



SIGMA

LE BULLETIN DE LA STATISTIQUE EUROPEENNE

ISSN 1018-516X

01 2005

Une injection de statistiques dans la politique de la santé



COMMISSION
EUROPÉENNE



Sigma – le bulletin de la statistique européenne produit par Eurostat

Rédacteur en chef

Gunter Schäfer

Rédaction

Philippe Bautier, Annika Östergren-Pofantis, Aurora Ortega Sánchez,

Publié par

Office des publications officielles des Communautés européennes.

N° de catalogue

KS-BU-05-001-FR-C

Luxembourg 2005

© Communautés européennes

Imprimé en Belgique

Les points de vue exprimés dans *Sigma* sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la Commission européenne.

Sigma est disponible gratuitement auprès de:

Eurostat

Service de Presse et Communication

Bech A3/094

L-2920 Luxembourg

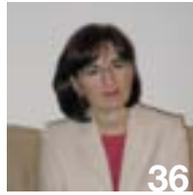
Fax: + 352 4301 35349

email: eurostat-pressoffice@cec.eu.int

Nous souhaitons **remercier** tous ceux qui ont contribué au présent numéro, et en particulier:

Tim Allen, Ulrika Arver, José Ramón Biosca, Angela Blanco, Christian Bösnecker, Alessandra Burgio, Marie-Clémence Canaud, Michal Cigas, Louise Corselli-Norblad, Roberta Cialesi, Département des statistiques de l'agriculture et de l'environnement de l'Office statistique central de Hongrie, Marleen De Smedt, Anca Dumitrescu, Didier Dupré, Michael Feith, Laurent Freysson, Mary Heanue, Magda Holubova, John Kinder, Gaétan Lafortune, Peter Mach, David Morgan, Jarolsav Novák, Niels Rasmussen, Christiane Rosenow, John F. Ryan et Bertrand Thélot.

Sommaire



4 Editorial

THÈME SANTÉ

5 1994-2005: une décennie marquante pour les statistiques de la santé et de la sécurité dans l'UE

12 Le partenariat pour les statistiques de la santé publique

17 Faits et chiffres sur la santé

19 Les statistiques de la santé – Un même travail fait de différentes façons!

25 Développer l'information et la connaissance pour améliorer la santé publique

27 La sécurité d'abord!

30 «Les comparaisons avec les autres États membres: un must»

32 «Surveiller, alerter, prévenir»: les missions de l'Institut de Veille Sanitaire

34 Zoom sur l'unité «Traumatismes»

36 Vers l'harmonisation des statistiques de la santé en Europe

38 La division de la santé de l'OCDE: quatre axes de travail au programme

NOUVELLES D'EUROSTAT

42 Joaquín Almunia, Commissaire aux Affaires économiques et monétaires

44 Le directeur général d'Eurostat souhaite renforcer la coopération au sein du SSE

46 La qualité, sujet prioritaire pour la directrice générale adjointe d'Eurostat

48 En bref...

PORTRAIT D'UN ETAT MEMBRE

49 «Plus statisticiens que fonctionnaires ...»

53 Un avenir à l'Office pour un jeune diplômé

NOUVELLES DES ETATS MEMBRES

54 Un «silo» pour les statistiques agricoles

56 Vous avez des problèmes de diffusion? Ne vous inquiétez pas, PC-Axis est là pour vous aider!

57 La modernisation de l'infrastructure statistique à l'Office national de statistique du Royaume-Uni

59 eSTATISTIK.core: l'obtention de statistiques directement à partir des systèmes informatiques des entreprises

61 Le nouveau guichet statistique de l'Office allemand de la statistique

62 Panel communautaire des ménages et comparabilité internationale

Editorial

Après une interruption de deux ans, je suis heureux de vous présenter le premier numéro du « nouveau » Sigma. Si la présentation a été modifiée, chaque numéro continuera de traiter d'un thème particulier, tout en vous donnant des nouvelles d'Eurostat et des différents acteurs du Système statistique européen (SSE).

Le présent numéro s'intéresse plus particulièrement aux statistiques de la santé, un domaine qui a pris de plus en plus d'importance ces dernières années. Aujourd'hui, Eurostat publie des données sur l'état de santé et ses déterminants, sur la santé et la sécurité au travail, sur les causes de décès et sur les soins de santé dans l'UE. Toutes ces données sont basées sur des statistiques fournies par les États membres. Le présent numéro de Sigma vous donne un aperçu des méthodes de collecte des statistiques de la santé dans les États membres de l'UE, de l'organisation des travaux au niveau de l'UE et de l'utilisation des données par la Commission européenne et les États membres. Vous découvrirez également les deux grands partenaires internationaux d'Eurostat dans ce domaine, à savoir l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

L'année passée, l'équipe dirigeante d'Eurostat a changé. Dans ce numéro, vous en saurez plus sur le Commissaire européen en charge des Affaires financières et monétaires, M. Joaquín Almunia, sur la directrice générale adjointe ainsi que sur moi-même. Par ailleurs, les instituts nationaux de statistique (INS) d'Allemagne, de Hongrie, de Suède et du Royaume-Uni ont contribué à ce numéro par des articles sur un large éventail de sujets. Enfin, nous continuons la présentation des INS des nouveaux États membres, avec cette fois une rencontre du directeur général de l'Office statistique slovaque et de plusieurs de ses collègues.

J'espère que vous apprécierez ce premier numéro du « nouveau » Sigma et je suis très intéressé à connaître vos commentaires et réactions à son sujet.

Günther Hanreich
Directeur général d'Eurostat

1994-2005: une décennie marquante pour les statistiques de la santé et de la sécurité dans l'UE



Marleen De Smedt, chef de l'unité
« Santé et sécurité alimentaire »
d'Eurostat

Combien y a-t-il eu d'accidents du travail dans l'UE au cours des trois dernières années ? Quelle est la consommation d'alcool parmi les adolescents et les jeunes adultes ? Dans l'UE, combien de personnes souffrent-elles d'une déficience visuelle grave ? Ces trois questions ne sont que des exemples parmi les nombreuses demandes de statistiques sur des questions de santé et de sécurité qu'Eurostat reçoit régulièrement des institutions européennes, de chercheurs, de l'industrie ou du grand public. Les besoins et les demandes en matière de statistiques de la santé augmentent rapidement et devraient continuer à le faire en raison de l'évolution des préoccupations politiques tant au niveau national que communautaire et de l'intérêt de plus en plus marqué de la population pour son état de santé.

Grâce aux activités statistiques développées par Eurostat dans le domaine de la santé et de la sécurité au cours de la dernière décennie au sein du Système statistique européen (SSE), nous avons sensiblement augmenté notre capacité à

fournir des données fiables en réponse aux requêtes qui nous sont adressées. Les efforts de modernisation et d'harmonisation que nous menons nous permettront de faire face dans une large mesure à cet accroissement de la demande de don-

nées par un développement accru de la production et de la diffusion de statistiques sur la santé et la sécurité.

Une demande accrue de statistiques sur la santé et la sécurité

Les premiers projets menés par Eurostat dans le domaine des statistiques de la santé ont concerné les **accidents du travail** en raison des politiques et directives communautaires établies dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail en 1990 (voir également l'article de la page 27).

Le traité de Maastricht adopté en 1992 a alors introduit des dispositions concernant explicitement la **santé publique** et a ainsi servi de base pour les actions menées dans ce domaine.

Une année plus tard, le Conseil a décidé que les **statistiques de la santé et de la sécurité** constituaient un domaine prioritaire pour les actions à mener en matière d'information statistique. Lors du séminaire sur les statistiques sociales organisé par Eurostat en 1994 à Mondorf, les "statistiques de la santé" ont été, pour la première fois, inscrites à l'ordre du jour.

Les travaux d'Eurostat dans le domaine des statistiques de la santé et de la sécurité se sont poursuivis alors dans le cadre du programme statistique communautaire 1998-2002, bénéficiant en outre de l'appui d'activités financées par le « programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé 1997-2002 ». Ce dernier a fait la place au « programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique 2003-2008 » dont un des trois grands objectifs est « l'information en matière de santé » et qui contient une référence explicite au développement du **volet statistique de l'information en matière de santé** dans le cadre du programme statistique communautaire.

Se basant sur cette référence, le programme statistique communautaire 2003-2007 fixe les grands axes de l'action en matière de statistiques de la santé : continuer à développer le

système des statistiques de la santé et en renforcer l'infrastructure afin de mieux répondre aux besoins spécifiques résultant du programme d'action communautaire sur la santé publique et d'autres programmes communautaires.

La question de l'égalité de chance pour toutes les personnes indépendamment de leur sexe, de leurs capacités, de leur race occupe une place de plus en plus importante au sein de l'Union européenne. Des politiques et programmes communautaires ont été lancés afin de permettre aux personnes atteintes d'un handicap de participer pleinement à la vie en société. La nécessité de disposer d'informations statistiques fiables sur les personnes souffrant d'un handicap a été clairement formulée dans la communication de la Commission de 2000 intitulée « Vers une Europe sans entraves pour les personnes handicapées ». En outre, le Conseil européen de 1999 sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées a invité la Commission à suivre et à analyser l'évolution de l'emploi des personnes handicapées en se basant sur des données comparables. En conséquence, le programme statistique communautaire prévoit également l'établissement de statistiques sur le **handicap et l'intégration sociale des personnes handicapées**.

Le SSE va également devoir répondre aux besoins d'informations résultant de la priorité donnée par le Comité de la protection sociale du Conseil à **l'accessibilité et la viabilité durable des soins de santé** (ressources physiques et financières des soins de santé) dans le cadre de la « protection sociale ». Les projets récents relatifs aux migrations des professionnels de la santé et des patients ainsi que les discussions au sein du Comité de la politique économique du Conseil sur les besoins spécifiques découlant de la fourniture de soins de santé dans des sociétés vieillissantes vont également nécessiter des données pertinentes.

Au niveau national, les États membres de l'UE sont confrontés à d'importants changements politiques et sociaux qui affectent fortement les services sociaux et de santé et les ressources nécessaires à leur financement. La structure des services de soins de santé connaît de profondes mutations dans tous les États membres. Non seulement on assiste à un glissement général des soins en hospitalisation vers les soins sans admission ou ambulatoires mais, dans les États membres où existe un système traditionnel de couverture des soins de santé au plan national, on observe une tendance de plus en plus marquée à la privatisation des soins et/ou à une limitation des remboursements par les systèmes publics. Les États membres ont donc besoin de statistiques comparables au niveau communautaire dans ces domaines.

Le saviez-vous? En moyenne, chaque Belge, Italien et Autrichien a consulté son médecin généraliste cinq fois en 2001, contre deux fois pour chaque Grec et Finlandais.

Source: Eurostat

Au fil des ans, les travaux relatifs à l'établissement de statistiques sur les problèmes de santé liés au travail se sont intensifiés et ont bénéficié de l'appui de plusieurs programmes communautaires. La « stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006 » impose la pleine mise en œuvre de la collecte et de l'analyse des statistiques européennes relatives aux **accidents du travail** et aux **maladies professionnelles** ainsi que l'observation de leurs **coûts socio-économiques**, de même que l'établissement d'indicateurs sur la **qualité du travail** et sur les **problèmes de santé liés au travail**.

Un nouveau système de statistiques de la santé

Au cours des années 80, Eurostat avait déjà commencé à collecter des données en matière de santé et de sécurité comme, par exemple, certaines données générales sur les causes de décès, sur le nombre de médecins ou sur les accidents du travail. Toutefois, ces activités étaient menées dans le cadre d'autres statistiques et il n'existait aucune stratégie commune pour l'élaboration de statistiques sur la santé et la sécurité.

En 1994, quand j'ai commencé à travailler à Eurostat, j'ai été le premier administrateur recruté pour s'occuper spécifiquement des statistiques de la santé. Peu à peu, une équipe s'est constituée et des contacts réguliers ont été établis avec les collègues d'autres services de la Commission, notamment ceux de la direction Santé publique de l'ex-DG V de la Commission, devenue aujourd'hui DG Santé et protection des consommateurs. En 2002, une unité a été créée à Eurostat pour s'occuper des statistiques de la santé ainsi que de la sécurité alimentaire.

À partir de 1994, en collaboration avec les collègues statisticiens des États membres travaillant dans le domaine de la santé, des mesures ont progressivement été prises pour mettre en place un cadre des statistiques de la santé et moderniser les statistiques existantes. L'idée fondamentale était, selon les principes de l'épidémiologie, de mettre en place un ensemble cohérent de statistiques de base qui décriraient, d'une part, l'état de santé de la population dans toutes ses dimensions (depuis la santé jusqu'au décès) et ses déterminants et, d'autre part, les services et ressources mis en œuvre dans le domaine des soins de santé pour résoudre les problèmes de santé ainsi que le financement de ces services et ressources.

L'objectif était (et est toujours) d'élaborer un système de statistiques de la santé qui puisse refléter les risques liés à la santé et les déterminants de celle-ci, présenter les différences socio-économiques pertinentes entre les populations et inclure, si besoin est, des ventilations régionales. Ce système peut être

considéré comme un sous-système des statistiques sociales, présentant également des liens fonctionnels avec les statistiques économiques par le biais des concepts, définitions et classifications utilisés. L'accent est mis sur le développement d'un système durable qui permet l'analyse des tendances, tout en étant suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution des politiques et des demandes, des services de santé et de la méthodologie.

Développement en étroite collaboration avec les États membres

Les statistiques sur les causes de décès ont été un des premiers domaines auxquels des améliorations significatives ont été apportées. En coopération avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Eurostat a élaboré un mécanisme plus structuré pour la communication régulière par les États membres des statistiques relatives aux causes de décès aux niveaux national et régional. Avec l'aide d'un certain nombre d'experts nationaux dans le domaine des statistiques des causes de décès, une liste restreinte de 65 (groupes de) causes a été élaborée. Servant principalement à des fins de diffusion, cette liste pouvait également être utilisée par les États membres pour transmettre des données à Eurostat.

Lors de sa première réunion en février 1996, le groupe de travail « Statistiques de la santé publique » a discuté et convenu d'une nouvelle approche systématique et a recommandé de poursuivre les travaux selon trois axes : *statistiques sur les causes de décès, données d'enquêtes relatives à la santé et à ses domaines connexes* et *statistiques sur les soins de santé*. Des task forces ont été créées pour chacun de ces domaines.

Le saviez-vous? En 2002, la Grèce comptait un dentiste pour 850 habitants et la Pologne un pour 3 600.

Source: Eurostat

À partir de 1994, une collaboration étroite s'est instaurée peu à peu avec des experts des États membres, grâce notamment au soutien actif de M. Jacques Bonte, alors directeur adjoint des statistiques socioculturelles à l'Office statistique néerlandais (CBS). Parmi les autres membres de cette équipe toujours plus importante d'experts volontaires qui couvraient les grands domaines des statistiques de la santé, on compte notamment Karen Dunnel de l'ONS (Royaume-Uni), Eric Jouglia



L'équipe de santé: de gauche à droite, Marleen De Smedt, Bart De Norre, Tine Christiansen, Sabine Gagel, Elodie Niederlaender, Lucian Agafitei, Susanne Resmalm, Antti Karjalainen, Marko Ylitalo et Didier Dupré

de l'INSERM (France) et Gunter Brueckner du Statistisches Bundesamt (Allemagne).

Cette coopération s'est développée malgré la période difficile que traversaient les statistiques de la santé dans la plupart des États membres. Les vagues successives de restrictions budgétaires qui ont affecté les statistiques au cours des années 1980 et 1990 ont durement affecté les statistiques de la santé dans la plupart si ce n'est la totalité des États membres. Des expertises ont été perdues, les analyses ont été moins nombreuses et une baisse de la qualité a même parfois été observée. Grâce aux efforts de collaboration développés au niveau de l'UE, les intéressés ont pu disposer d'un forum actif pour se soutenir

mutuellement, partager leurs connaissances et expériences et discuter de problèmes communs, ce qui a permis en partie de compenser la baisse des ressources.

Le LEG santé et le Partenariat santé

Une étape importante dans le développement de la coopération avec les États membres a été la création en 1998 du « Leadership Group on Health Statistics » (le « LEG santé »). En sa qualité de coordinateur et de partenaire, l'Office statistique néerlandais (CBS) a partagé avec Eurostat la responsabilité de la coordination des différents projets menés dans

le domaine complexe des statistiques de la santé. Les trois autres partenaires – l'INSERM (France), l'ONS (Royaume-Uni) et le Statistisches Bundesamt (Allemagne) – ont également déployé des efforts considérables, se partageant la direction des différentes task forces. Avec les États membres, ils ont tissé un solide réseau qui a acquis une excellente réputation au fil des ans, réputation qui a rejailli à son tour sur l'ensemble du SSE.

Dans la perspective de l'élargissement et étant donné le fait que les activités passaient peu à peu de la phase du développement à celle de la mise en œuvre, le "LEG santé" a proposé que les travaux menés dans le cadre du partenariat en matière de statistiques de la santé entre Eurostat et les États membres, tel qu'il fonctionnait avec succès au sein du LEG santé, soient poursuivis dans une structure adaptée. Les directeurs des statistiques sociales ont donc convenu en 2002 du « Partenariat santé ».

La nouvelle structure fait clairement la distinction entre les travaux de mise en œuvre des opérations de collecte et de transmission des données à Eurostat et les (nouveaux) travaux de développement relatifs aux méthodes de collecte, d'analyse et de diffusion des données. L'Office statistique national du Royaume-Uni (ONS) s'est proposé pour reprendre le rôle de coordination assumé jusque là par l'Office statistique néerlandais (CBS), tandis que les collègues de l'Institut national de la santé publique (DK), du CSO (IRL) et de l'ISSG (Lux) ont accepté de prendre chacun la direction d'un groupe thématique.

Dès le lancement du Partenariat santé en mai 2003, les dix pays alors candidats ont pleinement participé. Au plan pratique, le partenariat fonctionne par le biais de groupes techniques (rassemblant l'ensemble des États membres et se concentrant essentiellement sur les questions de mise en œuvre) et de groupes restreints (comportant un nombre limité d'États membres et s'attachant aux aspects de coordination et d'orientation). En outre, la structure permet la création de task forces *ad hoc* pour des tâches spécifiques comme, par exemple, l'examen de questions méthodologiques (voir l'article de la page 12).

La coopération avec les organisations internationales

Les statistiques de la santé se sont développées aussi en bénéficiant de l'expérience et de l'expertise d'autres organisations internationales comme la Division statistique des Nations unies (DSNU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE) et l'Organisation internationale du

travail (OIT), de nombreux experts des États membres de l'UE participant également aux travaux de ces organisations.

Au fil des ans, les modalités pratiques des travaux de collecte des données et d'élaboration de la méthodologie (notamment en matière de classification) ont été convenues entre Eurostat et les organisations internationales actives dans le domaine de l'information sur la santé, notamment l'OMS et l'OCDE.

L'histoire des statistiques sur les causes de décès

La « plus vieille » série de statistiques de santé – celle sur les causes de décès – était déjà à l'ordre du jour du Congrès international de statistiques organisé il y a un siècle et demi. Toutefois, l'introduction de la dixième version révisée de la Classification internationale des maladies (CIM10-OMS) aux alentours de 1990 n'a pas eu lieu en même temps dans tous les États membres. Certains États membres ont continué d'utiliser la CIM8 ou la CIM9 alors que d'autres appliquaient déjà la CIM10. Pendant de nombreuses années, les comparaisons entre les 15 États membres n'ont donc pas été possibles. Et ce n'est toujours pas le cas aujourd'hui entre les 25 États membres. Il ne s'agit pas seulement d'un exemple des conséquences du manque de ressources dans les États membres. Cette situation a posé de sérieux problèmes pour la restructuration de ces statistiques à Eurostat. C'est la raison pour laquelle une nouvelle liste restreinte de 65 causes a été définie (voir plus haut). Cette liste permet d'analyser les tendances et de procéder à des comparaisons entre les pays sur les principales causes de décès, quelle que soit la version de la CIM qui est utilisée.

Les séries statistiques sur les causes de décès sont encore considérées comme l'élément fondamental de l'information sur l'évolution de l'état de santé de la population. Ces données ont été à la base de l'observation des maladies émergentes comme le sida ou la maladie d'Alzheimer. Toutefois, leur élaboration entraîne de sérieux problèmes dans les États membres et il conviendrait que ceux-ci mettent rapidement en œuvre au cours des prochaines années plusieurs recommandations dont ils ont convenu, notamment le module commun pour les certificats de décès, la diffusion du manuel européen pour la formation interactive des certificateurs (un programme de formation a été préparé en 2004) et la codification automatique des causes de décès.

Création d'un système de données d'enquêtes relatives à la santé

Une des premières initiatives prises en matière d'enquêtes de santé par interview HIS, Health Interview Survey, a été l'établissement d'un inventaire sur les données relatives à la santé

et à ses domaines connexes et sur les instruments disponibles dans les États membres de l'UE, en particulier les HIS ou les modules HIS, existants ou envisagés.

Cette démarche a été à la base de la collecte de données sur 18 sujets provenant des enquêtes nationales existantes (comme l'auto-évaluation de l'état de santé, la consommation de tabac, l'activité physique, la consommation de médicaments...). En 2004, les données des nouveaux États membres ont été également collectées pour la première fois. Toutefois, leur analyse s'est avérée délicate en raison des différences constatées en matière de concepts, de définitions, de classifications et d'années de collecte.

Ces problèmes sont à l'origine de l'accord passé en 2002 entre les directeurs des statistiques sociales pour la création d'un système européen d'enquêtes de santé (EHSS). Ce système comporte d'une part une série de modules pour une HIS européenne de base (ECHIS) à mener dans le cadre du SSE et d'autre part une série de HIS européennes spéciales (ESHIS) qui peuvent être réalisées de manière *ad hoc* et couvrir des sujets spécifiques comme « la santé des enfants et des mères » ou « l'alimentation » et ne doivent donc pas nécessairement être menées dans le cadre du SSE. L'EHSS a également été adopté par les collègues de la DG Santé et protection des consommateurs. Il constitue donc un bon exemple de coopération entre les statisticiens, les chercheurs et les autorités responsables de la santé publique qui permet d'éviter tout double emploi au niveau des travaux, des activités et des ressources et d'utiliser au mieux une expertise devenue rare.

Le saviez-vous? La durée moyenne d'un séjour en hôpital était de 10 jours en République tchèque, en Lettonie, en Lituanie et en Finlande, contre 5 jours à Malte et à Chypre en 2002.

