – PHO) qui ont été récemment mis en place avec comme attribution de suivre les inégalités de santé. A un niveau administratif plus fin, les 99 « Health Authorities » (HA) sont chargées d'identifier les besoins de santé et de suivre l'offre de soins. Les responsabilités des HA se sont peu à peu amoindries du fait des réformes successives qui ont été mises en place dans les années 90. Les services de santé comme les hôpitaux et les centres de santé communautaire ont acquis un statut de « trust » impliquant plus d'autonomie mais aussi plus de compétition dans le cadre du marché de la santé. Les principaux acheteurs de soins sont les « Primary care groups », conduits par des généralistes, qui assurent les soins primaires et disposent de la latitude d'acheter les soins de santé secondaires.

Démocratie locale

En Angleterre, les gouvernements locaux sont formés par 115 conseils unitaires dans certaines zones, ou bien par l'ancien système à deux niveaux constitué par 34 conseils de comtés et 237 conseils de districts. Ces autorités locales reçoivent des financements du gouvernement central. Des ressources complémentaires proviennent de taxes locales (taxe du comté) qui sont déterminées par les autorités locales elles-mêmes. Dans les zones où un système à double niveau existe, les conseils de comtés sont compétents dans le domaine de l'éducation, des services sociaux, de la police, de la lutte contre les incendies, de l'État-civil, de la protection des consommateurs et des bibliothèques. Les responsabilités des conseils de districts portent sur la gestion des listes électorales, la collecte des taxes locales, le logement, la santé environnementale, les cimetières et les crématoriums. Toutes ces compétences (celles du comté et du district) sont sous la seule responsabilité des conseils unitaires là où ils existent.

Suite à la décentralisation, l'Écosse et le Pays de Galles ont des assemblées qui ont le pouvoir de légiférer dans un grand nombre de domaines tels la santé, l'éducation, le développement économique et les transports. Du fait de l'état d'urgence en Irlande du Nord, le système y reste inchangé.

En plus des autorités de comtés, de districts ou unitaires, chaque comté a des conseils de paroisse, de ville ou de communauté. Ces niveaux de gouvernement local ont un important rôle consultatif mais ont peu de compétences statutaires et très peu de moyens financiers.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses sont fournies pour le niveau des Autorités de Santé et pour celui des Local Authorities Social Services, ce dernier correspondant aux conseils unitaires ou de comtés.

Autorités de Santé

Au moment de l'étude, il y avait 99 Autorités de Santé en Angleterre avec une population moyenne de 500 000 habitants. Le nombre et le découpage des Autorités de Santé ont changé substantiellement dans les années passées et cela continue encore. Les limites des Autorités de Santé ne correspondent pas à un des niveaux de la classification NUTS.

Le rôle des Autorités de Santé dans le champ de l'hospitalisation et des soins ambulatoires a été modifié par la mise en place des Primary Care Groups. Cependant, elles gardent des compétences dans ces domaines, et dans certains cas, dans celui de la promotion de la santé. Dans chaque Health Authority, un directeur de la santé publique doit produire chaque année un rapport sur la santé de la population.

Le niveau de disponibilité des données dans les HA est élevé. Les données concernant les services de santé, les professionnels et l'utilisation des services de santé sont disponibles pour le secteur public. Ceci n'est pas vrai pour le secteur privé qui, comme cela a été mentionné plus haut, représente environ 6 % des hospitalisations. Cette proportion est sans doute plus élevée pour certains actes chirurgicaux planifiés tels la cataracte ou les prothèses de hanche. De la même manière, les données d'activité des maisons de retraites ne sont pas directement disponibles. Toutes les données démographiques et socio-économiques peuvent être agrégées au niveau des Autorités de Santé, bien que cela ne soit pas toujours fait en routine (population active ou nombre de chômeurs, par exemple). Les déclarations de maladies infectieuses sont collectées au niveau des Local Authorities et peuvent, le plus souvent, être agrégées au niveau des Autorités de Santé. Les données des registres de cancers comprennent les codes postaux ce qui permet d'effectuer des regroupements par Autorités de Santé. Les données générales d'état de santé, les données biologiques et sur les habitudes de vie peuvent être extraites de l'enquête santé en Angleterre. Il s'agit d'une enquête réalisée sur une base annuelle auprès d'un échantillon d'environ 18 000 personnes. Des estimations pour les Autorités de Santé peuvent être obtenues en cumulant les données sur plusieurs années. La couverture vaccinale des enfants et celle du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont des éléments qui sont disponibles au niveau des Autorités de Santé.

