



Indicateurs de santé dans les régions d'Europe

Projet Isare 2 n° 2001/IND/2101

Rapport final

Juin 2004

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
62 boulevard Garibaldi – 75015 PARIS
Tél. : + 33 156 58 52 40 – fax : + 33 156 58 52 41
Email : info@fnors.org - website : <http://www.fnors.org>

Projet financé par la Commission européenne



*La Commission européenne ne peut être tenue pour responsable
des recommandations préconisées dans le cadre de ce projet*

1. INTRODUCTION	5
2. JUSTIFICATION DU PROJET	6
3. OBJECTIFS DU PROJET	7
3.1 OBJECTIF GENERAL	7
3.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	7
4. METHODOLOGIE	8
4.1 PARTENARIAT ET GROUPES DE TRAVAIL	8
4.1.1 Groupe projet	8
4.1.2 Groupe de pilotage	8
4.1.3 Groupe des pays européens	8
4.2 ORGANISATION DE L'ENQUETE	9
4.2.1 Choix des indicateurs et des données à recueillir	9
4.2.2 Définition des variables	11
4.2.3 Choix de l'année des données collectées	11
4.2.4 Choix des régions santé Isare participant au recueil approfondi	12
4.2.5 Élaboration des questionnaires	13
4.2.6 Validation finale des questionnaires et des définitions	14
4.3 DEROULEMENT DE L'ENQUETE	14
4.4 ANALYSE DES REPONSES	14
4.5 CONSTRUCTION DES INDICATEURS	16
4.6 CONSTRUCTION D'UN DEMONSTRATEUR DE BASE DE DONNEES	17
4.7 ANALYSE DE LA QUALITE	18
4.7.1 Comparabilité et questionnaires Isare 2	18
4.7.2 Comparabilité des données et des travaux HMP	18
4.8 ENQUETE COMPLEMENTAIRE REALISATION	19

5. RESULTATS **20**

5.1	DONNEES RECUEILLIES LORS DE L'ENQUETE ISARE 2	20
5.1.1	Professionnels de santé	21
5.1.2	Services de santé	29
5.1.3	Données démographiques et socio économiques	39
5.1.4	Données de mortalité	45
5.1.5	Données de morbidité	51
5.1.6	Facteurs de risque	57
5.1.7	Conditions de vie et de travail	61
5.1.8	Données de prévention	65
5.1.9	Synthèse des résultats	71
5.2	COMPARABILITE DES DONNEES ET DES TRAVAUX HMP	75
5.3	EXEMPLES D'ANALYSES	78
5.3.1	Mortalité infantile	78
5.3.2	Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants	80
5.3.3	Exemple de fiche synthétique : région "North East" d'Angleterre	82
5.4	ENQUETE REALISATION	83
5.5	RECENSEMENT DES SOURCES DE DONNEES	84

6. DISCUSSION **85**

Une démarche expérimentale	85
Les apports	86
Les difficultés dans le recueil des données	86
Qualité et comparabilité des données	87
Le choix des échelons géographiques de recueil	88

7. CONCLUSION **90**

LISTE DES PARTICIPANTS AU PROJET ISARE **91**

1. Introduction

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

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 la Communauté ;
- 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 mis en œuvre :

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

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'enquêtes 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 régions¹ de l'Union européenne.

Une première phase d'étude², menée en 1999-2001 a permis de déterminer dans les 15 pays de l'Union européenne le niveau infra national le plus adapté pour l'échange d'informations et la comparaison d'indicateurs (les "régions santé Isare"). Par ailleurs, ce travail a permis de connaître la disponibilité et l'origine des données à ce niveau.

¹ D'une façon générale, le terme « région » est employé dans ce projet pour désigner le concept de niveau infra-régional, sachant que, selon les pays, d'autres termes sont utilisés pour décrire le découpage administratif (exemples : lander, provinces...).

² Indicateurs de santé dans les régions d'Europe, Projet n°1998/IND/1006, Rapport final.

2. Justification du projet

L'importance des régions en tant qu'unités de gestion politique et administrative est croissante en Europe. En Espagne par exemple, les communautés régionales ont acquis 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 à la régionalisation de la prise de décision en santé en Europe va certainement de pair avec un développement de l'utilisation des informations nécessaires à l'évaluation des besoins. Partager de telles informations régionales permettrait aux acteurs et décideurs de santé européens de mieux comprendre le contexte dans lesquelles les décisions s'inscrivent et encouragerait l'apprentissage mutuel.

D'autres arguments reposent sur l'intérêt épidémiologique du partage de données régionales. Il est clair qu'examiner les phénomènes de santé à un niveau infra national augmente le pouvoir de discrimination de l'observation, permettant ainsi d'identifier des différences géographiques masquées par les moyennes nationales. Par ailleurs, les phénomènes de santé publique ne respectent pas les frontières des États. Ainsi, il est probable qu'il existe plus de similarités épidémiologiques entre la province du Hainaut (Belgique) et la Picardie (Nord de la France), qu'entre cette dernière et une région du sud de la France.

Développer le recueil de données cohérentes et pertinentes à un niveau infra national permettra d'alimenter la base de données de l'Union européenne. Cette base permettra de mieux appréhender et analyser les problèmes de santé au niveau infra national. De ce fait, elle contribuera à l'aide à la décision et à l'orientation des politiques de santé tant au niveau de la Communauté qu'au plus près des populations c'est à dire au niveau des régions santé.

3. Objectifs du projet

3.1 Objectif général

L'objectif de cette deuxième phase du projet Isare est de tester la faisabilité du recueil des données aux niveaux infra nationaux retenus dans chacun des pays de l'Union européenne.

3.2 Objectifs spécifiques

- Sélectionner un ensemble de données sur des critères de disponibilité et d'aide à la décision dans les politiques régionales de santé publique.
- Mettre en œuvre le recueil de deux ensembles de variables (données ou indicateurs) : un recueil d'un nombre limité de variables au niveau de l'ensemble des régions de chaque pays participant, un recueil d'une liste plus étendue de variables au niveau d'une région par pays participant.
- Calculer un certain nombre d'indicateurs à partir des données recueillies.
- Mettre en œuvre une analyse de la comparabilité inter régionale des données. A cette fin, des informations sur l'origine des données ainsi que des éléments permettant de juger de leur comparabilité ont été recueillis. Cette analyse de la comparabilité sera complétée par l'analyse de la comparabilité internationale effectuée dans le cadre d'autres projets HMP.
- Réaliser une base de données et un démonstrateur informatique pour illustrer l'intérêt de cette démarche.

4. Méthodologie

La méthodologie mise en œuvre dans cette deuxième phase du projet Isare repose sur trois éléments principaux :

- L'instauration d'un partenariat avec des correspondants des différents pays de l'Union participant au projet ;
- La réalisation d'une enquête pour le recueil des données nécessaires ;
- La constitution d'un démonstrateur de base de données et l'analyse des procédures mises en œuvre aboutissant à l'élaboration des recommandations pour l'intégration d'indicateurs de santé au niveau régional dans la base de données européenne.

4.1 Partenariat et groupes de travail

Des contacts ont été pris dès 1999 durant la première phase du projet Isare avec les représentants d'États de l'Union européenne au travers du comité du programme de surveillance de la santé. Ces contacts nous ont permis d'identifier des correspondants dans chacun des pays de l'Union européenne et de les associer au projet. Trois groupes de travail ont été constitués sur la base de ceux qui avaient été formés dans le cadre la première phase du projet Isare.

4.1.1 Groupe projet

Le groupe projet est composé d'un représentant de la Fnors et de trois membres des observatoires régionaux de la santé.

Le groupe projet a élaboré le protocole, proposé la méthode et les outils de travail, géré le budget, organisé les réunions, rédigé les synthèses, centralisé les données collectées, élaboré la base de données et rédigé le rapport final. Il s'est mis en rapport avec les autres équipes travaillant sur les indicateurs de santé dans l'Union européenne afin de s'informer de l'avancement des autres projets et d'intégrer les enseignements tirés de leurs expériences au sein du projet Isare.

4.1.2 Groupe de pilotage

Le groupe de pilotage a validé les grands axes du projet, la méthode, les outils de travail et les recommandations formulées à l'issue du projet. Il était aussi chargé de suivre le déroulement du projet. Le comité de pilotage comprend tous les membres du groupe projet et des représentants de six pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), deux représentants de la Commission européenne (DG Sanco et Eurostat), un représentant de l'OMS-Europe, et un représentant du Haut Comité de Santé Publique (HCSP, France).

4.1.3 Groupe des pays européens

Les membres de ce groupe étaient des représentants de 14 pays de l'Union européenne (le Danemark n'a pas participé à la deuxième phase du projet Isare). Les membres de ce groupe composent le réseau utilisé pour recueillir les données des régions santé Isare.

4.2 Organisation de l'enquête

L'objectif général du projet est de tester la faisabilité du recueil des données aux niveaux infra nationaux retenus dans chacun des pays de l'Union européenne. Afin d'atteindre cet objectif, une enquête auprès des 14 membres du Groupe des pays européens a été réalisée. Plusieurs étapes ont été nécessaires à ce niveau :

- déterminer les deux listes de données à recueillir au niveau des régions d'Europe,
- établir des définitions pour ces données,
- choisir l'année de recueil de données,
- choisir une région dans chaque pays pour la liste étendue,
- élaborer des questionnaires incluant une actualisation des informations issues d'Isare 1, des grilles pour le recueil des données, une information sur les sources de ces données et une appréciation globale sur l'utilisation de ces données et leur qualité.

4.2.1 Choix des indicateurs et des données à recueillir

Dans l'ensemble de ce rapport nous distinguons d'une part les données brutes (par exemple le nombre de médecins ou la population régionale) et d'autre part les indicateurs qui sont en général calculés à partir de ces données (par exemple le nombre de médecins pour 1 000 habitants) et qui sont utilisés pour comparer les régions entre elles.

Dans le cadre du rapport Isare, une liste de 130 données a été utilisée, liste élaborée à partir du projet ECHI. Elles avaient été choisies de façon à permettre le calcul d'indicateurs couvrant de nombreux domaines de la santé. Ces données étaient regroupées dans les 10 thèmes suivants : professionnels de santé, offre en structures de soins, utilisation des structures de soins, données démographiques et socio économiques, données de mortalité, données de morbidité, données d'état de santé, facteurs biologiques et habitudes de vie, condition de vie et de travail, données de prévention.

A partir de cette liste et des résultats d'Isare 1, une première sélection de 80 données a été réalisée en utilisant un critère de disponibilité : les variables devaient être présentes dans toutes les régions santé Isare d'au moins sept pays (sur les 13 pour lesquels cette information était disponible dans Isare 1).

4.2.1.1 Élaboration de la liste étendue

Cette liste de 80 données a été soumise à chacun des membres du comité de pilotage pour qu'ils établissent une liste de vingt données leur paraissant importantes en termes d'aide à la décision. Trois données considérées comme incontournables car nécessaires pour le calcul de nombreux indicateurs (population par sexe et âge, nombre de décès, nombre de naissances vivantes) avaient préalablement été sélectionnées par le groupe projet. Les choix effectués de façon non concertée par chacun des membres du comité de pilotage ont été analysés et un classement des réponses a été effectué. Ce classement a permis d'établir deux listes. Une première liste, composée de 38 indicateurs, intègre les variables choisies par au moins un membre du comité de pilotage. C'est cette première liste qui a été utilisée pour le recueil des données dans la région santé sélectionnée dans chacun des pays. Cette liste sera dans la suite du rapport appelée "Liste étendue".

4.2.1.2 Élaboration de la liste courte

A partir de cette liste de 38 variables, une seconde liste réduite a été constituée à partir des indicateurs sélectionnés par au moins quatre membres du comité de pilotage. Cette deuxième liste est composée de 18 indicateurs et a été utilisée pour le recueil sur l'ensemble des régions santé Isare des pays. Cette liste sera dans la suite du rapport appelée "Liste courte".

4.2.1.3 Structure et constitution des listes courte et étendue

Dans la liste restreinte, les 17 variables ont été recueillies pour toutes les régions d'un pays. Cette liste comporte les informations suivantes :

Tableau 1 : liste courte de données* recueillies dans chaque région de chaque pays

Professionnels de santé
1. Nombre de médecins
2. Nombre d'infirmiers (sages-femmes incluses)
3. Nombre d'infirmiers (sages-femmes exclues)
4. Nombre de sages-femmes
Structures de soins
5. Nombre de lits de soins aigus
6. Nombre d'admissions par an en soins aigus
Données démographiques et socio économiques
7. Estimation de la population
8. Nombre de naissances vivantes
9. Nombre de décès
10. Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage
Données de mortalité
11. Nombre de décès périnataux
12. Nombre de mort-nés
13. Nombre de décès par tranche d'âge et sexe
Données de morbidité
14. Nombre de nouveaux cas de SIDA
Facteurs biologiques et habitudes de vie
15. Distribution de l'indice de masse corporelle
16. Pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans
Conditions de vie et de travail
17. Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route

* certaines données sont des indicateurs

La liste étendue des variables recueillies pour la région sélectionnée dans chaque pays comprend les 17 variables listées ci-dessus et les 21 variables suivantes :

Tableau 2 : liste longue des données* recueillies dans une région dans chacun des pays

Professionnels de santé
18. Nombre de médecins généralistes
19. Nombre de dentistes
20. Nombre de pharmaciens
Structures de soins
21. Nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité
22. Nombre de journées d'hospitalisation par an
23. Nombre de journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité
24. Nombre d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité
25. Nombre de césariennes
26. Nombre d'opérations de la cataracte
27. Nombre de prothèses de hanche
28. Nombre d'avortements provoqués
Données démographiques et socio économiques
29. Pourcentage de la population adulte (25 à 64 ans) ayant atteint le deuxième niveau de l'enseignement secondaire
30. Pourcentage de la population adulte (25 à 64 ans) ayant atteint le troisième niveau de l'enseignement secondaire
Données de morbidité
31. Nombre de nouveaux cas de tuberculose
32. Nombre de nouveaux cas de cancer du sein
Conditions de vie et de travail
33. Nombre d'accidents au travail
Données de prévention
34. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie
35. Pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos
36. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche
37. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite
38. Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole

* certaines données sont des indicateurs

4.2.2 Définition des variables

Afin d'assurer une cohérence au niveau du recueil de données, il a été nécessaire d'établir une liste de définitions des variables retenues à laquelle les partenaires du projet, dans chacun des pays, pouvaient se référer. Il ne nous a pas semblé opportun d'établir des définitions nouvelles et nous avons choisi de nous baser sur les définitions proposées par des organisations intergouvernementales, essentiellement celles proposées par l'OMS dans sa base de données « Santé pour tous ». En l'absence de définition à ce niveau, nous nous sommes reportés sur les définitions proposées par l'OCDE et, pour le chômage, à celle du BIT. Cette liste de définition, une fois établie, a été soumise au comité de pilotage pour validation (annexe).

4.2.3 Choix de l'année des données collectées

Afin d'harmoniser le recueil, il était nécessaire de déterminer pour quelle année nous souhaitons obtenir chaque donnée. Le groupe projet a étudié plusieurs possibilités :

- la dernière année disponible pour chaque donnée dans chaque pays,
- une année spécifique pour chaque donnée mais commune à toutes les régions de tous les pays,
- la même année pour toutes les variables et toutes les régions.

C'est cette dernière option qui a été retenue afin d'obtenir un recueil d'information le plus harmonieux possible et permettre un calcul cohérent et rigoureux d'indicateurs combinant différentes données. En outre, ce choix facilite les comparaisons entre indicateurs et entre régions, ce qui correspond au but poursuivi par le projet.

L'année de référence retenue pour Isare 2 a été choisie en fonction de l'année de disponibilité la plus souvent indiquée par nos partenaires au cours du projet Isare 1. Il s'agissait de l'année 1997. Dans la mesure où notre recueil de données intervenait plus de deux ans après cette enquête initiale, il a été décidé de retenir 1999 comme année de référence pour la fourniture de données dans Isare 2. En cas de non-disponibilité de données pour l'année 1999, il a été demandé de fournir les données de l'année la plus proche (antérieure ou postérieure à 1999).

4.2.4 Choix des régions santé Isare participant au recueil approfondi

L'équipe du projet Isare 1 a pu déterminer, pour 13 des 15 pays membres de l'Union, le niveau infra national le plus approprié à l'échange de données. Ces niveaux recommandés, appelés "régions santé Isare" sont présentés dans le tableau suivant avec leur niveau NUTS³ correspondant (ou le plus proche). Tous les niveaux recommandés présentent 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'avait pas été possible de faire une recommandation d'un niveau régional pour la Finlande et la Grèce.

Il a donc été nécessaire dans le cadre d'Isare 2, de déterminer des régions pour ces deux derniers pays. Pour la Grèce, ce sont les nouvelles régions de santé, mises en œuvre depuis l'automne 2001, qui ont été retenues car elles correspondent au niveau actuel d'élaboration des politiques de santé. Pour la Finlande, le choix s'est porté sur les « Hospital districts » qui correspondent au niveau d'organisation des soins hospitaliers.

Enfin, nous avons tenu compte des réformes intervenues en Angleterre pour le Royaume-Uni. C'est maintenant au niveau des « Governing office regions » que s'élaborent et se mettent en œuvre les politiques de santé. Ce niveau a donc logiquement remplacé le niveau retenu précédemment, à savoir celui des Health Authorities.

Le tableau suivant présente les différents niveaux explorés lors de l'enquête Isare 2 et la correspondance avec les niveaux NUTS actuels.

Tableau 3 : régions santé sélectionnées par le projet isare et niveau NUTS

Pays	Région santé recommandée	Niveau NUTS
Allemagne	Land	1
Angleterre	Government office regions	1
Autriche	Bundesland	2
Belgique	Province	2
Espagne	Comunidades Autonomas	2
Finlande	Hospital Districts	(3)
France	Régions	2
Grèce	Health regions (regroupées)	2
Irlande	Health Board	(3)
Italie	Regioni	2
Luxembourg	National level	1
Pay-Bas	Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdienst	(3)
Portugal	Health care region	(2)
Suède	County	3

³ Nomenclature des unités territoriales statistiques

Pour chaque pays il était nécessaire de sélectionner une région santé (un Land par exemple en Allemagne) pour lequel un recueil approfondi sera réalisé. Dans ces 14 régions (une par pays participant) l'ensemble des données de la "liste étendue" ont été recueillies alors que dans les autres régions seules les données de la liste courte ont été recueillies. Cette région santé faisant l'objet du recueil approfondi a été sélectionnée en fonction de l'avis du correspondant du pays concerné. Chaque correspondant a donc proposé sa propre région ou bien une autre région de son pays. Le choix dépendait des caractéristiques des régions santé Isare de son pays. Le critère retenu pour la sélection des régions était celui de la représentativité de la région sélectionnée. Elle devait se situer comme une région « moyenne » en termes de superficie et de population et ne pas présenter de particularisme fort du point de vue du système d'information.

A partir de là, deux types de situation se sont présentées :

- des pays pour lesquels la région des représentants des pays semblait adaptée aux critères de sélection : Angleterre, Belgique, Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal ;
- des pays pour lesquels le représentant des pays n'a pas de fonction à l'échelon d'une région : Autriche, Irlande, Pays-Bas, Suède, Luxembourg et Finlande. Une région a alors été retenue en accord avec lui.

Le tableau suivant présente la région santé sélectionnée pour le recueil de données correspondant à la "liste étendue" de données ainsi que la taille de sa population.

Tableau 4 : région santé sélectionnée et taille de sa population

Pays	Région santé sélectionnée	Population
Allemagne	Nordrhein Westfalen	17 984 452
Angleterre	North East	2 580 900
Autriche	Oberösterreich	1 377 054
Belgique	Hainaut	1 279 947
Espagne	Pais Vasco	2 102 817
Finlande	Kanta-Häme	164 900
France	Aquitaine	2 914 923
Grèce	Crète	566 619
Irlande	Southern	536 900
Italie	Vénétie	4 526 284
Luxembourg	Luxembourg	432 450
Pay-Bas	GGD Zuidelijkzuid-Limburg	185 825
Portugal	Norte	3 132 879
Suède	Skane	1 122 277

4.2.5 Élaboration des questionnaires

Deux questionnaires ont permis de recueillir l'information relative aux régions santé Isare. Ces questionnaires ont été élaborés sous forme de fichier Excel.

Le premier questionnaire permettait de recueillir les données pour toutes les régions santé Isare des pays. Ce fichier comportait 24 feuilles Excel à compléter. La première feuille reproduisait les informations obtenues dans le cadre du projet Isare 1 et permettait de les compléter ou d'y apporter des corrections. Il s'agissait d'informations sur la disponibilité géographique (la donnée est-elle disponible dans toutes les régions, une partie des régions ou aucune des régions santé Isare du pays) et temporelle de la donnée (année la plus récente pour laquelle la donnée est disponible).

La deuxième feuille permettait de recueillir des informations sur la disponibilité et la qualité des données.

La troisième feuille a permis de recueillir les coordonnées des sources de données mentionnées dans la deuxième feuille. Les feuilles suivantes ont permis de recueillir les valeurs des données, chacune des feuilles correspondant à une des variables explorées.

Le deuxième questionnaire a permis le recueil des données supplémentaires pour la région retenue pour le recueil de la "liste étendue" des données. Il comportait trois feuilles. La première permettait d'une part de reproduire les informations obtenues dans le cadre du projet Isare 1 et de les compléter ou les corriger et, d'autre part, de recueillir les données correspondantes.

La deuxième feuille permettait de recueillir des informations sur la disponibilité et la qualité des données.

La troisième feuille a permis de recueillir les coordonnées des sources de données mentionnées dans la deuxième feuille.

4.2.6 Validation finale des questionnaires et des définitions

Les membres du groupe de pilotage ont reçu les maquettes des deux masques de saisie (liste courte et liste étendue) ainsi que la proposition de définition des données en anglais. Ils ont ainsi pu faire parvenir au groupe projet des remarques sur les masques de saisie et les définitions proposées avant le lancement de l'enquête.

4.3 Déroulement de l'enquête

Avant l'envoi des questionnaires, chaque représentant des pays a été contacté par téléphone par un membre du groupe projet pour préciser certains aspects techniques du projet et évoquer d'éventuelles difficultés de récupération des données. L'enquête a nécessité des contacts successifs des représentants des pays et de leur correspondant de l'équipe projet. Les représentants des pays ont eu aussi des contacts avec d'autres experts de leur propre pays et de la région santé sélectionnée pour collecter certaines données. L'échange d'information et les contacts entre les membres des différents groupes de travail ont aussi eu lieu lors des réunions organisées pendant la durée du projet.