Source: Eurostat

Dans le domaine des statistiques sur le handicap, les premiers résultats à l'échelle communautaire proviennent du panel communautaire des ménages (ils ont été publiés dans un pocketbook sur le handicap et la participation sociale). L'enquête sur les forces de travail 2002 contenait un module *ad hoc* concernant l'emploi des personnes handicapées et les

premiers résultats ont été publiés en 2003 dans un numéro des statistiques en bref. Les statistiques sur le revenu et les conditions de vie (SILC) comportent une partie limitée sur le handicap et l'élaboration d'un module plus complet est prévue pour 2005.

Vers la mise en œuvre du Système des comptes de la santé

En 2000, les experts des États membres, de l'OCDE et d'Eurostat ont terminé l'élaboration du « système des comptes de la santé » SHA, System of Health Accounts (voir également l'article de l'OCDE à la page 38). Portant sur les aspects dépenses, ressources et prestations, il a pour but de définir et de structurer selon un schéma comparable les systèmes de soins de santé des États membres et des pays candidats.

Mené parallèlement au développement du SHA, le projet EU-COMP a pour but d'élaborer un système de métadonnées décrivant de manière systématique les différents « acteurs » dans les pays et la manière dont ils se partagent les tâches (prestations et financement) en matière de soins de santé.

Ces deux projets ont abouti à la mise en place d'un cadre de référence qui permet d'établir des statistiques comparables entre des systèmes de soins de santé organisés de façon différente. Eurostat a alors lancé plusieurs initiatives visant à « mettre en œuvre » le SHA. Ces initiatives couvrent, d'une part, l'introduction de nouvelles collectes de données et, d'autre part, l'amélioration et l'élargissement des collectes existantes.

En ce qui concerne les *nouvelles collectes de données*, l'accent a été et est mis sur la préparation des États membres à la première opération jamais organisée de collecte de données sur les dépenses de santé conformes au SHA, collecte qui est envisagée pour la fin 2005. Des lignes directrices pour la mise en œuvre du SHA ont été élaborées et des ateliers ont été et seront encore organisés pour que les pays parviennent à transmettre des données de première qualité sur les dépenses. En ce qui concerne *l'amélioration des collectes des données existantes*, l'accent est mis sur le personnel de la santé – médecins, infirmiers, autres professionnels de la santé – et sur les autres professions actives dans le secteur des soins de santé.

Les développements dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail

Pendant plusieurs années, les « anciens » États membres ont transmis des données annuelles à Eurostat conformément à la méthodologie des statistiques européennes des accidents du travail (SEAT). Ces données incluent également aujourd'hui des informations sur les causes et les circonstances des

accidents (phase 3). En ce qui concerne la collecte des statistiques européennes sur les maladies professionnelles (SEMP), une méthodologie (phase 1) a été élaborée et une première opération de collecte a été menée. Tant le SEAT que le SEMP sont et seront mis en œuvre dans les nouveaux États membres au cours de la période 2004-2006. L'enquête sur les forces de travail (EFT) 1999 contenait un module *ad hoc* sur les problèmes de santé liés au travail, qui sera répété à nouveau en 2007.

Indicateurs et publications

Des indicateurs sur la santé et la sécurité ont été progressivement incorporés à différentes séries d'indicateurs au niveau communautaire comme les indicateurs de développement durable, les indicateurs de la qualité du travail, les indicateurs structurels et les indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI, European Community Health Indicators).

Pour des données et des informations plus détaillées sur les statistiques de la santé et de la sécurité, on se reportera aux publications d'Eurostat de la collection Panorama « Chiffres clés sur la santé » et « Work and health in the EU », toutes deux publiées en 2004.

L'avenir

Dans le domaine de la **santé publique**, les actions futures se concentreront sur la coopération au sein du Partenariat pour la santé en particulier sur la mise en œuvre intégrale du Système des comptes de la santé, le développement et la mise en œuvre du Système européen d'enquêtes de santé et sur la mise en œuvre des recommandations visant à améliorer la qualité et la comparabilité des statistiques sur les causes de décès.

Par ailleurs, la collecte existante pour le groupe le plus important de prestataires de soins de santé – à savoir les hôpitaux – sera élargie et approfondie. À court terme, elle permettra d'obtenir des données détaillées sur les sorties d'hôpital par âge, sexe et maladie traitée, ainsi que sur les équipements de haute technologie installés dans les hôpitaux. À moyen terme, elle couvrira également le personnel et les équipements hospitaliers, les caractéristiques et la capacité des hôpitaux ainsi que des données financières.

En matière de **santé et sécurité au travail**, l'accent sera mis sur la mise en œuvre complète et l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données de la phase 3 des SEAT et de la phase 1 des SEMP, sur la collecte de données relatives aux coûts socio-économiques des accidents et sur la préparation du module *ad hoc* de l'EFT 2007 relatif aux problèmes de santé liés au travail.

Le saviez-vous? En 2002, cinq transplantations cardiaques ont été pratiquées en moyenne chaque jour dans l'UE15.

Source: Eurostat

Une des tâches les plus importantes à venir sera la préparation d'un acte législatif relatif à la production de statistiques communautaires dans le domaine de la santé et de la sécurité pour le lancement de laquelle Eurostat a reçu le soutien des États membres lors des réunions des groupes de travail concernés tenues en 2004.

Globalement, au cours de la dernière décennie, Eurostat a réalisé avec enthousiasme et grâce à la participation et le soutien permanent des États membres des progrès considérables vers la mise en place d'un système complet de statistiques de la santé et de la sécurité dans l'UE. Certains sont d'avis que la base de données toujours plus complète est une véritable « mine d'or » ! Le défi qui se pose aujourd'hui est d'en faire le meilleur usage possible, en assurant une bonne analyse et une bonne diffusion des données selon une approche intégrée et conviviale et en apportant une réponse aux préoccupations anciennes et nouvelles en matière de santé et de sécurité. Σ

Marleen De Smedt a obtenu son diplôme de docteur en médecine à l'Université d'Anvers/Louvain, avec une spécialisation en santé publique et en médecine du travail. Après huit années de pratiques hospitalières et professionnelles en Belgique, elle a rejoint la Commission européenne en 1988, travaillant pendant plus de 5 ans au sein du service responsable de la santé et de la sécurité au travail. En 1991, elle a terminé une formation complémentaire en épidémiologie et en statistiques à l'Université de Bruxelles. Elle a rejoint Eurostat en 1994 pour mettre sur pied les statistiques de la santé. Elle occupe actuellement la fonction de chef de l'unité D6 d'Eurostat « Santé et sécurité alimentaire ».

Le partenariat pour les statistiques de la santé publique



Didier Dupré : Responsable de l'équipe Statistiques de la Santé

Les statistiques de la santé publique couvrent de nombreux domaines tous aussi indispensables les uns que les autres: causes de décès, état de santé et maladies, invalidité, déterminants de la santé, personnel des services de santé et coûts de la santé. Au plan communautaire, plusieurs préoccupations politiques majeures concernent la santé publique.

Le *partenariat pour les statistiques de la santé publique* est au cœur des travaux d'Eurostat et du Système statistique européen (SSE) dans ce domaine. Qu'en est-il de ce partenariat et comment fonctionne-t-il? Pour répondre à ces questions, Sigma a rencontré plusieurs des personnes concernées.

Didier Dupré, de l'unité D6 « Santé et sécurité alimentaire » à Eurostat, nous a expliqué les principes de base du « partenariat santé ».

“En 2002, les directeurs des statistiques sociales (DSS) ont pris une décision concernant les travaux du *Leadership Group*

Health (le « LEG Santé »). Créé par le Comité du Programme Statistique en 1997, celui-ci avait pour objectif de développer certains aspects spécifiques des statistiques de la santé. Tous les États membres étaient impliqués dans le projet mais les travaux proprement dits étaient confiés à un groupe d'experts provenant de certains instituts nationaux de statistique. Le rap-

port final du LEG contenait diverses propositions concernant les travaux futurs, qui ont été approuvées par les DSS.”

À la suite de cette décision des DSS, “le LEG a cédé sa place à partir de 2003 au nouveau partenariat santé dont la mission est non seulement de poursuivre les travaux de développement déjà entamés mais également de mettre en oeuvre et d’assurer le suivi des activités dans le domaine des statistiques de la santé”.

Comment le partenariat est-il organisé ?

“Il existe un groupe de coordination qui est présidé actuellement par l’Office for National Statistics (ONS) du Royaume-Uni et qui est composé des représentants d’Eurostat et des trois groupes restreints. Ceux-ci sont responsables de trois domaines statistiques : enquêtes de santé et statistiques de la morbidité et du handicap (HIS), statistiques des soins de santé (CARE) et statistiques sur les causes de décès (COD). Présidé par un Etat membre, chaque groupe compte des représentants de huit ou neuf pays. Actuellement, l’Irlande préside le groupe sur les causes de décès, le Danemark celui sur les enquêtes de santé et le Luxembourg celui sur les soins de santé. Pour chaque domaine, il existe également un groupe technique qui regroupe l’ensemble des États membres et des pays candidats et qui s’occupe des questions de mise en oeuvre et de suivi. Des task forces peuvent être créées pour répondre à des besoins spécifiques”.

En quoi est-il différent du LEG ?

“La différence majeure par rapport à l’ancien système est le niveau d’implication des nouveaux États membres (au début pays candidats). Les responsables et les membres des groupes restreints sont réellement amenés à prendre des initiatives dans leur domaine en formulant des propositions et en examinant les développements. Les États membres sont davantage impliqués à tous les stades. Cela ne signifie pas qu’Eurostat abandonne toute responsabilité. Nous assurons la coordination avec le programme statistique communautaire ainsi qu’avec les programmes d’autres DG, par exemple les activités communautaires dans le domaine de la santé publique (DG SANCO) ou l’application de la méthode ouverte de coordination dans le domaine des soins de santé et des soins de longue durée (DG EMPL). Nous lançons et assurons le suivi des appels à propositions et des appels d’offres pour des développements complémentaires, dont nous préparons et soutenons ensuite la mise en oeuvre. Nous assurons la collecte, le contrôle, le traitement et la diffusion des données, y compris pour certains indicateurs (notamment les indicateurs structurels). Enfin, nous assurons la coordination avec les organisations internationales, faisant des présentations

lors des réunions des différents groupes, établissons des rapports sur les données, etc.”

Le saviez-vous? Le nombre de cas de mort subite du nourrisson a été divisé par deux dans l’UE15, passant d’environ 8 cas par jour en 1994 à 4 cas en moyenne par jour en 2001.

Source: Eurostat

En plus de la coordination des activités des groupes restreints, le partenariat santé a également été activement impliqué dans différents projets comme, par exemple, l’établissement de la liste des indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI), plus particulièrement en ce qui concerne la disponibilité des données. Il a pris part à différentes réunions comme la réunion conjointe OMS/UNECE/Eurostat sur la mesure de l’état de santé organisée à Genève en mai 2004, les réunions sur les programmes annuels ainsi que les réunions régulières des groupes de travail de l’action communautaire dans le domaine de la santé publique. Il a également commenté le document établi par le « Groupe des amis de la présidence » (ONU) sur la coordination internationale et sur la coopération entre les organisations internationales et les pays dans le domaine des statistiques de la santé.

Quel est l’avenir du nouveau système ?

Didier explique que le partenariat pour la santé n’ayant réellement commencé qu’en 2003, il en est encore à ses débuts. Les perspectives sont cependant encourageantes. “À la fin de l’année 2004, un premier rapport couvrant les 18 premiers mois de travail a été transmis aux DSS. Ceux-ci ont accueilli favorablement les activités en cours et le programme de travail. Nous avons récemment atteint plusieurs objectifs importants concernant par exemple la collecte des données sur les activités des hôpitaux ou la préparation de la future mise en oeuvre du système des comptes de la santé (SHA) et de l’enquête européenne par interview sur la santé (EHIS). Afin d’appuyer ces projets stratégiques et de progresser encore, l’unité D6 prépare actuellement une proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil destinée à remplacer les actuels « gentlemen’s agreements » dans les domaines des statistiques de la santé publique ainsi que des statistiques de la santé et de la



Mary Heanue, préside le groupe restreint sur les statistiques des causes de décès

sécurité au travail. Le groupe de coordination et les groupes restreints ont participé activement à la rédaction de cette proposition. Il est clair qu'un tel règlement, s'il est adopté, renforcera les activités statistiques

européennes dans ces domaines. Il ne réduira cependant pas le rôle du partenariat ou de tout autre organe similaire qui existerait dans le futur car, comme cela est le cas actuellement, les États membres continueront d'être étroitement associés à la préparation et au suivi des décisions (par exemple, mesures de mise œuvre rédaction de guides méthodologiques)."

Le groupe restreint « Statistiques sur les causes de décès »

Sigma a également rencontré Mary Heanue et Niels Rasmussen qui président les groupes restreints respectivement

sur les statistiques des causes de décès et sur les enquêtes de santé.

Après avoir obtenu son diplôme de physique, Mary Heanue a travaillé pour Intel, avant de rejoindre l'Office statistique central irlandais. Elle a travaillé sur les statistiques des causes de décès pendant environ huit ans et a participé au projet du partenariat pour la santé "officiellement pendant 18 mois mais en réalité pendant deux ans si on tient compte de la phase préparatoire".

Que fait le groupe restreint ?

"Le groupe sur les causes de décès travaille dans trois grands domaines : la certification, l'encodage et la diffusion. Il vise au final à obtenir des données au niveau NUTS 2".

Que fait-on dans chacun de ces domaines ?

"Les certificats de décès sont normalement établis par des médecins. Notre but est d'harmoniser les données collectées (âge, sexe, cause du décès, ...). Nous avons donc mis au point des outils de formation en matière de certification. Dans le



Niels Rasmussen, préside le groupe restreint sur les enquêtes de santé

cadre d'un contrat, l'ISTAT a préparé un « programme de formation de l'UE sur la certification des causes de décès ». Le groupe restreint a fait part de ses commentaires sur ce programme et notre intention est d'offrir ce programme en 2005 aux médecins et aux étudiants en médecine, de sorte qu'il puisse être utilisé dans la pratique. Parmi les travaux visant à améliorer la certification des causes de décès, on trouve également le développement d'un certificat de décès électronique”.

“En matière d'encodage des causes de décès, notre objectif est de nous conformer aux directives de l'OMS. Tous les États membres devraient appliquer la CIM-10. L'harmonisation est cependant loin d'être réalisée. Avec une classification harmonisée des causes de décès, il sera possible de l'appliquer à l'aide de logiciels. Les Américains, par exemple, ont mis au point pour ce faire un outil appelé ACME (Automated Classification of Medical Entities)”.

“En ce qui concerne la diffusion, Eurostat a publié en 2004 l'« Atlas de la mortalité » qui présente pour les 15 États membres de l'UE une analyse de la mortalité pour la période 1994-1996 au niveau NUTS 2. Il a également publié un « Statistiques en bref » sur la mortalité dans l'UE-15 entre 1997-1999. Il prévoit de publier un atlas de la mortalité pour les années 2000-2002 ainsi qu'une série de données historiques sur la mortalité pour l'UE-25”.

En plus des activités menées dans le cadre du partenariat, Eurostat a organisé une réunion « brainstorming » sur les statistiques des causes de décès à la fin du mois de juin 2004. Cette réunion a été organisée pour répondre aux préoccupations exprimées par le groupe restreint au sujet du manque d'utilisation, de visibilité et de soutien dont souffrent ces statistiques. Lors de la réunion, une stratégie globale visant à renforcer les statistiques des causes de décès a été définie. Elle est en cours de mise en œuvre.

Quel sera l'avenir des statistiques sur les causes de décès ?

“Un des problèmes qui se posent est celui du délai avec lequel certains événements présents apparaissent dans ces données. Si certains changements structurels ou si certaines grandes maladies sont apparues pour la première fois dans les statistiques sur les causes de décès (maladie de Creutzfeldt-Jakob, SIDA, ...), les décès provoqués par la vague de chaleur de l'été 2003 ont d'abord été analysés à partir de sources de données non officielles. Les statistiques sur les causes de décès ont toujours été des données annuelles. Il conviendrait peut-être de travailler avec des périodes de référence plus courtes”.

“Les technologies de l'information permettant de disposer et de traiter un volume énorme de données, beaucoup peut être

fait en matière de compilation, d'interprétation et de diffusion des données dans l'optique de répondre aux besoins des utilisateurs”.

Quand on lui demande si les statistiques sur les causes de décès ne sont pas un domaine « déprimant » pour travailler, Mary répond : “Pas du tout ! C'est un domaine statistique aussi intéressant qu'important. Dans un certain sens, c'est la « mesure ultime » de tout ce que nous faisons pour améliorer l'économie, l'environnement, le mode de vie, etc. Connaître l'âge et les causes de décès nous permet de savoir dans quelle mesure nous réussissons à améliorer notre qualité de vie”.

Le groupe restreint « Enquêtes par interview sur la santé »

Le groupe restreint sur les enquêtes par interview sur la santé est présidé par Niels Rasmussen. Sociologue de formation, il travaille à l'Institut national danois de la santé publique, un organisme semi-indépendant, au sein du ministère de la Santé, responsable du suivi de la santé publique.

Le saviez-vous? Dans l'UE15, le nombre de décès par overdose a diminué de 13 par jour en 1996 à 9 en 2001.

Source: Eurostat

Niels explique que son groupe s'occupe de “toutes les questions qui sont posées lors des interviews, en relation notamment avec l'état de santé et les déterminants de la santé, l'environnement de travail ou le recours au système des soins de santé. Les résultats permettent aux décideurs nationaux et communautaires de connaître la situation actuelle. Il ne s'agit pas d'un domaine nouveau. Les États membres ont de nombreuses années d'expérience en la matière. Nous nous occupons également des statistiques de la morbidité et des statistiques du handicap”.

“Nous développons actuellement une méthodologie pour un système européen d'enquêtes de santé (EHSS). Ce système a trois composantes : une base de données pour les interviews sur la santé ou les enquêtes par examen menées dans les États membres ; les enquêtes européennes spéciales par interview sur la santé (ESHIS) de la DG SANCO qui portent sur des questions spécifiques comme les blessures, la santé mentale ou la drogue ; une enquête européenne restreinte par inter-

view sur la santé (ECHIS) à concevoir et à mener par le Système statistique européen “.

“L’ECHIS comporte deux parties. La première est le module minimal sur la santé en Europe (MEHM) qui concerne l’état de santé, les maladies ou affections chroniques et les limitations des activités qu’elles entraînent. Un exercice pilote a été mené en 2003 et, depuis 2004, les questions posées font partie de l’enquête sur le revenu et les conditions de vie (SILC)”.

“La seconde partie de l’ECHIS, à laquelle le groupe restreint a consacré beaucoup d’attention, comporte quatre modules séparés. Le premier sur l’état de santé concerne l’auto-perception de l’état de santé, les maladies, les caractéristiques des handicaps, les soins personnels et domestiques ainsi que la santé mentale. Il est testé en 2004-2005. D’autres modules sur les déterminants de la santé, les variables démographiques et sociales et les soins de santé seront mis au point en 2005 et 2006. L’objectif est de disposer de modules entièrement testés pour le lancement en 2006 d’un exercice pilote avec les pays et une mise en œuvre effective en 2007/2008, avec une fréquence quinquennale. Un module spécifique sur les handicaps sera développé et testé en 2005/2006”.

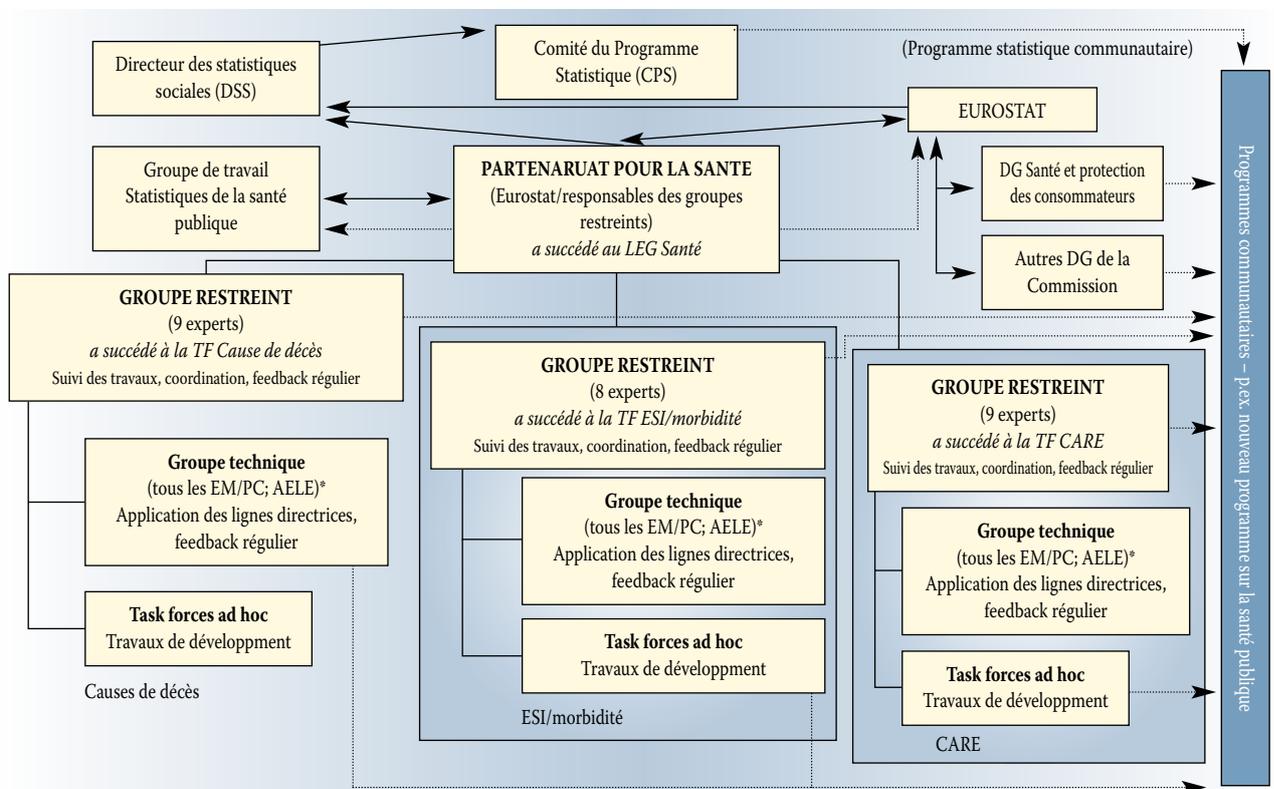
Niels fait état d’un problème qui apparaît souvent dans les travaux menés par le SSE. “La langue est un problème important lorsqu’on met au point ces modules ; nous devons en effet être certains que les termes utilisés ont la même signification dans toutes les langues. Si la traduction peut prendre une orientation technique, le sens reste primordial. Et même si vous posez la même question dans différents États membres, vous pouvez obtenir des réponses différentes à cause de facteurs culturels”.