Local Authority Social Services (LASS)

Comme indiqué par leur dénomination, le rôle principal de ce niveau administratif est de planifier et gérer les services sociaux. Les services sociaux et les Autorités de Santé sont impliqués dans les projets où la coordination entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale est nécessaire. Il n'y a pas de rapports de santé produits à ce niveau. Les 150 LASS correspondent aux NUTS 3 à l'exception du Grand Londres.

Comme toutes les données comprenant le code postal peuvent être agrégées à n'importe quel niveau géographique, il n'y a pas de différence majeure dans la disponibilité des données entre LASS et Autorités de Santé. Ceci est vrai pour la plupart des données mentionnées pour les HA. Cependant, les problèmes de représentativité des données estimées à partir d'enquêtes nationales telles l'enquête santé ou l'enquête logement sont généralement plus importants à ce niveau du fait de leur petite taille que pour les HA.

Conclusion

Il existe des arguments pour ou contre les HA ou les LASS. La disponibilité des données ne permet pas de différencier les deux niveaux. La stabilité de leurs limites géographique et leur correspondance avec un niveau de démocratie locale plaide en faveur des LASS. Cependant, les responsabilités des HA en termes de planification sanitaire, et plus

particulièrement leur rôle dans la production de rapport de santé, font penser que ce niveau est le plus approprié pour les comparaisons entre régions d'Europe. Les questions en suspens sur le devenir des HA dans le cadre de l'évolution du NHS, les continuelles modifications de leur découpage et l'absence de démocratie locale sont des éléments qui vont à l'encontre de ce choix. Le niveau régional où les observatoires de santé publique viennent d'être créés devront être pris en considération dans le futur.

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Autorités de Santé	Local Authorities Social services
Nombre d'unités	99	150
Taille de la population		
Minimum	128 231	2 086
Moyenne	502 554	331 672
Maximum	1 013 177	1 344 023
Écart-type	190 020	251 741
Surface (km²)		
Minimum	34	3
Moyenne	1 317	870
Maximum	8 306	8 038
Écart-type	1 549	1 509
Correspondance avec les NUTS		
Exacte correspondance avec un NUTS	Non	NUTS 3*
Si non, niveau le plus proche	NUTS 3	
Stabilité des limites géographiques	Non	Relativement stables

* dans la majorité des cas, il y a correspondance totale avec les NUTS 3 sauf dans le cas du Grand Londres qui correspond au NUTS 4

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Autorités de Santé	Local Authority Social services
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Oui	Non
soins ambulatoires	Oui	Non
services sociaux	Non	Oui
promotion de la santé	Oui	Non
Rapports de santé	Oui	Non

Disponibilité des données

	Health Authority	Local Authority Social services
Professionnels de santé	Oui	
Formation des professionnels de santé	Oui (<i>par les écoles de médecine</i>)	
Services de santé	Oui	
Utilisation des services de santé	Oui (<i>sauf secteur privé et maisons de retraite</i>)	
Démographie et socio économie	Oui	
Mortalité	Oui	
Données générales d'état de santé	Possible	
Morbidité	Oui	
Facteurs biologiques et habitudes de vie		
Conditions de vie et de travail		
Professionnels de santé	Oui	

Références

Health care system in transition: United Kingdom . European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 1999

Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.

Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Royaume-Uni. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 2000.

Suède

Systeme de santé

Le système de santé suédois fonctionne sur la base d'un service national de santé avec un haut degré de décentralisation. Les objectifs et les engagements à réaliser de ce système sont déterminés par des lois adoptées par le Riksdag (parlement), mais la responsabilité de l'offre de soins est concentrée au niveau des 21 comtés et, dans une moindre mesure, au niveau des municipalités. Le service national de santé et de l'action sociale est sous l'autorité gouvernementale qui supervise les services de santé.

Les services de santé ne sont que dans une faible mesure assurés par le secteur privé. Qu'ils soient délivrés par le secteur public ou le secteur privé, 80 % des soins sont financés par l'impôt. Les conseils de comté reçoivent un financement du gouvernement mais la principale source de financement est l'impôt que les comtés lèvent sur les revenus de leurs habitants.

Les conseils de comté sont également responsable des services de santé publique et de prévention. Cette responsabilité est, cependant, partagée avec les municipalités. Les services sociaux et une partie des soins de longue durée relèvent de la responsabilité des municipalités.

Démocratie locale

En dehors du niveau national, il existe deux niveaux d'autorités locales politiques et administratives : les comtés et les municipalités. Actuellement, il y a 21 comtés et 289 municipalités. Tous sont dirigés par des assemblées locales élues. Ces autorités peuvent lever l'impôt qui constitue leur principale source de financement.

Les autorités locales jouissent d'une grande autonomie dans la gestion des services dont ils assument la responsabilité. Il s'agit principalement de l'administration générale (par exemple, les services statistiques), la santé, la culture et les transports pour les comtés, les services sociaux, l'éducation, l'environnement et l'hygiène pour les municipalités.