Les questionnaires ont été adressés par courrier électronique aux correspondants des différents pays au cours de la deuxième quinzaine du mois de décembre 2002. Une réponse était demandée pour la fin janvier 2003. Un contact mi-janvier 2003 (puis ultérieurement quand nécessaire) a permis de faire le point sur l'état d'avancement du recueil d'information. Des relances ont été régulièrement effectuées auprès des correspondants ne nous ayant pas répondu dans les délais indiqués.

La réception des questionnaires s'est effectuée entre le mois de janvier 2003 et le mois de décembre 2003.

Si nécessaire, une fois les fichiers réceptionnés et contrôlés, des demandes d'informations complémentaires ont pu être effectuées auprès des correspondants.

4.4 Analyse

Pour analyser la disponibilité, la conformité à la définition proposée et la qualité de chaque donnée, nous avons établi différents critères. En premier lieu, un score a été attribué à chaque donnée afin de juger sa disponibilité. Le score de disponibilité a été calculé comme suit :

$$\begin{aligned} & \text{Score de disponibilité} \\ & = \\ & \text{nombre de pays pour lesquels la donnée est disponible totalement (toutes les régions, 1999)} \\ & + \\ & 0,5 * \text{nombre de pays pour lesquels la donnée est disponible uniquement pour certaines régions} \\ & \text{et/ou pour une autre année que 1999.} \end{aligned}$$

Treize pays ayant participé au projet, les scores de disponibilité peuvent varier entre 0 et 13. La disponibilité a été qualifiée de :

- Très élevée (+ +) pour un score de disponibilité supérieur ou égal à 11
- Élevée (+) pour un score de disponibilité compris entre 9 et 10,5
- Moyenne (+ / -) pour un score de disponibilité compris entre 7 et 8,5
- Faible (-) pour un score de disponibilité compris entre 5 et 6,5
- Très faible (- -) pour un score de disponibilité inférieur ou égal à 4,5.

Concernant la liste complémentaire (liste courte), les réponses portent sur 12 pays seulement et les scores de disponibilité peuvent varier entre 0 et 12. La disponibilité est considérée comme :

- Très élevée (+ +) pour un score de disponibilité supérieur ou égal à 10,5
- Élevée (+) pour un score de disponibilité compris entre 8,5 et 10
- Moyenne (+ / -) pour un score de disponibilité compris entre 6,5 et 8
- Faible (-) pour un score de disponibilité compris entre 4,5 et 6
- Très faible (- -) pour un score de disponibilité inférieur ou égal à 4.

La question "*la donnée correspond-elle à la définition proposée ?*" ne concernait que les pays disposant de la donnée considérée. Pour cette raison, le nombre de réponses obtenues varie de donnée en donnée. Le score de "conformité à la définition" d'une donnée est de ce fait non pas fonction du nombre de réponses positives à la question mais de la proportion de réponses positives. La conformité à la définition proposée est considérée comme :

- Très bonne : donnée conforme dans plus de 80 % des pays répondants (+ +)
- Bonne : donnée conforme dans 71 à 80 % des pays répondants (+)
- Moyenne : donnée conforme dans 61 à 70 % des pays répondants (+ / -)
- Mauvaise : donnée conforme dans 51 à 60 % des pays répondants (-)
- Très mauvaise : donnée conforme dans 50 % de pays répondants ou moins (- -).

Dans le même esprit, l'utilisation est considérée comme :

- Très fréquente : donnée utilisée dans plus de 80 % des pays répondants (+ +)
- Fréquente : donnée utilisée dans 71 à 80 % des pays répondants (+)
- Moyenne : donnée utilisée dans 61 à 70 % des pays répondants (+ / -)
- Rare : donnée utilisée dans 51 à 60 % des pays répondants (-)
- Très rare : donnée utilisée dans 50 % de pays répondants ou moins (- -).

Enfin, deux questions portaient sur la qualité de la donnée :

- "*la qualité de la donnée est-elle suffisante pour réaliser des comparaisons entre régions de votre pays ?*"
- "*la qualité de la donnée est-elle suffisante pour réaliser des comparaisons temporelles dans votre région ?*".

Nous avons considéré que la donnée était jugée de qualité suffisante pour des comparaisons intra-nationales ou temporelles par une :

- Très grande part des répondants : plus de 80 % de réponses positives aux deux questions (+ +)
- Grande part des répondants : 71 à 80 % de réponses positives aux deux questions (+)
- Part moyenne des répondants : 61 à 70 % de réponses positives aux deux questions (+ / -)
- Faible part des répondants : 51 à 60 % de réponses positives aux deux questions (-)

- Très faible part des répondants : 50 % de réponses positives aux deux questions ou moins (- -).

Nous avons utilisé les critères suivants pour déterminer si une donnée pouvait d'ores et déjà être utilisée pour la construction d'indicateurs régionaux à introduire dans une base de données européenne de santé. Toutes les données ayant une bonne ou très bonne disponibilité et une bonne ou très bonne conformité aux définitions ont été d'emblée retenues. Nous avons également retenu des données malgré une conformité à la définition moyenne mais dont la disponibilité était bonne et l'utilisation et la qualité très bonne.

4.5 Construction des indicateurs

A partir des données recueillies lors de l'enquête Isare 2 et en référence à la liste d'indicateurs proposée par le projet ECHI 2, le groupe projet a établi une liste de 79 indicateurs qui pouvaient être calculés. Cette liste a été validée par le comité de pilotage. Elle est organisée comme suit par grands chapitres :

Tableau 5 : liste des indicateurs

Professionnels de santé

- Nombre de médecins pour 100 000 habitants
- Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants
- Nombre d'infirmiers (y compris sages-femmes) pour 100 000 habitants
- Nombre d'infirmiers (hors sages-femmes) pour 100 000 habitants
- Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants
- Nombre de dentistes pour 100 000 habitants
- Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Structures de soins

- Nombre de lits de soins aigus pour 100 000 habitants
- Nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité pour 100 000 habitantes de 16 à 49 ans
- Nombre d'admissions annuelles en soins aigus pour 100 000 habitants
- Nombre annuel de journées d'hospitalisation en soins aigus pour 100 000 habitants
- Taux d'occupation des lits de soins aigus (nombre annuel de journées d'hospitalisation en soins aigus / 365) / Nombre de lits de soins aigus * 100)
- Nombre d'admissions annuelles en gynécologie, obstétrique ou maternité pour 100 000 habitantes de 16 à 49 ans
- Nombre annuel de journées d'hospitalisation en gynécologie, obstétrique ou maternité pour 100 000 habitantes de 16 à 49 ans
- Taux d'occupation des lits de gynécologie, obstétrique ou maternité (nombre annuel de journées d'hospitalisation en gynécologie, obstétrique ou maternité court séjour / 365) / Nombre de lits de court séjour * 100)
- Nombre de césariennes domiciliées pour 1 000 naissances vivantes
- Nombre des opérations domiciliées de la cataracte pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus
- Nombre de poses de prothèse de hanche domiciliées pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus
- Nombre d'interruptions volontaires de grossesses pour 100 000 habitantes de 15 à 49 ans
- Nombre d'interruptions volontaires de grossesses pour 1 000 (naissances vivantes + IVG + mort-nés)

Données démographiques et socio-économiques

- Population totale
- Sexe ratio
- Pourcentage de population âgée de moins de 20 ans
- Pourcentage de population âgée de 75 ans ou plus
- Nombre de naissances vivantes
- Nombre de naissances vivantes pour 100 000 habitants
- Nombre de décès annuels par sexe
- Taux brut de mortalité par sexe pour 100 000 habitants
- Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants (standardisé sur la population européenne standard de l'OMS, 2 sexes)
- Pourcentage de personnes au chômage dans la population de 14 - 64 ans
- Pourcentage de la population adulte (25 à 64 ans) ayant atteint le deuxième niveau de l'enseignement secondaire
- Pourcentage de la population adulte (25 à 64 ans) ayant atteint le troisième niveau de l'enseignement secondaire

Données de mortalité

- Nombre de décès périnataux,
- Taux de mortalité périnatale pour 1 000 (naissances vivantes + mort-nés),
- Nombre de mort-nés
- Mortinatalité pour 1 000 (naissances vivantes + mort-nés),
- Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes
- Nombre de décès néonataux précoces
- Mortalité néonatale pour 1 000 (naissances vivantes + mort-nés)
- Nombre de décès par cause (maladies cardio-vasculaires, cancers, causes extérieures de traumatismes et empoisonnements) et sexe pour 100 000 habitants
- Taux brut de mortalité par cause (maladies cardio-vasculaires, cancers, causes extérieures de traumatismes et empoisonnements) et sexe pour 100 000 habitants
- Taux comparatifs de mortalité par cause (maladies cardio-vasculaires, cancers, causes extérieures de traumatismes et empoisonnements) et sexe pour 100 000 habitants (standardisés sur la population européenne standard de l'OMS, 2 sexes)

Données de morbidité

- Incidence du SIDA
- Taux d'incidence du Sida pour 100 000 habitants
- Incidence de la tuberculose
- Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants
- Incidence du cancer du sein
- Taux d'incidence du cancer du sein pour 100 000 habitantes

Facteurs biologiques et habitudes de vie

- Pourcentage d'obèses dans la population
- Pourcentage de personnes en surpoids dans la population
- Pourcentage de personnes de poids normal dans la population
- Pourcentage de personnes en sous poids dans la population
- Pourcentage de fumeurs réguliers de 15 ans ou plus dans la population

Conditions de vie et de travail

- Nombre de personnes tuées ou blessées dans des accidents de la circulation
- Nombre de personnes tuées ou blessées dans des accidents de la circulation pour 100 000 habitants
- Nombre de cas incidents d'accidents du travail
- Nombre de cas incidents d'accidents du travail pour 100 000 personnes actives

Données de prévention

- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole

4.6 Construction d'un démonstrateur de base de données

Ce projet vise non seulement à tester le recueil de données mais également la dissémination des indicateurs calculés à partir de ces données. A cette fin, un démonstrateur de base de données, accessible par Internet, a été construit. Il permet d'interroger la base selon deux modes. Dans le premier mode, l'utilisateur sélectionne un thème puis, au sein de ce thème, un indicateur. L'utilisateur obtient un tableau présentant la valeur de cet indicateur pour, selon ses choix, l'ensemble des régions santé Isare ou un sous-groupe de régions.

Le second mode d'interrogation permet d'avoir une vision synthétique de la situation d'une région pour un groupe d'indicateurs. Pour ce faire l'utilisateur sélectionne dans un premier temps un pays, dans un deuxième temps une région de ce pays et dans un troisième temps un thème. Le démonstrateur génère alors un tableau synthétique présentant pour chaque indicateur du thème :

- la valeur de la région sélectionnée,

- les valeurs extrêmes enregistrées parmi les régions du pays auquel appartient la région sélectionnée,
- les valeurs extrêmes observées au sein de l'ensemble des régions de l'Union européenne,
- le rang de classement de la région au sein de son pays et au sein de l'Union européenne, calculé par rapport aux régions renseignées.

Quel que soit le mode d'interrogation, les tableaux obtenus peuvent être exportés sous format Excel ou texte.

La base ne contient que des données brutes, à partir desquelles les indicateurs sont dynamiquement calculés à chaque requête. Ce dispositif a certes nécessité une phase de développement un peu plus longue mais permet de réaliser très rapidement des économies importantes de temps de travail sur le calcul des indicateurs et d'intégrer facilement des données provenant de nouvelles régions ou de nouveaux pays.

En raison de la nature expérimentale de ce démonstrateur, l'accès à cette base est limité et nécessite un mot de passe. Il existe cependant un accès public sur le site Isare (<http://www.isare.org>) qui permet de consulter diverses informations sur la démarche Isare et de télécharger les rapports des deux phases du projet.

4.7 Analyse de la qualité

La question de la comparabilité est complexe et multifactorielle (qualité des données, existence de définitions internationales avec des pratiques de certification variables, inexistence de définitions internationales, organisations diverses des systèmes de soins avec structures ou qualifications professionnelles spécifiques à certains pays...). Le projet s'intéresse plus particulièrement aux questions spécifiques à la comparabilité inter-régionale.

La comparabilité a été abordée dans ce projet de deux manières :

- en demandant aux correspondants régionaux de fournir non seulement les données de leur région mais également un certain nombre de renseignements sur ces données (source, mode de recueil, comparabilité de la donnée d'une région à une autre au sein de leur pays...),
- en s'appuyant sur les travaux menés sur ce sujet en particulier dans le cadre du HMP.

4.7.1. Comparabilité et questionnaires Isare 2

Dans les questionnaires, trois questions permettent de juger de la qualité des données :

- La donnée est-elle utilisée pour analyser la situation de votre région ?
- La donnée est-elle selon vous de qualité suffisante pour réaliser des comparaisons entre les régions de votre pays ?
- La donnée est-elle selon vous de qualité suffisante pour réaliser des comparaisons temporelles dans votre région ?

Il est important de souligner que l'information recueillie concerne la comparabilité entre régions d'un même pays et non entre régions de pays différents.

Le questionnaire n'aborde pas le sujet de la comparabilité des données entre pays. Pour prendre en compte cette dimension, le groupe projet s'est appuyé sur les travaux d'autres équipes dans le cadre du HMP.

4.7.2. Comparabilité des données et des travaux HMP

Une recherche a été effectuée au niveau des travaux réalisés dans le cadre du programme HMP de la Commission européenne et dont les rapports intermédiaires ou finaux étaient disponibles sur le site de la commission.

Dans un premier temps, à partir de la liste des travaux financés par la commission, nous avons identifié ceux dont le sujet se rapportait à une ou plusieurs des dimensions d'indicateurs pris en compte dans notre recueil des données. Ensuite nous nous sommes procurés les rapports correspondants. Au niveau de ces rapports, nous avons recherché les éléments portant sur la comparabilité des données ou indicateurs entre pays de l'Union européenne. Une note a été rédigée à partir de chacun de ces travaux et une synthèse a été établie afin d'être intégrée dans le présent rapport.

4.8 Enquête complémentaire réalisation

Afin de capitaliser les enseignements issus du recueil de données au sein de chacun des pays participants, un questionnaire complémentaire a été élaboré fin 2003 et adressé à chacun des correspondants du projet Isare. Le but de ce questionnaire était de décrire les modalités de recueil d'information dans chacun des pays, les difficultés rencontrées et les suggestions que les participants pouvaient faire dans ce domaine. Ce questionnaire figure en annexe.

Les données ont été recueillies début 2004.

5. Résultats

5.1 Données recueillies lors de l'enquête Isare 2

Sur les quatorze pays participant au projet Isare 2, nous avons eu des réponses de 13 pays (Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal et Suède) pour la partie du questionnaire portant sur l'ensemble des régions. Trois pays présentent des particularités : la Finlande et les Pays-Bas qui n'ont pu fournir des informations que pour un nombre limité de données et l'Espagne qui n'a pu le faire que pour un nombre limité de régions.

Concernant la liste complémentaire de données, à recueillir au niveau d'une seule région par pays (liste courte), des réponses nous sont parvenues de 12 pays : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Luxembourg, Portugal et Suède.

Dans ce chapitre, nous allons présenter une synthèse des résultats obtenus lors de l'enquête menée dans le cadre d'Isare 2. Cette présentation des résultats est organisée par grands thèmes (professionnels de santé, services de santé, utilisation des services de santé, données démographiques et socio-économiques, mortalité, morbidité, facteurs biologiques et habitudes de vie, conditions de vie et de travail et prévention). Pour chacun des grands thèmes, nous traiterons d'abord des données demandées pour toutes les régions de chacun des pays participants, puis de celles demandées en complément pour une seule région (liste courte). La disponibilité des données, leur accessibilité, leur conformité aux définitions proposées et dates requises et l'appréciation sur leur qualité seront détaillées.

En annexe, sont présentés les tableaux construits sur l'ensemble des informations recueillies. De même, figureront, classés par thème et par données, les organismes que nos partenaires nous ont signalés comme étant les lieux où il est possible de se procurer ces données⁴.

L'ensemble des indicateurs calculés à partir des données recueillies a été intégré dans un démonstrateur de base de données accessible sur Internet⁵ (<http://www.isare.org>). En fin de résultats, des exemples d'utilisation de cette base de données sont présentés.

⁴ Pas dans cette version

⁵ Du fait de son caractère expérimental, l'accès à cette base de données nécessite un mot de passe. Pour l'obtenir, suivez la procédure indiquée sur le site.

5.1.1 Professionnels de santé

Les données suivantes ont été demandées pour toutes les régions :

- Nombre de médecins ;
- Nombre d'infirmiers (y compris sages-femmes) ;
- Nombre d'infirmiers (à l'exclusion des sages-femmes) ;
- Nombre de sages-femmes.

En outre pour une région de chaque pays, les données suivantes ont été demandées :

- Nombre de médecins généralistes ;
- Nombre de dentistes ;
- Nombre de pharmaciens.

Résultats

Tableau 6 : Professionnels de santé – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Nombre de	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle		Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999		
	médecins	10	1	0	1	10
	infirmières (y compris les sages-femmes)	7	1	1	1	7
	infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	7	2	1	1	8
	sages-femmes	7	1	1	1	8

Données recueillies dans une seule région (n= 12)	Nombre de	Disponibilité totale (région demandée – 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Non (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
dentistes	10	0	2	9	
pharmaciens	9	1	2	10	

Tableau 7 : Professionnels de santé – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
	médecins	11	10	0	1
	infirmières (y compris les sages-femmes)	10	9	0	1
	infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	11	10	0	1
	sages-femmes	10	9	0	1

Données recueillies dans une seule région	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources	
			Nationales	Régionales
	médecins généralistes	8	8	0
	dentistes	8	8	0
	pharmaciens	9	8	1

Tableau 8 : Professionnels de santé – qualité des données

	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
Données recueillies dans toutes les régions	médecins	10	10	8	7
	infirmières (y compris les sages-femmes)	9	8	8	7
	infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	10	10	8	7
	sages-femmes	9	8	8	7
Données recueillies dans une seule région	médecins généralistes	9	8	7	8
	dentistes	8	8	8	8
	pharmaciens	9	9	8	9

Nombre de médecins

Le nombre de médecins est une donnée fréquemment disponible et répond dans la plupart des cas aux définitions. Son utilisation est fréquente pour des analyses locales. Une grande part des répondants estime que la qualité de la donnée est suffisante pour réaliser des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Parmi les 13 réponses de pays en notre possession, cette donnée a pu être obtenue dans la très grande majorité des cas. Il n'y a qu'en Irlande que cette information n'est pas directement disponible : les médecins y sont répertoriés suivant leur statut sans qu'une donnée de synthèse ne soit disponible.

Dans deux pays, cette donnée apparaît avec une disponibilité partielle : en Espagne, la donnée a été obtenue dans 8 des 17 régions pour 1999 et dans deux autres régions pour une autre année (2002 et 2003) et en Suède, elle a été fournie pour l'année 2000.

Il y a conformité à la définition proposée dans 10 cas sur 12 : en Angleterre, la donnée n'est disponible que pour les médecins du NHS et les médecins généralistes (ce qui correspond à la quasi-totalité des médecins anglais). Pour les Pays-Bas, l'information est donnée en équivalent temps plein.

Sauf pour l'Espagne où cette donnée est collectée soit auprès de sources régionales, soit auprès de sources nationales selon les régions, cette donnée est disponible systématiquement auprès de sources nationales.

Concernant la qualité de l'information, 10 réponses sur 13 sont exploitables (sans objet pour un pays pour lequel la donnée n'est pas disponible et absence de réponse dans deux cas). L'appréciation de cette qualité fait apparaître que la donnée est utilisée pour des analyses de la situation locale ou régionale dans tous les cas. Dans deux pays, la qualité de la donnée n'est pas jugée suffisante pour des comparaisons géographiques : l'Espagne et la Belgique où les disparités de mode de recueil entre régions incitent à la prudence dans ce domaine. Sa qualité pour des comparaisons dans le temps n'est pas suffisante dans trois pays : la France d'une part, où les circuits d'information pour la collecte de cette donnée ont été modifiés récemment, empêchant de disposer de données chronologiques suffisantes, l'Espagne et la Belgique d'autre part, pour les mêmes raisons que celles déjà énoncées.

Nombres d'infirmiers (y compris sages-femmes)

Le nombre d'infirmiers (y compris sages-femmes) est disponible dans un nombre moyennement élevé de régions. Quand elle est disponible, elle répond aux définitions et est fréquemment utilisée pour des analyses locales. Une large part des répondants estime que la qualité de la donnée est suffisante pour réaliser des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Cette donnée a pu être obtenue comme souhaité dans 7 pays sur 13. Aux Pays-Bas, l'information sur les infirmiers et sages-femmes n'a pu être obtenue. En Autriche, cette donnée n'est pas fournie car pour une de ses composantes, les infirmiers, l'information ne concerne que les personnes travaillant à l'hôpital. En Suède, le nombre de sages-femmes n'a pu être obtenu pour l'enquête, empêchant de construire cette donnée. Il semble cependant qu'elle puisse être disponible à ce niveau infra national dans ce pays. Dans trois pays, cette donnée apparaît avec une disponibilité partielle : elle n'a été obtenue pour l'année demandée que pour une partie des régions en Angleterre (4 régions sur 9), en Espagne, l'information est à notre disposition dans 8 des 17 régions pour l'année demandée et dans deux autres régions pour une année différente, enfin, en Grèce, la donnée est disponible pour 1998 et selon un découpage des régions différent.

Il y a conformité à la définition proposée dans 7 cas sur 10 : en Angleterre et en Irlande, la donnée n'est disponible que pour les infirmiers et sages-femmes du secteur public (ce qui correspond à la très grande majorité des infirmiers et sages-femmes anglais ou irlandais). En Irlande, dans une région où cette information est disponible, elle est fournie en équivalent temps plein. En Allemagne, l'information ne concerne que les infirmiers travaillant en établissements de santé ou de prévention.

Quand cette information est disponible, c'est dans tous les cas auprès de sources nationales, même dans le cas où sa disponibilité n'est que partielle. Une particularité existe pour l'Espagne où cette donnée existe également auprès de sources locales.

L'appréciation de la qualité de l'information fait apparaître qu'elle est utilisée pour des analyses de la situation locale ou régionale dans 8 cas sur 9 réponses exploitables : les Portugais n'utilisent pas cette donnée. Sa qualité pour des comparaisons géographiques entre régions n'est pas suffisante en Belgique. Pour des comparaisons dans le temps, la qualité est jugée insuffisante dans deux pays : outre la Belgique, le deuxième pays concerné est la France où les circuits d'information pour la collecte de cette donnée ont été modifiés récemment, empêchant de disposer de données chronologiques suffisantes.