Un autre volet important du travail concerne les lignes directrices pour les enquêtes. “Le groupe restreint travaille à la préparation de lignes directrices en ce qui concerne la taille des échantillons, les tranches d’âge, la méthodologie, etc...”

De quoi l’avenir sera-t-il fait ?

“Il reste encore beaucoup de travail pour tester et mettre en œuvre les différents modules. Se pose ensuite la question de savoir comment répondre aux dernières menaces sur la santé et comment intégrer les nouveaux concepts comme celui de capital social. Comme pour tous les domaines statistiques, la pression ne se relâche jamais“. Σ

La structure du partenariat pour la santé



* Observateurs: OMS, OCDE

Faits et chiffres sur la santé

Quels États membres comptent le plus de médecins par habitant? Quels pays sont le plus touchés par le SIDA et le cancer? Quelle est la principale cause de décès? Dans quels États membres la sécurité au travail s'est-elle améliorée? Pour répondre à ces questions, des indicateurs statistiques peuvent être utilisés. Ils permettent d'obtenir une vue d'ensemble de l'état de santé dans les différents États membres de l'UE-25

Le plus de médecins en Grèce et le plus de lits d'hôpital en République tchèque

Dans l'UE-25, on comptait en moyenne 328 médecins praticiens pour 100 000 habitants en 2001. Les États membres ayant la plus forte densité de médecins praticiens étaient la Grèce et l'Italie avec plus de 400 praticiens pour 100 000 habitants. Les Pays-Bas avaient la plus faible densité (192), suivis de la Slovénie (223) et de la Pologne (228).

Avec 1137 lits pour 100 000 habitants, la République tchèque totalisait, de loin, le plus grand nombre de lits d'hôpital, suivie par l'Irlande (994) et l'Allemagne (902). Les États membres ayant le plus faible nombre de lits d'hôpital par habitant étaient la Suède, l'Espagne et le Portugal, avec environ 360 lits pour 100 000 habitants. En 2002, la moyenne de l'UE-25 était de 639.

Les taux les plus bas de nouveaux cas de SIDA en Slovaquie et en République tchèque

En 2003, le taux le plus élevé de nouveaux cas de SIDA diagnostiqués était observé au Portugal (79 pour 1 million d'habitants), suivi de l'Espagne et de l'Italie avec des taux d'incidence aux environs de 30. La Lettonie enregistrait un taux de 25 et le Luxembourg de 18. Les autres États membres pour lesquels des données sont disponibles se situaient sous la moyenne de l'UE-25 qui était de 14,2 cas par million d'habi-

tants en 2003. Les taux les plus bas étaient observés en Slovaquie (0,4) et en République tchèque (0,8).

Après les maladies de l'appareil circulatoire, la seconde cause de décès la plus fréquente dans l'UE-25 est le cancer (néoplasme malin). En 2000, le cancer avait été à l'origine de 188 décès pour 100 000 habitants dans l'UE-25. L'État membre qui enregistrait le taux le plus bas était la Finlande (146), suivie de la Suède (158). Le taux le plus élevé était observé en Hongrie avec 262 personnes décédées du cancer pour 100 000 habitants. Le second taux le plus élevé était observé en République tchèque (234).

Depuis 1998, la sécurité au travail s'est améliorée le plus en Belgique, en Pologne et en Slovaquie

L'indice du nombre d'accidents graves du travail pour 100 000 personnes occupées permet de comparer la situation courante avec celle de 1998 (1998 = 100). Au cours de la période 1998-2002, on observe une tendance générale à l'amélioration de la sécurité au travail, l'indice montrant une diminution de 12% du taux d'incidence des accidents de travail dans l'UE-25 (cet indice était de 88 en 2002). Cette tendance se vérifie dans pratiquement tous les États membres de l'UE-25 mais varie d'un pays à l'autre. Les améliorations les plus marquées étaient notées en Belgique (-28%), en Pologne (-24%) et en Slovaquie (-23%). Σ

Quelques chiffres sur la santé

	Nombre de médecins praticants pour 100 000 habitants en 2002*	Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants en 2002**	Taux d'incidence du SIDA par million d'habitants en 2003***	Taux standardisé de décès dus au néoplasme malin pour 100 000 habitants en 2002****	Accidents au travail: indice du nombre d'accidents graves du travail pour 100 000 personnes occupées (1998=100) en 2002*****
UE-25	328 ^e	639	14,2	188	88 ^p
Belgique	385	712	8,4	205	72
République tchèque	388	1 137	0,8	234	89
Danemark	365	423	7,6	223	82
Allemagne	334	902	4,3	176	82
Estonie	311	606	7,4	201	125
Grèce	454	488	6,5	163	83
Espagne	331	365	32,8	173	103
France	302	796	11,5	187	99
Irlande	:	994	2,1	190	:
Italie	437	455	30,6	177	83
Chypre	264	438	:	:	92
Lettonie	266	810	25,0	193	108
Lituanie	399	893	2,6	196	86
Luxembourg	245	644	17,8	171	109
Hongrie	319	806	2,6	262	84
Malte	312	750	:	171	91
Pays-Bas	192	463	2,8	194	100
Autriche	332	846	5,3	171	84
Pologne	228	710	4,4	212	76
Portugal	265	365	78,6	162	:
Slovénie	223	509	3,0	205	94
Slovaquie	334	757	0,4	226	77
Finlande	313	737	4,9	146	85
Suède	298	359	5,8	158	101
Royaume-Uni	:	408	14,1	185	105

* 1999: France et Pays-Bas, 2000: Portugal et Suède, 2001: UE-25, Belgique, Grèce, Lettonie, Malte, Slovaquie 2003: Luxembourg.

** 2000: Belgique, Grèce, Suède, Royaume-Uni, 2001: Danemark, Allemagne, Espagne, Italie, Lettonie, Hongrie 2003: République tchèque, France et Malte.

*** Taux d'incidence du SIDA: taux de nouveaux cas de SIDA diagnostiqués déclarés par année de diagnostic et ajustés pour les retards de déclaration. 2001:Pays-Bas. Source: EuroHIV, UE-25 Eurostat.

**** 1997: Belgique, 1999: Danemark, 2000: UE-25, Grèce, France, Italie, Malte, Royaume-Uni, 2001: Espagne, Pologne, Slovaquie, Suède.

***** 2001: Portugal.

: Données non disponibles

p: provisoire

e: estimation

Les statistiques de la santé – Un même travail fait de différentes façons !

Dans l'Union européenne, la collecte des statistiques de la santé est organisée différemment d'un État membre à l'autre. Dans certains comme l'Allemagne et l'Italie, c'est l'institut national de statistique qui en est responsable. En République tchèque, c'est le Conseil national de la santé et, dans d'autres États membres, le ministère de la Santé.

Sigma a envoyé un questionnaire à certains États membres pour voir comment la production des statistiques de la santé y était organisée. Jaroslav Novák, chef du secteur des statistiques de l'éducation, de la santé, de la culture et de la sécurité sociale à l'Office statistique tchèque, Christiane Rosenow, chef du secteur des statistiques des hôpitaux et des causes de décès à l'Office statistique fédéral allemand ainsi que le Dr. Roberta Crialesi, chef de l'unité Santé et le Dr. Alessandra Burgio, chercheur en statistiques auprès de l'Institut national italien de statistique ont répondu.

Comment la production des statistiques de la santé est-elle organisée en République tchèque ?



Jaroslav Novák, chef du secteur des statistiques de l'éducation, de la santé, de la culture et de la sécurité sociale à l'Office statistique tchèque

En République tchèque, la production des statistiques de la santé est centralisée au niveau national mais le travail est réparti entre deux organismes.

En ce qui concerne les statistiques de la santé proprement dite, l'Office statistique tchèque collabore avec l'Institut de l'information et des statistiques sur la santé (IHIS). Cet institut dépend du ministère de la Santé et est responsable de l'organisation de l'enquête par interview sur la santé (HIS) et de l'aspect méthodologique des statistiques sur les causes de décès. Il est également en partie responsable, dans le domaine des soins de santé, des statistiques sur les hôpitaux et sur le personnel de la santé. L'Office statistique tchèque s'occupe des statistiques sur l'invalidité et les accidents du travail, des

données relatives à la santé provenant de l'enquête sur les forces de travail, des aspects pratiques du traitement des données sur les causes de décès et des statistiques sur les personnes handicapées. Dans le domaine des soins de santé, le CSO est compétent pour les données sur les médecins du secteur privé et depuis récemment pour les comptes de la santé.

Quelles sont vos forces et vos faiblesses ?

Notre principale force réside dans l'excellente coopération qui existe entre les organismes précités. Les contraintes budgétaires et la pénurie de personnel qui en découle sont nos principales faiblesses.

À quels défis êtes-vous confronté actuellement ?

Les défis auxquels nous sommes confrontés actuellement sont la mise en œuvre du système des comptes de la santé et l'élaboration des statistiques sur le handicap.

Quelles sont vos priorités pour le futur ?

Nos principales priorités consistent à assimiler d'une part les aspects quantitatifs et d'autre part les aspects qualitatifs du système européen des statistiques de la santé.

Comment jugez-vous la coopération au niveau communautaire et international ?

J'ai une très bonne expérience en ce qui concerne la coopération au niveau communautaire et j'estime que le partenariat pour la santé est une très bonne approche.

Comment la production des statistiques de la santé est-elle organisée en Allemagne ?



Christiane Rosenow, chef du secteur des statistiques des hôpitaux et des causes de décès de l'Office statistique fédéral allemand

En Allemagne, l'Office statistique fédéral joue un rôle majeur en ce qui concerne les statistiques de la santé. Toutefois, certains autres organismes

gouvernementaux - comme l'Institut Robert-Koch - couvrent parfois des domaines statistiques spécifiques.

En Allemagne, il existe aussi une distinction entre le niveau central et le niveau régional. Les statistiques sur les causes de décès ainsi que celles sur les hôpitaux ne sont pas centralisées; par conséquent, la collecte des données est effectuée par les 16 offices statistiques des Länder.

Par contre, les statistiques sur les avortements sont centralisées, ce qui signifie que l'organisation et la collecte des données sont effectuées par l'Office statistique fédéral.

En ce qui concerne les statistiques non centralisées, la production est organisée à la fois au niveau national et au niveau régional; le travail est cependant réparti entre l'Office statistique fédéral et les offices statistiques des Länder.

La responsabilité pour les différentes tâches est organisée de la manière suivante:

Responsabilités incombant à l'Office statistique fédéral

Les responsabilités incombant à l'Office statistique fédéral sont définies dans la loi statistique fédérale. Ses principales tâches sont les suivantes:

- méthodologie du questionnaire (par exemple présentation générale ou formulation des questions) ;
- méthodologie de la collecte des données;
- méthodologie des contrôles de plausibilité.

En outre, l'Office statistique fédéral est responsable des aspects suivants:

- publication des résultats (uniquement) aux niveaux 0 et 1 de la NUTS;
- analyses spécifiques pour les utilisateurs aux niveaux 0 et 1 de la NUTS;
- contact avec les groupes de travail et les organisations internationales (par exemple Eurostat et l'OMS).

Responsabilités incombant à chacun des 16 offices statistiques des Länder

- collecte des données;
- contacts étroits avec le répondant (si celui-ci a besoin d'aide ou si l'office statistique doit le rappeler)
- évaluation des données;
- publication des résultats aux niveaux 2 et 3 de la NUTS;
- analyses spécifiques pour les utilisateurs aux niveaux 2 et 3 de la NUTS.

Les statistiques de la santé sont complétées par trois systèmes comptables apparentés qui fournissent des données sur les dépenses de santé, sur les coûts de la maladie et sur le personnel de la santé. Ceux-ci sont basés exclusivement sur des données existantes. La comparabilité internationale des résultats a été un des principaux aspects pris en compte lors du développement de ces trois systèmes comptables.

Quelles sont vos forces et vos faiblesses ?

Les informations de très bonne qualité disponibles pour l'ensemble des hôpitaux et pour le diagnostic de tous les patients hospitalisés, qui s'expliquent par le fait que l'enquête couvre la totalité des hôpitaux, sont la principale force des statistiques sur les hôpitaux. Les points forts des statistiques sur les causes de décès sont le dénombrement complet de l'ensemble des décès qui est effectué et la continuité qui caractérise la collecte des données (pour certaines causes de décès, on dispose de données depuis la fin du XIX^e siècle).

Une des faiblesses organisationnelles provient du fédéralisme. L'Office statistique fédéral n'a pas le droit de donner des instructions aux offices statistiques des Länder. Toutes les décisions concernant les statistiques doivent d'abord être discutées afin de dégager un consensus sur les questions majeures.

Cela veut dire également qu'en ce qui concerne les statistiques non centralisées, l'Office statistique fédéral ne peut travailler que sur des données agrégées. Les séries individuelles sont conservées par les offices statistiques des Länder. Pour la publication de résultats au niveau national, les tableaux sont prédéfinis. Si un client souhaite des données légèrement différentes, de nouveaux programmes doivent être discutés avec les offices statistiques des Länder, ce qui demande généralement pas mal de temps.

Les statistiques des hôpitaux présentent plusieurs faiblesses:

- qu'elles soient élaborées par l'Office fédéral et/ou les offices statistiques des Länder, les statistiques allemandes reposent généralement sur une base juridique, ce qui est par exemple le cas des statistiques des hôpitaux. De ce fait, il est

difficile de remplacer une variable. Aucun changement destiné à tenir compte de l'évolution du système de santé ne peut donc être apporté sans modifier la base juridique;

- en l'absence de législation européenne sur les statistiques des hôpitaux, comparer les chiffres entre les pays européens est une tâche complexe.

Les statistiques sur les causes de décès ont deux grandes faiblesses:

- les médecins ne sont pas suffisamment sensibilisés à l'importance de remplir le certificat de décès avec précision, ce qui engendre une baisse de la qualité;
- la collecte des certificats de décès et l'encodage sont effectués par les 16 offices statistiques des Länder qui ont des pratiques différentes pour ce faire.

À quels défis êtes-vous confrontée actuellement ?

En Allemagne, le système de santé a connu de nombreux changements ces dernières années. Cela est plus particulièrement vrai pour les hôpitaux. Un nouveau système comptable y a été introduit. Comme il n'est pas sans conséquences sur les statistiques, celles-ci doivent s'adapter aux changements.

Un autre défi est constitué par le projet qui vise à créer des séries de données anonymisées à usage scientifique (que l'on appelle « fichiers à usage scientifiques ») au sein des statistiques officielles. Les scientifiques de la santé notamment sont demandeurs de données sur le diagnostic des patients hospitalisés.

Un troisième défi est celui de l'amélioration de la qualité des statistiques sur les causes de décès. Les pratiques d'encodage étant différentes d'une région à l'autre et les directives de l'OMS étant de plus en plus nombreuses, nous allons installer un système d'encodage automatique dans tous les offices statistiques des Länder. L'objectif est d'optimiser le processus d'encodage et de garantir l'uniformité des pratiques en la matière.

Quelles sont vos priorités pour le futur ?

Une de nos grandes priorités est de minimiser les contraintes pour les déclarants. Les informations nécessaires à l'établissement des statistiques sur les hôpitaux pouvant être extraites des systèmes de gestion comptable et des systèmes de documentation sur les patients hospitalisés, l'objectif est de créer une interface permettant d'incorporer les données provenant de ces deux systèmes dans un questionnaire électronique pouvant être envoyé par internet.

Par ailleurs, nous déployons des efforts considérables pour pouvoir publier les données le plus rapidement possible après leur collecte, quoique cet objectif soit difficile à atteindre étant donné que les efforts doivent être consentis non seulement par l'Office statistique fédéral mais également par les 16 offices statistiques des Länder. Notre vitesse de publication des données nationales est toujours fonction du Land le plus lent.

Nous nous efforçons également de préparer les données de façon plus conviviale. Afin de limiter le nombre de demandes qui nous arrivent par téléphone, les utilisateurs de données devraient passer davantage par internet, tant pour obtenir des données que des renseignements méthodologiques et autres informations utiles.

Comment jugez-vous la coopération au niveau communautaire et international ?

Dans le domaine des statistiques de la santé, la coopération au plan pratique est très efficace. L'Allemagne a fait partie de plusieurs groupes de projet et ces expériences se sont avérées très positives. Nous avons beaucoup à apprendre des autres pays.

À l'opposé, nous avons parfois le sentiment qu'il pourrait y avoir une plus grande coordination entre certains projets. La question devrait être posée de savoir si les résultats sont bien utilisés de façon croisée et complémentaire afin d'éviter tout double emploi et s'ils permettent les meilleures comparaisons possibles entre les données.

Il faudrait également davantage de transparence en ce qui concerne les points de contact entre les différents projets.

Comment la production des statistiques de la santé est-elle organisée en Italie ?

En Italie, de nombreuses institutions publiques, centrales et régionales produisent actuellement des données administratives et d'échantillons sur la santé, tant au niveau national que local.

Il s'agit en premier lieu du ministère de la Santé mais également des ministères de l'Intérieur, du Bien-être, de la Défense, du Trésor et des Régions, ainsi que de nombreux instituts comme l'Institut national de statistique (ISTAT), l'Institut national de la sécurité sociale (INPS) et l'Institut national de l'assurance contre les accidents du travail (INAIL).

En réalité, les informations dans le domaine de la santé reposent essentiellement sur les sources administratives du



Dr. Roberta Crialesi, chef de l'unité Santé, et Dr Alessandra Burgio, chercheur en statistiques à l'Institut national italien de statistique (Istat)

ministère de la Santé et sur les résultats des enquêtes par interview sur les causes de décès et la santé réalisées par l'Istat.

Le saviez-vous? En 2002, il y a eu 53 accidents sur le chemin du travail chaque heure dans l'UE15.

Source: Eurostat

Le ministère de la Santé coordonne les principaux flux d'informations au niveau central, collectant les informations sur les soins primaires, les prestations ambulatoires, les hospitalisations et les dépenses en utilisant des formulaires ou des séries standard. Les données sont transmises par les unités sanitaires locales et les hôpitaux indépendants à la région dans laquelle ils sont situés. Après contrôle des données, l'administration régionale les envoie au ministère. Au niveau national, la plupart des données sont agrégées (à partir des données quantitatives portant sur les unités sanitaires locales ou les hôpitaux). Des données individuelles existent uniquement pour les sorties d'hôpital et les accouchements. Au niveau régional par contre, davantage de données individuelles sont disponibles (par exemple sur les soins ambulatoires ou les médicaments), car de nombreuses régions ont entamé leur propre collecte de données sur la santé et ont mis en place leur propre système d'information. Le ministère de la Santé publie les statistiques de la santé sur son site internet (www.ministerosalute.it).

L'Institut national de statistique reçoit les données du ministère et les utilise pour produire ses publications, pour calculer des indicateurs destinés aux systèmes d'information statistique et pour réaliser différentes enquêtes et recherches.

L'ISTAT est responsable des statistiques sur la mortalité et les causes de décès. Il collecte des copies des certificats de décès auprès des services compétents de toutes les municipalités. Ces informations statistiques sont éditées, encodées et traitées au niveau central.

Ces dernières années, le système d'information sur les causes de décès de l'ISTAT a été réorganisé.

La principale innovation a été la mise en place d'un système d'encodage automatique qui non seulement permet de réduire le délai de traitement et de diffusion des données mais permet également d'augmenter la quantité d'informations disponibles sur les multiples causes de décès.

Parmi les statistiques produites par l'Istat, celles sur les conditions de santé de la population ont fait l'objet d'un regain d'intérêt.

Elles ont été reprises dans un système d'enquête annuelle appelé «nouvelle enquête multi-usages sur les ménages» qui est en fait un système permanent de collecte de données sur des variables sociales basé sur des enquêtes par échantillon.

L'enquête par interview sur la santé, qui fait partie de ce système permanent, a été transformée en une enquête par sondage trimestrielle qui couvre de nombreux sujets relatifs ou liés à la santé (par exemple style de vie, déterminants de la santé ou prévention). Les dernières enquêtes ont été planifiées avec le ministère et les régions afin de produire des statistiques pouvant servir pour les programmes de santé. L'échantillon est suffisamment important pour permettre des estimations de l'état de santé et du style de vie au niveau sous-régional (60.000 ménages, 150.000 personnes). Le système italien de la santé a donc investi dans une source non traditionnelle afin d'obtenir les données nécessaires à la planification et à la gestion publiques, essentiellement au niveau régional.

L'ISTAT collecte également des données sur les établissements d'hébergement qui fournissent des prestations d'ordre social et sanitaire.

Quelles sont vos forces et vos faiblesses ?

Le processus de production de l'information et de l'innovation dans le secteur de la santé subit les conséquences d'un profond changement politique et institutionnel qui se caractérise, principalement, par le transfert de compétences de l'État vers les régions (dans le cadre d'un processus général de

décentralisation). Le rôle de l'État en matière de santé passe d'une fonction principale d'organisation et de gestion du service vers la garantie de l'uniformité de ce service dans tout le pays.

Le récent « Plan national pour la santé 2003-2005 », le premier à être lancé dans ce nouveau cadre, insiste sur la nécessité d'adopter « une stratégie coordonnée entre les différentes institutions afin de répondre entièrement et spécifiquement aux nouveaux besoins de la population en matière de santé » (ministère de la Santé, *Plan national pour la santé 2003-2005*). En ce qui concerne l'information statistique, cette nouvelle approche s'était déjà traduite par le lancement ces dernières années d'un processus de rationalisation des flux d'information et par le développement de synergies entre les institutions ayant différents niveaux de responsabilité. Toutefois, les données quantitatives disponibles actuellement pour une observation systématique du secteur de la santé en Italie sont toujours insuffisantes. C'est ainsi notamment que l'image reste fragmentée et hétérogène, les différences qualitatives et quantitatives étant encore très marquées au niveau national et entre les régions. Cela montre combien il est urgent de gérer cette complexité en adoptant une stratégie unique au sein du système statistique national. Il va donc falloir investir dans un système d'information statistique, sensibiliser le public à l'importance de cette information et développer la capacité de l'élaborer.

En outre, l'utilisation d'informations sur la santé pour la fourniture des services de santé au niveau local reste encore limitée.