Réponses aux questionnaires Isare

Les réponses concernent les comtés et les municipalités

Comtés

La plupart des informations sur l'offre de soins et son utilisation est disponible au niveau des comtés et accessible au travers d'une source de donnée nationale actualisée annuellement. Ceci vaut également pour les données démographiques et de mortalité. L'enquête sur les conditions de vie, menée sur une base annuelle, produit des information sur les données générales de santé ainsi que sur des maladies spécifiques (comme l'asthme) ou des déficiences (par exemple visuelles ou auditives). Cependant du fait de l'échantillonnage de cette enquête, les indicateurs au niveau des comtés ne sont produits qu'en moyenne mobile sur 5 ans. Les déclarations de maladies infectieuses, les registres de cancers et les maladies professionnelles sont des données exploitables au niveau des comtés. Des registres sur le diabète ou la sclérose en plaque existent dans certains comtés. Les systèmes d'information national et locaux collectent des données sur les accidents de la circulation alors que les données sur les accidents domestiques ne sont disponibles que dans certains comtés. La couverture vaccinale est déterminée au niveau national mais peut être déclinée

au niveau des comtés. Les données sur le dépistage du cancer du sein et de cancer du col utérin sont gérées au niveau local.

Municipalités

Concernant les données démographiques, socio-économiques et de mortalité, la disponibilité des données au niveau des municipalités est la même qu'au niveau des comtés. La situation est différente pour ce qui concerne l'offre de soins, son utilisation et les données de morbidités qui sont rares à ce niveau, sauf pour ce qui concerne les accidents de la circulation, les maladies professionnelles, les registres de cancers, la couverture vaccinale et les dépistages des cancers du sein et du col utérin.

Conclusion

Les comtés semblent être les candidats évidents pour échanger des informations de santé à un niveau infra national entre les pays membres de l'Union européenne. Des responsabilités dans la gestion des services de santé y sont assumées et il s'agit d'un niveau de démocratie locale. Un grand nombre de données pertinentes peuvent être produites au niveau des comtés et ils correspondent au NUTS 3

Tableau résumé

Caractéristiques principales des niveaux

	Comtés	Municipalités
Nombre d'unités	21	289
Taille de la population		
Minimum	57 428	2 746
Moyenne	421 972	30 662
Maximum	1 803 377	743 703
Écart-type	446 904	57 451
Surface (km²)		
Minimum	2 941	9
Moyenne	19 568	1 487
Maximum	98 910	19 446
Écart-type	22 980	2 485
Correspondance avec les NUTS	Oui	Oui
Exacte correspondance avec un NUTS	NUTS 3	NUTS 5
Si non, niveau le plus proche		
Stabilité des limites géographiques	Relativement stables	Relativement stables

Compétences dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

	Comtés	Municipalités
Définition et mise en œuvre des politiques de santé		
soins hospitaliers	Oui	Non
soins ambulatoires	Oui (avec les municipalités)	Oui
services sociaux	Non	Oui
promotion de la santé	Oui (avec les municipalités)	Oui
Rapports de santé	Oui	Oui, mais variable

Disponibilité des données

	Comtés	Municipalités
Professionnels de santé	Oui	Non, seulement les pharmaciens
Formation des professionnels de santé	Non	Non
Services de santé	Oui	Non, seulement les maisons de retraite
Utilisation des services de santé	Oui pour la plupart des items [*]	Oui pour les information générales
Démographie et socio économie	Oui	Oui
Mortalité	Oui	Oui
Données générales d'état de santé	Oui	Non
Morbidité	Oui pour certains items	Non
Facteurs biologiques et habitudes de vie	Oui pour certains items	Non
Conditions de vie et de travail	Oui	Oui pour la plupart des items ^{**}
Prévention	Oui	Oui

References

- Health care system in transition: Sweden*. European observatory on health care system, Copenhagen, Denmark. 1996
- Duriez M, Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Que sais-je n° 3343. Presses universitaires de France, Paris, France. 1998.
- Structure et fonctionnement de la démocratie locale et régionale: Suède*. Conseil de l'Europe, Strasbourg, France. 1996.

* Les données pour le secteur privé et le taux d'occupation des lits ne sont pas disponibles

** La taille des logements et l'existence de baignoires ou douches ne sont pas disponibles

Liste des participants au projet Isare

Le coordonnateur du projet remercie vivement tous les membres du Steering group du projet Isare et les membres du groupe représentant les pays européens pour leur participation active durant toute la durée du projet.