Nombre d'infirmiers (à l'exclusion des sages-femmes)

Le nombre d'infirmiers (à l'exclusion des sages-femmes) est disponible assez largement au niveau régional. Quand elle est disponible, cette donnée répond généralement aux définitions et est utilisée pour des analyses locales. Une grande part des répondants estime que la qualité de la donnée est suffisante pour réaliser des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

L'information sur les infirmiers a été obtenue pour toutes les régions et pour l'année demandée dans sept des 13 pays qui nous ont répondu. Dans deux pays, l'Irlande et les Pays-Bas, cette donnée ne semble pas disponible. En Espagne, la donnée est fournie pour l'année demandée dans six régions, pour une autre année pour deux régions et est absente dans neuf régions. En Angleterre, l'information est manquante dans cinq des neuf régions. En Grèce, les informations sont fournies pour une autre année et pour des régions regroupées. Enfin, en Suède, elle a été communiquée pour l'année 2000.

En Angleterre, l'information ne concerne que le personnel du NHS. En Allemagne et en Autriche, l'information ne porte que sur les personnes travaillant en établissements de santé. La donnée est conforme à la définition proposée dans les huit autres pays.

Alors qu'en Espagne, cette donnée peut être obtenue tant au niveau de sources nationales que régionales, dans les autres pays, même si sa disponibilité n'est que partielle, ce sont des organismes nationaux qui fournissent ces données.

Dix réponses sur treize sont exploitables concernant la qualité. L'utilisation de cette donnée pour des analyses locales ou régionales est effective dans tous les pays pour lesquels nous avons l'information bien qu'en Espagne, ceci fait l'objet d'un jugement variable entre les régions. La qualité est jugée suffisante pour des comparaisons géographiques dans tous les pays sauf en Espagne et en Belgique du fait de l'hétérogénéité de ces données et pour des comparaisons dans le temps dans tous les pays sauf l'Espagne, la Belgique et la France, dans ce dernier pays, cela est lié à une modification récente des modes de collecte de l'information empêchant d'avoir des séries chronologiques suffisamment longues.

Nombre de sages-femmes

Le nombre de sages-femmes est une donnée dont la disponibilité est moyenne dans les régions d'Europe. Quand elle est disponible, elle répond souvent aux définitions. Son utilisation actuelle pour des analyses locales est fréquente. Une très large part des répondants estime que la donnée peut être utilisée pour des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Parmi les treize pays nous ayant répondu, la disponibilité de la donnée "nombre de sages-femmes" est totale dans sept pays et partielle dans trois. Ces trois pays sont la Grèce où les données nous ont été communiquées pour l'année 1998 et par regroupement de régions, l'Espagne où les données sont disponibles pour 1999 dans sept régions, pour une autre année dans deux régions et absentes dans huit régions et l'Angleterre où cette donnée est présente dans quatre des neuf régions. Le nombre de sages-femmes n'a pu être obtenu pour les régions d'Irlande, des Pays-Bas et de la Suède. Il semble cependant que, pour ce dernier pays, cette donnée puisse être obtenue si nécessaire.

La conformité avec la définition proposée est totale dans huit cas : en Angleterre, la donnée ne concerne que les sages-femmes du NHS et en Allemagne que celles travaillant en établissements.

Si en Espagne, cette donnée est disponible au niveau national ou régional suivant les régions, dans tous les autres pays pour lesquels l'information est disponible, il est indiqué que ces chiffres peuvent être obtenus de sources nationales.

Des informations sur la qualité de cette donnée nous ont été fournies par neuf pays. Le nombre de sages-femmes est une donnée utilisée par huit pays sur neuf pour des analyses locales ou régionales : au Portugal, il n'est pas d'usage de l'utiliser. La qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques dans tous les pays sauf en Espagne où sa qualité est jugée trop variable selon les régions, et pour des analyses dans le temps dans tous les pays sauf l'Espagne et la France : en Espagne, c'est la variabilité entre régions qui est avancée comme raison et en France, c'est l'absence de séries chronologiques du fait d'un changement récent de mode de collecte.

****** A partir de cette donnée, il s'agit d'informations sur les professionnels de santé recueillies dans une seule région de chaque pays.**

Nombre de médecins généralistes

Le nombre de médecins généralistes est disponible largement dans les régions enquêtées. Quand il est disponible, il répond toujours aux définitions et est très fréquemment utilisé pour des analyses locales. Les répondants estiment pour une très large majorité que la donnée est d'une qualité suffisante pour des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Douze pays nous ont répondu. Dans neuf d'entre eux, cette donnée était disponible dans la région demandée pour l'année demandée. La Suède a communiqué l'information pour l'année 2000. En Irlande et au Luxembourg, le nombre de médecins généralistes n'a pu être obtenu bien que pour ce dernier pays, cette information existe.

La conformité à la définition proposée est systématique.

Des précisions sur les sources de ces données sont communiquées dans huit cas : elle est alors nationale.

Les données sur la qualité ont été fournies par neuf pays sur les dix où cette donnée peut être obtenue. Les données sont utilisées pour des analyses locales ou régionales dans tous les pays ayant répondu à cette question. La qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques dans sept cas sur neuf (ce n'est pas le cas en Belgique et la Grèce ne s'est pas prononcée sur ce sujet) et pour des analyses d'évolution dans huit cas sur neuf (ce n'est pas le cas en Belgique).

Nombre de dentistes

Le nombre de dentistes est disponible très largement dans les régions que nous avons interrogées. Quand cette information est disponible, elle répond aux définitions dans pratiquement tous les cas. Son utilisation actuelle est très fréquente et la qualité de la donnée est très largement jugée suffisante pour permettre des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et temporelles.

Dans dix des douze pays nous ayant répondu, le nombre de dentistes est disponible dans la région demandée et pour l'année demandée. Il n'y a qu'en Irlande et en Suède qu'il n'a pas pu être obtenu. Cependant, pour ce dernier pays, l'information devrait être disponible début 2004.

La conformité à la définition proposée est retrouvée dans neuf cas sur dix.

Dans les huit cas où des précisions nous ont été données sur la source de ces données, il est indiqué qu'elle est nationale.

Les données sur la qualité ont été fournies par huit pays sur les dix où le nombre de dentistes est disponible. Les données sont utilisées pour des analyses locales ou régionales dans tous les pays ayant répondu à cette question. La qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques dans sept cas sur huit (la Grèce n'a pas donné d'avis sur ce point) et pour des analyses d'évolution dans tous les pays ayant répondu.

Nombre de pharmaciens

Le nombre de pharmaciens est disponible largement dans les régions que nous avons interrogées. Quand cette information est disponible, elle répond aux définitions dans presque tous les cas. Elle est presque systématiquement utilisée pour des analyses locales. Les répondants estiment pour une très grande part que la donnée est d'une qualité suffisante pour autoriser des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Dans neuf des douze pays nous ayant répondu, le nombre de pharmaciens est disponible dans la région demandée pour l'année demandée. En Irlande et en Suède, le nombre de pharmaciens n'a pu être obtenu et en Angleterre, il a été fourni pour une année différente.

La conformité à la définition proposée est retrouvée dans tous les cas.

Dans huit des neuf cas où des précisions nous ont été données sur les sources de ces données, il est indiqué qu'elle est nationale (pour la Grèce cette donnée est disponible régionalement).

Des informations sur la qualité de cette donnée ont été apportées dans neuf des dix cas où le nombre de pharmaciens est disponible. Les données sont utilisées pour des analyses locales ou régionales dans tous les pays ayant répondu à cette question. La qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques dans huit cas sur neuf (cette précision n'a pas été apportée par la Grèce) et pour des analyses d'évolution dans tous les pays ayant répondu.

Synthèse – professionnels de santé

Tableau 9 : Professionnels de santé – tableau de synthèse

	Nombre de	Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	médecins	++	++	++	+	oui
	infirmières (y compris les sages-femmes)	+ / -	++	++	+	non
	infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	+	+	++	+	oui
	sages-femmes	+ / -	++	++	++	non
Données recueillies dans une seule région	médecins généralistes	+	++	++	++	oui
	dentistes	++	++	++	++	oui
	pharmaciens	+	++	++	++	oui

A l'issue de l'enquête Isare, il apparaît que, à l'exception de celles intégrant les sages-femmes, les données sur les professionnels de santé sont disponibles de manière large au niveau des régions d'Europe, même si, pour aucune des données explorées, il n'a été possible de les obtenir pour toutes les régions de tous les pays.

Il s'agit d'informations souvent assez facilement accessibles : en effet, le plus souvent, elles proviennent d'organismes nationaux.

Même si, dans un certain nombre de cas, des réserves ont été apportées sur la qualité de ces données et sur la possibilité de les utiliser dans le cadre d'analyses géographiques ou d'évolution, on constate qu'elles sont le plus souvent jugées de qualité suffisante pour permettre ce type de comparaisons. Il semble donc possible de les inclure toutes au sein d'une base de données régionales européenne à l'exception du nombre d'infirmiers (y compris sages-femmes) et du nombre de sages-femmes.

5.1.2 Services de santé

Les données suivantes ont été demandées pour toutes les régions :

- Nombre de lits de soins aigus ;
- Nombre d'admissions par an en soins aigus.

En outre pour une région de chaque pays, les données suivantes ont été demandées :

- Nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité ;
- Nombre de journées d'hospitalisation par an ;
- Nombre de journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité ;
- Nombre d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité ;
- Nombre de césariennes ;
- Nombre d'opérations de la cataracte ;
- Nombre de prothèses de hanche ;
- Nombre d'avortements provoqués.

Résultats

Tableau 10 : Services de santé – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Nombre de	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
	lits de soins aigus	10	2	0	1	0	11
	admissions par an en soins aigus	8	2	1	1	1	11

Données recueillies dans une seule région (n= 12)	Nombre de	Disponibilité totale (région demandée – 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Non (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
	jours d'hospitalisation/an	11	1	0	11
	jours d'hospitalisation/an en gynécologie, obstétrique, maternité	9	0	3	7
	admissions/an en gynécologie, obstétrique, maternité	10	0	2	7
	césariennes	10	1	1	10
	opérations de la cataracte	10	2	0	11
	prothèses de hanche	8	1	3	8
	avortements provoqués	8	2	2	10

Tableau 11 : Services de santé – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
	lits de soins aigus	13	12	0	1
	admissions/an en soins aigus	12	11	0	1

Données recueillies dans une seule région	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources	
			Nationales	Régionales
	lits de gynécologie, obstétrique ou maternité	9	8	1
	jours d'hospitalisation/an	10	9	1
	jours d'hospitalisation/an en gynécologie, obstétrique ou maternité	8	7	1
	admissions/an en gynécologie, obstétrique ou maternité	9	8	1
	césariennes	11	9	2
	opérations de la cataracte	11	10	1
	prothèses de hanche	9	8	1
	avortements provoqués	9	8	1

Tableau 12 : Services de santé – qualité des données

	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
Données recueillies dans toutes les régions	lits de soins aigus	12	11	11	11
	admissions par an en soins aigus	10	9	9	9
Données recueillies dans une seule région	lits de gynécologie, obstétrique ou maternité	9	8	9	9
	journées d'hospitalisation/an	10	10	9	9
	journées d'hospitalisation/an en gynécologie, obstétrique, maternité	8	8	8	8
	admissions/an en gynécologie, obstétrique ou maternité	10	10	10	10
	césariennes	10	10	9	10
	opérations de la cataracte	11	9	9	10
	prothèses de hanche	8	8	8	8
avortements provoqués	9	9	8	9	

Nombre de lits de soins aigus

Le nombre de lits de soins aigus est une donnée de disponibilité très élevée dans les régions. Elle répond aux définitions proposées dans la plupart des cas. Elle est très souvent utilisée pour des analyses locales. Sa qualité, dans une très grande part des cas, est jugée suffisante pour des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et temporelles.

Cette information est disponible pour toutes les régions et pour l'année demandée dans dix cas sur les 13 réponses obtenues. Les données sont fournies pour toutes les régions mais pour une autre année dans deux pays (Pays-Bas pour l'année 2001 et Grèce pour l'année 1998) et, en Espagne, l'information a pu être recueillie pour l'année demandée dans neuf des 17 régions du pays et pour une autre année (2001) dans une autre région.

La conformité à la définition existe pour onze pays. En Irlande, cette donnée ne concerne que les lits des hôpitaux financés par des fonds publics et en Finlande, la donnée est fournie à partir d'un calcul effectué à partir du nombre de sorties et des durées de séjour sous l'hypothèse d'un taux d'occupation des lits de 100 %.

Dans 12 cas sur 13, l'information est disponible auprès de sources nationales. En Espagne, selon les régions, cette information nous a été communiquée à partir de sources régionales ou nationales.

Des informations sur la qualité de la donnée sont disponibles dans tous les cas sauf en Finlande. A l'exception de l'Angleterre qui n'a pas apporté de précision sur l'utilisation de cette donnée, elle est utilisée au niveau local ou régional dans tous les cas. Sa qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques et pour les analyses d'évolution par tous les pays ayant répondu sauf l'Angleterre qui n'a pas apporté d'éléments d'information à ce niveau.

Nombre d'admissions par an en soins aigus

Le nombre d'admissions en soins aigus est une donnée souvent disponible dans les régions. Elle répond à la définition proposée dans la plupart des cas et est très fréquemment utilisée pour des analyses locales. Les répondants estiment pratiquement tous que des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et temporelles sont possibles.

Dans plus de la moitié des pays nous ayant répondu (8 sur 13), le nombre d'admissions par an en lits de soins aigus est disponible pour toutes les régions et pour l'année 1999. Cette information n'a pu être obtenue en Grèce. Les Pays-Bas et la Belgique ont pu fournir l'information pour toutes les régions mais pour une autre année (2000 pour le premier et 1997 pour le second). En Allemagne, l'information n'est disponible que dans une partie des régions (13 sur 16). Enfin, en Espagne, les données nous ont été fournies pour l'année 1999 dans six des 17 régions et pour une autre année dans trois régions (une pour 2000, deux pour 2002).

La conformité à la définition existe pour onze pays : en Irlande, cette donnée ne concerne que les lits des hôpitaux financés par des fonds publics. Notons que quatre pays ont signalé que cette donnée correspondait au nombre de sorties d'hospitalisation et non d'entrées.

Dans 11 des 12 pays où cette donnée est disponible, cette information a été obtenue auprès de sources nationales. En Espagne, selon les régions, cette information provient soit de sources régionales, soit de sources nationales.

La qualité de la donnée est précisée dans tous les cas hormis la Grèce et la Finlande. A l'exception de l'Angleterre qui n'a pas apporté de précision sur l'utilisation de cette donnée, le nombre d'admissions par an en lits de soins aigus est utilisé au niveau local ou régional dans tous les cas. Sa qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques et pour les analyses d'évolution par tous les pays ayant répondu (sauf l'Angleterre).

****** A partir de cette donnée, il s'agit d'informations sur les services de santé recueillies dans une seule région de chaque pays.**

Nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité

Le nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité est très largement disponible dans les régions des pays interrogés. Cette donnée est généralement conforme aux définitions proposées et son utilisation est quasi-systématique pour des analyses locales. Les répondants estiment pratiquement tous que la qualité de la donnée permet de réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un pays) et temporelles.

Onze pays nous ont répondu pour cette donnée. Elle n'est pas disponible dans un seul pays, la Grèce.

Dans huit cas, la donnée est conforme à la définition proposée : pour l'Irlande, elle ne porte que sur les établissements financés par des fonds publics, en Espagne et en Angleterre, il s'agit des seuls lits de maternité. Il faut souligner en outre qu'en Finlande, la donnée est fournie à partir d'un calcul effectué à partir du nombre de sorties et des durées de séjour sous l'hypothèse d'un taux d'occupation des lits de 100 %.

Elle est accessible à partir de sources nationales à l'exception de l'Espagne où l'accès se fait auprès des sources régionales.

Des informations sur la qualité sont disponibles pour neuf des onze pays qui ont pu fournir le nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité. À l'exception de l'Angleterre où aucune appréciation n'est donnée à ce niveau, cette donnée est utilisée par tous les pays où elle est disponible pour des analyses locales ou régionales et elle est jugée de qualité suffisante pour les analyses géographiques et dans le temps.

Nombre de journées d'hospitalisation par an

Le nombre de journées d'hospitalisation par an est disponible dans toutes les régions des pays interrogés. Cette donnée est presque toujours conforme à la définition proposée et systématiquement utilisée pour des analyses locales. L'ensemble des répondants estime que la qualité de la donnée permet de réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un pays) et temporelles.

Le nombre de journées d'hospitalisation par an est disponible dans la région demandée des 12 pays qui nous ont répondu. Excepté pour la Crète, en Grèce, où cette donnée est fournie pour l'année 1998, les réponses correspondent toujours à l'année demandée.

Dans 11 cas, la donnée est conforme à la définition proposée : pour l'Irlande, elle ne porte que sur les établissements financés par des fonds publics.

Elle est toujours accessible à partir de sources nationales à l'exception de l'Espagne où l'accès se fait auprès des sources régionales. De plus, l'Angleterre ne nous a pas précisé auprès de qui cette information peut être obtenue.

Des informations sur la qualité ont été données pour dix des douze pays pour lesquels le nombre de journées d'hospitalisation était disponible. Cette donnée est utilisée par tous les pays où elle est disponible pour des analyses locales ou régionales et, sauf en Grèce, elle est jugée de qualité suffisante pour les analyses géographiques et d'évolution.

Nombre de journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité

La disponibilité du nombre de journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité est assez élevée. Quand cette donnée est disponible, elle est dans une large part des cas conforme à la définition proposée. Son utilisation est généralisée pour des analyses locales et sa qualité est jugée suffisante par l'ensemble des pays pour que des comparaisons géographiques et temporelles puissent être réalisées.

Dans la région demandée de neuf pays sur douze, le nombre de journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité a pu être obtenu pour l'année 1999. Cette donnée n'est pas disponible au Luxembourg, en Irlande et en Grèce.

A l'exception de l'Espagne et de l'Angleterre où la donnée ne concerne que les lits de maternité, elle est conforme à la définition.

Sauf en Espagne, où la donnée doit être recherchée auprès de sources locales, elle est disponible auprès de sources nationales.

Dans huit des neuf pays où cette information est disponible, des informations sur la qualité ont été données. Le nombre de journées d'hospitalisation en gynécologie, obstétrique ou maternité est utilisé par tous les pays où il est disponible pour des analyses locales ou régionales et est jugé de qualité suffisante pour les analyses géographiques et d'évolution.

Nombre d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité

La disponibilité du nombre d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité est bonne. Cette donnée est fréquemment conforme à la définition proposée. Son utilisation est généralisée pour des analyses locales. Les répondants estiment qu'elle permet de réaliser des comparaisons géographiques (entre régions de leur pays) et temporelles.

Sur 12 pays, cette information a pu être recueillie dans la région demandée pour l'année demandée dans dix cas. Le nombre d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité n'a pu être obtenu au Luxembourg et en Grèce.

À l'exception de l'Espagne et l'Angleterre où elle ne concerne que l'obstétrique et de l'Irlande pour laquelle ne sont prises en compte que les admissions dans le secteur financé par des fonds publics, elle est conforme à la définition.

Sauf en Espagne, où la donnée doit être recherchée auprès de sources locales, elle est disponible auprès de sources nationales dans les huit autres pays concernés.

Dans les neuf pays où cette information est disponible, des informations sur la qualité ont été données. Le nombre d'admissions en gynécologie, obstétrique ou maternité est utilisé par tous les pays où il est disponible pour des analyses locales ou régionales et est jugé de qualité suffisante pour les analyses géographiques et d'évolution.

Nombre de césariennes

Le nombre de césariennes est une donnée dont la disponibilité est très bonne au niveau régional. De plus, elle est le plus souvent conforme à la définition proposée. Elle est utilisée dans tous les pays pour des analyses locales. La qualité de la donnée est considérée par tous les correspondants comme suffisante pour réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et temporelles.

Le nombre de césariennes n'a pu être obtenu dans la région allemande étudiée et a été fourni pour une année différente (2000) au Portugal. Dans tous les autres pays (dix au total), cette information a été recueillie dans les conditions demandées.

À l'exception de l'Irlande, où seuls les établissements à financement public sont concernés, elle est conforme à la définition proposée.

Excepté en Espagne et en Grèce, où la donnée a été obtenue auprès de sources locales, elle est disponible auprès de sources nationales.

Des informations sur la qualité ont été données pour tous les pays où cette information est disponible. Le nombre de césariennes est utilisé par tous les pays où il est disponible pour des analyses locales ou régionales et est jugé de qualité suffisante pour les analyses géographiques et d'évolution. Une réserve existe pour les analyses géographiques en Grèce pour laquelle aucune précision n'a été apportée à ce sujet.

Nombre d'opérations de la cataracte

Le nombre d'opérations de la cataracte est une donnée très largement disponible et très souvent conforme à la définition proposée. Son utilisation est quasi-systématique pour des analyses locales. Selon une très large majorité des répondants, la qualité est assez élevée pour que des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution soient réalisées.

Le nombre d'opérations de la cataracte a été indiqué par les douze pays ayant répondu à cette partie du questionnaire. La Grèce a cependant fourni des données pour une année différente de celle demandée (1997) tout comme le Portugal (2000).

Cette donnée est conforme à la définition sauf en Irlande où elle ne concerne que les interventions réalisées dans des établissements financés sur fonds publics.

Cette information est disponible auprès de sources nationales dans tous les pays à part en Espagne, où elle doit être recherchée auprès de sources locales. L'Allemagne n'a pas apporté d'information sur ce point.

Des informations sur la qualité ont été données dans onze des douze pays où cette information est disponible. Le nombre d'opérations de la cataracte est utilisé pour des analyses locales ou régionales dans tous les pays sauf en Allemagne. La qualité est jugée suffisante pour des analyses géographiques par tous les répondants, en précisant que la Grèce et l'Allemagne ne se sont pas prononcées sur ce sujet. Les analyses d'évolution peuvent être réalisées dans tous les pays sauf en Allemagne, l'Autriche ayant précisé que ces analyses n'étaient possibles que depuis 1997.

Nombre de prothèses de hanche

Le nombre d'opérations pour prothèse de hanche est une donnée de bonne disponibilité. Quand elle est disponible, elle est presque toujours conforme à la définition proposée et systématiquement utilisée pour des analyses locales. Selon tous les répondants, la qualité de la donnée permet de réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution.

Le nombre d'interventions pour pose de prothèse de hanche n'a pu être obtenu que dans huit pays pour la région et l'année demandées. Le Portugal a fourni l'information pour une autre année (2000). Dans les trois autres pays (Allemagne, France et Grèce), cette information n'a pu être recueillie dans la région demandée, quelle que soit l'année.

Excepté en Irlande où seul le secteur à financement public est concerné, cette donnée correspond à la définition proposée.

Dans huit des neuf pays où la donnée est disponible, elle a pu être recueillie auprès de sources nationales. En Espagne, il est nécessaire de s'adresser à des sources locales.