En ce qui concerne les données proprement dites, les principales lacunes actuelles concernent les dépenses de santé et leur financement, le personnel du secteur de la santé, les médecins pratiquants par âge, sexe et spécialité ainsi que le secteur privé. En outre, il existe une demande de plus en plus marquée pour des indicateurs de qualité des soins de santé, ce qui suppose le recours à de nouvelles sources d'informations.

Quoi qu'il en soit, des progrès substantiels ont été réalisés dans le domaine de l'information sur la santé au cours des dernières décennies. Grâce aux enquêtes par interview sur la santé auprès de la population et l'utilisation de sources administratives, nous disposons aujourd'hui d'un volume accru de données sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé.

À quels défis êtes-vous confrontées actuellement ?

En matière d'informations sur la santé, la demande au plan national porte de plus en plus sur le suivi des changements que connaît le système national de santé. Au cours des trois

prochaines années, l'élaboration de systèmes d'information statistique pour évaluer la santé et mesurer la performance et la réalisation des objectifs du système de prestations au plan national, régional et sous-régional revêtira une importance stratégique. En ce qui concerne les indicateurs, le « plan national pour la santé 2003-2005 » considère comme objectif stratégique la « préparation d'un système de suivi consolidé des niveaux essentiels de l'action sociale au moyen d'indicateurs assurant une couverture exhaustive aux trois niveaux d'observation (hôpital, domaine et environnement de travail) ». Cela suppose l'organisation de nouvelles enquêtes pour les secteurs qui ne sont pas encore couverts et l'utilisation de données traitées par le nouveau « système d'informations sur la santé » coordonné par le ministère de la Santé. Il est également probable que des informations seront aussi demandées en rapport avec les domaines et les projets des « plans régionaux pour la santé ».

Le saviez-vous? Au Luxembourg, 4% des médecins étaient âgés de 35 ans ou moins en 2002, pour 26% en Slovaquie.

Source: Eurostat

Au plan international, le principal défi sera la mise en œuvre du « Système des comptes de la santé ». Malheureusement, en raison essentiellement de la pénurie de ressources, cette priorité ne fait pas encore partie de la stratégie en matière d'informations sur la santé mise en œuvre par l'Italie.

Quelles sont vos priorités pour le futur ?

Pour répondre aux besoins découlant de la mise en œuvre du nouveau cadre, les objectifs stratégiques visent globalement à :

- exploiter les sources existantes et élargir l'offre d'informations;
- développer les systèmes statistiques intégrés de type thématique;
- harmoniser au plan international;
- améliorer la transparence de l'information et l'accès à celle-ci.

La statistique officielle aura pour objectif d'améliorer la cohérence des informations sur la santé entre les niveaux local et national.

Le suivi des progrès réalisés dans ce domaine devrait, dans un avenir proche, légitimer et renforcer la fonction de la statistique officielle dans le domaine de la santé.

En outre, les gouvernements locaux ayant un besoin croissant de statistiques, des données désagrégées devraient être disponibles au niveau décentralisé.

Les priorités et activités prévues pour les prochaines années concernent notamment:

- **la mise en œuvre de la 10^{ème} révision de la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM-10).** Cette mise en œuvre, qui nécessite un effort important en terme d'innovation tant au niveau des processus que des produits, devrait être achevée à la fin du programme triennal.

Il s'agira également de sensibiliser et d'aider, par une série de cours de formation, l'ensemble des fonctionnaires chargés de l'encodage des causes de décès à l'utilisation au niveau central et local de la CIM-10 ;

- **les activités des hôpitaux et du système de santé.** Développement de systèmes intégrés de bases de données statistiques de type thématique. Poursuite du développement du système d'information local harmonisé appelé «La santé pour toute l'Italie». Les nouvelles versions de ce système proposeront des mises à jour plus fréquentes des tendances historiques et des indicateurs actualisés chaque semaine ;
- **le handicap.** Développement de statistiques sur les personnes souffrant d'un handicap et leur niveau d'intégration sociale, par l'utilisation accrue de nouvelles enquêtes et l'exploitation de nouvelles sources et d'autres activités prévues par le programme de travail du projet «système d'information statistique sur les handicaps» (accord entre l'Istat et le ministère du Travail et de la Politique sociale) ;

- **l'action sociale.** Développement de statistiques conformément à la loi n° 328/2000 sur la réforme de l'action sociale dans le cadre de la réalisation d'un système d'information sur les services sociaux. La période de trois ans prévoira plus spécifiquement, d'une part, l'organisation d'une enquête par recensement sur «les interventions et les services sociaux offerts aux individus ou municipalités associées» destinée aux activités de soutien menées conformément à la définition de l'action sociale essentielle établie par l'article 46 de la loi 289/2002 et, d'autre part, la réalisation d'activités liées au suivi des dépenses publiques en matière de l'action sociale effectuées partout en Italie.

Comment jugez-vous la coopération au niveau communautaire et international

La santé étant un sujet relativement «jeune», beaucoup a été fait depuis que la coopération internationale visant à harmoniser les statistiques de la santé a débuté au cours de la seconde moitié des années 1990. Néanmoins, nous en sommes toujours aux balbutiements puisque de nombreuses statistiques habituellement considérées de bonne qualité et souvent utilisées pour les comparaisons internationales présentent des lacunes et faiblesses évidentes lorsqu'on les analyse en détail. Il reste un gros travail statistique à réaliser. Malheureusement, cette situation contraste avec la demande accrue d'informations au niveau politique depuis que la santé est devenue un des sujets sociaux «chauds» dans une situation de restriction de ressources. Il est essentiel de concentrer les efforts sur certains sujets stratégiques choisis en garantissant une stricte coordination entre les organisations internationales et les États membres afin d'utiliser les ressources de manière optimale, d'éviter tout double emploi et d'obtenir des résultats à bref délai. Σ

Développer l'information et la connaissance pour améliorer la santé publique

Être en bonne santé est une préoccupation de chacun. Tous nous espérons ne pas tomber malade et pouvoir élever nos enfants dans un environnement sain. En matière de santé, nous dépendons de conseils et de services fiables et de qualité. La santé publique est une des principales priorités de la Commission européenne et un domaine dans lequel la direction générale « Santé et protection des consommateurs » de la Commission européenne travaille étroitement avec Eurostat et le Système statistique européen.

L'Union européenne dispose d'un arsenal législatif limité mais très important pour certains domaines spécifiques où le traité requiert de garantir un niveau de protection élevé de la santé publique. La législation existante prévoit également des dispositions restreignant la publicité pour le tabac et réglementant d'autres aspects de la fabrication et de la vente des cigarettes. Le principal objectif de la politique de l'UE en matière de santé publique est toutefois d'aider les États membres à mettre en commun leurs connaissances, d'identifier et de partager les meilleures pratiques et d'aider à la coordination des réponses apportées au niveau de l'UE aux menaces qui se posent pour la santé comme la propagation des maladies contagieuses. Par ailleurs, favoriser la coopération entre les systèmes de soins de santé des États membres est une activité qui prend de plus en plus d'importance.

Trois grands axes

En 2002, la Commission européenne a adopté un nouveau programme en matière de santé publique qui court jusqu'à la fin 2008. Ce programme est axé sur trois grandes priorités. La première consiste à développer l'information et la connaissance afin d'améliorer la santé publique. La seconde vise à renforcer la capacité à réagir rapidement et de façon coordonnée aux menaces pour la santé publique. La troisième concerne l'amélioration de la santé et la prévention des maladies par la prise en compte des déterminants de la santé dans toutes les politiques et activités. L'objectif global du programme est de mettre en place et de faire fonctionner un système durable de suivi de la santé et d'identifier les problèmes



John F. Ryan, chef de l'unité Informations sur la santé de la DG Sanco

et les défis communs liés à l'état sanitaire de la population dans les États membres.

Eurostat et la Direction Générale "Santé et protection des consommateurs" (DG SANCO) collaborent de longue date dans le domaine couvert par la première priorité, à savoir améliorer l'information et la connaissance. Leur objectif est de produire des indicateurs de la santé qui aideront les décideurs à identifier les risques sanitaires, à adopter des mesures permettant de prévenir les maladies et les problèmes sanitaires et à assurer une allocation optimale des ressources.

Comme l'indique John F. Ryan, chef de l'unité "Informations sur la santé" de la DG SANCO, « nous collaborons avec Eu-

rostat au sein de groupes de travail et sur des projets visant à établir des indicateurs de la santé. Aujourd'hui, nous disposons d'une liste restreinte de 70 indicateurs, dont 30 à 40 pour lesquels des données sont disponibles (essentiellement par le biais d'Eurostat). Nous travaillons toutefois activement en vue de produire une liste plus complète ».

Les indicateurs disponibles se répartissent en quatre catégories : état démographique et socio-économique, état de santé, déterminants de la santé et systèmes de santé. Ils vont des taux de natalité aux taux de mortalité liés à la drogue en passant par la consommation de fruits et la vaccination des enfants. Un d'entre eux, l'indicateur de vie en bonne santé, qui mesure l'espérance de vie sans incapacité due à des problèmes de santé, s'inscrit dans le cadre de la Stratégie de Lisbonne sur la compétitivité, la cohésion sociale et l'environnement.

Les travaux de développement des indicateurs sont menés dans le cadre d'un réseau complexe d'experts qui se réunissent au sein de groupes de travail spécifiques, d'un réseau de représentants des autorités compétentes des États membres, de projets de recherche financés par l'UE, d'Eurostat et des organisations internationales comme l'OMS et l'OCDE. Quelques 20 millions d'euros sont investis chaque année dans le cadre du programme "Santé publique" dans des projets d'informations sur la santé.

Un portail sur la santé est en préparation

Parallèlement au développement des indicateurs, M. Ryan et ses collègues voudraient mettre sur pied et faire fonctionner un système durable de suivi de la santé afin de rassembler les informations obtenues dans le cadre des projets d'Eurostat, des organisations internationales et du futur centre des maladies transmissibles, et de faciliter l'accès à des informations fiables, actualisées et comparables.

"Nous voulons adopter une approche dynamique par laquelle nous développons des flux d'informations destinés à la fois au public et aux décideurs politiques et nous voulons améliorer les bases factuelles aux fins du processus décisionnel" explique encore M. Ryan.

Son unité publie à intervalles réguliers des rapports sur l'état de santé. Le dernier date de 2003 et s'intitule « L'état de santé

de la population dans l'Union européenne – Réduire les écarts de santé ». L'unité publie également un certain nombre de rapports sur des sujets spécifiques comme, par exemple, la santé mentale dans l'UE, les accidents et les blessures ou l'environnement et la santé. Ces rapports sont le résultat de quelques-uns des nombreux projets gérés par l'unité. Des conférences sont également organisées afin de diffuser l'information sur des sujets spécifiques, notamment en collaboration avec les présidences du Conseil. Pour 2005, il est prévu d'organiser une conférence sur l'e-santé (comment les technologies de l'information et de la communication affectent-elles le secteur de la santé ?) en collaboration avec le gouvernement norvégien et, en juin, dans le cadre de la Présidence luxembourgeoise, une conférence sur les maladies rares.

Un autre projet visant à améliorer le flux d'informations est le portail sur la santé qui sera lancé en 2005. Celui-ci permettra d'avoir, sous forme thématique, une vue d'ensemble transversale des questions de santé au niveau de l'UE. Il contiendra des liens vers un grand nombre de sites web traitant de la santé, notamment ceux des autorités nationales et régionales, de la DG SANCO, d'Eurostat et d'autres DG de la Commission actives dans le domaine de la santé, de projets financés par la Commission, d'organismes privés, d'indicateurs et de données sur la santé, pour n'en citer que quelques-uns.

"Nous passons progressivement de l'observation à l'action. Maintenant que nous possédons les informations, nous voulons les utiliser pour analyser les politiques suivies en matière de santé, déterminer comment il est possible de les améliorer et comparer les stratégies entre les pays afin de définir les meilleures pratiques" conclut M. Ryan. Σ

Pour plus d'informations:

Direction générale « Santé et protection des consommateurs »

http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/publichealth.htm

La sécurité d'abord !

La prévention au cœur de la politique de protection des travailleurs de la DG Emploi

La politique de la Commission en matière de santé et de sécurité au travail a pour objectif de prévenir et de limiter au maximum les accidents du travail et les maladies professionnelles. La législation européenne dans ce domaine fixe des exigences minimales pour l'amélioration de la santé et de la sécurité sur le lieu de travail. En tant que telle, cette législation ne suffit cependant pas. La direction générale Emploi de la Commission européenne a également besoin d'un instrument permettant d'en mesurer l'efficacité. À cette fin, la DG Emploi et Eurostat ont développé de longue date une fructueuse collaboration.



José Ramon Biosca, chef de l'unité Santé, sécurité et hygiène au travail de la DG Emploi.

Les premières évaluations de la législation ont montré une influence positive des normes nationales en matière de santé et de sécurité professionnelles.

Comme l'explique José Ramon Biosca, chef de l'unité « Santé, sécurité et hygiène au travail » de la DG Emploi, « les mesures prises au lieu de travail en matière de santé et de sécurité ont contribué de façon significative à l'amélioration des conditions de travail et, parallèlement, à l'accroissement de la productivité, de la compétitivité et de l'emploi. Au cours des dix dernières années, le nombre d'accidents ayant conduit à un arrêt de travail de trois jours ou plus a

baissé d'environ 15% et le nombre d'accidents mortels de 30% ».

La santé et la sécurité au travail constituent un des secteurs de la politique sociale de l'Union européenne parmi les plus développés et les plus importants. En fait, dès 1951, la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA) s'était fixée pour tâche d'améliorer la sécurité des travailleurs. Le traité de Rome en 1958 a étendu le champ d'action à l'ensemble des salariés de tous les secteurs. Aujourd'hui, la législation communautaire¹ dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail revêt essentiellement un caractère préventif. Elle fixe les principes généraux concernant la prévention des risques professionnels, la protection de la santé et de la sécurité, l'élimination des facteurs de risques et d'accidents, l'information, la consultation, la participation et la formation des travailleurs et de leurs représentants ainsi que les directives générales pour la mise en œuvre de ces principes.

(¹) Depuis 1989, cette législation repose sur l'article 137 du traité d'Amsterdam qui fournit une base juridique spécifique pour les domaines de la santé et de la sécurité au travail. Le traité est à la base de la directive cadre 89/391/CEE et d'une série de directives connexes.

“ *Un accident du travail toutes les 5 secondes en Europe.* ”

Des données de plus en plus détaillées au fil des ans

La coopération entre Eurostat et la DG Emploi a commencé au début des années 90 lorsque cette dernière a commencé à avoir besoin de statistiques européennes harmonisées et fiables sur les accidents et les maladies professionnelles. Cette coopération a donné lieu à l'élaboration de critères et de règles méthodologiques à appliquer pour la collecte de données comparables sur les accidents et les maladies professionnelles. La première phase a consisté à définir le type de don-

nées que les États membres devaient transmettre, par exemple les types d'accidents, les secteurs d'activités dans lesquels ils se produisent, la taille des entreprises, le sexe des personnes concernées, etc.

“ Plus de 210 millions de journées perdues chaque année à cause d'accidents du travail. ”

“Les premières données nous ont déjà aidé à connaître les types d'accidents les plus fréquents et les activités présentant les risques les plus élevés. Toutefois, pour pouvoir faire de la prévention, il a fallu affiner les données et comprendre les circonstances des accidents” précise M. Biosca.

Le niveau de détail des données s'est donc accru au fil des ans. Les employeurs transmettent aujourd'hui davantage de données sur le contexte des accidents, notamment la manière dont ils se sont produits, la nature de la tâche qui était exécutée, le type de machine qui était utilisé, etc. Ces données sont alors utilisées pour évaluer les principales causes à l'origine de l'accident. Un des principaux problèmes qui se posent toutefois aujourd'hui est le fait que les autorités nationales des États membres n'obtiennent pas des informations sur l'ensemble des accidents au travail qui se produisent dans leur pays et, comme la transmission des données par les autorités nationales à Eurostat a lieu sur une base volontaire, il existe aussi des lacunes au niveau de l'UE. C'est un problème auquel la DG Emploi et Eurostat voudraient remédier.

“ Plus de 350 millions de journées perdues chaque année à cause de maladies professionnelles. ”

“Étant donné les taux élevés de sous-déclaration, il n'est pas possible de faire des comparaisons entre pays. Si nous pouvons suivre de façon plus fiable l'évolution des maladies et des accidents professionnels au niveau de l'UE, nous devons également être capables de suivre de manière plus précise les

tendances dans les États membres et de les comparer entre elles. Aujourd'hui, nous ne savons pas pourquoi l'application des règles visant à prévenir les accidents et les maladies donne des résultats positifs dans certains États membres et pas dans d'autres”.

La prévention au cœur de la stratégie

En 2002, la Commission européenne, le Parlement européen et le Conseil ont adopté la *Stratégie de santé et de sécurité au travail 2002-2006*². Elle se concentre sur la prévention et sur la réduction des nouveaux risques observés sur le lieu de travail comme le stress, la dépression, le harcèlement, l'anxiété et la violence. Ces problèmes représentent 18% de l'ensemble des problèmes déclarés en rapport avec la santé au lieu de travail; un quart de ces cas donnant lieu à une absence de deux semaines ou plus.

Comme le dit M. Biosca “la stratégie tient compte du *bien-être* au travail qui non seulement suppose l'absence d'accident ou de maladie mais couvre en même temps les aspects physiques, moraux et sociaux. Le stress et la violence sont des problèmes de plus en plus fréquents. En tant que législateur responsable, nous avons besoin d'informations pour décider s'il convient de s'attaquer à ces problèmes et d'adopter des mesures dans ce domaine. Nous avons fait appel aux partenaires sociaux et avons conclu une convention collective au niveau de l'UE concernant la lutte contre le stress. Nous allons faire la même chose pour l'intimidation et la violence au travail”.

En réponse aux nouveaux risques identifiés dans la stratégie, la DG Emploi et Eurostat prévoient également une nouvelle opération de collecte de données et l'établissement d'une nouvelle série d'indicateurs. Il est prévu d'inclure un nouveau module ad hoc concernant la santé et la sécurité au travail dans l'enquête sur les forces de travail qui sera organisée en 2007. En même temps, les travaux en cours sur l'harmonisation des accidents et des maladies professionnelles ont été accélérés afin de pouvoir disposer des instruments adéquats permettant de mesurer les progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs quantifiables de réduction des accidents et des maladies fixés pour chaque secteur d'activité économique.

Pour M. Biosca, “la collecte de statistiques fiables sur la santé et la sécurité contribuera de façon notable à la réalisation des objectifs fixés dans la stratégie tant au niveau de l'UE qu'au niveau national. La stratégie invite les États membres à fixer

(²) COM(2002) 118 “S'adapter aux changements du travail et de la société: une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002-2006”.

“ *Quelque 5 000 accidents mortels et 5 millions d'accidents non mortels chaque année en Europe.* ”

des objectifs plus particulièrement pour les secteurs d'activité pour lesquels on observe des taux d'accidents et de maladies professionnels supérieurs à la moyenne. Le suivi des progrès enregistrés dans la réalisation de ces objectifs fournira des informations utiles qui aideront à la définition de nouvelles politiques de prévention mieux ciblées. À cet égard, l'implication d'Eurostat dans le projet est fondamentale.” Σ

ENCADRÉ

Trois organes communautaires sont concernés par les maladies professionnelles et les accidents au travail:

• Commission européenne

Direction générale Emploi

La DG Emploi de la Commission européenne, plus particulièrement l'unité « Santé, sécurité et hygiène » définit la politique et élabore la législation au niveau communautaire en matière de santé et de sécurité au travail. Cette DG assure également le suivi de la législation et vérifie qu'elle est bien transposée et mise en œuvre dans les États membres.

http://europa.eu.int/comm/employment_social

Eurostat

L'unité « Santé et sécurité alimentaire » d'Eurostat est responsable de l'élaboration de la méthodologie et de la collecte des données dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/>

• Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail est un organe autonome créé par l'UE pour aider à la définition de la politique à moyen et à long terme en matière d'amélioration des conditions sociales et professionnelles. Elle est établie à Dublin (Irlande).

<http://www.eurofound.eu.int>

• Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a pour mission de fournir des informations techniques, scientifiques et économiques aux organismes communautaires, aux États membres et aux autres institutions concernées par la santé et la sécurité au travail. L'agence est établie à Bilbao (Espagne).

<http://europe.osha.eu.int>

« Les comparaisons avec les autres États membres : un must »

Pour prendre les bonnes décisions, les hommes politiques ont impérativement besoin de statistiques. Sigma a rencontré Mme Angela Blanco, responsable de l'analyse économique et des dépenses de santé au sein de la Direction générale pour la cohésion et la haute inspection du système national de santé du Ministère espagnol de la santé et des consommateurs et lui a demandé comment elle utilise les données et méthodologies internationales dans le domaine de la santé et les défis qu'elle voit pour l'avenir dans ce domaine.

En tant que responsable de l'analyse économique, Mme Blanco utilise principalement les statistiques relatives aux dépenses en matière de soins de santé et de protection sociale, les données structurelles sur le secteur de la santé et, dans une moindre mesure, les statistiques sur la mortalité et la morbidité ainsi que les résultats des enquêtes sur la santé.

“Mon équipe a impérativement besoin de statistiques pour établir les rapports servant de base à la prise de décision ; c'est la raison pour laquelle tant les références internationales que les comparaisons avec les autres États membres de l'UE sont un must” déclare-t-elle.

Le saviez-vous? En 2002, 33% des Portugaises ont passé une mammographie contre 10% des Irlandaises.

Source: Eurostat

Elle estime que les données communautaires sont essentielles, notamment le Système européen de statistiques de la protection sociale (SESPROS) et la base de données sur les dépenses en matière de protection sociale et de soins de santé. Néanmoins, SESPROS définit les dépenses de santé de façon légèrement différente du Système des comptes de la santé (SHA), publié par l'OCDE, qu'Eurostat et l'OMS ont adopté comme cadre méthodologique pour mesurer les dépenses de santé. C'est ainsi, par exemple, que dans les fonctions SESPROS, les dépenses d'invalidité ou de maternité sont reprises avec d'autres types de prestations. Dès lors, bien que son équipe traite des données sur les dépenses de santé

provenant de l'OCDE, elle utilise comme référence les données SESPROS, notamment pour l'ensemble des dépenses de protection sociale.