Membres du groupe projet

Olivier Grimaud,	Chargé d'études, Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Frédéric Imbert,	Directeur, Observatoire Régional de Santé de l'Alsace
Bernard Ledésert,	Directeur, Observatoire Régional de Santé du Languedoc-Roussillon
André Ochoa,	Coordinateur du projet, Directeur, Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine

avec

Sandrine Chaumeton,	Assistante, Observatoire Régional de Santé du Limousin
Danièle Fontaine,	Déléguée Générale, Fédération nationale des ORS
Alain Trugeon,	Président de la Fnors, Directeur, Observatoire Régional de Santé de Picardie

Membres du groupe de pilotage

Berghmans Luc,	Directeur, Observatoire de la Santé du Hainaut
Nanda Arun,	Conseiller régional, Epidémiologie, statistiques et information sanitaires, Organisation mondiale de la santé
Brand Helmut,	Directeur, Landeinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
Beguiristain Aranzasti Jose Maria,	Gouvernement Basque, Département de la santé, Sous direction de la planification en santé
Chamouillet Henriette,	Administrateur principal, Commission européenne DG SANCO
Desmet Marleen,	Chef de section EUROSTAT /E/3, Statistiques sur la santé et la sécurité
Kramers Pieter,	Directeur adjoint, Département de la prospective en santé publique, Institut national de santé publique et environnement, Pays-Bas
Lindberg Gudrun,	Coordinateur, Centre pour l'épidémiologie, Suède

Membres du projet Isare

BADEYAN Gérard / Drees	FRANCE
BEGUIRISTAIN ARANZASTI Jose Maria / Gouvernement basque–département de la santé	ESPAGNE
BERGHMANS Luc / Observatoire de la santé du Hainaut	BELGIQUE
BRAND Helmut / Institut de santé publique - NordRhein Westfalen	ALLEMAGNE
BRESCIANINI Sonia / Institut national de la santé	ITALIE
CHAMOUILLET Henriette / Commission européenne	LUXEMBOURG
CHAUMETON Sandrine / ORS Limousin	FRANCE
DESMET Marleen / Eurostat	LUXEMBOURG
FONTAINE Danièle / Fnors	FRANCE
FRANSSEN Gregor / MEMIC, Université de Maastricht	PAYS-BAS
GISSER Richard / Direction de la populations – Statistiques Autriche	AUTRICHE
GOLDBLAT Peter / Bureau national des statistiques	ROYAUME-UNI
GRIMAUD Olivier / ORS Bretagne	FRANCE
HOLLAND Susanne / Conseil national de la santé et de l’action sociale	SUÈDE
IMBERT Frédéric / ORS Alsace	FRANCE
KJAER-ANDERSEN Ulrika / Ministère danois de la santé	DANEMARK
KOSKINEN Seppo / Institut national de santé publique	FINLANDE
KRAEMER Daniela / Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg	ALLEMAGNE
KRAMERS Pieter / Institut national de santé publique et d'environnement	PAYS-BAS
LARRANAGA PADILLA Isabel / Gouvernement basque – département de la santé	ESPAGNE
LEDESERT Bernard / ORS Languedoc Roussillon	FRANCE
LINDBERG Gudrun / Conseil national de la santé et de l’action sociale	SUÈDE
LIONIS Christos / Clinique de médecine familiale et sociale, Université de Crète	GRÈCE
MCCARTHY Tim / Département de la santé des enfants	IRLANDE
MARINAKI Lena / Clinique de médecine familiale et sociale,, Université de Crète	GRÈCE
MARQUES Jose Alberto / Administration régionale de la santé - Nord	PORTUGAL

NANDA Arun / OMS	DANDANEMARKMARK
NIERO Giancarla / Département de la santé, Vénétie	ITALIE
OCHOA André / bureau Fnors & ORS Limousin	FRANCE
OBERHAUSEN Josefina / Eurostat	LUXEMBOURG
RICO Ana / Observatoire européen des systèmes de santé	ESPAGNE
ROULLEAUX Mady / Direction de la Santé (Médecine Préventive et Sociale)	LUXEMBOURG
SKOV JENSEN Marianne / Réseau des régions pour la santé, OMS	DANEMARK
TAVARES Fernando / Administrateur régional de la santé - Nord	PORTUGAL
TRUGEON Alain / Fnors	FRANCE
de VRIES Martin / Association néerlandaise des centres de santé communautaires	PAYS-BAS
WILKINSON John / Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire	ROYAUME-UNI

Ce rapport a été produit par un contractant pour la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs et représente les opinions du contractant ou auteur. Ces opinions n'ont pas été adoptées ou en aucun cas approuvées par la Commission et ne représentent pas nécessairement l'opinion de la Commission ou de la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs. La Commission Européenne ne garantit pas l'exactitude des données délivrées par cette étude, de même qu'elle ne accepte aucune responsabilité de l'usage qui en est fait.