La qualité a été précisée dans huit des neuf pays où le nombre d'interventions pour prothèse de hanche est disponible. Cette donnée est utilisée partout pour des analyses locales et régionales et elle est d'une qualité suffisante pour réaliser des comparaisons géographiques et des études d'évolution dans le temps. Pour ce dernier point, l'Autriche a précisé que de telles études d'évolution n'étaient possibles que depuis l'année 1997. Il en est de même pour la France.

Nombre d'avortements provoqués

La disponibilité du nombre d'avortements provoqués est bonne. La donnée, quand elle est disponible, est toujours conforme à la définition proposée et systématiquement utilisée pour des analyses locales. La qualité de la donnée est jugée suffisante par la quasi-totalité des pays pour que des comparaisons géographiques et temporelles puissent être réalisées.

Seuls huit pays ont pu fournir le nombre d'avortements provoqués pour la région demandée et pour l'année 1999. Deux autres pays l'ont fourni mais pour une autre année : Grèce (1997) et Portugal (2000). Cette information n'a pas été indiquée en Irlande et au Luxembourg.

Elle correspond toujours à la définition indiquée.

A part en Espagne, où la donnée doit être recherchée auprès de sources locales, elle est disponible auprès de sources nationales dans les huit autres pays ayant répondu à cette question.

Des informations sur la qualité de cette donnée ont été précisées dans les neuf des dix cas où elle est disponible. Le nombre d'avortements provoqués est utilisé par tous les pays où il est disponible pour des analyses locales ou régionales et est jugé de qualité suffisante pour les analyses géographiques et d'évolution. Une réserve existe pour les analyses géographiques en Grèce pour laquelle aucune précision n'a été apportée sur ce point.

Synthèse – services de santé

Tableau 13 : Services de santé – tableau de synthèse

	Nombre de	Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	lits de soins aigus	++	++	++	++	oui
	admissions par an en soins aigus	+	++	++	++	oui
Données recueillies dans une seule région	lits de gynécologie, obstétrique, maternité	++	+	++	++	oui
	jours d'hospitalisation/an	++	++	++	++	oui
	jours d'hospitalisation/an en gynécologie, obstétrique, maternité	+	+	++	++	oui
	admissions/an en gynécologie, obstétrique, maternité	+	+	++	++	oui
	césariennes	++	++	++	++	oui
	opérations de la cataracte	++	++	++	++	oui
	prothèses de hanche	+	++	++	++	oui
	avortements provoqués	+	++	++	++	oui

Les résultats de l'étude Isare montrent que la disponibilité des données sur les services de santé est variable. Ainsi, on peut considérer que le nombre de lits de soins aigus, le nombre de lits en gynécologie, obstétrique ou maternité, le nombre de journées d'hospitalisations par an, le nombre de césariennes et le nombre d'opérations de la cataracte sont de très large disponibilité. La disponibilité peut être jugée bonne pour le nombre d'admissions par an en soins aigus mais aussi pour le nombre de journées et d'admissions par an en gynécologie, obstétrique ou maternité, le nombre de prothèses de hanche et le nombre d'avortements provoqués.

Quand elles sont disponibles, il s'agit d'informations le plus souvent obtenues auprès d'organismes nationaux.

Les réserves apportées sur la qualité de ces données sont assez limitées pour ce qui concerne les analyses géographiques ou d'évolution et elles sont le plus souvent utilisées dans le cadre d'analyses locales. Il semble donc possible d'inclure toutes ces données au sein d'une base de données régionales européenne.

5.1.3 Données démographiques et socio économiques

Les données suivantes ont été demandées pour toutes les régions :

- Estimation de la population ;
- Nombre de naissances vivantes ;
- Nombre de décès ;
- Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage.

En outre pour une région de chaque pays, les données suivantes ont été demandées :

- Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires ;
- Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures.

Résultats

Tableau 14 : Données démographiques et socio économiques – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
		Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
estimation de la population	9	0	2	0	2	10
nombre de naissances vivantes	11	0	1	0	1	12
nombre de décès	11	0	1	0	1	12
pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage	10	0	0	1	2	8

Données recueillies dans une seule région (n= 11)	Disponibilité totale (région demandée 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Non (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	8	3	1	6

Tableau 15 : Données démographiques et socio économiques – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de réponses exploitables	Sources		
		Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
estimation de la population	10	10	0	0
nombre de naissances vivantes	11	11	0	0
nombre de décès	11	11	0	0
pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage	10	9	0	1

Données recueillies dans une seule région	Nombre de réponses exploitables	Sources	
		Nationales	Régionales
pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires	9	8	1
pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	9	8	1

Tableau 16 : Données démographiques et socio économiques – qualité des données

	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
		Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
Données recueillies dans toutes les régions	estimation de la population	9	9	9
	nombre de naissances vivantes	11	11	11
	nombre de décès	11	11	11
	pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage	10	10	10
Données recueillies dans une seule région	pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires	9	7	8
	pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	9	7	8

Estimation de la population

Les estimations de population sont des informations dont la disponibilité est bonne au niveau des régions santé Isare, même si elle n'est pas totale comme on aurait pu s'y attendre. Elles sont conformes à la définition proposée dans une grande part des cas et en diffèrent très peu sinon. Ces estimations de population sont très largement utilisées et jugées comparables dans le temps et l'espace (entre régions d'un même pays).

L'effectif estimé de la population par tranche d'âge quinquennale et par sexe a pu être obtenu pour 1999 et pour toutes les régions dans neuf des treize pays ayant répondu. En Grèce et en Espagne, l'information n'a été obtenue que dans une partie des régions : toutes sauf une, en Grèce et 12 sur 17, en Espagne. En Irlande, cette donnée ne nous a pas été communiquée car des estimations de population ne sont pas réalisées en routine en période inter censitaire dans les régions de santé. Par contre, le partenaire irlandais n'excluait pas le fait que de telles estimations puissent être produites. En Finlande, cette donnée n'a pas été transmise non plus.

La donnée est conforme à la définition fournie dans dix cas sur onze. Pour certaines régions d'Espagne, la population des moins de un an n'est pas individualisée mais incluse dans le groupe des 0-4 ans.

Dans tous les pays où cette donnée est disponible, elle l'est auprès de sources nationales. Les Irlandais ont précisé qu'en cas de nécessité, les estimations pourraient être produites par un organisme national.

Des informations sur la qualité ont été apportées par neuf pays. Ces données sont, dans tous les pays, utilisées pour des analyses locales et régionales, et de qualité suffisante pour l'étude de différences géographiques et pour des analyses d'évolution dans le temps.

Nombre de naissances vivantes

Le nombre de naissances vivantes est une donnée très largement disponible et répondant, dans presque tous les cas, aux définitions proposées. Son utilisation est systématique pour des analyses locales et la qualité est considérée comme suffisante pour autoriser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution.

Le nombre de naissances vivantes par région a été obtenu de manière systématique pour 1999 dans onze pays. Un pays n'a pu le fournir que pour une partie de ses régions : 11 régions sur 17 en Espagne. Seule la Finlande n'a pu fournir cette information.

Le nombre de naissances vivantes est conforme à la définition dans la totalité des pays.

Cette donnée est systématiquement disponible auprès de structures nationales.

Onze pays ont apporté des informations sur la qualité de ces données. Cette donnée est utilisée dans tous les pays pour des analyses locales et régionales et peut être utilisée pour des analyses géographiques et pour des analyses d'évolution dans le temps.

Nombre de décès

Le nombre de décès est une donnée ayant une très large disponibilité. Elle répond à la définition proposée dans tous les cas et son utilisation pour des analyses locales est généralisée. Les comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution sont pratiquement toujours réalisables.

Le nombre de décès a été obtenu pour toutes les régions et pour 1999 dans onze pays. L'Espagne n'a pu le fournir que pour une partie de ses régions : 11 sur 17. La Finlande n'a pas été en mesure de fournir cette information.

Le nombre de décès est conforme à la définition dans la totalité des pays.

Cette donnée est systématiquement disponible auprès de structures nationales.

Des informations sur la qualité de ces données ont été apportées par onze pays. Cette donnée est utilisée dans tous les pays pour des analyses locales et régionales et peut être utilisée pour des analyses géographiques et pour des analyses d'évolution dans le temps.

Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage

Le pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage est largement disponible. Dans de nombreux cas, il répond à la définition proposée. Son utilisation est assez générale pour des analyses locales et la qualité considérée pratiquement toujours comme suffisamment élevée pour que des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution puissent être réalisées.

Dix pays ont été en mesure de fournir des informations pour toutes leurs régions et pour 1999 sur le pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage. L'Espagne a apporté cette donnée pour neuf de ses 17 régions pour l'année demandée et pour une autre région pour l'année 2001. L'Irlande et la Finlande n'ont pas été en mesure d'apporter cette information pour leurs régions santé Isare.

Le pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage est conforme à la définition dans huit pays. En Angleterre, il est calculé de 16 ans à l'âge de la retraite (60 ans pour les femmes et 65 pour les hommes) et en Suède et au Luxembourg, pour la tranche d'âge des 16-64 ans.

Dans la plupart des cas où elle est disponible, cette donnée peut être obtenue auprès de sources nationales. En Espagne, c'est selon les régions, auprès de sources nationales ou de sources locales que l'information a été fournie.

Dix pays ont apporté des précisions sur la qualité des informations communiquées. Cette donnée est utilisée dans tous les pays pour des analyses locales et régionales. Sa qualité est jugée suffisamment bonne pour permettre des analyses géographiques et d'évolution dans tous les pays.

******** *A partir de cette donnée, il s'agit d'informations sur données démographiques et socio économiques recueillies dans une seule région de chaque pays.*

Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires

La disponibilité du pourcentage de la population des 25-64 ans ayant validé des études secondaires est bonne. Cependant, quand cette donnée est disponible, elle n'est pas toujours conforme à la définition proposée. Elle est moyennement utilisée pour des analyses locales ou régionales mais sa qualité est jugée suffisante pour permettre des comparaisons géographiques (au sein d'un même pays) et dans le temps.

Sept des douze pays ayant répondu au questionnaire portant sur une seule région ont pu fournir les informations sur la proportion d'adultes ayant validé des études secondaires pour la région demandée et pour l'année 1999. Trois autres pays ont été en mesure de le fournir mais pour une autre année : Irlande (1997), Grèce (1991) et Portugal (2001). Enfin, cette donnée n'a pu être obtenue en Angleterre ni en Belgique (dans ce pays, les chiffres 2001 devraient être disponibles sous peu).

Elle n'est pas conforme à la définition proposée dans quatre pays : en Allemagne, le pourcentage est calculé sur la population totale, en Irlande, des effectifs ont été communiqués en lieu et place du taux demandé, en Finlande et en France, les données concernent les plus de 15 ans.

Lorsque cette donnée est disponible, c'est auprès de sources nationales sauf pour l'Espagne où des sources locales ont été contactées.

Neuf pays ont apporté des précisions sur la qualité de cette donnée. Au Luxembourg et en Allemagne, elle n'est pas utilisée pour des analyses locales ou régionales. Sauf en Grèce, la qualité est jugée suffisante pour des analyses interrégionales. Par contre, les neuf pays ayant répondu ont déclaré que cette donnée était de qualité suffisante pour effectuer des analyses d'évolution dans le temps.

Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures

La disponibilité du pourcentage de la population des 25-64 ans ayant validé des études supérieures est bonne. Par contre, quand elle est disponible, elle est peu souvent conforme à la définition proposée. Elle n'est utilisée que dans une partie des pays pour des analyses locales ou régionales mais sa qualité est toujours jugée suffisante pour permettre des comparaisons géographiques (au sein d'un même pays) et dans le temps.

Huit pays sur douze ont été en mesure de fournir les informations demandées sur la proportion d'adultes ayant validé des études supérieures pour leur région et pour l'année 1999. Trois autres pays ont été en mesure de le fournir mais pour une autre année : Irlande (1997), Grèce (1991) et Portugal (2001). Enfin, cette donnée n'a pu être obtenue en Belgique mais, dans ce pays, les chiffres 2001 devraient être rapidement disponibles.

Cette donnée n'est pas conforme à la définition dans cinq cas sur 11 : l'Irlande où, à la place du taux qui était demandé, des effectifs ont été communiqués, l'Allemagne, la Finlande et la France où les données concernent les 15 ans et plus et l'Angleterre où des doubles comptes ne sont pas exclus.

C'est auprès de sources nationales qu'on peut se procurer cette donnée quand elle est disponible sauf en Espagne où il a été fait appel à une source locale.

Neuf pays ont apporté des précisions sur la qualité de cette donnée. Elle n'est pas utilisée pour des analyses locales ou régionales au Luxembourg et en Allemagne. Sauf pour la Grèce, les pays ayant répondu ont déclaré que cette donnée était de qualité suffisante pour effectuer des analyses géographiques. Par contre, des analyses d'évolution dans le temps sont jugées possibles dans tous les pays.

Synthèse – données démographiques et socio-économiques

Tableau 17 : Données démographiques et socio-économiques – tableau de synthèse

		Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	estimation de la population	+	++	++	++	oui
	nombre de naissances vivantes	++	++	++	++	oui
	nombre de décès	++	++	++	++	oui
	pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage	+	+	++	++	oui
Données recueillies dans une seule région	pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires	+	+ / -	+	++	non
	pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	+	-	+	++	non

Les informations sur les données démographiques et socio-économiques recueillies lors de la phase 2 de l'étude Isare montrent que leur disponibilité est moindre que ce à quoi on aurait pu s'attendre, même si elle reste relativement élevée. La disponibilité des nombres de naissances vivantes et de décès est très bonne. Celle des estimations de population et du pourcentage de chômeurs l'est un peu moins, tout comme le pourcentage de la population ayant validé des études secondaires ou supérieures.

Quand elles sont disponibles, il s'agit d'informations qui sont obtenues auprès d'organismes nationaux.

Mis à part les problèmes de conformité à la définition sur les niveaux d'études, les réserves apportées sur la qualité de ces données sont assez limitées, les données sont le plus souvent utilisées dans le cadre d'analyses locales et jugées utilisables pour des comparaisons géographiques ou d'évolution, sauf pour ce qui concerne le niveau d'études. Il semble donc possible d'inclure l'ensemble de ces données dans une base de données régionales européenne, à l'exception des niveaux d'études.

5.1.4 Données de mortalité

Les données de ce chapitre ont été demandées uniquement pour toutes les régions :

- Nombre de décès périnataux ;
- Nombre de mort-nés ;
- Nombre de décès par tranche d'âge et sexe et par cause.

Résultats

Tableau 18 : Données de mortalité – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Nombre de	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
	décès périnataux	10	1	1	0	1	9
	morts nés	10	1	1	0	1	9
	décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	8	2	1	0	2	10

Tableau 19 : Données de mortalité – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
	décès périnataux	12	12	0	0
	morts nés	12	12	0	0
	décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	12	12	0	0

Tableau 20 : Données de mortalité – qualité des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
	décès périnataux	11	11	11	11
	mort-nés	11	11	11	11
	décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	11	11	11	11

Nombre de décès périnataux

Le nombre de décès périnataux est une donnée dont la disponibilité est très élevée. Elle répond souvent à la définition proposée. Son utilisation est systématique pour des analyses au niveau local et elle a une qualité jugée suffisante pour pouvoir réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et des études d'évolution dans le temps.

Le nombre de décès périnataux est une donnée qui a pu être obtenue pour toutes les régions et pour l'année spécifiée auprès de dix des 13 pays qui ont répondu. L'Espagne les a fournis pour l'année demandée mais pour une partie des régions (11 sur 17). La Belgique l'a fourni pour toutes ses régions mais pour une année différente (1995). Les Pays-Bas n'ont pas été en mesure de fournir cette information.

La conformité à la définition proposée n'est pas retrouvée dans trois des pays ayant répondu : en Espagne, selon les régions, les chiffres incluent les mort-nés de plus de 21 semaines d'aménorrhée ou ceux de plus de 25 semaines. En Allemagne, comme en France, les décès périnataux incluent les mort-nés de 500 grammes et plus.

Quand elle est disponible, cette donnée l'est toujours auprès d'organismes nationaux pour les différentes régions du pays.

Des informations sur la qualité ont été obtenues pour 11 des 12 pays qui ont fourni des données : le nombre de décès périnataux est une information utilisée pour des analyses locales ou régionales dans tous les pays et considérée de qualité suffisante pour des comparaisons géographiques et des analyses d'évolutions.

Nombre de mort-nés

La disponibilité du nombre de mort-nés est très élevée. Cette donnée répond souvent à la définition proposée. Son utilisation est systématique au niveau local pour des analyses et sa qualité pratiquement toujours considérée comme suffisante pour des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et des études d'évolution dans le temps.

Dix pays ont été en mesure de fournir le nombre de mort-nés pour l'année 1999 pour l'ensemble des régions du pays. L'Espagne l'a fourni pour cette même année mais que pour une partie des régions (10 régions sur 17) et un pays l'a fourni pour toutes ses régions mais pour une autre année (Belgique, 1995). Enfin, un pays n'a pas été en mesure de mettre à disposition cette information, il s'agit des Pays-Bas.

La conformité à la définition proposée ne pose pas de problème dans neuf des douze pays ayant fourni des données. En Espagne, on constate que les définitions utilisées peuvent varier d'une région à l'autre (plus de 180 jours de grossesse, plus de 22 ou plus de 26 semaines d'aménorrhée) ; en France et en Allemagne, les fœtus pesant entre 500 et 999 grammes sont également inclus dans les données transférées. En France également, les données tiennent compte des accouchements dès 22 semaines d'aménorrhée, quel que soit le poids du fœtus.

Dans tous les pays ayant répondu, cette donnée est disponible auprès de sources nationales pour leurs régions.

Des informations sur la qualité de cette donnée ont été communiquées par onze des douze pays. Elle est utilisée dans tous ces pays pour des analyses locales ou régionales. La qualité est toujours jugée suffisante pour que des analyses géographiques puissent être réalisées ainsi que les analyses d'évolution dans le temps.

Nombre de décès par tranche d'âge, sexe et cause

La disponibilité du nombre de décès par âge, sexe et cause est élevée, mais pas systématique comme on aurait pu s'y attendre. Par contre, son accessibilité et sa conformité à la définition proposée sont très bonnes. L'utilisation qui est faite de ces données pour des analyses locales est très large et elles sont d'une qualité qui, de l'avis général, permet de réaliser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et des analyses dans le temps.

Le nombre de décès par tranche d'âge, par sexe et par cause a été demandé toutes causes confondues, par tumeurs, par maladies cardio-vasculaires et par causes externes de traumatismes et d'empoisonnements, correspondant à trois chapitres de la classification internationale des maladies. Huit pays ont fourni ces données pour toutes les causes, toutes les régions et pour l'année 1999. L'Espagne les a fournies pour 1999 mais pour un nombre variable de régions (toutes causes et cancers : 13 régions sur 17 ; maladies cardio-vasculaires et accidents : 11 régions sur 17). La Belgique a fourni les données pour toutes les causes, toutes les régions mais pour 1997 et les Pays-Bas pour 2001. La Finlande et l'Irlande n'ont pu communiquer cette donnée mais nos correspondants irlandais ont souligné que, si elle n'était pas disponible en routine au niveau de leurs « régions santé Isare », elle pouvait cependant être extraite des statistiques de mortalité.

L'examen des informations sur la conformité des données aux définitions proposées fait apparaître que dans tous les pays ayant fourni les données sauf un, cette conformité existait : aux Pays-Bas, les classes d'âge utilisées sont différentes de celles proposées (entre 1 et 65 ans, les décès sont regroupés en 4 tranches d'âge – 1 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 54 ans et 55 à 64 ans – alors que la définition proposait des tranches d'âge quinquennales).

Ce type de données, au niveau régional, est signalé comme accessible auprès d'organismes nationaux dans tous les pays.

Onze pays ont donné des informations sur la qualité qu'ils octroyaient à cette donnée : elle est utilisée dans tous les pays pour des analyses locales et régionales. Sa qualité est jugée suffisante dans tous les pays pour des comparaisons géographiques et pour permettre d'analyser des évolutions dans le temps.

Synthèse – données de mortalité

Tableau 21 : Données de mortalité – tableau de synthèse

		Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	décès périnataux	++	+	++	++	oui
	morts nés	++	+	++	++	oui
	décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	+	++	++	++	oui

Les données de mortalité recueillies dans le cadre de la phase 2 du projet Isare laissent apparaître que leur disponibilité est moindre que celle à laquelle on aurait pu s'attendre, un peu à l'image des données de population vues précédemment.

L'accessibilité à ces informations est semble-t'il bonne car elles sont toutes disponibles auprès de sources nationales, même si dans certains pays, ce n'est pas le cas en routine aux niveaux géographiques que nous avons retenus.

Les informations recueillies sur la qualité de ces données, mis à part quelques problèmes d'harmonisation de données liés à des différences de comptabilisation des mort-nés montrent qu'elles sont de qualité a priori satisfaisante. De ce fait, on peut recommander leur intégration dans une base de données sur la santé dans les régions d'Europe.

5.1.5 Données de morbidité

Les données suivantes ont été demandées pour toutes les régions :

- Nombre de nouveaux cas de SIDA.

En outre pour une région de chaque pays, les données suivantes ont été demandées :

- Nombre de nouveaux cas de tuberculose ;
- Nombre de nouveaux cas de cancer du sein.

Résultats

Tableau 22 : Données de morbidité – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Nombre de	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
	nouveaux cas de SIDA	7	1	1	0	4	6

Données recueillies dans une seule région (n= 11)	Nombre de	Disponibilité totale (région demandée – 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Non (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
nouveaux cas de cancer du sein	6	4	2	7	

Tableau 23 : Données de morbidité – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
	nouveaux cas de SIDA	9	8	0	1

Données recueillies dans une seule région	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Sources	
			Nationales	Régionales
nouveaux cas de tuberculose	11	11	11	0
nouveaux cas de cancer du sein	9	9	8	1

Tableau 24 : Données de morbidité – qualité des données

	Nombre de	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
Données recueillies dans toutes les régions	nouveaux cas de SIDA	8	8	8	7
Données recueillies dans une seule région	nouveaux cas de tuberculose	9	9	9	9
	nouveaux cas de cancer du sein	10	10	8	7

Nombre de nouveaux cas de SIDA

Le nombre de nouveaux cas de SIDA est une donnée dont la disponibilité est moyenne. Sa conformité à la définition proposée n'est pas toujours retrouvée. Cependant, dans les pays ayant répondu, la qualité de cette donnée est jugée suffisante pour effectuer des analyses locales et des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution.