Ce qu'elle apprécie le plus à Eurostat, c'est le processus de standardisation par lequel les statistiques sont harmonisées et rendues comparables entre les différents États membres. Elle estime que des progrès considérables ont été réalisés dans le domaine des soins de santé, bien qu'il subsiste encore des différences en termes de définitions et dans certains domaines.

“J'estime qu'à court terme, la priorité doit être donnée à la consolidation des progrès réalisés en matière de comparabilité dans les domaines dans lesquels ils sont les plus avancés comme les soins hospitaliers ou les ressources humaines ; il s'agit également, pour les dépenses de santé, de mettre en œuvre la méthodologie du Système des comptes de la santé (SHA) prévue pour 2005.”

“À plus long terme, il ressort des discussions qui ont eu lieu au sein des groupes de travail que l'accent devrait être mis sur la production de statistiques fiables sur les soins primaires ainsi que sur le personnel infirmier, un domaine des ressources humaines actuellement lacunaire. Au plan méthodologique, l'objectif devrait être d'harmoniser la définition des soins de longue durée. Les États membres traitent de différentes manières les dépenses relatives aux maisons d'hébergement et de soins pour personnes âgées, certains les considérant comme des dépenses de santé et d'autres comme des prestations sociales.”

Mme Blanco ajoute que ses relations avec Eurostat sont excellentes. Si, en principe, l'Institut national de statistiques (INE) est l'interlocuteur d'Eurostat, il partage ses responsabilités en matière de statistiques de soins de santé avec le Mi-

nistère de la santé et des consommateurs. Celui-ci participe également aux groupes de travail sur les systèmes de santé organisés par la direction générale de la Commission européenne compétente pour la santé et la protection des consommateurs.

Mieux vaut prévenir que guérir

Quand on lui demande quels sont ses principaux défis, Mme Blanco en identifie trois :

“Le premier consiste à donner à l'équipe de management les informations et les idées qui lui permettront d'élaborer une stratégie pour un système de santé financièrement viable, tout en préservant et même en améliorant son niveau de qualité actuel (l'OMS classe le système de santé espagnol au septième rang mondial). Collégialité et travail en équipe permettront de relever ce défi. Pour ce faire, différentes questions devront être abordées, l'accent devant notamment être mis sur la prévention et sur la promotion de styles de vie sains (par exemple, un environnement non fumeur). Comme dit le proverbe, *mieux vaut prévenir que guérir.*”

“Un autre défi plus ciblé et plus facile à relever est celui de la mise en œuvre au plan national et dans les “régions espagnoles” (les communautés autonomes) de la méthodologie du Système européen des comptes de la santé. Des progrès notables ont déjà été réalisés dans ce domaine, plus particulièrement en ce qui concerne les systèmes d'information et la coordination.”

“Le troisième défi, peut-être le plus novateur, sera de mettre en place, dans le cadre du financement des communautés autonomes, un fonds de cohésion sanitaire. Grâce à un système d'information ad hoc, il sera possible d'identifier les flux de patients entre les différentes communautés autonomes comme, par exemple, ceux souffrant de pathologies complexes et ne pouvant être soignés dans leur communauté d'origine. Cela permettra de rationaliser le système et surtout d'indemniser la communauté d'accueil.” Σ



Au moment de l'interview, Mme Angela Blanco était responsable de l'analyse économique et des dépenses de santé au sein de la Direction générale pour la cohésion et la haute inspection du système national de la santé du Ministère espagnol de la santé. Elle a toujours travaillé pour l'État espagnol en qualité de statisticien de la santé et des matières sociales, au sein d'abord de l'institut statistique espagnol (INE), ensuite dans un certain nombre de ministères (santé, affaires sociales, affaires économiques). Elle travaille actuellement au Ministère des affaires économiques (Institut des enquêtes fiscales).

« Surveiller, alerter, prévenir » : les missions de l'Institut de Veille Sanitaire

Avec pour mission de surveiller l'état de santé de l'ensemble de la population française, et d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique, l'Institut de veille sanitaire (InVS), situé près de Paris, est placé sous la tutelle du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.



L'Institut de Veille Sanitaire, près de Paris

C'est depuis une loi de juillet 1998 que la France s'est dotée d'un dispositif complet de veille et de sécurité sanitaire. Ont ainsi été créés outre l'InVS, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, celle des aliments, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, l'Etablissement français du sang, celui des greffes et plus récemment, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement.

En sept ans d'existence, l'InVS n'a cessé de développer ses activités et ses compétences, ainsi que de renforcer son rôle en matière de collecte et d'analyse des données épidémiologiques, sa position au sein du réseau de santé publique français et sa contribution à des travaux internationaux liés à la veille sanitaire.

Quatre principaux champs d'action

Pour assurer sa mission, l'InVS est notamment chargé de collecter, d'expertiser et de valoriser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution. Le recueil et l'analyse de données épidémiologiques représentent la base essentielle du rôle joué par l'InVS qui mène pour cela différentes enquêtes et études susceptibles de contribuer aux missions de veille sanitaire (voir exemple de l'unité « Traumatismes » ci-dessous). L'InVS élabore ensuite des recommandations, des guides méthodologiques, et publie en particulier un rapport annuel comprenant d'une part, la synthèse des données de veille sanitaire, d'autre part, l'ensemble des recommandations faites aux pouvoirs publics.

Par ailleurs, l'InVS contribue à la formation des professionnels de santé aux méthodes de surveillance épidémiologique et d'évaluation des risques.

La mission de l'InVS se décline dans tous les champs d'action de la santé publique :

- les maladies infectieuses : infection par le VIH, virus de l'hépatite C, infections sexuellement transmissibles, risques infectieux d'origine alimentaire et zoonoses (maladies infectieuses transmissibles des animaux vertébrés à l'homme), maladies évitables par la vaccination (méningite, hépatite B...), infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques, infections respiratoires d'importation (tuberculose, légionellose...);
- les effets de l'environnement sur la santé (risques liés à la pollution de l'air, aux expositions aux polluants chimiques, aux rayonnements ionisants ; risques hydriques ; nuisances physiques...);

- les risques d'origine professionnelle (cancers d'origine professionnelle ; effets de l'amiante et des fibres de substitution ; troubles musculo-squelettiques...);
- les maladies chroniques et les traumatismes (cancer, nutrition, accidents et traumatismes...).

L'éventail des thématiques couvertes est régulièrement amendé en fonction des besoins.

Le réseau de partenaires : régional, national et international

Tous les professionnels de santé participent à la mission de veille sanitaire. L'InVS a pour mission de mobiliser, de coordonner et d'appuyer les différentes équipes de santé publique.

Au niveau local, la mission de l'InVS est relayée grâce aux 16 Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire). Les travaux des Cire concernent principalement des alertes en matière de maladies infectieuses ainsi que les risques liés à l'environnement (pollutions industrielles chroniques ou phénomènes naturels).

L'extension continue du champ d'action de l'InVS est également possible grâce à l'appui des **réseaux nationaux** participant à la surveillance de l'état de santé de la population. Citons par exemple les Centres nationaux de référence (laboratoires ou unités au sein d'établissements de soins ou de recherche), les registres de morbidité, les réseaux de lutte contre les infections nosocomiales et tous les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (par le biais des déclarations obligatoires de certaines maladies).

L'InVS coordonne enfin son action avec des organismes dont une partie de l'activité est de fournir des données de santé publique et de surveillance comme les caisses d'assurance maladie et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

Un Comité national de sécurité sanitaire, présidé par le ministre de la Santé, est chargé d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population, de confronter les informations disponibles, d'analyser les retours d'expérience de

la gestion des crises sanitaires et de s'assurer de la coordination de la politique scientifique des agences de sécurité sanitaire. Au sein de ce dispositif, l'InVS assure une fonction transversale, étant le destinataire privilégié d'informations en provenance de différents partenaires.

Au niveau international, l'InVS participe au réseau européen de surveillance, d'alerte et de contrôle des maladies infectieuses, projet financé par la Direction générale « Santé et Protection des Consommateurs » (DG Sanco) de la Commission européenne et qui met en relation les ministères chargés de la Santé et les instituts de surveillance des 25 états membres. Le système d'alerte, basé sur un réseau de télétransmission sécurisé entre les Etats membres, permet l'échange rapide d'informations épidémiologiques sur les risques infectieux pouvant toucher plusieurs pays. Il entend permettre l'identification rapide des menaces infectieuses émergentes en Europe et coordonner les réponses qui peuvent être proposées.

L'InVS contribue également au développement de la surveillance et du contrôle des maladies transmissibles et environnementales en Europe et dans le monde. Il coordonne des programmes de surveillance européens: surveillance du VIH/sida (Euro HIV), de la tuberculose (EuroTB), de la listériose et des effets sur la santé de la pollution de l'air (Aphis); mais également des activités européennes de formation (Epiet) et d'information (Eurosurveillance). Il participe aussi à d'autres programmes coordonnés par un autre état membre.

L'InVS est enfin partie prenante dans trois grands réseaux mondiaux de surveillance : le bureau de l'Organisation mondiale de la santé à Lyon, le réseau global d'alerte et de réponse aux épidémies (GOARN) et le bureau régional de l'OMS pour l'Europe basé à Copenhague. Σ

Pour plus d'informations, consulter le site:

<http://www.invs.fr>

Zoom sur l'unité

« Traumatismes »

Au sein de l'InVS, l'unité « Traumatismes » est située dans le département des maladies chroniques et des traumatismes. Elle est composée de quatre personnes permanentes (un responsable, une épidémiologiste, un chargé d'études, une secrétaire) et en moyenne sur l'année, deux stagiaires collaborent à ses travaux. Afin de mieux cerner le fonctionnement d'un des services de l'Institut, Sigma a rencontré son responsable, le Docteur Bertrand Thélot.



Bertrand Thélot, responsable du département des maladies chroniques et des traumatismes au sein de l'Institut de Veille Sanitaire

courante. Malgré leur importance – ils sont la cause de près de 20.000 décès en France –, les accidents de la vie courante ne sont pas toujours une préoccupation de premier plan, alors que

beaucoup pourraient et devraient être évités par des mesures de prévention adaptées, reposant sur une bonne connaissance épidémiologique de leur survenue. Nos outils de collecte comprennent l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante qui existe depuis 2000 et un certain nombre d'enquêtes thématiques dont les sujets varient selon les besoins.

Comment s'organise l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante ?

L'enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante, appelée communément « EPAC », est la partie française du système européen de surveillance *Injury Data Base* (IDB), qui a pris la suite du réseau *European Home and Leisure Accidents Surveillance System* (Ehlass) mis en place en 1986. Ce n'est que depuis 2000 que l'InVS gère cette enquête. Les données proviennent des enregistrements réalisés dans les services d'urgences des hôpitaux participant à cette collecte. Ces enregistrements contiennent des données rendues anonymes sur les personnes (âge, sexe, résidence), la prise en charge (date d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, type de lésion etc...) et enfin sur les produits en cause (agents, éléments). Nous recevons tous les mois un fichier de ces enregistrements ; ce qui nous fait environ 80.000 enregistrements par an. Nous procédons alors à des contrôles de cohérence, des analyses de qualité et enfin aux traitements statistiques. Il s'agit d'une enquête très précieuse dont les résultats font l'objet d'un rapport annuel ainsi que d'articles plus spécifiques dans plusieurs revues ou bulletins. Un de ses ob-

Quels types de traumatismes étudiez-vous ?

C'est une question effectivement fondamentale afin de délimiter le champ de notre unité. La définition officielle des traumatismes par l'OMS est la suivante : « Les traumatismes sont causés par une exposition aiguë à des agents physiques (...) qui interagissent avec le corps dans des quantités ou des taux excédant le seuil de tolérance humaine ». Dans nos travaux, nous nous attachons principalement aux traumatismes non intentionnels, et parmi ceux-ci aux accidents de la vie courante, incluant les accidents domestiques, et les accidents survenus dans le cadre d'un sport ou d'un loisir. Nous débutons un travail préliminaire sur la surveillance des accidents de la circulation. Les suicides ou tentatives de suicide, les agressions, violences et faits de guerre ne sont pas couverts pour le moment. Quant aux accidents du travail, leur surveillance est prise en charge dans le Département Santé au Travail de l'InVS.

Quelles sont les fonctions remplies par votre unité ?

Notre activité est concentrée sur la collecte et l'analyse de données, et la diffusion de résultats sur les accidents de la vie

jectifs est de rendre compte des taux d'incidence de survenue des accidents de la vie courante dans la population, selon les circonstances, les produits ou les mécanismes en cause. Par exemple combien d'accidents surviennent par chute, par l'utilisation d'un autocuiseur ou d'un barbecue, par pratique de tel sport, etc.

Par qui sont utilisés les résultats de cette enquête ?

Les résultats de l'EPAC sont mis à disposition des professionnels de la santé publique en premier lieu mais aussi des ministères, des administrations, des journalistes, des étudiants et de diverses associations sous la forme de publications, de notes, ou bien de communications. Nous recevons également régulièrement des demandes de données spécifiques auxquelles nous répondons. Parmi les questions, certaines sont apparemment anodines comme les accidents dus au débouchage de bouteilles de champagne ou ceux liés à l'ouverture des huîtres, mais leurs conséquences peuvent aussi être graves.

Quelques mots sur les enquêtes thématiques que vous pouvez mener ...

Nous menons en effet chaque année plusieurs enquêtes thématiques dont les sujets sont définis en fonction de la combinaison de quatre critères : la fréquence d'observation du traumatisme ; son caractère évitable ou non ; sa gravité ; le fait qu'il corresponde à des demandes et à des sujets d'actualité. Les projets pour l'année suivante se décident généralement en automne. Dernièrement, nous avons ainsi conduit plusieurs enquêtes sur les noyades à partir d'enregistrements de sinistres provenant des intervenants (pompiers, gendarmes, ambulanciers). A partir de 2005, nous avons prévu de réaliser une enquête sur les défenestrations accidentelles d'enfants, une ou plusieurs enquêtes sur les accidents de sport, une enquête sur les victimes d'incendies. Nous participons également parfois à des enquêtes coordonnées par des partenaires et dans lesquelles nous insérons quelques questions. C'est par exemple le cas pour l'enquête « Santé » menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Quelles sont vos contributions à des projets européens ?

Comme je l'ai évoqué plus tôt, nous contribuons activement, par la fourniture et l'échange de données, au projet européen

de surveillance des accidents de la vie courante coordonné par la Direction générale « Santé et Protection des Consommateurs » - DG Sanco. Nous participons également au groupe de travail *Injury Prevention Network* (IPN). C'est dans ce cadre que nous achevons actuellement le projet « alerte rapide » visant à analyser les conditions de prise en charge d'un signalement ou d'une alerte liée à un accident de la vie courante au niveau européen, en fonction de différents critères : nouveauté, gravité, etc. Une question intéressante et cruciale est notamment : Comment comparer des données issues d'enquêtes continues avec celles d'enquêtes transversales ? Cette question a fait l'objet d'un autre travail au niveau européen, en cours d'achèvement. Nous sommes enfin relativement concernés et impliqués dans différents travaux visant à l'harmonisation de certaines collectes comme les causes de décès - d'où quelques récents contacts avec l'unité « Santé et Sécurité Alimentaire » d'Eurostat - ou sur les accidents de la vie courante. Le projet « ANAMORT » (Analyse comparative de la mortalité par traumatisme au niveau européen) débutera en 2005, en collaboration avec de nombreux partenaires européens et, évidemment, Eurostat.

Comment voyez-vous l'évolution de votre domaine dans les prochaines années ?

Je pense que nous sommes aujourd'hui en train de construire progressivement tout un système qui nous permet de suivre le développement d'accidents de la vie courante « classiques », (chutes, noyades, incendies, accidents de bricolage, etc.) connus depuis toujours, comme ceux qui apparaîtront en lien avec de nouveaux styles de vie des gens, liés par exemple à des pratiques sportives inédites (parapente, kitesurf, acrobancane, etc). Dans tous les cas, il y a un besoin important d'informations de nature épidémiologique permettant de mesurer le caractère dangereux de telle ou telle activité, et d'établir des règles, des consignes visant à la prévention et à la diffusion d'information autour des risques encourus. Tous les types de recueils de données et d'information sont à maintenir et à développer. Le système EPAC va perdurer, et j'espère objectivement se renforcer, car il représente l'unique source d'information continue pour recenser, étudier et prévenir les accidents de la vie courante. En complément de EPAC, les enquêtes thématiques sont tout aussi importantes, ainsi que la capacité à réagir à des accidents « nouveaux ». Je souhaite également que dans les prochaines années, nous ayons encore progressé en matière de communication et de diffusion de nos informations ainsi qu'en ce qui concerne l'éventail des thèmes abordés. Σ

Vers l'harmonisation des statistiques de la santé en Europe

En matière de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat se trouvent souvent confrontés aux mêmes problèmes. Mesurer l'état de santé d'une population est une tâche compliquée, notamment si l'objectif est de produire des données comparables au plan international. Elle est cependant essentielle lorsqu'il s'agit de définir, mettre en œuvre et évaluer correctement des programmes visant à améliorer la santé au niveau mondial, régional, national ou local.

*Dr Anca Dumitrescu,
Organisation mondiale de la santé*



Un des premiers domaines de coopération identifiés dans l'échange de lettres ayant eu lieu en 2001 entre l'OMS et la Commission européenne est la collecte, le traitement et la diffusion d'informations et de données ainsi que l'élaboration de méthodologies et d'outils communs pour le suivi et la surveillance de la santé et des maladies.

Ces dernières années, la collaboration entre l'OMS, notamment son Bureau régional pour l'Europe, EUROSTAT et la di-

rection générale Santé et protection des consommateurs (DG SANCO) s'est intensifiée par le biais d'échanges continus d'informations et de participation à des projets conjoints concernant les données et les indicateurs de la santé.

Tant l'OMS que la Commission ont élaboré des procédures de collecte des données. Celles-ci diffèrent naturellement d'une organisation à l'autre en fonction de leurs objectifs spécifiques, du cadre général de la politique de la santé et de la capacité des États membres à fournir les informations requises.

52 pays membres

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe regroupe 52 pays européens dont un peu moins de la moitié sont des États membres de l'Union européenne. Il est donc confronté à des différences plus importantes en matière de disponibilité et de comparabilité des données transmises par ses membres que celles que connaît l'UE. Ainsi, par exemple, les données de base sur la santé, que les pays transmettent à la fois à Eurostat et à l'OMS, peuvent être similaires mais différer en ce qui concerne le niveau d'agrégation, la définition et le format. Cette situation ne limite pas seulement la comparabilité des données au plan international, mais elle engendre également des contraintes pour les pays qui doivent transmettre deux fois des données similaires. Tant l'OMS qu'Eurostat s'attachent à réduire ces différences et à améliorer la qualité et la comparabilité des données.

Au plan pratique, la coopération entre Eurostat et le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS a lieu par le biais de la participation d'experts à des réunions conjointes, le plus souvent dans le cadre du « partenariat en matière de statistiques de la santé » d'Eurostat. Cette coopération a débouché récemment

sur un accord de collaboration passé entre l'OMS et Eurostat visant à coordonner la collecte des données de mortalité dans les nouveaux États membres.

Il y a plusieurs années, lorsque Eurostat a décidé d'étendre sa collecte de données sur la mortalité aux pays d'Europe centrale et orientale, les deux partenaires ont convenu d'une coordination entre cette opération de collecte et le système déjà mis en place par l'OMS dans ces pays. Des points de contact communs pour la transmission des données ont été identifiés dans chaque pays et un format commun d'envoi a été convenu. En conséquence, ces pays ne doivent plus aujourd'hui préparer qu'un seul fichier qui est transmis simultanément par email à Eurostat et au Bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

Discussions sur un format commun

Des discussions ont lieu actuellement sur la possibilité d'étendre ce système de transmission basé sur un format commun aux données sur les sorties d'hôpital et à certaines autres statistiques collectées de façon systématique.

Les travaux menés par Eurostat sur les causes de décès amélioreront de façon significative la capacité des États membres de l'UE à communiquer des données plus précises et comparables. Les travaux de la task force ad hoc sur des séries minimales de données sur les hôpitaux devraient également contribuer sensiblement à l'harmonisation internationale et à l'efficacité des systèmes nationaux de statistiques de la santé. L'OMS prévoit que les résultats de ces travaux profiteront également à d'autres pays membres du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Autre exemple de coopération, le projet EUROHIS, mené par le Bureau régional pour l'Europe a donné lieu à l'élaboration

d'une série d'instruments communs recommandés pour les indicateurs clés. Ces instruments ont été testés dans plus de dix pays et les résultats seront utilisés par la DG SANCO et par Eurostat pour leurs activités visant à mettre sur pied un système européen d'enquête par interview sur la santé.

Le saviez-vous? En 2001, les Danois, âgés de 16 ans et plus, mesuraient en moyenne 1m79, contre 1m70 pour les Portugais.

Source: Eurostat

Le renforcement de la coopération entre les organismes internationaux actifs au plan international en matière de collecte et de diffusion de données sur la santé est la seule manière de progresser et la condition préalable à toute amélioration de nos services et à toute collaboration avec nos États membres communs. Σ

Le Dr Anca Dumitrescu est Directeur de la « Division de l'information, des bases factuelles et de la communication » du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe établi à Copenhague.

La division de la santé de l'OCDE: quatre axes de travail au programme

Lors de la toute première réunion jamais organisée en mai 2004, les ministres de la Santé de l'OCDE ont confié à celle-ci la tâche de poursuivre les travaux dans le domaine de la santé car l'organisation « occupe une position centrale pour mener des comparaisons internationales et des analyses économiques de systèmes de santé ». Au cours des trois années qui avaient précédé, le « projet de l'OCDE sur la santé » avait considéré différentes manières d'améliorer le fonctionnement des systèmes de santé. Si les travaux réalisés ont permis de combler un certain nombre de lacunes au niveau des connaissances, les ministres ont conclu que les pays européens et non européens de l'OCDE ne pouvaient que profiter de la poursuite des travaux, si elle était combinée avec une mesure de la performance, une évaluation et un partage de l'information appropriés.



Gaétan Lafortune, Marie-Clémence Canaud et David Morgan, Division de la santé de l'OCDE

Étant donné l'importance croissante que revêtent les travaux sur la santé au sein de l'OCDE, une nouvelle « Division de la santé » a été créée en janvier 2005. Elle fait partie de la « Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales ». Le nouveau programme de travail sur la santé 2005-2006 comporte quatre axes de travail, convenus par les ministres de la Santé de l'OCDE : l'amélioration de la collecte des *données de*

l'OCDE sur la santé, la mise en œuvre des comptes de la santé, l'élaboration d'indicateurs de la qualité des soins de santé et l'analyse comparative de thèmes choisis sur les politiques de santé. Ce programme de travail sera mené en étroite collaboration avec les administrations nationales, l'OMS et la Commission européenne. Le site web sur la santé de l'OCDE rendra compte régulièrement de l'état d'avancement des travaux.

Améliorer la collecte des Données de l'OCDE sur la santé

L'OCDE collecte un large éventail de données sur l'état de santé et sur les systèmes de santé dans ses 30 pays membres. Elles sont publiées chaque année en juin dans la base *ECO-santé de l'OCDE* disponible sur le site web de l'organisation. La base de données de l'OCDE constitue un outil important pour les chercheurs et les décideurs politiques qui veulent procéder à des analyses comparatives et tirer des enseignements des comparaisons internationales des différents systèmes de soins de santé.

Bien que des progrès aient été réalisés ces dernières années, les travaux se poursuivent pour améliorer la disponibilité et la comparabilité des statistiques de la santé dans de nombreux domaines. Les efforts déployés actuellement en vue d'élaborer et d'utiliser des normes et des définitions internationales communes se caractérisent notamment par une coordination accrue entre les opérations de collecte des données menées par l'OCDE, l'OMS et la Commission européenne, et plus particulièrement Eurostat.

Renforcer la coopération avec Eurostat

En matière de collecte des données, il existe déjà de nombreux exemples de coopération fructueuse entre les organisations internationales qui permettent d'alléger les contraintes de déclaration imposées aux pays membres et d'obtenir des données plus cohérentes. Plusieurs types de statistiques de la santé publiées dans les *ECO-santé de l'OCDE* sont transmises par les producteurs d'autres bases de données internationales. C'est le cas, par exemple, des données sur les causes de mortalité que l'OCDE extrait de la *Base de donnée sur la mortalité de l'OMS*, ainsi que des données sur l'espérance de vie dans les pays de l'Union européenne qui proviennent de la base de données en ligne gratuite d'Eurostat. Ces échanges de données fonctionnent dans les deux sens, l'OMS et Eurostat utilisant jusqu'à présent les données sur les dépenses de santé et leur financement collectées à l'origine pour les *ECO-santé de l'OCDE*.

En vue de renforcer la coopération entre l'OCDE et Eurostat en matière de collecte des statistiques de la santé, le chef statisticien et directeur de la division de statistique de l'OCDE et le directeur général d'Eurostat ont convenu à l'été 2004 du principe d'aller de l'avant en ce qui concerne la collecte conjointe de certaines statistiques de la santé. Des fonctionnaires de l'unité Santé et sécurité alimentaire d'Eurostat, de la Division de la santé de l'OCDE et de l'OMS se sont rencontrés en novembre de la même année à Luxembourg afin de discuter de la meilleure manière d'atteindre ces objectifs communs.

Les participants à cette réunion se sont mis d'accord notamment sur la nécessité d'harmoniser les opérations de collecte basées sur le système des comptes de la santé afin de garantir la cohérence des données collectées au niveau national et international tout en allégeant les contraintes pour les pays. Une seconde réunion, destinée à poursuivre les discussions sur les modalités pratiques des travaux et à envisager d'autres possibles domaines convenant à des collectes coordonnées de données entre l'OCDE, l'Eurostat et l'OMS, est prévue avant l'été 2005.

Le saviez-vous? 28 cas de salmonellose ont été enregistrés chaque heure dans l'UE15 en 2001 contre 23 cas en 2003.

Source: Eurostat

Mettre en œuvre le système des comptes de la santé

Dans le domaine des statistiques de la santé, un des grands axes de travail au niveau national et international est la poursuite de la mise en œuvre d'un système standard de comptes de la santé qui permettra des comparaisons plus cohérentes et plus fiables des dépenses en matière de soins de santé entre les pays et dans le temps. Intitulé *Système des comptes de la santé (SHA)*, le manuel a été rédigé par l'OCDE qui a bénéficié, pour ce faire, d'une collaboration très importante d'Eurostat par le biais de la task force « Statistiques des soins de santé ». Celle-ci était composée d'experts des États membres de l'UE qui ont pris l'initiative d'établir un système de comptes de la santé pour l'Union européenne. Ce système établit un cadre standard pour la production d'une série complète de comptes comparables au plan international. Publié par l'OCDE, le manuel propose un ensemble conceptuel de règles de déclaration statistique qui sont compatibles avec d'autres statistiques économiques et sociales. Il propose une nouvelle « Classification internationale pour les comptes de la santé » qui s'articule autour de trois axes : fonctions des soins de santé, prestataires de soins de santé et sources de financement.

La majorité des pays européens et non européens de l'OCDE ayant déjà mis en œuvre les principes de ce manuel ou s'attachant à le faire, les données transmises par les administra-

tions nationales à l'OCDE, à Eurostat et à d'autres organisations internationales seront bientôt basées sur un cadre cohérent de comptes de la santé. Lors de sa réunion annuelle de novembre 2004, le groupe de travail d'Eurostat sur les statistiques de la santé publique a décidé qu'une des priorités principales pour 2005 était la mise en œuvre d'une opération de collecte de données conforme au manuel SHA et qu'il convenait de maintenir une collaboration étroite entre Eurostat, l'OCDE et l'OMS.

En 2004, avec l'aide d'experts provenant de treize pays, l'OCDE a mené un projet destiné à présenter les premiers résultats de la mise en œuvre du SHA. Cette collecte de données à la comparabilité accrue basée sur le manuel SHA offre davantage de possibilités d'étudier plus en détail la relation qui existe entre les montants qui sont dépensés pour les différents types de services (soins hospitaliers, soins ambulatoires, médicaments) et les différentes sources de financement de ces services (financement public, assurance privée, participation personnelle des patients). Ce type d'analyse comparative peut être utilisée par les autorités nationales pour identifier des problèmes potentiels concernant l'allocation actuelle des dépenses de santé et leur financement et peut les aider à décider d'orientations politiques basées sur l'expérience d'autres pays. En même temps, cette première tentative de collecter des données comptables sur la santé basées sur le SHA montre clairement où subsistent des différences en matière de pratiques comptables et où, par conséquent, des progrès restent nécessaires.

À partir du moment où les données SHA seront collectées de façon régulière, elles seront publiées, dès que disponibles, sur un site web consacré spécifiquement aux nouvelles données des comptes de la santé SHA dans les pays de l'OCDE. Ce site web rassemblera les rapports SHA par pays, des tableaux SHA avec de courtes notes méthodologiques, les rapports intermédiaires et les études méthodologiques sur la mise en œuvre du SHA dans les pays ainsi que toute autre information utile.

Élaborer des indicateurs de la qualité des soins de santé

Le troisième axe du programme de travail de l'OCDE défini par les ministres de la Santé de l'OCDE est l'élaboration en collaboration avec des experts nationaux d'indicateurs de la qualité des soins de santé, élément essentiel de la mesure de la performance d'un système de santé.

Dans le cadre de ce projet, des indicateurs de la « qualité des soins » ont été définis de façon un peu réductrice comme des indicateurs liés à la qualité technique avec laquelle les soins médicaux sont prodigués, c'est-à-dire comme une mesure de

effets des soins sur la santé ou de l'amélioration de la santé imputable aux soins (modification de l'état de santé imputable à l'activité préventive ou curative). On peut considérer que ce type de mesure représente l'élément « qualité » du « rapport qualité/prix » des soins de santé.

De nombreux pays de l'OCDE ont déjà défini des stratégies nationales pour commencer à collecter des indicateurs de qualité technique, souvent à des fins d'étalonnage dans le cadre d'un exercice de mesure de la performance. Toutefois, il subsiste de nombreux domaines pour lesquels la comparabilité internationale n'est pas suffisante pour permettre aux décideurs politiques de comparer la performance de leur système de prestations de soins de santé par rapport à un groupe de référence.

En 2004, l'OCDE a lancé un projet relatif aux indicateurs de la qualité des soins de santé afin de collecter des données préliminaires et d'évaluer leur comparabilité internationale pour une série initiale de 17 indicateurs. Des recommandations spécifiques ont également été formulées pour la collecte d'indicateurs de la qualité des soins dans cinq domaines prioritaires : soins cardiaques, soins aux diabétiques, soins primaires et prévention, santé mentale et sécurité du patient. Au cours de la réunion d'experts convoquée à l'OCDE en décembre 2004 pour discuter de ce projet, la direction Santé et protection des consommateurs (DG SANCO) a fait rapport sur les travaux financés par la Commission européenne dans le même domaine et sur son intention de collaborer étroitement avec l'OCDE en la matière.

L'objectif final de ce projet de développement ambitieux est d'obtenir un consensus sur une série d'indicateurs fiables reposant sur des bases scientifiques et d'accroître progressivement les informations sur la qualité des soins de santé disponibles dans les *Eco-santé de l'OCDE* et dans d'autres bases de données internationales.

Aborder des thèmes clés

Finalement, le programme de travail de l'OCDE abordera un certain nombre de thèmes politiques clés considérés pour le moment comme particulièrement importants par les autorités nationales. Il s'agit notamment :

- d'étudier les facteurs qui influencent l'efficacité des soins primaires et des soins hospitaliers dans les pays de l'OCDE et le rapport coût-efficacité considéré dans la perspective de la continuité des soins au patient;
- de mener des recherches sur le rôle des leviers économiques dans la promotion des comportements sains et la prévention des maladies évitables ;

- d'analyser les tendances en matière de handicaps parmi les personnes âgées dans les pays européens et non européens de l'OCDE ainsi que leurs implications sur les dépenses de soins de santé et de soins de longue durée ;
- d'évaluer les méthodes d'établissement des prix et des niveaux de remboursement des médicaments et d'évaluer l'impact transnational des politiques intérieures;
- de tirer des enseignements sur la façon de surmonter les obstacles à la mise en œuvre efficaces de technologies de l'information et de la communication dans le domaine des soins de santé.

En ce qui concerne l'efficacité et l'efficience dont il est question au premier point, il convient de noter qu'une réunion a été organisée en février 2005 à Bruxelles par la direction générale Emploi, affaires sociales et égalité des chances à

laquelle participaient l'OCDE, la DG Santé et protection des consommateurs, la DG Affaires économiques et financières ainsi qu'Eurostat. Pour lancer la discussion, Eurostat a présenté son rapport intitulé « Développement d'une méthodologie de collecte et d'analyse de données sur l'efficacité et l'efficience des services de soins de santé ». Ce projet est une nouvelle illustration de la bonne coopération qui existe dans le domaine statistique de la santé entre Eurostat et l'OCDE, collaboration qui ne pourra aller qu'en s'intensifiant au cours des prochaines années. Σ

Pour plus d'informations :

www.oecd.org/health

Joaquín Almunia, Commissaire aux Affaires économiques et monétaires

La nouvelle Commission européenne a pris ses fonctions le 22 novembre 2004. Le commissaire espagnol Joaquín Almunia y est responsable des affaires économiques et monétaires, dont fait notamment partie Eurostat. En fait, il avait déjà été nommé à ce poste le 26 avril 2004 en remplacement du commissaire Pedro Solbes retourné à la politique espagnole.



*Joaquín Almunia,
commissaire aux Affaires économiques et monétaires*

Le 7 janvier, s'adressant au personnel d'Eurostat, le Commissaire Almunia a souligné les priorités de l'Office statistique pour 2005. Il a insisté sur le fait que le rôle d'Eurostat est essentiel dans la définition des politiques communautaires, celles-ci devant être basées sur des statistiques fiables et dignes de foi. Eurostat doit adapter son action aux priorités politiques 2005 de la Commission européenne, à savoir l'élargissement, la croissance et la compétitivité, la sécurité et la citoyenneté ainsi que les relations extérieures.

“Il s'agit, tout d'abord, de garantir le succès de l'élargissement, ce qui veut dire garantir le fonctionnement correct de l'Europe élargie et la pleine application des politiques et des règles de l'UE par les nouveaux États membres. Du point de vue d'Eurostat, nous devons finaliser l'intégration de ces pays dans le processus décisionnel et les organes consultatifs du Système statistique européen. Il s'agit également de continuer à aider les systèmes statistiques nationaux des nouveaux États membres à fournir des données d'un haut niveau scientifique ainsi qu'à intégrer les nouveaux collègues et les nouvelles institutions au sein du Système statistique européen”.

En ce qui concerne la compétitivité et la cohésion, M. Almunia a rappelé que l'objectif politique central de la Commission était la reprise de la croissance au sein de l'UE. Le but principal sera d'améliorer la compétitivité tout en maintenant la prospérité, l'emploi, la cohésion et la protection de l'environnement en ligne avec la stratégie de Lisbonne. À cet égard, le rôle d'Eurostat consistera à :

- continuer d'améliorer les indicateurs de productivité et de compétitivité;
- préparer les statistiques nécessaires à l'évaluation à mi-parcours de la stratégie de Lisbonne;

- poursuivre le développement des statistiques des services, de la recherche et du capital humain et technologique;
- améliorer les indicateurs liés à l'utilisation et à la gestion soutenables des ressources.

En matière de sécurité et de citoyenneté, le Commissaire a souligné le fait qu'un effort accru et une meilleure coordination étaient nécessaires en ce qui concerne la gestion des nouvelles frontières communes et la prise en compte de la mobilité accrue des individus au sein du nouvel espace géographique. Ceci implique de développer les statistiques sur les migrations et les demandes d'asile.

Au sujet des relations extérieures, M. Almunia a indiqué que dans un esprit de partenariat, certaines politiques communautaires allaient être étendues à des zones géographiques plus vastes.

“La coopération statistique aura pour but non seulement de fournir les données statistiques nécessaires à la gestion de ces politiques, mais également de renforcer l'infrastructure statistique de pays ne faisant pas partie de l'Union européenne.”

Renforcer Eurostat pour mieux contrôler les données sur la dette et le déficit

M. Almunia a également rappelé le débat qui a eu lieu récemment au sujet des statistiques budgétaires suite à la transmission par la Grèce de données incorrectes sur la dette et le déficit. Il a indiqué que le rapport d'Eurostat et les deux communications adoptées en décembre 2004 par la Commission visent à renforcer les ressources d'Eurostat et à lui donner les moyens de mieux contrôler les données sur la dette et le déficit des États membres.

Il considère également comme importante la future proposition sur l'établissement de normes minimales à l'échelle européenne concernant l'indépendance des instituts de statistiques.

“D'ici juin 2005, Eurostat devra finaliser un autre dossier important. En réponse à la demande formulée par le Conseil « Affaires économiques et financières » en juin de l'année dernière, la Commission doit fixer des normes minimales à l'échelle européenne concernant le statut organisationnel des instituts de statistiques afin de renforcer leur indépendance, leur intégrité et leur responsabilité comptable. Les mêmes

obligations s'appliqueront naturellement également à Eurostat. Une task force réunissant des représentants des États membres a déjà commencé à travailler sur cette question.”

Les nouvelles normes poursuivront un objectif double. D'une part, elles serviront à améliorer la confiance dans les autorités statistiques en imposant certaines dispositions institutionnelles et organisationnelles. D'autre part, elles renforceront la crédibilité et la qualité des statistiques en favorisant une application cohérente des meilleurs principes et pratiques statistiques internationales.

Les statistiques : un service public

Le Commissaire Almunia attache également une grande importance au principe selon lequel les statistiques sont un service public. Des statistiques de bonne qualité constituent un service de base pour la Commission, les autres institutions européennes, les milieux académiques et le public en général.

“Il est essentiel que la politique de libre accès aux données statistiques lancée en octobre 2004 soit poursuivie et développée plus avant.” Σ

Né en 1948, M. Joaquín Almunia a obtenu un diplôme en droit et en économie de l'Université de Deusto à Bilbao. Il a entamé sa carrière politique en 1979 lorsqu'il est devenu membre du Parlement espagnol. Il a été ministre de la fonction publique (1986-1991) et ministre de l'emploi et de la sécurité sociale (1982-1986). De 1994 à 1997, il a été porte-parole du groupe parlementaire socialiste. En 1997, il a pris la direction du parti socialiste et a été candidat de ce parti au poste de Premier ministre en 2000.

Le 22 novembre 2004, Joaquín Almunia s'est vu confier le portefeuille des « Affaires monétaires et financières », qui couvre notamment Eurostat, au sein de la nouvelle Commission européenne. En réalité, il avait déjà été nommé une première fois à ce poste le 26 avril 2004 en remplacement du Commissaire Pedro Solbes qui était retourné à la politique espagnole en qualité de Ministre de l'Économie et des Finances.

Le directeur général d'Eurostat souhaite renforcer la coopération au sein du SSE

Avec ses 2,02 mètres, il est difficile de manquer Günther Hanreich, le directeur général d'Eurostat qui a pris ses fonctions le 16 décembre dernier. Ses priorités sont notamment l'amélioration de la qualité des données et le développement de la gouvernance statistique qui suppose davantage de coopération au sein du Système statistique européen (SSE).



Günther Hanreich, directeur général d'Eurostat

Avec Marie Bohatá, directrice générale adjointe récemment nommée, et les six directeurs en place, Günther Hanreich est persuadé de disposer d'une excellente équipe pour diriger l'office. Fort de ses dix années d'expérience au sein de la Commission européenne et de sa connaissance de la gestion des problèmes au sein de l'institution, il estime qu'il forme une équipe complémentaire avec Mme Bohatá qui dispose, elle, d'une connaissance approfondie de la statistique.

Leurs expériences respectives différentes les amèneront naturellement à s'occuper de tâches différentes au sein d'Eurostat et du Système statistique européen.

“Je m'occuperai par exemple de la gestion du personnel et des questions financières puisque j'ai acquis une grande expérience dans ces domaines dans les postes que j'ai occupés précédemment à la Commission, et Mme. Bohatá se concentrera sur la qualité et l'évaluation des statistiques. Toutefois, nous nous occuperons ensemble d'un certain nombre de questions comme l'organisation interne d'Eurostat ou l'amélioration de l'environnement de travail. Dans ces domaines, c'est en combinant nos expertises respectives que nous pourrions définir l'approche optimale” déclare G. Hanreich.

G. Hanreich ajoute que pendant des années, il a été un utilisateur de statistiques dans les différentes fonctions qu'il a occupées tant au sein de la Commission européenne que de l'administration autrichienne.

“Je me suis demandé de quelle manière il convenait d'utiliser les statistiques et je sais pertinemment que pour définir une bonne politique et en assurer le suivi, nous avons impérativement besoin de statistiques de qualité disponibles dans les délais”.

La qualité à l'ordre du jour

G. Hanreich estime qu'en 2005 et les années suivantes, Eurostat va se trouver confronté à différents défis qui, sous de nombreux aspects, sont identiques à ceux que rencontrera le SSE. Le premier de ces défis est la qualité et l'actualité des statistiques.

“La qualité est une question fondamentale. Il est essentiel qu'Eurostat puisse affirmer avec raison que ses données sont

fiables, à jour et indépendantes. Il s'agit là d'une priorité que nous considérons comme particulièrement importante”.

“Si elle est essentielle, l'actualité des données est une question délicate du fait qu'un grand nombre d'acteurs différents participent au processus de production au sein du SSE. Si nous nous comparons aux États-Unis, nous sommes en retard, mais pas autant que ce que certains pensent parfois. Je suis heureux de constater que nous nous sommes améliorés au cours des deux dernières années et que nous sommes aujourd'hui capables de publier des données plus vite qu'auparavant; cependant, il reste encore une marge d'amélioration”.

Pour améliorer la qualité, G. Hanreich est persuadé qu'il convient de développer la collaboration au sein du SSE entre les instituts nationaux de statistique et Eurostat.

Il rappelle également qu'un des défis des prochaines années sera d'intégrer pleinement les nouveaux États membres et de préparer les pays candidats à participer au Système statistique européen.

“L'élargissement ne consiste pas uniquement à intégrer les nouveaux pays dans le système; il s'agit également de voir ce que nous pouvons apprendre d'eux. Comment abordent-ils les problèmes et comment fonctionnent-ils? Je suis convaincu qu'il reste un potentiel inexploité d'enrichissement mutuel”.

Par ailleurs, Eurostat va devoir mieux adapter ses activités aux priorités politiques de la Commission pour 2005-2009 et s'assurer qu'il sera à même de fournir les données nécessaires à la définition, à la mise en œuvre et au suivi des nouvelles priorités politiques. Il est important de définir ce que cela signifie concrètement pour le programme de travail de l'office. Toutefois, G. Hanreich souligne qu'il ne faut pas s'attendre à une augmentation sensible des ressources humaines pour couvrir les nouvelles tâches.

“Nous devons probablement travailler avec les moyens à notre disposition, quoique je reste assez confiant dans le fait que nous pourrions obtenir quelques renforts supplémentaires en 2005-2006. Nous devons cependant également en-

visager des priorités négatives. Il ne faut pas nous bercer d'illusions et croire que nous pourrions exécuter toutes les anciennes tâches et toutes les nouvelles”.

La gouvernance statistique

G. Hanreich estime que le personnel hautement motivé et qualifié qui travaille dans les instituts de statistique partout en Europe est un facteur très encourageant. La coopération active et l'échange des meilleures pratiques entre les instituts nationaux de statistique (INS) constituent des atouts forts du SSE. Toutefois, il lui paraît nécessaire de renforcer la gouvernance statistique en Europe.

“La situation est complexe et les structures institutionnelles sont très différentes d'un État membre à l'autre. Toutefois, Eurostat et la Commission élaborent actuellement des lignes directrices pour améliorer la gouvernance statistique. Il est indispensable de définir des normes statistiques minimales à l'échelle européenne qui permettront de renforcer l'indépendance, l'intégrité et la responsabilité.” Σ

Âgé de cinquante ans, Günther Hanreich, de nationalité autrichienne, a été nommé directeur général d'Eurostat le 16 décembre 2004. Il vient de la direction générale de la Commission européenne responsable de l'énergie et des transports où il occupait la fonction de directeur pour les réseaux transeuropéens.

Ingénieur mécanicien de formation, G. Hanreich travaille à la Commission depuis 1996; il a occupé différents postes de directeur au sein de la DG Énergie et transports (et de la DG VII). De 1988 à 1995, il était directeur général de la politique des transports et du transport routier au sein du ministère fédéral autrichien de l'Économie publique et des transports. Avant 1988, il a occupé différentes fonctions au sein de l'administration autrichienne.

La qualité, sujet prioritaire pour la directrice générale adjointe d'Eurostat

Marie Bohatá, première directrice générale adjointe d'Eurostat et premier fonctionnaire en provenance d'un des nouveaux États membres, a pris ses fonctions le 1er décembre de l'année passée. Elle a l'intention de concentrer son action sur l'amélioration de la qualité des statistiques et l'établissement de normes minimales pour les statistiques européennes.