Le nombre de nouveaux cas de SIDA est une donnée qui a pu être obtenue pour toutes les régions et pour l'année 1999 dans sept des 13 pays qui ont répondu. L'Espagne a pu fournir cette donnée pour 1999 mais que pour 12 de ses 17 régions. En Finlande, c'est l'année 1997 qui est disponible. Quatre pays n'ont pas été en mesure de communiquer ce chiffre pour l'ensemble de leurs régions, quelle que soit l'année. Il s'agit des Pays-Bas, de la Grèce, de la Suède et de l'Irlande. Cependant, pour ce dernier pays, si les données ne sont pas disponibles en routine au niveau géographique demandé, elles peuvent cependant être produites si besoin est. Ceci est également vrai pour la Suède qui signale la faible valeur de cette donnée au niveau de ses régions du fait du petit nombre de cas incidents.

La conformité à la définition proposée est réelle dans six pays sur les neuf qui ont communiqué cette donnée : en Autriche et en Finlande, ce n'est pas le nombre de nouveaux cas de SIDA qui a été communiqué mais le nombre de nouvelles personnes séropositives au VIH ; en Espagne, dans certaines régions, des effectifs ont été fournis et dans d'autres ce sont des taux.

Si cette donnée est le plus souvent disponible auprès de sources nationales, en Espagne, selon les cas, il faut s'adresser à des sources nationales ou locales.

Des informations sur la qualité de la donnée "nombre de nouveaux cas de SIDA" ont été fournies par huit pays. Dans l'ensemble des réponses, on constate que cette donnée est utilisée pour des analyses locales ou régionales. A l'exception de la Belgique, elle est jugée d'une qualité suffisante pour autoriser des analyses géographiques et des analyses d'évolution.

****** A partir de cette donnée, il s'agit d'informations sur les données de morbidité recueillies dans une seule région de chaque pays.**

Nombre de nouveaux cas de tuberculose

La disponibilité du nombre de nouveaux cas de tuberculose est très bonne. Elle est toujours conforme à la définition proposée. On relève une utilisation large de cette donnée pour des analyses locales, associée, de l'avis de tous, à une qualité suffisante pour autoriser des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et des analyses d'évolution.

Onze pays sur les douze ayant répondu ont été en mesure de fournir le nombre de nouveaux cas de tuberculose en 1999 pour leur région. Seule l'Irlande n'a pas pu le faire.

La donnée est conforme à la définition proposée dans tous les cas à l'exception de la Suède où un taux d'incidence pour 100 000 habitants nous a été communiqué en lieu et place du nombre de cas incidents. Cette donnée est toujours disponible auprès de sources nationales.

Des dix réponses sur la qualité, il ressort que cette donnée fait toujours l'objet d'une utilisation pour des analyses locales et peut faire l'objet de comparaisons géographiques et d'analyses d'évolution.

Nombre de nouveaux cas de cancer du sein

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein est une donnée dont la disponibilité est moyenne dans les régions. Cependant, dans 30 % des cas, elle n'est pas conforme à la définition. Quelques réserves sont apportées quant à la qualité de ces données pour des analyses temporelles.

Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein au niveau d'une région a pu être obtenu dans dix des douze pays ayant répondu à cette partie du questionnaire. Quatre de ces pays ont fourni l'information pour une autre année : l'Irlande pour 1997, la France pour 1995, la Belgique pour 1998 et le Portugal pour 2000. La Grèce n'a pas été en mesure de communiquer cette information. Ceci est également vrai pour l'Espagne, même si ces données existent dans certaines régions.

Dans sept des dix pays ayant communiqué ce type de donnée, il y a conformité à la définition proposée. Dans les trois autres pays les problèmes rencontrés sont les suivants : la Finlande a communiqué une moyenne sur cinq ans, le Portugal, des chiffres à partir des admissions hospitalières et l'Allemagne, un taux car seule une partie de la région concernée est couverte par un registre (13 % de la population). Notons que les chiffres communiqués pour la France correspondent à des estimations calculées à partir des 13 départements disposant de registres des cancers (sur les 96 départements de France métropolitaine).

L'accessibilité à cette donnée se fait le plus souvent au travers de sources nationales. Pour la Finlande et l'Allemagne, elle doit se faire selon les cas, soit auprès de sources nationales, soit auprès de sources régionales. Bien que l'Espagne n'ait pu communiquer cette donnée pour sa région, elle a signalé que, dans les régions où ce chiffre était disponible, c'était auprès d'organismes régionaux qu'il était possible de se le procurer.

Quelques réserves ont été apportées parmi les dix réponses ayant trait à la qualité de cette donnée. Là où elle est disponible, elle est utilisée pour des analyses locales ou régionales. Les comparaisons géographiques sont déclarées possibles dans huit pays sur dix, les deux exceptions étant la Belgique et l'Allemagne qui soulignent la limite de telles comparaisons géographiques du fait de la disponibilité partielle de cette donnée dans les régions. Enfin, les analyses d'évolution sont dites possibles dans deux tiers des cas : outre la Belgique, l'Angleterre indique que des données de qualité ne sont disponibles que depuis 1999. En France, les estimations d'incidence de cancer du sein au niveau régional ne sont produites que tous les cinq ans.

Synthèse – données de morbidité

Tableau 25 : Données de morbidité – tableau de synthèse

	Nombre de	Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	nouveaux cas de SIDA	+ / -	+ / -	++	++	non
Données recueillies dans une seule région	nouveaux cas de tuberculose	++	++	++	++	oui
	nouveaux cas de cancer du sein	+ / -	+	++	+	non

L'étude sur la disponibilité des données de morbidité dans le cadre d'Isare 2 montre que cette disponibilité est très bonne pour ce qui a trait à la tuberculose et moyenne pour ce qui a trait au SIDA et au cancer du sein.

Il s'agit d'informations qui, si dans la plupart des cas, sont disponibles auprès de sources nationales, doivent être collectées auprès de sources régionales pour certaines d'entre elles.

Les appréciations portées sur la qualité des données de morbidité qui ont été explorées sont positives pour l'incidence de la tuberculose et l'incidence du cancer du sein mais quelques limites ont été apportées concernant les données sur les nouveaux cas de SIDA.

Ainsi, il semble possible de recommander l'intégration dans une base d'indicateurs sur la santé dans les régions d'Europe des données sur l'incidence de la tuberculose. Par contre, on peut être plus réservé en ce qui concerne les données sur le nombre de nouveaux cas de SIDA et les nouveaux cas de cancer du sein.

5.1.6 Facteurs de risque

Les données de ce chapitre ont été demandées uniquement pour toutes les régions :

- Distribution de l'indice de masse corporelle ;
- Pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans.

Résultats

Tableau 26 : Facteurs de risque – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)		Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
	distribution de l'indice de masse corporelle	5	3 ⁶	0	1	4	8
	pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	5	3 ³	0	1	4	7

Tableau 27 : Facteurs de risque – source des données

Données recueillies dans toutes les régions		Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
	distribution de l'indice de masse corporelle	8	7	0	1
	pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	8	7	0	1

Tableau 28 : Facteurs de risque – qualité des données

Données recueillies dans toutes les régions		Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
	distribution de l'indice de masse corporelle	8	7	4	4
	pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	8	8	6	6

⁶ Les données pour les Pays-Bas correspondent à un découpage géographique différent : 55 régions au lieu de 40.

Distribution de l'indice de masse corporelle

La disponibilité de la distribution de l'indice de masse corporelle dans les régions d'Europe est moyenne. Il n'apparaît pas de problème de conformité à la définition mais sa qualité est jugée souvent insuffisante pour permettre des analyses d'évolution.

La distribution de l'indice de masse corporelle (pourcentage de personnes maigres, de corpulence normale, en surpoids ou obèses) n'a pu être obtenu que dans cinq pays dans les conditions requises, c'est-à-dire toutes les régions pour l'année 1999. Dans trois autres pays, ces données n'ont été fournies que pour une autre année : Belgique (2001), Pays-Bas (95-99 et pour un découpage des régions différent de celui utilisé pour les autres données), France (2000 et que pour le pourcentage d'obèses). L'Espagne a fourni l'information de manière parcellaire (sept régions sur 17) et pour des périodes variables : deux régions pour 1999, une pour 1998, une pour 2000, deux pour 2001 et une pour 2002. Quatre pays n'ont pas été en mesure de fournir cette donnée : l'Irlande, la Finlande, la Grèce et le Portugal, dans ce dernier, seul l'indice de masse corporelle moyen de la population est disponible. Soulignons que la Suède a fourni, pour cette donnée, une valeur moyenne calculée sur trois ans et centrée sur l'année demandée (1998-2000) du fait des faibles effectifs par comté.

Parmi les neuf pays ayant communiqué des données, des problèmes de conformité à la définition n'ont été retrouvés que dans un pays, la France, où seul le pourcentage d'obèses est disponible.

À l'exception de l'Espagne où cette donnée doit être recherchée, selon les régions, auprès de sources régionales ou nationales, ce sont toujours des organismes nationaux qui fournissent ces informations.

Des données sur la qualité de l'information ont été obtenues dans huit des neuf pays où la distribution de l'indice de masse corporelle est disponible. Sept pays sur huit déclarent l'utiliser pour des analyses locales ou régionales, le Luxembourg ne sachant pas dans quelle mesure une telle utilisation existe. L'utilisation pour des comparaisons spatiales et dans le temps est encore plus limitée car quatre pays estiment que la qualité de cette donnée n'est pas suffisante pour cela (Luxembourg, France, Allemagne et Angleterre). L'Espagne, quant à elle, émet des réserves sur la qualité de cette information même si elle déclare qu'elle est utilisée.

Pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans

Le pourcentage de fumeurs est une donnée dont la disponibilité dans les régions d'Europe est moyenne. Sa conformité à la définition est bonne. Cette donnée est fréquemment utilisée pour des analyses régionales. Sa qualité est jugée suffisante pour permettre des comparaisons entre régions d'un même pays ou dans le temps.

Seuls cinq pays sur 13 ont été en mesure de préciser le pourcentage de fumeurs de plus de 15 ans pour toutes leurs régions et pour l'année 1999. Trois pays ont fourni des données pour des périodes différentes : la Belgique pour 2001, le Luxembourg pour 2000 et les Pays-Bas pour 95-99 (avec un découpage de régions spécifique à cette donnée et à la précédente). L'Espagne ne l'a fournie que pour 11 de ses 17 régions et pour des années variables : 1999 (4), 1997 (1), 1998 (1), 2000 (2), 2001 (2) et 2002 (1). Enfin, la France, l'Irlande, la Finlande et la Grèce n'ont pas été en mesure de communiquer cette information. Du fait des faibles effectifs, la Suède a communiqué une valeur moyenne calculée sur trois ans et centrée sur l'année demandée (1998-2000) pour cette donnée.

Quelques limites ont été retrouvées par rapport à la définition proposée pour une région d'Espagne : les données concernent les 14 ans et plus ainsi que pour la Suède où elles concernent la population des 16-84 ans.

Le pourcentage de fumeurs est généralement disponible auprès de sources nationales. En Espagne, des sources locales ont été mobilisées.

La qualité de cette donnée fait l'objet de précisions dans huit des neuf pays où l'information est disponible. L'utilisation pour des analyses locales et régionales est retrouvée partout. La qualité est jugée suffisante dans seulement six pays sur huit pour des comparaisons géographiques et des analyses dans le temps : l'Allemagne et l'Angleterre ne se prononcent pas sur ce point.

Synthèse – facteurs de risque

Tableau 29 : Facteurs de risque – tableau de synthèse

		Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	distribution de l'indice de masse corporelle	+ / -	++	++	-	non
	pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	+ / -	+	++	+	non

Le recueil d'informations sur les facteurs de risque montre que la disponibilité de cette information est limitée au niveau des régions d'Europe.

L'accessibilité de ces informations se fait le plus souvent auprès de sources nationales.

Même si elles sont généralement conformes aux définitions proposées, les jugements portés sur la qualité de ces données sont assez négatifs pour ce qui concerne la distribution de l'indice de masse corporelle.

De ce fait, il semble raisonnable de surseoir actuellement à l'intégration de ces données dans une base d'indicateurs de santé dans les régions d'Europe, même si leur intérêt en terme de pilotage des politiques de prévention est incontestable.

5.1.7 Conditions de vie et de travail

Les données suivantes ont été demandées pour toutes les régions :

- Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route.

En outre pour une région de chaque pays, les données suivantes ont été demandées :

- Nombre d'accidents au travail.

Résultats

Tableau 30 : Conditions de vie et de travail – disponibilité des données

Données recueillies dans toutes les régions (n= 13)	Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	Disponibilité totale (toutes les régions – 1999)	Disponibilité partielle			Indisponibilité (aucune région quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
			Toutes les régions autre année	Une partie des régions 1999	Une partie des régions autre année		
		8	1	0	1	3	9

Données recueillies dans une seule région (n= 12)	Nombre de accidents au travail	Disponibilité totale (région demandée – 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Non (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition

Tableau 31 : Conditions de vie et de travail – source des données

Données recueillies dans toutes les régions	Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	Nombre de réponses exploitables	Sources		
			Nationales pour toutes les régions	Régionales pour toutes les régions	Nationales et régionales
		10	9	0	1

Données recueillies dans une seule région	Nombre de accidents au travail	Nombre de réponses exploitables	Sources	
			Nationales	Régionales
		9	9	0

Tableau 32 : Conditions de vie et de travail – qualité des données

	Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
Données recueillies dans toutes les régions		10	10	10	10
Données recueillies dans une seule région	accidents au travail	8	8	7	8

Nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route

La disponibilité du nombre de blessés ou tués par accidents de la circulation est élevée et la conformité à la définition très souvent retrouvée. Il s'agit d'une donnée très fréquemment utilisée pour des analyses locales et de qualité jugée suffisante par la très grande majorité des correspondants pour permettre des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution.

Huit pays sur treize ont été en mesure de recueillir pour toutes leurs régions et pour l'année 1999 le nombre de tués et de blessés par accidents de la route. L'Espagne a pu fournir cette information pour 10 de ses 17 régions pour l'année demandée en sachant que l'information est disponible pour une autre année (2001) dans une autre région. Pour la Suède, les données correspondent à l'année 2001. La Grèce n'a fourni des chiffres que pour une région et pour le total national pour 1999. Enfin, deux pays (Finlande et Pays-Bas) n'ont pas pu communiquer cette information.

La conformité à la définition pose des problèmes dans deux cas sur les onze où des données sont disponibles : en France, le nombre de tués est dénombré au bout de six jours et non de 30 et en Espagne, dans deux régions, seul le nombre de tués figure.

L'accessibilité de cette donnée est possible auprès de sources nationales. En Espagne, la donnée est fournie à partir d'une source locale.

Dans les dix cas où une appréciation sur la qualité est disponible, elle est positive : cette donnée est utilisée pour des analyses locales et régionales et sa qualité est considérée comme suffisante pour permettre des analyses géographiques et dans le temps.

***** Cette donnée n'a été recueillie que dans une seule région de chaque pays.**

Nombre d'accidents au travail

La disponibilité du nombre d'accidents du travail est moyenne. En revanche, la donnée, lorsqu'elle est disponible est toujours conforme à la définition, accessible auprès de sources nationales, systématiquement utilisée pour des analyses locales et de qualité jugée suffisante par la très grande majorité des correspondants pour permettre des comparaisons géographiques (entre régions d'un même pays) et d'évolution.

Sept pays sur douze ont été en mesure de communiquer le nombre d'accidents du travail pour l'année demandée dans une de leurs régions. Deux autres pays ont pu fournir cette information pour une autre année (Grèce pour 1998 et Angleterre pour 2000-2001). L'Irlande et l'Autriche ne disposent pas de cette information au niveau des régions demandées et le Portugal se déclarait en attente de cette information.

Le seul problème de conformité à la définition concerne la Suède où les chiffres communiqués correspondent aux accidents du travail ayant entraîné une absence.

Cette donnée est généralement disponible auprès de structures nationales.

Concernant la qualité, huit pays se sont prononcés à ce sujet. Dans tous les cas, le nombre d'accidents du travail est utilisé pour des analyses locales et régionales. Sa qualité est jugée suffisante pour des comparaisons géographiques dans tous les pays sauf en Grèce et partout pour des analyses d'évolution. Soulignons que, bien que n'ayant pas été en mesure de fournir la donnée pour des questions de délais, le Portugal a cependant indiqué que la qualité de cette information était bonne.

Synthèse – conditions de vie et de travail

Tableau 33 : Conditions de vie et de travail – tableau de synthèse

	Nombre de	Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans toutes les régions	personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	+	++	++	++	oui
Données recueillies dans une seule région	accidents au travail	+	++	++	++	oui

L'enquête menée dans le cadre d'Isare portant sur deux données sur les conditions de vie et de travail montre une disponibilité bonne du nombre de tués et blessés par accidents de la route et du nombre d'accidents du travail.

La conformité à la définition ne pose pas de problème majeur et l'accessibilité semble le plus souvent possible auprès de sources nationales.

Les appréciations sur la qualité apportées par nos partenaires dans le projet sur ces données sont bonnes ce qui permet de proposer qu'elles soient intégrées dans une base d'indicateurs de santé dans les régions d'Europe.

5.1.8 Données de prévention

Les données de ce chapitre ont été demandées uniquement pour une région de chaque pays :

- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie ;
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos ;
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche ;
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite ;
- Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole.

Résultats

Tableau 34 : Données de prévention – disponibilité des données

Données recueillies dans une seule région (n= 11)	Pourcentage d'enfants vaccinés contre	Disponibilité totale (région demandée – 1999)	Disponibilité partielle (région demandée autre année)	Indisponibilité (région demandée quelle que soit l'année)	Conformité à la définition
	la diphtérie		7	1	4
le tétanos		6	1	5	3
la coqueluche		6	1	5	4
la poliomyélite		7	1	4	4
la rougeole		7	2	3	6

Tableau 35 : Données de prévention – source des données

Données recueillies dans une seule région	Pourcentage d'enfants vaccinés contre	Nombre de réponses exploitables	Sources	
			Nationales	Régionales
			la diphtérie	8
le tétanos	7	6	1	
la coqueluche	7	7	0	
la poliomyélite	8	7	1	
la rougeole	9	8	1	

Tableau 36 : Données de prévention – qualité des données

Données recueillies dans une seule région	Pourcentage d'enfants vaccinés contre	Nombre de réponses exploitables	Qualité		
			Données utilisées	Analyses géographiques	Analyses d'évolution
				la diphtérie	7
le tétanos	6	6	6	5	5
la coqueluche	6	6	6	6	6
la poliomyélite	7	7	7	6	6
la rougeole	8	8	8	7	6

Pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie

La disponibilité du pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie est moyenne. Sa conformité à la définition proposée pose souvent problème. Par contre, sa qualité est souvent jugée suffisante pour des analyses locales et des comparaisons entre régions d'un même pays et dans le temps.

Le pourcentage d'enfants vaccinés contre la diphtérie a été obtenu pour la région et l'année demandées dans sept pays sur douze. De plus, le Luxembourg a pu fournir cette information pour 2002. Par contre, dans quatre des pays ayant répondu, la Grèce, la Belgique, la France et la Finlande, il n'a pas été possible de communiquer cette donnée (les deux premiers pays ont indiqué qu'il s'agissait de données en attente).

La conformité à la définition proposée est rarement retrouvée : parmi les huit pays ayant fourni des données, quatre ont signalé qu'elles ne correspondaient pas à la définition. En Angleterre, la couverture vaccinale contre la diphtérie est mesurée à 24 mois, au Luxembourg, entre 25 et 30 mois et en Allemagne et en Autriche, elle est mesurée à l'entrée à l'école.

A l'exception de l'Autriche où il faut s'adresser à des sources locales, quand cette donnée est disponible, c'est toujours auprès de sources nationales.

Les informations sur la qualité sont disponibles dans sept pays sur les huit ayant fourni des données. Cette couverture vaccinale est alors toujours utilisée pour des analyses locales ou régionales et, mis à part pour l'Autriche qui ne se prononce pas sur ce point, cette information est jugée de qualité suffisante pour permettre des analyses géographiques et d'évolution.

Pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos

La disponibilité du pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos est mauvaise. De fréquents problèmes de conformité à la définition proposée sont retrouvés. Par contre, la qualité de cette donnée est jugée le plus souvent suffisante pour des analyses locales et des comparaisons entre régions d'un même pays et dans le temps.

Six pays sur douze ont été en mesure de communiquer le pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos pour la région et l'année demandées. Le Luxembourg a pu fournir cette information pour 2002. En Grèce, Belgique, Espagne, France et Finlande, il n'a pas été possible de communiquer cette donnée (les deux premiers pays ont indiqué qu'il s'agissait de données en attente).

La conformité à la définition proposée n'est retrouvée que dans trois pays. En Angleterre, le pourcentage d'enfants vaccinés contre le tétanos est mesuré à 24 mois, au Luxembourg, entre 25 et 30 mois et en Allemagne et en Autriche, il est mesuré à l'entrée à l'école.

Cette donnée est le plus souvent disponible auprès de sources nationales. En Autriche, les sources sont locales.

Les informations sur la qualité sont disponibles dans six pays sur les sept ayant fourni des données. La couverture vaccinale contre le tétanos est toujours utilisée pour des analyses locales ou régionales et, mis à part pour l'Autriche qui ne se prononce pas sur ce point, cette information est jugée de qualité suffisante pour permettre des analyses géographiques et d'évolution.

Pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche

La disponibilité du pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche est mauvaise. Sa conformité à la définition proposée pose souvent problème. Par contre, sa qualité est toujours jugée suffisante pour des analyses locales et des comparaisons entre régions d'un même pays et dans le temps.

Seuls six pays ont été en mesure de communiquer le pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche pour la région et l'année demandées. Il faut ajouter à ce nombre le Luxembourg qui a pu fournir cette information pour 2002. Par contre, dans cinq pays ayant répondu, il n'a pas été possible de communiquer cette donnée : Grèce, Belgique, France, Autriche et Finlande (même si cette donnée est annoncée en attente pour la Grèce et la Belgique).

On retrouve rarement une bonne conformité à la définition proposée : en Angleterre, la couverture vaccinale contre la coqueluche est mesurée à 24 mois, au Luxembourg, entre 25 et 30 mois et en Allemagne, elle est mesurée à l'entrée à l'école.

Cependant, c'est toujours auprès de sources nationales que cette donnée est disponible.

Six pays sur les sept ayant fourni des données ont communiqué des informations sur la qualité. Le pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche est utilisé pour des analyses locales ou régionales et cette information est jugée de qualité suffisante pour permettre des analyses géographiques et d'évolution.

Pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite

Le pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite est une donnée de moyenne disponibilité. Des problèmes de conformité à la définition sont souvent retrouvés. Par contre, sa qualité est jugée le plus souvent suffisante pour des analyses locales et des comparaisons entre régions d'un même pays et dans le temps.

Le pourcentage d'enfants vaccinés contre la poliomyélite a été obtenu pour la région et l'année demandées dans sept pays sur douze. En outre, le Luxembourg a pu fournir cette information pour 2002. Par contre, il n'a pas été possible d'obtenir cette donnée en Grèce, en Belgique (même si dans ces deux cas, cette donnée pouvait être disponible sous peu), en France et en Finlande.