La mission de la directrice générale adjointe d'Eurostat est de "contribuer à la définition de la politique statistique européenne et de coordonner les activités visant à améliorer la qualité des statistiques européennes officielles. À cette fin, la directrice générale adjointe travaille en étroite collaboration avec les instituts nationaux de statistique".

Cette mission horizontale de portée relativement vaste peut se traduire concrètement par un certain nombre de tâches plus précises comme, notamment, celles portant sur la qualité des statistiques, le "bébé" de la nouvelle directrice générale adjointe.

"Ma première priorité sera d'améliorer la qualité et de renforcer la cohérence des statistiques structurelles et infra-annuelles pour qu'elles répondent mieux aux besoins des politiques communautaires; je travaillerai dans ce domaine avec la nouvelle unité responsable de la qualité".

La nouvelle unité « Qualité » va ainsi entamer l'évaluation à mi-parcours du programme statistique communautaire 2003-2007. Elle devrait également mener un certain nombre d'autres activités d'évaluation. L'unité a l'intention d'intensifier ses contacts et ses travaux avec les États membres sur toutes les questions en rapport avec la qualité et d'encourager le recours à des cadres méthodologiques intégrés. De façon générale, Mme Bohatá estime qu'il conviendrait de sensibiliser encore davantage les statisticiens à la nécessité de prendre en compte la qualité dans le processus de production et de diffusion de l'information ainsi que de développer la capacité des autorités statistiques à communiquer sur la qualité avec les utilisateurs.

"Je fais également partie de la task force qui travaille sur un code de bonne conduite pour les statistiques européennes. La

mise en application pratique de ce code fera aussi partie de mes priorités. Toutefois, il s'agit là d'une tâche plutôt de longue haleine puisqu'elle suppose la mise en place d'un système de contrôle du respect des règles et de révision périodique de celles-ci qu'il faudra développer".

Dans ce contexte, il convient d'examiner le concept d'indépendance des offices statistiques. Il s'agit là d'un problème particulièrement difficile et délicat du fait que les institutions et les traditions diffèrent fortement d'un État membre à l'autre.

"Il est important de définir un bon modèle susceptible de renforcer le pouvoir des statistiques officielles plutôt que de l'affaiblir vis-à-vis des gouvernements. Je crois qu'il convient de rechercher un certain type d'appui auprès des milieux professionnel et scientifique et de nos homologues statisticiens afin de limiter les pressions politiques potentielles et de veiller à ce que les offices respectent les règles et appliquent des normes professionnelles élevées".

« Bâtir l'avenir sur le passé »

Pour Marie Bohatá, Eurostat se trouve actuellement confronté à plusieurs défis majeurs, à savoir restaurer sa réputation, mieux servir les utilisateurs et anticiper leurs besoins futurs.

Fondamentalement, elle pense qu'Eurostat devrait regarder vers l'avenir en tirant profit des expériences qu'il peut tirer de la crise de 2002. Elle cite un passage des *Mémoires d'Eurostat* qu'elle trouve très parlant à cet égard: "L'histoire d'Eurostat est marquée, comme toute aventure humaine, par des périodes fastes et d'autres moins favorables. Les périodes difficiles, qui ont été traversées, ont néanmoins raffermi son caractère

et lui permettront de faire face aux crises qui ne manqueront pas de se présenter à l'avenir”.

D'expérience, elle sait que cela est tout à fait vrai. En tant que présidente de l'Office statistique tchèque, elle a été confrontée à deux crises majeures. La première a été les inondations qui ont frappé la ville de Prague en août 2002, détruisant les locaux de l'office et une bonne partie de ses infrastructures techniques. La seconde a concerné la sous-déclaration substantielle des chiffres du commerce extérieur établis à partir des données des services douaniers. À cause des inondations et de leurs conséquences sur l'économie, il a fallu un temps assez long à l'office pour constater le problème et réagir. Le résultat a été que l'office a été attaqué de toute part. Non seulement sa réputation a été ternie mais son indépendance a également été mise en doute.

“Cela a été une période difficile et personne dans le pays ne s'intéressait à la question de savoir comment cette erreur s'était produite, les responsabilités comme le travail étant partagés entre l'Office statistique et les services douaniers. Après un audit réalisé à ma demande – et non suite à des pressions politiques – par Eurostat, j'ai décidé de prendre mes responsabilités et de démissionner. L'erreur n'incombait pas aux statisticiens. C'était la communication réciproque qui avait fait défaut. Je dois admettre qu'après un certain temps, je me suis sentie beaucoup plus forte et même beaucoup plus motivée. Je pense également que ma présence aujourd'hui à Eurostat, en est une preuve”.

Elle souligne encore le fait que si la crise qu'a connue Eurostat a été profonde, elle est persuadée, quand elle constate l'engagement dont font preuve toutes les personnes avec lesquelles elle travaille au sein de l'Office, qu'Eurostat redeviendra vite une institution forte et respectée. Σ



Marie Bohatá, directrice générale adjointe d'Eurostat

Le Dr Marie Bohatá a pris ses fonctions de directrice générale adjointe d'Eurostat le 1^{er} décembre 2004. Avant sa nomination, elle a été vice-recteur de l'Université des relations internationales et publiques et professeur au « Czech Management Centre - Graduate school of Business » (École supérieure de commerce) de Prague. De 1999 à 2003, elle a occupé la fonction de Présidente de l'Office statistique tchèque.

En bref...

Diffusion gratuite de l'ensemble des données d'Eurostat

Depuis le 1er octobre 2004, toutes les données et publications d'Eurostat sont disponibles gratuitement sur internet. Il s'agit là d'une initiative capitale pour l'accès du public aux informations économiques et sociales sur la zone euro, l'UE et les 25 États membres. Plus de 300 millions de données sont disponibles en ligne, allant par exemple des prix à la consommation aux données détaillées sur le commerce extérieur par produit en passant par les comportements à l'égard du tabac.

Selon les besoins des utilisateurs, il existe deux manières d'accéder aux données. Le grand public consultera les « indicateurs de base », à savoir des tableaux prédéfinis incluant des « données économiques à court terme » pour la zone euro, l'UE et les États membres, les « indicateurs à long terme » qui couvrent une grande variété de sujets et les « indicateurs structurels » qui portent sur les domaines de l'emploi, de l'innovation, de la recherche, des réformes économiques, de la cohésion sociale et de l'environnement. Les spécialistes ont accès à des données plus élaborées contenues dans des bases de données détaillées. Ces données peuvent être extraites en ligne au moyen d'un navigateur convivial. Ils disposent en outre de liens vers les informations méthodologiques présentées selon la norme du FMI « Special Data Dissemination Standard » (SDDS) et qui fournissent toutes les informations nécessaires à l'interprétation des données.

Des versions électroniques de toutes les publications d'Eurostat sont également disponibles gratuitement en ligne. Elles peuvent être téléchargées en format PDF.

Pour aider et conseiller les utilisateurs internet des statistiques européennes, un nouveau service d'appui a commencé à fonctionner le 1er octobre 2004. Il comporte un centre d'appui central à Eurostat et 17 centres d'appui nationaux installés dans les instituts nationaux de statistique.

Pour plus d'informations :

europa.eu.int/comm/eurostat

La stratégie de la Commission pour l'amélioration des statistiques budgétaires

En décembre 2004, la Commission européenne a adopté une stratégie visant à améliorer la gouvernance du système européen de statistiques budgétaires. Cette stratégie comporte trois lignes d'action.

La première consiste à compléter le cadre juridique. À cette fin, la Commission a adopté en février 2005 une proposition de règlement du Conseil qui permet à la Commission de procéder à un contrôle approfondi des données dans les États membres. La seconde ligne d'action vise à renforcer les capacités opérationnelles d'Eurostat et de la direction générale « Affaires économiques et financières ». La troisième ligne d'action concerne l'élaboration de normes européennes destinées à renforcer l'intégrité et la responsabilité comptable des instituts de statistique. Celles-ci devraient être adoptées d'ici à juin 2005.

Pour plus d'informations

consulter la rubrique « Actualité Eurostat » du site web d'Eurostat

La Suisse rejoindra le SSE en 2006

Un accord de coopération statistique entre l'UE et la Suisse a été signé le 26 octobre 2004 à Luxembourg. Cet accord qui fera de la Suisse un membre à part entière du Système statistique européen (SSE) entrera en vigueur au 1er janvier 2006, lorsqu'il aura été ratifié par les deux parties.

La conclusion de cet accord signifie que la Suisse adoptera la majeure partie de l'acquis statistique.

L'accord prévoit également une contribution financière à verser chaque année à Eurostat pour un montant estimé actuellement à environ 4 millions d'euros. Σ

Pour plus d'informations :

www.bfs.admin.ch

« Plus statisticiens que fonctionnaires... »

Capitale de la Slovaquie, la ville de Bratislava a une longue histoire. Les Celtes et les Romains s'étaient déjà établis dans la région et la première mention manuscrite de la ville, dans les « Annales de Salzbourg », date de 907. Le Château de Bratislava, bâti sur un plateau à 90 mètres au-dessus du Danube, surplombe la vieille ville historique (Staré Mesto). Aujourd'hui, Bratislava est proche de la frontière avec l'Autriche, à seulement 60 kilomètres de Vienne, et pas très éloignée de la frontière hongroise au sud.



Peter Mach, président du « Statistický úrad » qui occupe un immeuble de bureaux datant des années 70

À partir de la vieille ville, on accède à l'Office statistique de la République slovaque après un court trajet en tram ou une promenade à pied d'une vingtaine de minutes. Sigma a pris le tram n° 6 pour aller à la rencontre de Peter Mach.

Comme l'explique M. Mach, l'histoire de la statistique en Slovaquie est bien plus ancienne que le pays lui-même. Un pre-

mier recensement a été organisé dès 1715 et des recensements réguliers ont eu lieu à partir de 1857. Les fichiers statistiques les plus anciens se trouvent dans les archives hongroises car ils datent de la période où la Slovaquie faisait partie du Royaume de Hongrie. Après la création de la Tchécoslovaquie, un Office statistique tchécoslovaque a été créé en 1919. Il a été réorganisé sur une base régionale en 1971, l'Office régional slovaque s'établissant à Bratislava.

Au printemps 1992, quand ont commencé les préparatifs de la scission de la Tchécoslovaquie entre les Républiques tchèque et slovaque, toutes les fonctions statistiques « fédérales » - méthodologie, relations internationales, etc. - se trouvaient à Prague. Il a fallu pratiquement deux ans pour transformer l'Office régional slovaque en un Office statistique de la République slovaque pleinement opérationnel.

Les préparatifs de l'adhésion à l'UE

Tout de suite, le nouvel Office s'est trouvé impliqué dans les préparatifs de l'adhésion à l'UE. La déclaration commune de coopération avec Eurostat signée en 1994 a établi les bases des travaux à mener pour que les pays candidats, avec l'aide d'Eurostat, puissent adapter leurs sys-

tèmes statistiques aux normes européennes. Comme le relève M. Mach, "les statistiques faisaient partie des huit premiers chapitres ouverts par la Slovaquie et ont été un des six fermés dès mai 2000."

Pendant ce processus, le programme PHARE a joué un rôle très important, notamment en ce qui concerne les programmes horizontaux multibénéficiaires dans le domaine statistique. Le programme national PHARE a également joué

un rôle non négligeable dans la mise à niveau de l'infrastructure informatique de l'Office. Comme le rappelle M. Mach, tant les « anciens » États membres qu'Eurostat ont apporté leur soutien aux activités PHARE. "L'ISTAT pour le recensement agricole, l'INE espagnol pour le SME, Statistics Finland pour les statistiques régionales, l'ONS, l'Autriche, l'Allemagne, tous ont apporté leur soutien mais c'est surtout l'INSEE qui s'est engagé à partir du milieu des années 1990".

Le résultat de tous ces travaux ? « En matière d'harmonisation, nous nous comportons généralement bien », estime M. Mach. "Aujourd'hui, nous sommes quasiment en mesure de suivre l'évolution de la législation au fur et à mesure. De plus, nous évaluons régulièrement l'application du plan d'action pour l'UEM".

Un point fort : la collecte des données

Lorsqu'on lui demande qu'elles sont les forces et les faiblesses de l'Office, M. Mach fait la distinction entre la collecte des données et les produits offerts. "Notre point fort, c'est la collecte des données. Par contre, il nous reste de la marge pour améliorer nos produits, et notamment en créer de nouveaux ayant une valeur ajoutée pour l'utilisateur. Nous ne devons pas nous contenter de produire uniquement des chiffres ; nous devons y associer des informations plus complexes".

M. Mach estime que la réputation de l'Office auprès des responsables politiques et du public est bonne. Il cite comme exemple le recensement de la population organisé en 2001. "Une enquête d'opinion couplée au recensement a montré, avec plus de 80% de réponses positives, que l'Office statistique avait une bonne réputation auprès du public. Le taux de réponse au recensement a été excellent – 99,6% - et la couverture par les médias n'a posé aucun problème. Nous n'avons également connu aucun problème avec la protection des données".

Une des difficultés que rencontrent les offices statistiques tant dans les anciens que dans les nouveaux États membres est le recrutement de personnel car, dans ce domaine, ils entrent en concurrence avec le secteur privé. M. Mach est tout à fait conscient du problème et ajoute qu'il arrive même que certains autres organismes publics proposent des salaires plus élevés que l'Office statistique !

La loi statistique

Une réalisation dont M. Mach est particulièrement fier est la nouvelle loi statistique entrée en vigueur en 2001. Cette loi, qu'il a rédigée en coopération avec Eurostat, donne à l'Office toute l'indépendance et toute l'impartialité nécessaires à la production des statistiques officielles. En 2002, M. Mach lui-

même est devenu le premier Président de l'Office nommé en application de la loi. Il a été désigné par le Chef de l'État pour une période de 5 ans renouvelable. En 1999, lorsqu'il était devenu pour la première fois Président de l'Office, il avait été nommé par le gouvernement slovaque.

Pour l'avenir, il identifie un certain nombre de défis. Il note tout d'abord le recours accru à des sources administratives pour réduire les contraintes imposées aux entreprises en matière de déclaration. Il y a ensuite l'amélioration des produits diffusés par l'Office ayant une plus grande valeur ajoutée pour les utilisateurs et utilisant de plus en plus Internet. Comme de nombreux autres offices statistiques et comme Eurostat lui-même, l'Office évolue vers davantage de publications électroniques et une diffusion gratuite accrue. Il est également de plus en plus tenu compte des besoins des utilisateurs internationaux, un nombre sans cesse plus important de publications de l'Office - quelque 60% aujourd'hui - étant produites à la fois en slovaque et en anglais.

« Motiver par l'exemple », c'est ainsi que M. Mach décrit son style de management. Son rêve serait que lui-même et l'Office soient « meilleurs chaque année ». Il considère que c'est à lui de motiver l'ensemble de ses collaborateurs pour qu'ils adoptent la même approche ! Il estime également qu'ils devraient être « plus des statisticiens que des fonctionnaires, indépendants dans leur travail, leur comportement et leur culture » et qu'ils devraient être conscients qu'ils « produisent des données avant tout pour les citoyens ».

Un triple défi

Sigma a également rencontré Magda Holubova, responsable des « Relations internationales et affaires européennes ». Elle travaille à l'Office statistique depuis 1992, année de création de ce département, qui depuis s'est progressivement développé.

Son travail couvre la coordination de la coopération avec Eurostat et les autres organisations internationales, la gestion de la participation slovaque aux programmes PHARE multi-bénéficiaires, la direction de projets pilotes et la coordination du programme national PHARE. Elle a participé activement aux préparatifs de l'adhésion à l'UE. "Au cours des années 1990, nous avons dû relever trois défis qui s'interpénétraient. D'une part, nous avons dû créer un office statistique pleinement indépendant à partir de l'office régional existant. Ensuite, nous avons dû mettre sur pied les nouvelles statistiques nécessaires au suivi des transformations économiques résultant du passage d'une économie planifiée à une économie de marché. Enfin, nous avons dû travailler à l'intégration européenne. Par rapport à d'autres ministères, nous avons eu un gros avantage car, plusieurs années avant l'élargissement, Eu-



Magda Holubova, responsable des « Relations internationales et affaires européennes »

rostat nous avait permis de participer à ses activités et nous avait invités à ses groupes de travail”.

Elle estime que M. Mach a toujours été “très orienté vers l'Europe et a apporté son soutien total à ces activités. Il a introduit un mécanisme interne de suivi régulier des progrès réalisés dans l'harmonisation avec la législation statistique européenne”.

Quand on lui demande comment les choses ont évolué depuis l'élargissement, Mme Holubova répond : “ Nous nous sentons davantage impliqués en tant qu'État membre que nous ne l'étions comme pays candidat. Notre responsabilité est plus grande. Avant, nous n'étions qu'observateurs alors qu'aujourd'hui nous participons à part entière. Nous faisons maintenant partie intégrante du Système statistique européen ”. Σ

Slovaquie

La Slovaquie est un pays d'Europe centrale enclavé ayant des frontières communes avec quatre autres États membres : l'Autriche, la République tchèque, la Hongrie et la Pologne. Avec sa frontière à l'Est avec l'Ukraine, elle possède également une petite portion de la nouvelle frontière extérieure de l'Union européenne.

La Slovaquie est restée sous contrôle hongrois du 10^{ème} siècle jusqu'en 1918, d'abord au sein du Royaume de Hongrie, ensuite de l'Empire austro-hongrois. Lorsque celui-ci s'est écroulé en 1918 à la fin de la première guerre mondiale, la Slovaquie s'est associée aux régions tchèques de Bohême et de Moravie, ainsi qu'à une partie de la Silésie pour former

la Tchécoslovaquie. Après la défaite de l'Allemagne nazie en 1945, la Tchécoslovaquie est redevenue un État, quoique la province de Ruthénie ait été cédée à l'Union soviétique. Les Tchèques et les Slovaques ont tenu des élections en 1946. En Slovaquie, c'est le Parti démocratique qui a gagné, tandis qu'en République tchèque, c'est le Parti communiste tchèque qui est sorti vainqueur et qui a fini par s'emparer du pouvoir en février 1948. Le régime communiste a survécu pendant pratiquement 42 ans. En 1989, Vaclav Havel a été nommé président et le processus de réforme démocratique a été engagé. Après les élections générales de juin 1992, il a été décidé de créer deux républiques indépendantes. La République de Slovaquie a vu le jour le 1^{er} janvier 1993.

L'Office statistique de la République slovaque

L'Office statistique de la République slovaque occupe quelque 1 130 personnes, un tiers travaillant au siège central de Bratislava et les deux autres tiers dans les huit offices régionaux. Un peu moins de 80% du personnel est féminin, quoique la proportion de femmes soit plus élevée dans les offices régionaux (84%) qu'au siège central (69%). Une autre différence entre le siège central et les offices régionaux concerne le niveau de qualification du personnel. Si les trois-quarts du personnel du siège central sont universitaires, ceux-ci sont moins de 30% dans les offices régionaux où les deux tiers du personnel ont un niveau d'éducation secondaire. Environ un quart du personnel a moins de 35 ans et la moitié plus de 46.

Peter Mach

Âgé de 53 ans, Peter Mach a obtenu en 1974 un doctorat en probabilités et statistiques mathématiques de l'Université Comenius de Bratislava.

Après avoir entamé sa carrière à l'Université Comenius comme assistant scientifique, il a travaillé de 1979 à 1995 en qualité d'informaticien dans plusieurs organismes officiels. Pendant cette période, il est entré en contact avec l'Office statistique, travaillant notamment pour le premier organisme à avoir fourni à l'Office des données sur bandes magnétiques. En 1994, il a été nommé directeur du « Centre national de l'informatique », en fait l'institut de recherche de l'Office. Après trois années en tant qu'informaticien dans le secteur privé, il est revenu à l'Office statistique en janvier 1999 pour en devenir le troisième Président.

Un avenir à l'Office pour un jeune diplômé

Sigma a également rencontré Michal Cigas pour connaître le point de vue d'un jeune diplômé travaillant à l'Office slovaque. Michal a rejoint l'Office à la fin de 2001 après avoir obtenu son diplôme en sciences économiques. De janvier à mai 2004, il a travaillé à Eurostat en tant que stagiaire PHARE.



Michal Cigas, Département du répertoire des entreprises

Michal Cigas travaille principalement sur les questions méthodologiques relatives au répertoire des entreprises au sein du Département de la méthodologie. Il a participé à deux projets européens, le recensement des PME 2002 et la démographie des entreprises 2003/2004.

Pourquoi avoir choisi l'Office statistique?

“Après avoir obtenu mon diplôme, j'ai lu une annonce pour un programme du gouvernement offrant des stages dans l'administration publique. J'ai déposé ma candidature et ai été

choisi par l'Office statistique. J'ai pensé qu'il s'agissait-là d'une bonne opportunité, offrant un travail intéressant. La possibilité d'améliorer ma connaissance de l'anglais et de travailler sur un projet européen était également très attrayante.”

Le stage et l'emploi ont-ils répondu à vos attentes?

“Cela a été très intéressant et je suis très content d'y avoir pris part. J'ai eu l'occasion de visiter de nombreux pays ainsi qu'Eurostat. J'ai atteint les objectifs que je m'étais fixés au départ : un travail intéressant avec des tâches spécifiques, des voyages et une expérience professionnelle, des projets liés à l'Europe et la chance de progresser dans ma carrière. Et, naturellement, le stage PHARE !”

Pensez-vous avoir un avenir au sein de l'Office statistique slovaque?

“Oui! Toutefois, j'aimerais également travailler pour Eurostat... J'ai un bon chef et je travaille sur des projets qui contribuent au développement des statistiques non seulement au plan national mais également au plan européen. J'ai de nombreux amis personnels parmi les statisticiens du monde entier et j'ai ainsi l'impression de faire partie de la grande communauté statistique internationale.”

Michal reconnaît que le salaire de départ d'un jeune diplômé n'est peut-être pas aussi élevé que ce qu'il pourrait être ailleurs mais “après deux ou trois ans, la différence n'est plus aussi prononcée et les perspectives de carrière sont bonnes”. Σ

Un « silo » pour les statistiques agricoles

Département des statistiques de l'agriculture et de l'environnement de l'Office statistique central de Hongrie

En Hongrie, un système de base de données nouvellement créé va probablement faire œuvre de pionnier pour l'ensemble des travaux de l'Office statistique. À mesure que les statistiques agricoles se sont développées au tournant du millénaire pour satisfaire aux besoins tant de la Hongrie que de l'Union européenne, il est apparu nécessaire de recourir davantage à l'informatique pour les opérations de collecte et de traitement des données. Avant même que la Hongrie ne rejoigne l'Union européenne le 1er mai 2004, les statistiques agricoles de ce pays ont été confrontées à deux défis: d'une part, un recensement agricole en 2000 et, d'autre part, un recensement des vergers et des vignobles l'année suivante.