De nombreux problèmes de conformité à la définition sont retrouvés : parmi les huit pays ayant fourni des données, quatre ont signalé qu'elles ne correspondaient pas à la définition. En Angleterre, la couverture vaccinale contre la poliomyélite est mesurée à 24 mois, au Luxembourg, entre 25 et 30 mois et en Allemagne et en Autriche, elle est mesurée à l'entrée à l'école.

Mis à part en Autriche où il a été fait appel à des sources locales, cette donnée est disponible auprès de sources nationales.

Les informations sur la qualité sont disponibles dans sept pays sur les huit ayant fourni des données. La couverture vaccinale contre la poliomyélite est très souvent utilisée pour des analyses locales ou régionales et, mis à part pour l'Autriche qui ne se prononce pas sur ce point, cette information est jugée de qualité suffisante pour permettre des analyses géographiques et d'évolution.

Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole

La disponibilité du pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole est bonne. Sa conformité à la définition est moyenne mais sa qualité est jugée souvent suffisante pour des analyses locales et des comparaisons entre régions d'un même pays et dans le temps.

Le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole a été obtenu pour la région et l'année demandées dans sept pays sur douze. De plus, le Luxembourg et la France ont pu fournir cette information pour une année différente : 2002 dans le premier cas et 2000 dans le second. La Grèce, la Belgique et la Finlande n'ont pas été en mesure de communiquer cette donnée (tout en sachant qu'elle est annoncée en attente pour la Grèce et la Belgique).

La conformité à la définition proposée est retrouvée dans tous les cas sauf trois : en Allemagne et en Autriche, la couverture vaccinale contre la rougeole est mesurée à l'entrée à l'école et en Suède, à l'âge de un an. Il faut noter également que les chiffres communiqués par l'Autriche, le Luxembourg et l'Irlande correspondent aux enfants vaccinés avec le vaccin trivalent (rougeole, oreillons, rubéole), c'est-à-dire celui utilisé dans la très grande majorité des cas.

Cette donnée est disponible auprès de sources nationales sauf en Autriche où des sources locales ont été mobilisées.

Les informations sur la qualité sont disponibles dans huit des neuf pays ayant fourni des données. Cette donnée est largement utilisée pour des analyses locales ou régionales. Cette information est jugée de qualité suffisante pour permettre des analyses géographiques et d'évolution (mis à part pour l'Autriche qui ne se prononce pas sur le premier point et l'Autriche et la France qui ne se prononcent pas sur le second).

Synthèse – données de prévention

Tableau 37 : Données de prévention – tableau de synthèse

	Pourcentage d'enfants vaccinés contre	Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Qualité	A intégrer dans une base de données santé régionale
Données recueillies dans une seule région	la diphtérie	+ / -	-	++	++	non
	le tétanos	-	--	++	++	non
	la coqueluche	-	-	++	++	non
	la poliomyélite	+ / -	-	++	++	non
	la rougeole	+	+ / -	++	++	oui

La disponibilité des données sur la couverture vaccinale des enfants au niveau régional est moyenne, voire mauvaise dans l'ensemble des cas à l'exception de la rougeole où elle est bonne.

Si l'accessibilité à cette donnée se fait par le biais d'organismes nationaux, il faut noter que de nombreux problèmes de conformité à la définition proposée sont rencontrés, mais dans une moindre mesure pour la couverture vaccinale contre la rougeole.

Par contre, peu de réserves sont formulées concernant la qualité de cette donnée.

Ainsi, nous proposons de n'inclure que le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole parmi les indicateurs pouvant figurer actuellement dans la base d'indicateurs de santé dans les régions d'Europe.

5.1.9 Synthèse des résultats

La seconde phase du projet Isare a permis de tester en "grandeur nature" le recueil de données infra nationales auprès de correspondants régionaux de 13 pays de l'Union européenne (12 pour la "liste courte" de données recueillies uniquement dans une région par pays). Il est ainsi possible de juger de la disponibilité de ces données, mais aussi, sur la base des avis des correspondants, de leur qualité et comparabilité.

La **disponibilité** est généralement élevée (16 données) ou très élevée (12) et n'a jamais été considérée selon les critères retenus (Cf. page 34) comme très mauvaise. Néanmoins, la disponibilité n'est jamais parfaite car il n'a jamais été possible d'obtenir une donnée à la fois pour toutes les régions et pour l'année 1999. Ainsi, le score maximum de disponibilité pour les données recueillies dans toutes les régions concerne le nombre de naissances vivantes, le nombre de décès ou le nombre de lits de soins aigus (11,5/13) et pour les données portant sur une seule région, le nombre de jours d'hospitalisation par an (11,5/12). A l'opposé, les scores de disponibilité les plus bas sont obtenus pour la distribution de l'indice de masse corporelle ou le pourcentage de fumeurs (7/13), pour les données concernant toutes les régions, et pour le pourcentage d'enfants vaccinés contre la coqueluche ou le tétanos (6,5/12) pour les données ne concernant qu'une seule région.

La **conformité** des données aux définitions proposées, définitions basées sur celles de l'OMS Europe et de l'OCDE, est encore meilleure. Ainsi, lorsqu'une donnée est disponible, sa conformité est dans la très grande majorité des cas très élevée (21 données pour lesquelles plus de 80 % des répondants estiment qu'elle est conforme à la définition) ou élevée (9 pour lesquelles 71 à 80 % des répondants estiment que la donnée est conforme). Pour trois données néanmoins, la conformité peut être considérée comme moyenne, pour quatre comme mauvaise et pour une donnée comme très mauvaise.

Pour apporter un éclairage complémentaire sur la qualité des données, deux questions portant sur la **comparabilité** ont été posées aux correspondants des pays :

- "la qualité de la donnée est-elle suffisante pour réaliser des comparaisons entre régions de votre pays ?"
- "la qualité de la donnée est-elle suffisante pour réaliser des comparaisons temporelles dans votre région ?"

Concernant la première question, il est important de souligner que l'information recueillie ne concerne que la comparabilité entre régions d'un même pays et non entre régions de deux pays différents. Au regard des réponses des correspondants, il apparaît que la comparabilité des données est toujours très grande (31 données) ou à défaut grande (6). Une seule donnée est dans la classe « mauvaise » sur ce critère. Les quelques limites mises en avant concernent essentiellement la comparabilité temporelle, due à des modifications de définition ou de mode de recueil, et plus rarement la comparabilité intra-nationale.

Tableau 38 : Ensemble des données : répartition des 38 données étudiées selon leurs scores de disponibilité, conformité et qualité

Score	Disponibilité		Conformité à la définition		Utilisation		Comparabilité géographique et temporelle	
++	12	32%	21	55%	36	95%	31	82%
+	16	42%	9	24%	2	5%	6	16%
+/-	8	21%	3	8%	0	0%	0	0%
-	2	5%	4	11%	0	0%	1	3%
--	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%
Ensemble	38	100%	38	100%	38	100%	38	100%

Sur la base de ces informations, il apparaît qu'une large part des données étudiées (27 sur 38) pourraient d'ores et déjà être intégrées à une base de données infra nationale européenne, du fait de leur disponibilité et de leur qualité.

L'ensemble des données sur les services de santé ainsi que les données de mortalité et sur les conditions de travail ont été retenues. Leur conformité et comparabilité sont en effet toujours élevées ou très élevées. La disponibilité est également satisfaisante ou très satisfaisante, à quelques exceptions près.

En revanche, les données sur les professionnels de santé, de couverture vaccinale des enfants, de morbidité et celles concernant les données démographiques et socio-économiques et les facteurs biologiques et habitudes de vie posent plus de problèmes.

Parmi les données sur les professionnels de santé, nous ne recommandons pas actuellement l'intégration des données sur les sages-femmes et sur le dénombrement commun des infirmiers et sages-femmes. L'ensemble des autres données pourrait être intégré.

Les deux données démographiques et socio-économiques portant sur les niveaux d'études ne peuvent être retenues du fait de problèmes de conformité à la définition, les quatre autres données de ce thème étant retenues.

Pour les données concernant la morbidité, il apparaît que la disponibilité et la conformité aux définitions des données sur les nouveaux cas de cancers du sein sont trop faibles pour les proposer actuellement.

Concernant les vaccinations, sur cinq données étudiées, seul le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole pourrait être intégré à une base européenne selon les résultats d'Isare 2. En effet, les taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite sont très fréquemment non conformes aux définitions préconisées et ne sont, de plus, que moyennement ou faiblement disponibles.

Enfin, les deux données du thème facteurs de risque (distribution de l'indice de masse corporelle et pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans) n'ont pas non plus été retenues, dans la mesure où d'une part, un nombre élevé de correspondants les considère comme non comparables dans le temps et/ou dans l'espace et où, d'autre part, leur disponibilité n'est que faible.

Cependant, pour ces douze données qui ne peuvent être retenues actuellement, des recommandations pourraient être formulées pour que, à terme, elles puissent être intégrées dans la base compte-tenu de leur intérêt.

Tableau 39 : Ensemble des données– tableau de synthèse

Nombre de régions par pays (1)		Disponibilité	Conformité à la définition	Utilisation	Comparabilité	A intégrer dans une base européenne
Professionnels de santé						
Toutes	Médecins	++	++	++	+	oui
	Infirmières (y compris les sages-femmes)	+/-	++	++	+	non
	Infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	+	+	++	+	oui
	Sages-femmes	+ / -	++	++	++	non
Une	Médecins généralistes	+	++	++	++	oui
	Dentistes	++	++	++	++	oui
	Pharmaciens	+	++	++	++	oui
Services de santé						
Toutes	Lits de soins aigus	++	++	++	++	oui
	Admissions par an en soins aigus	+	++	++	++	oui
Une	Lits de gynécologie, obstétrique ou maternité	++	+	++	++	oui
	Journées d'hospitalisation par an	++	++	++	++	oui
	Journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité	+	+	++	++	oui
	Admission par an en gynécologie, obstétrique ou maternité	+	+	++	++	oui
	Césariennes	++	++	++	++	oui
	Opérations de la cataracte	++	++	++	++	oui
	Prothèses de hanche	+	++	++	++	oui
Avortement provoqués	+	++	++	++	oui	
Données démographiques et socio-économiques						
Toutes	Estimation de la population	+	++	++	++	oui
	Nombre de naissances vivantes	++	++	++	++	oui
	Nombre de décès	++	++	++	++	oui
	Pourcentage de personnes de 15 à 64 ans au chômage	+	+	++	++	oui
Une	Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires	+	+ / -	+	++	non
	Pourcentage de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	+	-	+	++	non
Données de mortalité						
Toutes	Décès périnataux	++	+	++	++	oui
	Morts nés	++	+	++	++	oui
	Décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	+	++	++	++	oui
Données de morbidité						
Toutes	Nouveaux cas de SIDA	+ / -	+/-	++	++	non
Une	Nouveaux cas de tuberculose	++	++	++	++	oui
	Nouveaux cas de cancers du sein	+/-	+	++	+	non
Facteurs de risque						
Toutes	Distribution de l'indice de masse corporelle	+ / -	++	++	-	non
	Pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	+ / -	+	++	+	non
Conditions de vie et de travail						
Toutes	Personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	+	++	++	++	oui
Une	Accidents au travail	+	++	++	++	oui
Données de prévention						
Une	La diphtérie	+/-	-	++	++	non
	Le tétanos	-	--	++	+	non
	La coqueluche	-	-	++	++	non
	La poliomyélite	+/-	-	++	++	non
	La rougeole	+	+ / -	++	++	oui

5.2 Comparabilité des données et des travaux HMP

Pour compléter les éléments sur la comparabilité des données apportés par les participants au projet Isare au cours du recueil de données, nous nous sommes référés aux travaux en cours dans le cadre du Health monitoring program. Seuls les travaux dont les rapports intermédiaires ou finaux étaient disponibles au moment de l'analyse des résultats d'Isare ont été pris en compte.

Deux projets fournissent des éléments sur la comparabilité régionale des indicateurs : le projet ECHI⁷ et le projet Eurochip⁸.

Le projet ECHI vise à proposer une liste d'indicateurs de santé pour la communauté européenne. Tous les indicateurs sélectionnés dans le projet Isare figurent dans le projet ECHI sauf un (le nombre de personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route). Un des buts du projet ECHI était de proposer aux États membres des informations appropriées de santé pour faire des comparaisons internationales et justifier leur politique nationale de santé. Le projet ECHI s'est aussi intéressé à l'intérêt et la faisabilité de la collecte de ces indicateurs au niveau régional. Seuls deux indicateurs retenus dans le projet Isare ne semblaient pas présenter d'intérêt ou semblaient difficiles à collecter au niveau régional d'après le projet ECHI (la distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) dans la population, le nombre d'accidents liés au travail).

Le projet Eurochip porte sur les indicateurs de santé dans le domaine des cancers. Cinq indicateurs sélectionnés dans le projet Isare figurent dans le projet Eurochip (la distribution de l'indice de masse corporelle dans la population, le pourcentage de fumeurs réguliers de plus de 15 ans, le pourcentage de la population adulte (25 à 64 ans) qui a achevé un enseignement donné, l'incidence du cancer, la mortalité par cancer). Le projet Eurochip s'est intéressé aux problèmes de collecte, de qualité, de disponibilité au niveau régional des données. En ce qui concerne la collecte des données, celles concernant le pourcentage de fumeurs posent problème, de plus d'après le projet Eurochip, des données comparables entre pays ne sont pas encore produites concernant cet indicateur. En ce qui concerne la qualité des données, seul l'indicateur pourcentage de la population qui a achevé un enseignement donné ne pose pas de problème, cependant d'après le projet Eurochip, les données concernant cet indicateur sont disponibles pour des années différentes selon les pays. Les cinq indicateurs communs aux deux projets sont disponibles au niveau régional d'après le projet Eurochip, bien que cette disponibilité régionale soit partielle selon les pays pour l'incidence du cancer.

D'autres projets du HMP portent sur la comparaison de données entre pays sans prendre en compte les données régionales.

Un projet HMP spécifique sur la mortalité⁹ apporte des éléments de comparabilité des données de mortalité au niveau international. Il ressort des résultats de ce projet que les données de mortalité par grands chapitres (tels qu'utilisés dans Isare) sont globalement comparables d'un pays à l'autre, certaines difficultés apparaissant quand on arrive à un niveau de détail plus fin.

La comparabilité internationale des données de médecine générale, d'admissions hospitalières, de maladies transmissibles, de cancer est abordée dans un projet HMP sur les méthodes pour produire des données de morbidité comparables dans les pays de l'Union européenne¹⁰.

Les comparaisons de données de médecine générale (soins primaires) sont difficiles entre États membres du fait de différences dans les systèmes de soins. Il n'y a pas de recueil uniforme de données de médecine générale (soins primaires) à travers les pays. Par exemple, certains des États membres se focalisent plutôt sur l'utilisation des services de santé dans les hôpitaux et recueillent peu d'information sur les soins primaires. Les pays qui re-

⁷ *Design for a set of European community health indicators. Final Report, Février 2001.*

⁸ *European cancer health indicator project. Final report, Juillet 2003.*

⁹ *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics. Final Report. French Institute of Health and Medical Research, Juillet 2001.*

¹⁰ *Methodologies for producing EU-WIDE comparable disease-specific morbidity data: development of an electronic inventory of data sources. Final Report. Office for National Statistics, United Kingdom, Mars 2001.*

cueillent des données de médecine générale ont souvent des systèmes de soins primaires différents et les données sont donc difficiles à comparer.

Le recueil des données sur les admissions hospitalières est obligatoire dans tous les pays à l'exception du Luxembourg et l'exhaustivité se situe entre 90 et 100 %. Les données d'admission sont aussi collectées à travers des enquêtes hospitalières, par exemple au Portugal, en Grèce et en Espagne.

Tableau 40 : Intérêt et comparabilité des données selon divers projet du HMP – tableau de synthèse

	ECHI	Eurochip	MPCDSM (a)	EURO-MED-DATA
Professionnels de santé				
Médecins	DI			
Infirmières (y compris les sages-femmes)	DI			
Infirmières (à l'exclusion des sages-femmes)	DI			
Sages-femmes	DI			
Médecins généralistes	DI		DNC	
Dentistes	DI			
Pharmaciens	DI			
Services de santé				
Lits de soins aigus	DI			
Admissions par an en soins aigus	DI		DC	
Lits de gynécologie, obstétrique ou maternité	DI			
Journées d'hospitalisation par an	DI			
Journées d'hospitalisation par an en gynécologie, obstétrique ou maternité	DI			
Admission par an en gynécologie, obstétrique ou maternité	DI		DC	
Césariennes	DI			
Opérations de la cataracte	DI			
Prothèses de hanche	DI			
Avortement provoqués	DI			
Données démographiques et socio-économiques				
Estimation de la population	DI			
Nombre de naissances vivantes	DI			
Nombre de décès	DI			
% de personnes de 15 à 64 ans au chômage	DI			
% de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études secondaires	DI	DC		
% de la population adulte (de 25 à 64 ans) ayant validé des études supérieures	DI	DC		
Données de mortalité				
Décès périnataux	DI			
Morts nés	DI			
Décès par tranche d'âge, par sexe et par cause	DI	DNC (concernant les cancers)	DC	
Données de morbidité				
Nouveaux cas de SIDA	DI		DC	
Nouveaux cas de tuberculose	DI		DC	
Nouveaux cas de cancers du sein	DI	DNC	DC	
Facteurs de risque				
Distribution de l'indice de masse corporelle	DI	DNC		
Pourcentage de fumeurs âgés de plus de 15 ans	DI			
Conditions de vie et de travail				
Personnes blessées ou tuées dans les accidents de la route	DNI			
Accidents au travail	DNI			DC
Données de prévention				
La diphtérie	DI			
Le tétanos	DI			
La coqueluche	DI			
La poliomyélite	DI			
La rougeole	DI			

DC = donnée globalement comparable à l'échelon européen

DNC = donnée non ou difficilement comparable à l'échelon européen et/ou posant un problème de qualité

DI = donnée présentant un intérêt au niveau régional

DNI = donnée ne présentant pas d'intérêt au niveau régional ou difficile à collecter

(a) Methodologies for producing EU-WIDE comparable disease-specific morbidity data

Les systèmes de signalement des maladies transmissibles à l'intérieur des différents pays sont semblables, bien que l'organisation des moyens pour le contrôle des maladies transmissibles varient à travers les États. Les systèmes de surveillance pour le contrôle des maladies infectieuses existent dans tous les pays. Selon les pays, les signalements peuvent être faits par les médecins, les cliniques et les laboratoires. La majorité des pays ont adopté des questionnaires standardisés pour collecter l'information. Certains pays ont établi des laboratoires de référence pour les maladies à signaler. L'inventaire européen des moyens de surveiller les maladies transmissibles a montré que dans la plupart des pays, une institution nationale est responsable de la validation et de l'analyse des données. Tous les pays rapportent qu'un bulletin épidémiologique est publié au niveau national, bien que la fréquence de publication varie.

Dans la plupart des pays, le recueil des données sur les nouveaux cas de cancers est effectué au travers de registres et des données nationales extrapolées sont en général disponibles. La plupart des pays utilisent le codage de la CIM bien que la Grèce, la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège utilisent la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie. La majorité des pays sont membres de l'association internationale des registres des cancers. Cette société, créée en 1966, a pour but d'encourager l'échange d'information entre les registres des cancers, d'améliorer la qualité des données et la comparabilité entre registres.

Enfin, les travaux du programme EURO-MED-DATA¹¹ ont porté sur le recueil de données médicales en routine et leur utilisation. Deux conclusions utiles au projet Isare se dégagent au niveau de la comparabilité internationale des données.

Le secteur du système de soins secondaires est caractérisé en Europe par une certaine homogénéité en ce qui concerne les données médicales collectées en routine dans les hôpitaux, ceci est dû en fait à ce que les systèmes nationaux de classification sont basés sur la CIM.

A l'exception des données sur les accidents au travail et les maladies professionnelles, il est impossible de comparer les données de santé au travail.

Il se peut que d'autres projets HMP apportent des informations sur la comparabilité des données régionales, mais tous les projets HMP ne sont pas téléchargeables à partir du site Internet de la Commission européenne.

¹¹ *European situation of the routine medical data collection and their utilisation for health monitoring. Final Report, Décembre 2001*

5.3 Exemples d'analyses

Trois exemples d'analyse sont développés ici pour illustrer l'utilisation qui peut être faite de données ainsi collectées.

5.3.1 Mortalité infantile

Le premier exemple concerne un indicateur d'état de santé : la mortalité infantile. Sur les 214 régions santé Isare des 14 pays participant au projet Isare, nous avons recueilli l'information nécessaire (c'est-à-dire le nombre de décès survenus pendant les 365 premiers jours de vie et le nombre de naissances vivantes durant la même période) dans 156 régions. Cet indicateur est donc disponible dans 73 % des régions au sein de la base ainsi constituée. Dans toutes les régions où la valeur est disponible, celle-ci concerne l'année 1999.

Le taux moyen de mortalité infantile sur l'ensemble des régions étudiées est de 4,8. Dans 87 régions (56 %), le taux de mortalité infantile est inférieur à cette valeur et dans 69 régions (44 %) supérieur.

Alors que le taux de mortalité infantile de chaque pays, recalculé à partir de l'ensemble des données recueillies, varie entre 3,7 et 5,7, les valeurs extrêmes observées varient entre 0,9 et 11,7. De plus, la variabilité à l'intérieur de chaque pays est toujours supérieure à la variabilité trouvée entre pays. Les valeurs extrêmes observées concernent le plus souvent des « petites » régions, c'est-à-dire ayant une population peu importante. Ces éléments sont illustrés dans le tableau de résultat ainsi que dans le graphique qui présente le nombre de régions concernées par déciles. On note que les valeurs extrêmes de mortalité infantile concernent un nombre limité de régions et que près des deux tiers des régions ont des taux de mortalité infantile compris entre 3,3 et 5,7 décès pour mille naissances vivantes.

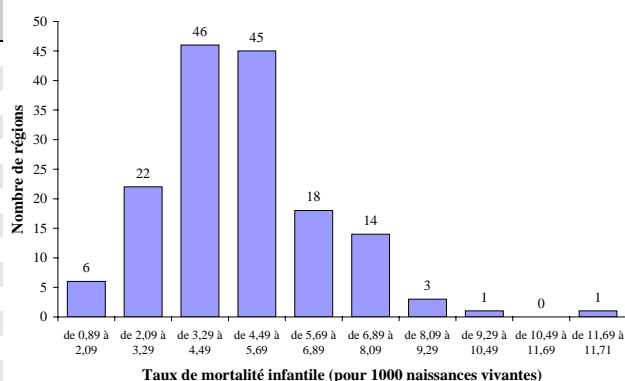
La représentation cartographique des taux de mortalité infantile montre que les variations de ce taux ne respectent pas les frontières d'une part, et sont importantes entre régions d'un même pays d'autre part.

L'analyse de ces données pose cependant quelques questions : le nombre de décès par région va de 1 à 855 et le nombre de naissances vivantes enregistrées va de 515 à 176 578. Dans 70 régions (45 % des cas), le nombre annuel de naissances vivantes est inférieur à 10 000. Ceci pose la question de la validité d'un calcul sur une seule année. Il est sans doute nécessaire de travailler sur des moyennes triennales, voire quinquennales.

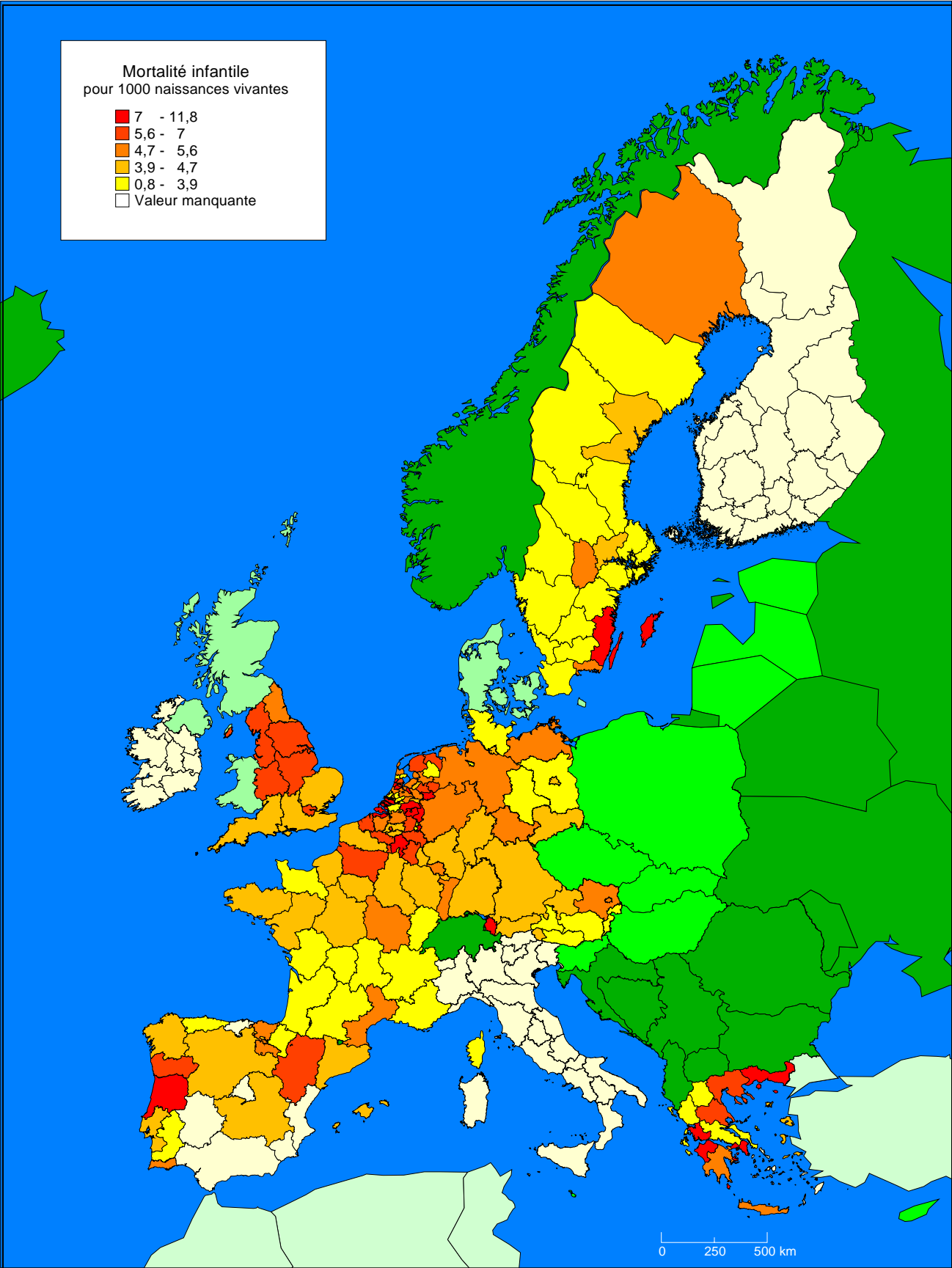
Tableau 41 : Mortalité infantile

pays	nombre de réponses	moyenne	écart-type	valeur minimale	valeur maximale
Allemagne	16/16	4,4	0,7	3,1	5,6
Angleterre	9/9	5,6	0,9	4,4	6,8
Autriche	9/9	4,3	1,4	2,7	7,1
Belgique	11/11	5,7	0,9	4,1	7,3
Espagne	10/17	4,2	1,1	1,9	5,9
Finlande	0/21	nd	nd	nd	nd
France	22/22	4,2	0,7	2,6	5,6
Grèce	12/13	5,3	1,8	2,9	8,5
Irlande	0/8	nd	nd	nd	nd
Italie	0/21	nd	nd	nd	nd
Luxembourg	1/1	4,1	--	4,1	4,1
Pays-Bas	40/40	5,5	2,3	1,5	11,7
Portugal	5/5	5,2	1,3	3,9	7,2
Suède	21/21	3,7	1,6	0,9	7,8
Total	156/214	4,8	1,7	0,9	11,7

Graphique 1 : Distribution par déciles des régions selon la valeur de mortalité infantile



Carte 1 : Taux de mortalité infantile dans les régions d'Europe



5.3.2 Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants

Le deuxième exemple concerne un indicateur d'offre de soins : le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants. Comme pour l'exemple précédent, la valeur peut être calculée pour 156 régions sur 214 (73 %) bien que ce ne soit pas exactement pour les mêmes régions. Ceci veut dire que, pour ces régions, à la fois le nombre de lits de soins aigus et le nombre d'habitants sont disponibles. Dans 103 régions, l'indicateur est donné pour l'année 1999. Dans les autres cas, il correspond à l'année 1998 (12 régions), 2001 (40 régions) ou 2002 (1 région).

Le taux d'équipement calculé sur l'ensemble des régions est de 4,0 lits pour 1 000 habitants. Les variations observées entre pays sont plus importantes que celles relevées pour le taux de mortalité infantile et celles entre régions un peu moins importantes.

Dans 94 régions (60 %), la valeur est inférieure à la moyenne calculée sur l'ensemble des régions disponibles et dans 62 régions (40 %), elle est supérieure.

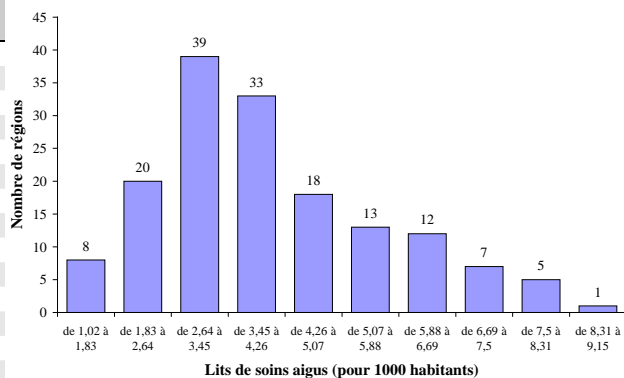
La variabilité à l'intérieur d'un pays n'est supérieure à la variabilité entre pays que dans trois pays.

L'étude du graphique représentant la distribution par déciles des régions montre que les valeurs observées sont plus étalées. Celle de la carte montre que les pays ont des taux plus homogènes que pour l'indicateur d'état de santé étudié précédemment et que le dessin des frontières entre États apparaît plus clairement, montrant que cet indicateur est fortement lié aux choix politiques de chaque pays.

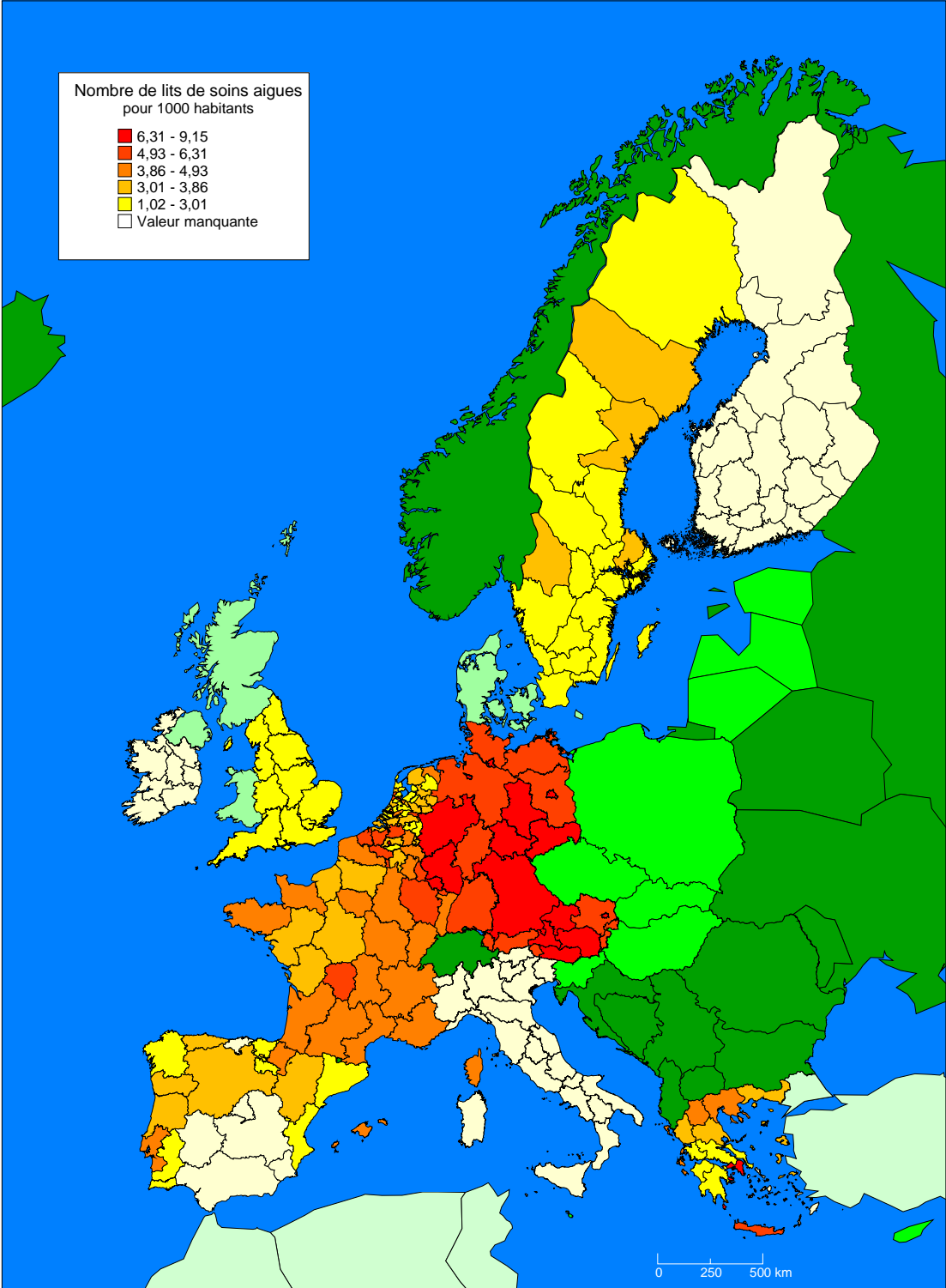
Tableau 42 : Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants

pays	nombre de réponses	moyenne	écart-type	valeur minimale	valeur maximale
Allemagne	16/16	6,7	0,9	5,5	9,2
Angleterre	9/9	2,2	0,3	1,6	2,6
Autriche	9/9	6,3	0,9	5,2	7,9
Belgique	11/11	4,8	1,4	2,5	7,6
Espagne	10/17	3,3	0,5	2,7	3,9
Finlande	0/21	nd	nd	nd	nd
France	22/22	4,2	0,4	3,6	5,0
Grèce	12/13	3,9	1,4	1,6	7,2
Irlande	0/8	nd	nd	nd	nd
Italie	0/21	nd	nd	nd	nd
Luxembourg	1/1	5,8	--	5,8	5,8
Pays-Bas	40/40	3,4	1,3	1,0	7,7
Portugal	5/5	3,3	0,8	2,3	4,4
Suède	21/21	2,7	0,3	1,6	2,6
Total	156/214	4,0	1,65	1,0	9,2

Graphique 2 : Distribution par déciles des régions selon la valeur du nombre de lits de soins aigus



Carte 2 : Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants dans les régions d'Europe



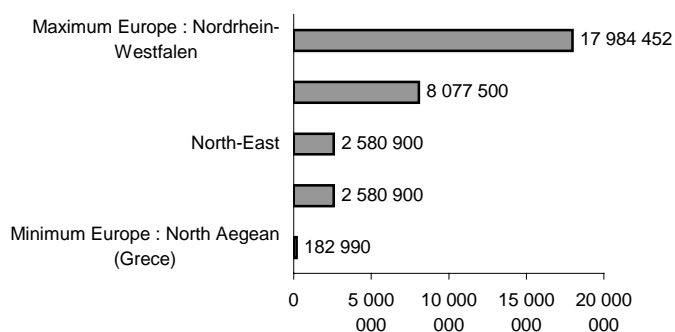
5.3.3 Exemple de fiche synthétique : région "North East" d'Angleterre

Ce troisième exemple concerne les indicateurs démographiques et économiques de la région North East en Angleterre. Le tableau présenté ci-dessous correspond au type de tableau que l'on obtient en utilisant la fonction "fiche région" sur le site www.isare.org. Il présente pour un thème donné, la valeur des indicateurs pour la région sélectionnée et les extrêmes nationaux et européens.

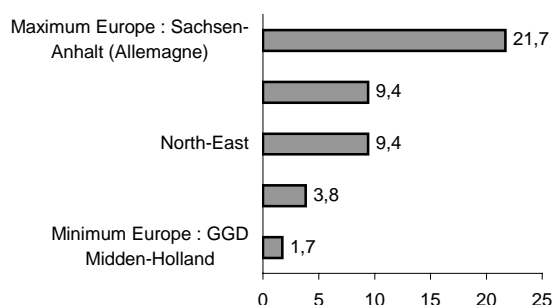
La région North East en 1999 comptait 2 580 900 habitants. Il s'agissait de la plus petite des 9 régions santé Isare d'Angleterre. A l'échelon européen, sur les 98 régions pour lesquelles nous disposons de la donnée, la région North East se situe en 66^e position (en partant de la plus petite région). La population est extrêmement variable entre régions santé Isare, la plus petite d'entre elles (North Aegean en Grèce) ne comptant que 182 000 habitants soit 98 fois moins que la plus grande d'entre elles, Nordrhein-Westfalen (Allemagne). En terme de classement, de par sa proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus, le North East peut être considéré comme moyennement âgé, tant à l'échelon national qu'europpéen. De même, il s'agit au niveau européen d'une région moyennement jeune, dans la mesure où, avec une proportion 22,3 % de personnes de moins de 20 ans, le North East se situe au 45^e rang des 98 régions santé Isare pour lesquelles nous disposons de la donnée.

En revanche, en Angleterre, le North East apparaît comme particulièrement touchée par le chômage, qui concerne 9,4 % de sa population adulte de 14 à 64 ans, taux le plus élevé du pays. Réaliser cette analyse à l'échelon européen nuance cependant ce constat. La région North East se situe certes dans le tiers des régions les plus touchées, mais reste cependant très éloignée de la situation que l'on enregistre en Sachsen-Anhalt (Allemagne), qui compte 21,7 % de chômeurs parmi sa population adulte.

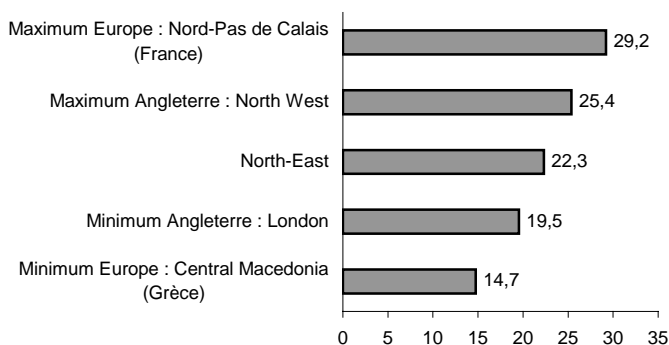
Graphique 3 : Population totale



Graphique 4 : % de personnes au chômage dans la population adulte de 15 à 64 ans



Graphique 5 : % de population âgée de moins de 20 ans



Graphique 6 : % de population âgée de 75 ans ou plus

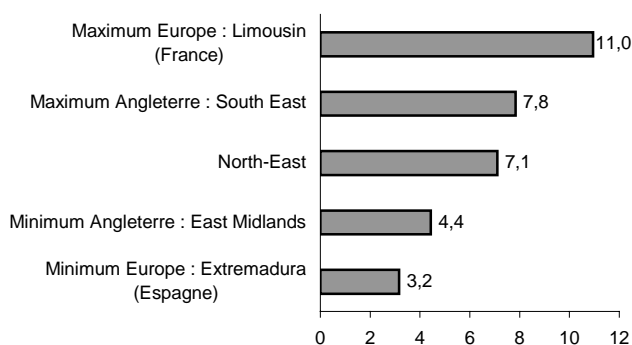


Tableau 43 : Indicateurs démographiques et économiques de la région North East, comparés aux extrêmes anglais et européens

	Angleterre				Europe		
	Valeur	Rang	Minimum	Maximum	Rang	Minimum	Maximum
Population totale	2 580 900	1 / 9	2 580 900	8 077 500	66 / 98	182 990	17 984 452
% de population âgée de moins de 20 ans	22,3	2 / 9	19,5	25,4	43 / 98	14,7	29,2
% de population âgée de 75 ans ou plus	7,1	4 / 9	4,4	7,8	45 / 98	3,2	11,0
% de personnes au chômage dans la population adulte de 14 à 64 ans	9,4	9 / 9	3,8	9,4	106 / 156	1,7	21,7

5.4 Enquête réalisation

Le questionnaire de l'enquête réalisation comportait des questions sur les modalités de recueil d'information, les méthodes utilisées pour répondre aux questions sur la qualité des données, les difficultés rencontrées, le temps de travail nécessaire et d'éventuelles recommandations ou commentaires.

Nous avons reçu des réponses de 11 pays sur les 14 participants. Les réponses manquantes concernent la Finlande, le Portugal et la Suède. Le détail des réponses obtenues est fourni en annexe.

Concernant les modalités de recueil de l'information, on constate que, aussi bien pour les données portant sur toutes les régions (liste courte) que sur celles portant sur une région particulière (liste étendue), les correspondants ont fait appel à des sources de données multiples :

- bases nationales,
- bases régionales,
- enquêtes nationales,
- enquêtes régionales,
- requêtes particulières auprès d'organismes pour des données non disponibles en routine.

A titre d'exemple, pour les données recueillies dans le cadre de la liste courte, un pays, la Belgique, a dû faire appel à quatre de ces catégories de sources et deux pays, l'Angleterre et la Grèce à trois. Seules la France et l'Irlande ont pu obtenir les données demandées en interrogeant des bases de données nationales. Les réponses concernant la liste étendue sont très similaires.

Pour ce qui est de l'appréciation sur la qualité des données, plusieurs méthodes sont citées dans les réponses :

- validation des données par recoupement de bases,
- expertise propre des participants au projet Isare,
- avis d'experts tiers,
- avis des utilisateurs des bases de données,
- qualité reconnue de la base de donnée.

Là aussi, plusieurs méthodes ont été utilisées par les participants, généralement deux ou trois.

De nombreuses difficultés ont été mentionnées par nos partenaires concernant le recueil des données :

- l'identification des bases de données pertinentes, d'une part, des interlocuteurs pouvant communiquer les données d'autre part,

- le retard dans la production des données dans une forme utilisable,
- la concordance entre les données disponibles et les définitions proposées,
- les problèmes d'accessibilité aux données liés à des obstacles administratifs,
- le fait que les données ne soient pas toujours accessibles sous un format facilement utilisable, la charge de travail nécessaire pour les transcrire dans les formats requis dans le cadre du projet Isare,
- la difficulté d'accéder aux données de l'année demandée : il n'a pas toujours été possible en 2003 d'obtenir les données de l'année 1999 : dans certains cas, une année plus ancienne a été transmise, dans d'autres cas une année plus récente,
- dans certains pays, en raison de la mise en place récente des régions santé Isare, les données ne sont pas forcément déjà disponibles à cet échelon géographique ; de même dans quelques pays, certaines données peuvent n'être disponibles qu'au niveau national.

Trois pays ont signalé avoir renoncé à communiquer des données disponibles. Dans ces pays, ceci porte sur un nombre très limité de données, voire sur une seule donnée. C'est toujours lié à un défaut majeur de qualité de la donnée ou de non concordance totale avec la définition proposée.

Huit pays ont précisé le temps nécessaire à la collecte des données. Il varie entre 10 heures et trois à quatre mois. Entre ces extrêmes, un groupe de trois pays a mis environ une semaine pour l'effectuer et un autre groupe de trois pays entre trois et quatre semaines. Il apparaît cependant que, dans deux ou trois cas, il y a sous-estimation du temps requis, seul le temps de coordination du recueil de données dans le pays étant mentionné. Il faut aussi noter que les difficultés de recueil de données citées plus haut ont entraîné un accroissement notable du temps de travail nécessaire pour accomplir les tâches demandées.

Au niveau des recommandations on note :

- la nécessité d'élargir le recueil à des indicateurs portant sur l'état de santé au sens large et les déterminants de santé,
- le développement de contacts plus étroits entre les détenteurs d'information dans les pays pour aplanir les problèmes techniques de mise en commun de données,
- la mise en œuvre d'un recueil régulier des données,
- le besoin de travailler sur certaines définitions pour les rendre plus précises ou plus opérationnelles.

5.5 Recensement des sources de données

En parallèle du recueil de données, l'enquête Isare a permis de colliger les différentes sources de données auxquelles les participants ont fait appel. Nous avons intégré ces informations en annexe avec les tableaux récapitulatifs sur les données recueillies.

On peut relever que les sources de données contactées sont le plus souvent nombreuses. À l'exception de l'Allemagne, l'Autriche et la Finlande qui ont eu recours à une source unique, dans les autres pays, c'est entre trois et sept sources différentes qui ont été consultées. Ces sources peuvent être aussi bien les instituts nationaux de la statistique que des organismes plus spécialisés ou plus locaux.

Cette diversité des sources montre la nécessité de développer un réseau de producteurs de données en lien avec la santé entre les régions d'Europe si on désire rendre possible la mise à jour régulière et l'amélioration continue d'une base de données sur ce thème et à ce niveau géographique.

6. Discussion

Les résultats d'Isare 2 ont été présentés aux membres du steering group et à l'ensemble des correspondants régionaux du projet lors d'une réunion qui s'est tenue à Bordeaux le 16 décembre 2003. Une réunion du steering group a également eu lieu à la fin février 2004. La discussion qui suit est largement inspirée des débats qui ont eu lieu lors de cette rencontre de Bordeaux.

Une démarche expérimentale

Il convient avant tout de rappeler qu'Isare 2 est une démarche exploratoire et que sa finalité n'est en aucun cas de créer une base de données officielle, mais de tester la faisabilité du recueil des données de santé aux niveaux infra nationaux dans l'Union européenne. A terme, ce projet doit aboutir à des recommandations permettant de faciliter l'intégration de données de santé régionales dans les bases de données européennes.

Ainsi, la base de données qui a été créée dans le cadre du projet souffre de plusieurs limites. D'une part, elle ne couvre que les régions de 13 des 15 pays de l'Union, le Danemark n'ayant pas souhaité participer au projet Isare 2 et l'Italie n'ayant pas pu transmettre ses données en temps utile.

D'autre part, du fait même que la démarche ait toujours été présentée comme expérimentale, la base de données créée ne peut être d'accès libre. Aucune démarche officielle demandant aux autorités de chaque pays la transmission de données en vue de leur intégration dans une base de données n'a été menée. Seules les données transmises par les correspondants du projet Isare ont été utilisées, correspondants qui oeuvrent dans la plupart des cas à un niveau infra-régional et non national. Enfin, en raison du caractère expérimental de la base, la démarche n'incluait pas de véritable procédure de validation et vérification des données, préalable indispensable à toute diffusion de données via internet.

Dans Isare 2, le recueil a été volontairement limité à un ensemble restreint de données (38) dans le but de ne pas surcharger le travail des correspondants de chaque pays. Elles ont été sélectionnées parmi les 130 données de la liste Isare 1 (elle-même élaborée à partir de la liste d'indicateurs préconisée par ECHI¹²). Le choix des données a été effectué en fonction de leur disponibilité et de leur utilité en matière d'aide à la décision dans les politiques régionales de santé publique.

Nous avons fait le choix de ne pas développer de définitions propres à Isare mais d'utiliser celles retenues par l'OMS¹³ Europe pour sa base « Health for all », par l'OCDE¹⁴ et le BIT¹⁵.

Les choix des données, des définitions et des indicateurs calculés à partir des données, même s'ils ont été validés par les membres du steering group n'ont aucun caractère définitif. Ils seront probablement amenés à évoluer en fonction des conclusions et avancées d'autres projets du Health monitoring program (HMP) et du Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008).

¹² ECHI : European Community Health Indicators

¹³ OMS : Organisation mondiale de la santé

¹⁴ OCDE : Organisation de la coopération et de développement économiques

¹⁵ BIT : Bureau international du travail

Les apports

Isare 2 a permis de construire une base expérimentale européenne de données régionales dans le domaine de la santé en s'appuyant sur un réseau d'experts et de correspondants régionaux. Le projet a par ailleurs permis de recenser les organismes susceptibles de transmettre des données de santé, non seulement au niveau national mais également régional, élément qui facilitera le développement et l'enrichissement des bases officielles.

A partir des données recueillies, un ensemble d'indicateurs a été calculé. La diffusion de ces indicateurs a été testée grâce au développement d'un démonstrateur de base de données accessible via internet. Il permet d'accéder à diverses informations sur la démarche ainsi qu'à la base d'indicateurs. Le présent rapport ainsi que celui du projet Isare 1 sont également disponibles sur ce site, en anglais comme en français. L'accès à la base de données ne peut se faire qu'à l'aide d'un mot de passe, pour les raisons décrites précédemment. Divers modes d'interrogation sont disponibles qui permettent d'obtenir soit un tableau présentant la valeur d'un indicateur pour un ensemble de régions déterminé par l'utilisateur, soit une fiche synthétique présentant la situation d'une région donnée, par rapport aux régions extrêmes de son pays et de l'ensemble de l'Union européenne.

Mais la démarche Isare 2 a également montré que la construction d'une base se heurte à diverses difficultés, liées aussi bien à la disponibilité des données, qu'à l'accès effectif aux données existantes, à leur qualité ou comparabilité.

Les difficultés dans le recueil des données

Selon les résultats de la première phase du projet Isare, la disponibilité des données de santé au niveau régional semblait élevée et même totale pour certaines d'entre elles.

Isare 2 ne confirme que partiellement ce résultat : dans la pratique, il n'a jamais été possible d'obtenir une donnée à la fois dans toutes les régions santé Isare et pour l'année demandée (1999). C'est le cas en particulier des données démographiques et de mortalité, qui, selon Isare 1, auraient été disponibles dans toutes les régions santé Isare d'Europe, mais qui n'ont pu être transmises par l'ensemble de nos correspondants.

Ceci est dans quelques rares cas dû à un manque de précision des informations recueillies dans le cadre d'Isare 1 dans certains pays ou certaines régions. Mais d'autres éléments expliquent ce décalage entre disponibilité théorique et accès effectif, comme par exemple, la difficulté à identifier les interlocuteurs pertinents pour accéder en pratique à certaines données.

Dans quelques pays (France et Irlande), le recueil a été relativement aisé car possible au travers de bases nationales dont l'accès n'est pas limité. En revanche, dans les autres pays, il a été nécessaire de faire appel à des sources multiples : bases de données et enquêtes nationales ou locales.

Dans certains pays, l'organisation administrativo-politique a compliqué la tâche des correspondants. C'est le cas en particulier de l'Espagne, pays dont le niveau de décentralisation est très marqué. Le correspondant a fait le choix de ne faire appel qu'à des organismes régionaux pour rassembler les données, bien qu'il existe des bases de données nationales. Ce choix était motivé par une meilleure qualité des données régionales. De ce fait, il ne lui a pas non plus été possible d'obtenir des réponses de toutes les régions. La Belgique a également été confrontée à des difficultés proches, liées à la gestion régionalisée de certaines données de santé.

L'expérience d'Isare montre que pour pouvoir construire une base de données européenne d'indicateurs régionaux de santé, il est nécessaire de faire appel non seulement à des institutions nationales productrices de statistiques, mais de pouvoir également s'appuyer sur un réseau de structures régionales. Le recours à des correspondants locaux complique certes le recueil de données mais s'avère indispensable. Il permet d'accéder à des données qui ne sont disponibles que localement et que les institutions nationales ne rassemblent pas en routine. De plus, et nous y reviendrons, de par leur position et leur qualité d'utilisateur de données régionales, ils bénéficient d'une exper-

tise particulière et précieuse sur la fiabilité et les limites d'interprétation des données, qui vient compléter celle détenue par des structures nationales.

Qualité et comparabilité des données

Le projet Isare 2 a nécessité, pour homogénéiser le recueil des données dans les régions d'Europe, de proposer des définitions pour chacune des données recueillies. Le groupe de pilotage a choisi de se référer, dans l'attente de définitions plus précises, issues des autres travaux du HMP, aux définitions proposées par l'OMS et, à défaut, par l'OCDE ou le BIT. On note que, le plus souvent, nos correspondants ont déclaré nous transmettre des données conformes à ces définitions. Ce point sera développé plus loin.

Cependant, les définitions utilisées n'ont pas vocation à devenir des définitions de référence. L'élaboration de définitions de référence est nécessaire pour arriver à une harmonisation des bases de données santé au niveau européen. En particulier, le travail effectué par Eurostat pour la base Newcronos devra être pris en compte.

Le recours à des sources de données multiples, nationales ou régionales, peut entraîner certaines incohérences entre les valeurs introduites dans la base de données Isare 2 et celles présentées dans d'autres bases de données. Notamment, le calcul d'indicateurs au niveau national basé sur des valeurs régionales peut donner des valeurs différentes de celles issues des statistiques nationales d'un pays. L'Espagne, mais pas seulement ce pays, fournit un exemple de ce type pour nombre des données recueillies. Un travail de consolidation des données afin d'obtenir des valeurs cohérentes entre niveaux géographiques différents devra être effectué lorsque des indicateurs régionaux de santé seront introduits en routine dans les bases de données européennes.

Dans Isare 2, l'approche de la comparabilité des données s'appuie principalement sur les indications fournies par les correspondants des 14 pays participants. Les avis de ces correspondants concernent tant la comparabilité temporelle (évolution de la qualité des données ou du mode de recueil, changement de définition...) que la comparabilité entre régions. La conformité, la comparabilité géographique et la comparabilité temporelle sont considérées comme bonnes ou très bonnes pour la plupart des données recueillies.

En se basant sur les seuls avis des correspondants, l'approche de la comparabilité entre régions n'aurait été que partielle. En effet, les questions ne portaient que sur la comparabilité entre régions de leur propre pays et non sur la comparabilité avec des régions d'autres pays. C'est pour cette raison que l'enquête menée a été complétée par la prise en compte des conclusions d'autres travaux du HMP disponibles à ce jour. Ainsi, on s'aperçoit que si la comparabilité entre régions d'un même pays est le plus souvent, mais pas toujours, jugée bonne ou très bonne, quand on s'intéresse à la comparabilité des données entre pays, des limites apparaissent dans un certain nombre de domaines. Un exemple de ce type de difficultés est la donnée « nombre de médecins généralistes » : il n'y a, le plus souvent, aucune difficulté à faire des comparaisons entre régions d'un même pays, les définitions et modes de dénombrement étant les mêmes au sein d'un pays. Par contre, quand on compare les données entre des régions de pays différents, les effets des modes d'organisation de la médecine, propres à chaque pays, apparaissent et les données sont plus difficilement comparables : le nombre de médecins généralistes dans le Hainaut en Belgique n'est pas forcément comparable au nombre de médecins généralistes dans la région « North East » d'Angleterre.

Les réponses des correspondants montrent également que les données sont très fréquemment utilisées pour des analyses régionales, même lorsque les indicateurs ne sont pas conformes aux définitions internationales proposées. Ce point confirme combien il est important pour les décideurs locaux de pouvoir disposer, en sus des données nationales, de données régionales.

Le choix des échelons géographiques de recueil

Les données ont été recueillies au niveau des régions de santé telles qu'elles ont été déterminées au cours du projet Isare 1. Dans chaque pays, un échelon géographique avait été sélectionné avec le correspondant du projet, selon divers critères, dont en particulier la correspondance avec un échelon de démocratie locale et l'existence à ce niveau de compétences dans le domaine de la politique sanitaire. Dans le cadre d'un mouvement général de régionalisation des politiques de santé, l'utilisation de ces critères avait été motivée par l'idée qu'une base de données régionales devait répondre aux besoins des décideurs locaux. L'utilisation de ces critères appelle cependant certaines remarques.

Les régions santé Isare sont parfois instables, comme le montrent les exemples de la Grèce ou de l'Angleterre où l'organisation territoriale des politiques de santé a évolué entre Isare 1 et Isare 2. L'Irlande va d'ici quelques années être confrontée à la même évolution. Si cela se produisait alors qu'une base de données était en place, cela risque de se traduire probablement par des problèmes de continuité des séries historiques. A titre d'exemple, en Grèce, en raison de la création récente des régions santé Isare, nombre de données ne sont pour l'instant disponibles que pour des régions agrégées, problème qui devrait néanmoins être rapidement résolu.

La non correspondance des régions santé Isare avec les NUTS et le recours à différents niveaux NUTS posent plusieurs problèmes.

D'une part, cette non correspondance se traduit dans certains cas rares, par l'absence de données comme par exemple en Irlande, où les estimations de population ne sont pas disponibles en routine à l'échelon des régions santé Isare. Cependant, face à des cas similaires, nos correspondants nous ont généralement indiqué qu'il s'agissait de données pouvant être recalculées à partir de leurs systèmes d'information.

D'autre part, cette non correspondance pose problème vis-à-vis de la politique d'homogénéisation des données à l'échelon européen et de l'intégration des données régionales de santé dans des bases existantes. En effet, afin de permettre la collecte, l'établissement et la diffusion de statistiques régionales harmonisées dans la Communauté, la NUTS a été officiellement reconnue comme nomenclature territoriale de référence par le Parlement européen et le Conseil¹⁶. Eurostat ne recueillera et traitera désormais les données qu'aux niveaux NUTS.

Ainsi, en raison à la fois de la vocation expérimentale du projet Isare (tester la faisabilité du recueil des données aux niveaux infra nationaux dans chacun des pays de l'Union européenne) et du caractère officiel de la NUTS, les situations de non correspondance devront trouver une solution à l'avenir. Soulignons néanmoins que ce règlement européen a été adopté alors même que le projet Isare 2 était dans sa phase finale. Pour la suite du projet Isare, deux solutions se présentent :

- l'abandon de la notion de région santé et l'utilisation systématique des NUTS pour le recueil de données. Une telle option, si elle répond parfaitement aux contraintes liées à la NUTS, va à l'encontre de la logique de base de données développée à destination d'acteurs régionaux. Rappelons, en effet, que les régions santé Isare correspondent à des échelons administratifs infra nationaux au niveau desquels les politiques locales de santé sont organisées. Il s'agit donc des niveaux auxquels il est pertinent pour un décideur local de disposer d'informations en santé ;
- l'agrégation de plusieurs régions santé Isare afin d'obtenir des NUTS (cf. note en annexe). Il se trouve qu'il est en effet possible de reconstruire entièrement les régions NUTS 2 par agrégation des régions santé Isare en Irlande et en Grèce et partiellement en Finlande et aux Pays-Bas. Enfin, au Portugal, seule une des cinq régions santé Isare correspond à un niveau NUTS. Les autres régions santé Isare, même agrégées, ne permettent pas de reconstruire des NUTS.

Il est donc possible, dans la plupart des pays, de poursuivre le recueil des données dans les régions santé Isare et, lors du calcul, de décliner les indicateurs, à la fois au niveau des régions santé Isare et des niveaux NUTS. Ce point sera précisé dans le cadre du projet Isare 3.

La disparité de taille des régions santé Isare, déjà soulignée dans le rapport Isare 1, ne va pas non plus sans poser des problèmes méthodologiques de comparaison comme on l'a vu dans l'exemple de la mortalité infantile. A ti-

¹⁶ Règlement (CE) n° 1059/2003 du 26 mai 2003

tre indicatif, il existe un rapport de 1 à 300 en termes de population entre la plus petite région santé Isare (Gotlands Laen en Suède – 57 684 habitants) et la plus grande (Nordrhein Westfalen en Allemagne – 17 984 452 habitants).

Par ailleurs, et c'est là un problème commun aux régions santé Isare et aux NUTS, la comparaison de zones géographiques dont les caractéristiques sont très éloignées nécessite quelques précautions. A titre d'exemple certaines régions se limitent à des villes (les villes-Land d'Allemagne) dont l'équipement sanitaire a vocation à répondre aux besoins de leur propre population mais aussi des populations avoisinantes. Leurs indicateurs d'offre de soins ne peuvent donc être comparés à ceux d'autres régions.

Tout ceci amène à reconduire une recommandation déjà émise lors de la phase I du projet Isare, à savoir la nécessité de favoriser une approche flexible en intégrant à une base de données régionales différents niveaux géographiques.

7. Conclusion

Le projet Isare 2 a montré que la construction d'une base de données santé au niveau des régions d'Europe, à partir d'informations régionales, était possible. La mobilisation d'un réseau d'interlocuteurs œuvrant à l'observation de la santé dans les régions apporte une plus value : leur connaissance du terrain, leur lien étroit avec les décideurs locaux vient compléter utilement les connaissances des gestionnaires des bases de données nationales.

En tenant compte de leur disponibilité, de leur qualité et de leur conformité à la définition, un nombre élevé de données (27 sur 38) peuvent d'ores et déjà être utilisées pour bâtir des indicateurs à intégrer dans une base de données régionales de santé.

Il faut relever aussi l'intérêt manifeste des participants au projet Isare, tant au niveau des pays que des organismes internationaux. Cet intérêt met en relief l'apport de la vision régionale dans les études et analyses effectuées au niveau de l'Europe.

Le projet Isare 2 a également permis de mettre en relief les difficultés qu'il reste à surmonter avant que l'intégration de données de santé régionales dans les bases de données européennes soit de routine :

- une partie du travail d'identification des sources de données et des interlocuteurs pertinents reste à faire. Il s'agit d'un investissement important au début du recueil de données régionales mais qui ne sera qu'à actualiser ultérieurement ;
- les niveaux géographiques de référence doivent continuer à être précisés en cherchant à obtenir le meilleur gain possible en termes d'aide à la décision tout en tenant compte des règles européennes qui sont mises en place ;
- un travail reste à faire au niveau des définitions afin de pouvoir disposer de références pouvant être utilisées de manière large en Europe. Ce travail n'est pas spécifique au projet Isare mais est commun à de nombreux projets du Health monitoring program et du nouveau programme de santé publique européen ;
- enfin, si on a pu montrer que la comparabilité de données entre régions d'un même pays ne posait pas de problème majeur dans la plupart des cas, il demeure certaines questions sur la comparabilité entre régions de pays différents. Là aussi, il ne s'agit pas d'un problème propre au projet Isare.

La poursuite du projet Isare devra permettre de répondre à différentes questions :

- intégrer les pays accédant à l'Union européenne le 1^{er} mai 2004 (Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Slovaquie, Slovénie et République tchèque),
- actualiser les données sur les régions santé Isare définies lors de la phase 1 du projet, notamment en recherchant le niveau NUTS le plus pertinent,
- travailler sur des exemples d'utilisation d'informations issues d'une base de données santé à l'échelle des régions d'Europe.

Liste des participants au projet Isare 2

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

Danièle Fontaine,	Fédération nationale des ORS
Frédéric Imbert,	Observatoire Régional de Santé de l'Alsace
Bernard Ledésert,	Observatoire Régional de Santé du Languedoc-Roussillon
Alexandre Pitard,	Observatoire Régional de Santé de Haute-Normandie
André Ochoa,	Coordinateur du projet, Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine

Membres du groupe de pilotage

Badeyan Gérard,	Haut Comité de Santé Publique, France
Berghmans Luc,	Observatoire de la Santé du Hainaut
Brand Helmut,	Landeinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW
Beguiristain Aranzasti Jose Maria,	Gouvernement Basque, Département de la santé, Sous direction de la planification en santé
Kramers Pieter,	Département de la prospective en santé publique, Institut national de santé publique et environnement, Pays-Bas
Larranaga Padilla Isabel,	Gouvernement Basque, Département de la santé
Montserrat Antoni,	DG-Sanco
Tse Yared Wendy,	Organisation mondiale de la santé
Wilkinson John,	Observatoire de santé publique Northern et Yorkshire

Membres du projet Isare 2

BADEYAN Gérard / Haut Comité de Santé Publique	FRANCE
BEGUIRISTAIN ARANZASTI José Maria / Gouvernement basque-département de la santé	ESPAGNE
BERGHMANS Luc / Observatoire de la santé du Hainaut	BELGIQUE
BERTINATO Luigi /	ITALIE
BRAND Helmut / Institut de santé publique - NordRhein Westfalen	ALLEMAGNE
FONTAINE Danièle / Fnors	FRANCE
GISSER Richard / Direction de la population – Statistiques Autriche	AUTRICHE
HOLLAND Susanne / Conseil national de la santé et de l'action sociale	SUÈDE
IMBERT Frédéric / ORS Alsace	FRANCE
KARDASIS Stamatios / Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
KOSKINEN Seppo / Institut national de santé publique	FINLANDE
KOUNALAKIS Dimitri /	GRECE
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
LIONIS Christos / Deputy Director, Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
MC CARTHY Tim / Département de la santé des enfants	IRLANDE
MONTSERRAT Antoni / DG-Sanco	COMMISSION EUROPEENNE
OCHOA André / Bureau Fnors & ORS Aquitaine	FRANCE
PITARD Alexandre / ORS Haute-Normandie	FRANCE
ROULLEAUX Mady / Direction de la Santé (Médecine Préventive et Sociale)	LUXEMBOURG
SICARD Frédéric	COMMISSION EUROPEENNE
SOLOMITA Giuseppe /	ITALIE
TAVARES Fernando / Administrateur régional de la santé - Nord	PORTUGAL
TRUGEON Alain / Fnors	FRANCE
TSE YARED Wendy / Organisation mondiale de la santé	DANEMARK
van VELDHUIZEN Harriet /	PAYS-BAS
WEBER Guy /	LUXEMBOURG
WILKINSON John / Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire	ROYAUME-UNI
ZWAKHALS Laurens /	PAYS-BAS

Autres participants au projet Isare 2

ABAD José Maria / Comunidad Autonoma de Aragon	ESPAGNE
ALDASORO Elena / Comunidad Autonoma del Pais Vasco	ESPAGNE
ALFONSO Rosario / Comunidad Valenciana	ESPAGNE
ARRAZOLA ANDER / Comunidad Foral de Navarra	ESPAGNE
BERRA Paul / Observatoire de la santé du Hainaut	BELGIQUE
CABEZA Elena / Comunidad Autonoma de Illes Balears	ESPAGNE
CATARINO Judite / ARS - Nord	PORTUGAL
DOBER Vera / Statistiques Autriche	AUTRICHE
ERICSSON Vanja / Swedish Federation of County Councils	SUÈDE
FARCHI Gino /	ITALIE
GISPERT Rosa / Comunidad Autonoma de Cataluna	ESPAGNE
GRANDEY Michael / Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire	ROYAUME-UNI
GREEN Kristina / Swedish Federation of County Councils	SUÈDE
KRAEMER Daniela / Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg	ALLEMAGNE
LADO M. Eugenia / Comunidad Autonoma de Galicia	ESPAGNE
MARGOLLES Mario / Principado de Asturias	ESPAGNE
MÜHLBERGER Albert / Statistiques Autriche	AUTRICHE
O'SHEA Chiara /	IRLANDE
PERUCHA Milagros / Comunidad Autonoma de la Rioja	ESPAGNE
RAMOS Mauro / Comunidad Autonoma de Extremadura	ESPAGNE
REIS Joao / ARS - Nord	PORTUGAL
RUIZ Carmelo / Comunidad Autonoma de Castilla y Leon	ESPAGNE
SERRANO Pedro / Comunidad Autonoma de Canarias	ESPAGNE
SEVASTAKI Eirini / Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
STEFANAKI Chrisoula / Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
STEFANAKI Eirini / Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
TASOULIS Dimitrios / Regional Health and Welfare System of Crete	GRECE
THAUVOYE Nicole / Observatoire de la santé du Hainaut	BELGIQUE
TELLIER Véronique / Observatoire de la santé du Hainaut	BELGIQUE
WALROND Susan / Observatoire de santé publique Northern & Yorkshire	ROYAUME-UNI
ZOUARY Patrick /	FRANCE

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.