Si ces deux défis ont été relevés avec succès, il est apparu clairement que l'ensemble du processus de production des statistiques avait besoin d'un support technique plus élaboré. En outre, l'agriculture est l'un des domaines du Système statistique européen parmi les plus développés et les plus réglementés, les dispositions juridiques écrites le concernant comportant plus d'un millier de pages. Les exigences en matière de données formulées par l'UE au cours des négociations d'adhésion ont montré que l'agriculture hongroise avait besoin d'un système de base de données statistiques capable de s'adapter rapidement à l'évolution des besoins et de traiter des volumes considérables de données avec un haut degré de fiabilité. Des travaux préparatoires ont donc débuté afin d'élaborer un tel système dont le développement a été confié à une société informatique hongroise. Celle-ci a travaillé dans le cadre du programme PHARE et a bénéficié d'une expertise fournie par l'Office statistique suédois. À la fin de l'année 2002, les principales composantes du nouveau système étaient prêtes. Leur installation progressive a eu lieu au cours du premier semestre 2003.

Un « silo » pour les données agricoles

La nouvelle base de données a été baptisée « Hombár », le mot hongrois pour « silo ». À l'image des fermes qui utilisent des silos pour stocker les céréales, les statisticiens utilisent des bases de données pour stocker de grandes quantités de données agricoles. Comme les fermiers qui stockent leurs céréales dans des silos avant de les transformer en farine et en

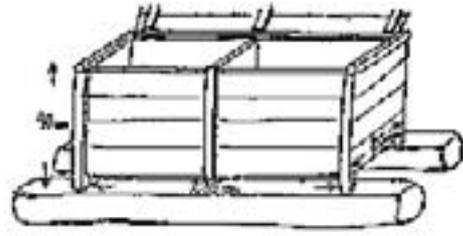
pain, les statisticiens stockent dans leur « Hombár » leurs précieuses données qui serviront à la production d'informations sur l'agriculture.

Qu'attendaient les statisticiens du nouveau système en tant qu'utilisateurs potentiels? Tout d'abord, qu'il permette d'assurer un traitement standard des statistiques agricoles et qu'il soit relié et compatible avec les systèmes existants au sein de l'Office statistique central hongrois (par exemple, avec les métadonnées, les systèmes de conception et de mise en œuvre des enquêtes/collectes de données, le système de saisie des données et le registre des entreprises). Deuxièmement, dans le but d'améliorer la qualité des données, qu'il permette le suivi de la production et de la modification des données, assurant ainsi la cohérence de celles-ci pendant leur traitement. Troisièmement, qu'il permette d'améliorer l'analyse des séries chronologiques relatives tant au siècle et demi des statistiques agricoles hongroises que des 4 dernières années. Quatrièmement, qu'il permette le traitement des données au moyen d'un système de gestion des tâches. Enfin, et ce n'est pas le moins important, qu'il soit convivial.

Les différentes tâches sont exécutées à l'aide soit de systèmes de type répertoire, soit de systèmes conçus spécifiquement pour chaque thème. Le premier groupe couvre les répertoires des exploitations et des plantations, le second couvre les principales branches agricoles, complété par une base de flux. Le répertoire des exploitations a été élaboré sur le modèle de la base Eurofarm d'Eurostat et en respecte les exigences de bases de données tant individuelle que tabulaire (BDI/BDT).

Un modèle pour d'autres domaines

Au cours de sa première année d'existence, « Hombár » s'est avéré être un excellent « silo ». En y ajoutant les extensions nécessaires, il pourrait servir de modèle à d'autres domaines des statistiques hongroises. Parmi ses principaux avantages, les experts en informatique de l'Office statistique hongrois relèvent en particulier son caractère généraliste. Après la saisie des données, tous les types de traitement peuvent être effectués par les statisticiens eux-mêmes. Σ



Silo en bois de Szalafo", Hongrie

Vous avez des problèmes de diffusion ? Ne vous inquiétez pas, PC-Axis est là pour vous aider !

Ulrika Arver, Office statistique suédois

« PC-Axis » est une famille de logiciels destinés à faciliter une diffusion rapide et aisée des statistiques. Il est le résultat d'un projet de développement lancé par l'office statistique suédois (*Statistics Sweden*) dans les années 1970 et qui se poursuit toujours actuellement. Peu à peu, la famille de logiciels s'est agrandie et elle comprend aujourd'hui non seulement un navigateur statistique pour Windows et Internet mais également des applications complémentaires pour, par exemple, la création de fichiers, des solutions internet et des fonctions d'édition.

Pour pouvoir utiliser PC-Axis, vous devez d'abord conclure un accord de licence avec l'office statistique suédois. Actuellement, plus de 50 instituts de statistique et organisations internationales utilisent ce produit; ils font tous partie du « consortium PC-Axis ». Tous les membres sont encouragés à participer activement à l'évolution du programme. Les responsabilités pour les différents logiciels et leur développement sont réparties entre les pays nordiques qui constituent le noyau du consortium. Une fois l'an, une grande réunion rassemble les membres du consortium pour leur donner la possibilité de discuter du produit et des développements en cours ainsi que de faire part de leurs besoins pour l'avenir. L'objectif commun est d'améliorer en permanence le produit de façon à rencontrer les besoins des utilisateurs. De nouvelles fonctions sont ajoutées dans chaque version.

Actuellement, PC-Axis permet d'élaborer des tableaux dynamiques qui peuvent être modifiés, recalculés et présentés sous forme de graphiques ou de cartes. Une connexion avec une base de données SQL est également possible, comme le fait par exemple l'office statistique suédois. Une autre solution assez prisée est l'utilisation de PX-Web comme première étape de la diffusion statistique. PX-Web est un outil pour la présentation des tableaux statistiques sur Internet basé sur « MS Internet Information Server ». Il permet de publier une base de données rapidement et aisément car les applications sont générées automatiquement. Les domaines sont créés à partir des dossiers contenus dans les fichiers PC-Axis (données statistiques). PX-Web et PC-Axis permettent de présen-

ter les données sous de nombreuses formes (fonctions pivot) à l'aide de graphiques et de cartes. Si nécessaire, la possibilité existe d'ajouter une nouvelle langue si la vôtre ne fait pas encore partie des quinze déjà utilisées.

Recensement agricole en Croatie

Comment PC-Axis fonctionne-t-il dans la pratique? Un bon exemple est celui de l'office central statistique de Croatie qui a réalisé un recensement agricole en 2003. Pour pouvoir mettre les données à la disposition des utilisateurs dans les délais prescrits, l'office central a créé une base de données PX-Web sur son site Web. Le projet a été une réussite. Aujourd'hui, l'office travaille sur une solution PC-Axis comportant une connexion avec une base de données relationnelle (SQL) pour faciliter la production et l'accès aux métadonnées.

Pour davantage d'informations ou pour tester les logiciels, n'hésitez pas à visiter le site web www.pc-axis.scb.se. Vous y trouverez tous les logiciels à télécharger, des informations techniques détaillées ainsi que des rapports sur l'ensemble des nouveaux développements. Les adresses de contact y sont également mentionnées si vous avez des questions ou si vous êtes intéressés par la conclusion d'un accord de licence. Σ

Ulrika Arver est consultante statistique auprès de l'office statistique suédois.

La modernisation de l'infrastructure statistique à l'Office national de statistique du Royaume-Uni

John Kinder, ONS

L'Office national de statistique (ONS) du Royaume-Uni a lancé un programme de modernisation en vue de remplacer toute son infrastructure statistique et de réorganiser complètement ses principaux systèmes statistiques. L'idée maîtresse de l'opération est d'aboutir à terme à un ensemble de méthodes et d'outils statistiques accepté par tous et fonctionnant efficacement au sein d'un environnement technique donné. Les statistiques nationales pourront ainsi être partagées entre les utilisateurs qui utiliseront des méthodes et des outils communs et se verront ainsi offrir de nouvelles perspectives ne pouvant être envisagées actuellement à cause des obstacles techniques existants.

Cette opération de modernisation comporte plusieurs phases. La première consiste essentiellement à tester le concept, à mettre en œuvre un nombre substantiel de ses composantes et à créer la base de données centrale. Les trois phases suivantes porteront sur la mise en œuvre du concept dans les statistiques sociales, les statistiques des entreprises et les comptes nationaux. La cinquième phase concernera l'intégration des enquêtes et des sources, y compris l'application de nouvelles méthodologies par le biais des nouveaux outils et systèmes. Il est probable que d'autres phases suivront, incluant la réalisation de produits statistiques en temps réel.

Le choix des processus statistiques standard est un élément central du développement de l'architecture. Pour la standardisation, une stratégie de type « buy not build » a été appliquée.

Matériel, architecture des données et des composants

Au cours de la première phase, le matériel a été remplacé. Le

« Programme de modernisation statistique » (PMS) s'appuie sur un système matériel centralisé partagé.

Le développement du modèle logique d'architecture des données a été effectué en se basant sur les exigences fonctionnelles élevées du PMS plutôt que sur les caractéristiques des systèmes en place à l'ONS. La première priorité donnée au modèle a été la prise en charge du flux de données par le biais d'une séquence de processus standardisés en partageant une source commune de métadonnées. Le modèle a été défini sur la base du principe fondamental selon lequel les informations clés auxquelles chaque donnée doit être liée sont l'unité statistique à laquelle fait référence la donnée (p. ex. un ménage ou une entreprise), la classification de la donnée (par rapport p. ex. à une nomenclature industrielle type), la zone géographique concernée (p. ex. quadrillage de référence ou région) et la période.

L'architecture technique comporte également des composants dont les principaux éléments sont une matrice statistique, des dossiers, un module de calcul et un relevé statistique d'activité. Une matrice statistique peut prendre différentes formes (par exemple, réponses à une enquête, sources agrégées, etc.). La matrice statistique est le moyen d'échange usuel des données et des métadonnées entre les différentes composantes du système. Le statut de la matrice statistique reflète l'état du traitement qu'elle a atteint. Créés pour contenir des objets, les dossiers regroupent de manière pratique un ensemble de vues sur les données, en suivant un schéma similaire aux répertoires d'un système de classement pour Windows. Chaque objet, y compris les matrices statistiques, les modules de calcul, les métadonnées, etc., peut être consulté par le biais d'au moins un dossier. Le traitement du

contenu d'un dossier est défini et géré par un module de calcul comportant une liste d'opérations correspondant à une action unique ou à un segment du processus statistique.

Un système basé sur des métadonnées

Au cœur de la nouvelle infrastructure et de la nouvelle base de données, on trouve un système de métadonnées comprenant un référentiel de classement, une liste de définitions des variables et un ensemble de métadonnées communes pour chaque série de données. Ce système est appelé « Système de gestion des données administratives et des données d'enquête ». La structure des métadonnées permet de stock-

er les classifications dans les différentes versions requises pour les statistiques officielles et fournit une bibliothèque de variables et de questions pouvant servir pour tous les instruments de collecte des données et les types de publication envisagés par l'ONS. Σ

Pour plus d'informations:

John Kinder, Office national de statistique,
Programme de développement de l'infrastructure
statistique, John.Kinder@ons.gov.uk

eSTATISTIK.core : l'obtention de statistiques directement à partir des systèmes informatiques des entreprises

Christian Bösnecker, Statistisches Bundesamt

Depuis quelque temps déjà, les offices statistiques permettent aux personnes enquêtées de communiquer leurs réponses au moyen de questionnaires via l'internet. Chacun ayant accès à l'internet peut utiliser ce système, qui présente des avantages évidents: il n'est plus nécessaire de compléter et de renvoyer les questionnaires sur papier, les données peuvent être communiquées immédiatement et l'opération est généralement moins coûteuse.

Une tâche qui reste à accomplir pour le déclarant est l'obtention de l'information statistique requise. Les entreprises déclarantes doivent extraire les données requises de leurs systèmes informatiques au moyen des logiciels de gestion adéquats. Ces données sont rarement disponibles telles quelles et doivent donc être préparées avant d'être communiquées. Souvent, elles se trouvent dans différents systèmes informatiques de l'entreprise et doivent être mises en commun. L'idéal serait d'intégrer aux systèmes informatiques des entreprises un « module statistique » qui réaliserait automatiquement les travaux de préparation et de compilation des données.

Cette solution technique présente un potentiel énorme: elle permettrait au déclarant, dans le meilleur des cas, de réaliser la compilation et l'envoi d'un ensemble de statistiques à l'aide d'une seule touche de son ordinateur. Toute l'opération d'obtention des données serait ainsi automatisée. Cette solution présente aussi des avantages pour les offices statistiques. La production automatique des données améliorerait nettement la qualité des statistiques brutes et permettrait de les traiter d'une manière homogène.

eSTATISTIK.core ?

En partant de cette idée, les offices statistiques des Länder, en collaboration avec des concepteurs de logiciels réputés et

avec l'association déclarée AWV (Arbeitsgemeinschaft für wirtschaftliche Verwaltung), ont mis au point le système «eSTATISTIK.core – Fourniture de données statistiques brutes à un centre d'accès commun», qui se compose de l'infrastructure et des éléments logiciels suivants:

1. un centre d'accès commun basé sur l'internet pour les données statistiques brutes;
2. des formats XML uniformes pour l'envoi des données, l'accusé de réception et la description de l'enquête;
3. des descriptions d'enquêtes basées sur le format électronique XML pour les statistiques concernées;
4. un logiciel d'aide gratuit à l'intention des entreprises déclarantes et des concepteurs de logiciels pour la réalisation des modules statistiques.

Le centre d'accès commun pour les données statistiques brutes

Le centre d'accès commun basé sur l'internet pour les données statistiques brutes permet aux entreprises déclarantes qui possèdent un accès à l'internet de communiquer automatiquement leurs informations statistiques à un destinataire central en Allemagne, indépendamment du type de statistiques dont il s'agit et de l'Office auquel elles sont destinées. Le centre d'accès se charge du contrôle des réponses reçues et de leur distribution aux offices compétents.

Des formats XML standards

Les échanges de données entre les entreprises déclarantes et le centre d'accès commun s'effectuent exclusivement au format XML. Le format XML DatML/RAW sert à l'envoi des sta-

tistiques brutes. Il est utilisé uniformément pour tous les types de statistiques et permet à la fois l'envoi de données par des tiers (par exemple le conseiller fiscal de l'entreprise) et leur téléchargement par d'autres tiers (par exemple le centre d'accès commun). L'expéditeur des données peut demander un accusé de réception. Celui-ci est envoyé au format XML DatML/RES et peut être traité automatiquement. Cette possibilité intéresse en particulier les fournisseurs de services de traitement des données (comme les centres de calcul) qui souhaitent automatiser des opérations identiques destinées à de nombreux clients. Quant au format XML DatML/SDF, il sert à la description formelle des statistiques, de leurs caractéristiques et de leur liste de variables. Les descriptions des enquêtes sont communiquées dans ce format.

La description des enquêtes

La description des enquêtes indique la nature et le nombre de variables des statistiques souhaitées, ainsi que d'autres informations spécifiques, comme la période de référence et la périodicité. Elle sert de base à la compilation et au contrôle des données brutes fournies. Elle peut être téléchargée automatiquement à partir du centre d'accès commun des données au format XML DatML/SDF et permet l'utilisation de méthodes génériques de compilation et de contrôle.

Le logiciel d'aide

La logithèque CORE.connect a été conçue spécialement pour l'obtention automatique de statistiques brutes à partir des systèmes informatiques des entreprises. Elle est destinée aux entreprises déclarantes et aux concepteurs de logiciels lors de la réalisation des modules statistiques qui prennent en charge l'extraction des données brutes des systèmes informatiques des entreprises et leur envoi. Elle contient toutes les fonctions indispensables à la compilation des données au format XML

DatML/RAW, à leur contrôle et à leur envoi au centre d'accès commun. L'application PC CORE.reporter a été conçue pour les entreprises déclarantes qui n'utilisent pas de logiciels spécifiques, mais uniquement des programmes de bureau ordinaires. Elle leur permet de compiler, d'envoyer et de traiter au format XML DatML/RAW des données brutes disponibles dans les applications de bureau courantes (CSV, Excel, etc.).

Opérationnel à partir de l'été 2005

Au début de l'été 2005, plusieurs entreprises réputées, comme SAP, Datev et Oracle/PeopleSoft démarreront la phase pilote des modules développés pour l'extraction des statistiques sur les salaires. Parmi les firmes pilotes souhaitant obtenir automatiquement des données statistiques à l'aide de ces modules figure notamment la Lufthansa. L'objectif est également d'offrir eSTATISTIK.core pour d'autres statistiques économiques. Avec ce projet, les offices statistiques de la République Fédérale d'Allemagne et des Länder ont remporté le cinquième concours de l'administration en ligne de la compagnie internationale BearingPoint et Cisco Systems dans le domaine « Economie et emploi ». Le prix a été reçu à l'occasion du CeBIT en mars 2005. Σ

Pour de plus amples informations

Le portail des offices statistiques de la République fédérale d'Allemagne et des Länder (www.statistik-portal.de) contient des informations actualisées sur tous les aspects de la solution eSTATISTIK.core et permet de télécharger les logiciels.

Christian Bösnecker
e-mail: christian.boesnecker@destatis.de

Le nouveau guichet statistique de l'Office allemand de la statistique

Depuis avril 2004, l'Office allemand de la statistique dispose d'une plate-forme de distribution et de vente totalement rénovée. Ce guichet statistique, www.destatis.de/shop, qui s'adresse aux clients de l'Office, a non seulement été remodelé, mais ses fonctions ont aussi été considérablement étendues et la gamme de produits a été élargie à l'offre complète des publications standard.

Ce guichet permet de commander en ligne toutes les publications de l'Office, tandis que d'autres ouvrages peuvent être téléchargés aux formats PDF ou XLS. Un grand nombre de ces publications sont aussi disponibles gratuitement; c'est notamment le cas de toutes les «séries thématiques», qui peuvent être téléchargées sans frais.

Les téléchargements gratuits ne nécessitent aucun enregistrement ni aucune formalité d'inscription. Pour les clients qui souhaitent obtenir les produits mis en vente, une simple inscription suffit. L'avantage des clients enregistrés est la possibilité qui leur est offerte d'être averti par courrier électronique des nouvelles parutions des produits qui les intéressent.

Le nouveau guichet statistique permet plusieurs possibilités de recherche. Outre des recherches ordinaires en texte libre, les clients peuvent effectuer des recherches hiérarchisées

parmi les thèmes des statistiques officielles, ainsi que des recherches avancées sur la base des titres des publications et/ou de leur numéro de référence. Ils peuvent aussi limiter leurs recherches à un type de support déterminé.

Au cours de l'année 2004, le guichet statistique a enregistré plus de 550 000 visiteurs, et plus de 11 000 clients enregistrés.

La refonte du guichet statistique a été rendue possible grâce à un partenariat avec l'entreprise de distribution SFG - Servicecenter Fachverlage, de Kusterdingen, membre du groupe Elsevier, qui a été retenue à la suite d'une adjudication publique. Elle s'occupe de l'aspect technique de la plate-forme et de l'ensemble de la logistique. Cette collaboration entre l'État et le secteur privé permettra de dégager des synergies bénéficiaires aux deux parties. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'initiative de simplification administrative lancée par le gouvernement allemand, qui poursuit les mesures de réforme entamées en 2003 avec le programme «*Moderner Staat – Moderne Verwaltung*» («Une administration moderne dans un État moderne»). Σ

Panel communautaire des ménages et comparabilité internationale

Statistisches Bundesamt

L'harmonisation et la comparabilité internationale des panels de ménages sont les thèmes centraux du recueil «Harmonisation of Panel Surveys and Data Quality», publié en anglais en 2004. Il s'agit d'une publication de l'Office allemand de la statistique (Wiesbaden) dans le cadre de sa série «Spektrum Bundesstatistik». Elle a été rédigée sur la base des résultats du projet de recherche CHINTEX (The **C**hange from **I**nput to **E**xpost Harmonisation in National Samples of the European Community Household Panel – Implications on Data Quality), financé par la Commission européenne. Le consortium du projet était composé de l'Office allemand de la statistique (Wiesbaden), de l'université Johann-Wolfgang-Goethe (Francfort), de l'Institut allemand de recherche en économie (Berlin), de l'Office finlandais de la statistique (Helsinki), de l'université de l'Essex (Colchester) et du Centre d'études de populations, de pauvreté et de politiques socio-économiques / International Networks for Studies in Technology, Environment, Alternatives, Development (Differdange).

Les contributions à ce recueil présentent un intérêt scientifique général et portent sur la qualité des statistiques obtenues au moyen des données du panel de ménages. Ces résultats sont donc particulièrement importants pour les travaux de recherche et de développement sur les statistiques officielles et au-delà, comme le montrent les exemples ci-dessous.

Les méthodes d'enquête ont une grande influence sur la comparabilité des données

Une comparaison des valeurs estimatives obtenues, d'une part, sur la base du sondage réalisé par la Finlande dans le cadre du panel communautaire les ménages (PCM) et, de l'autre, à partir des données des registres de ce pays pour ces mêmes personnes montre qu'il existe des différences considérables, et stables dans le temps, dans la répartition du revenu

équivalent des ménages. Ces écarts sont à l'origine d'une marge d'erreur relative de 50 % dans le taux de pauvreté. Des divergences de cette ampleur ont une influence sur le classement des États européens établi sur la base des résultats du panel des ménages. Ce pourrait aussi être le cas des statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie (SILC). Ces écarts sont dus dans les données de l'enquête à une nette surévaluation du revenu professionnel brut dans les déciles inférieurs et à une sous-évaluation modérée de ce revenu dans les déciles supérieurs.

En ce qui concerne les taux de non-réponse, les travaux font clairement apparaître de nettes différences dans le travail de terrain sur les sous-échantillons nationaux du PCM, qu'il faut mettre en corrélation avec les différences dans la structure des lacunes du panel entre les pays. On observe même des écarts significatifs entre des sondages différents à l'intérieur d'un même pays en ce qui concerne les types de lacunes et les taux de non-réponse. Les résultats des recherches indiquent qu'une meilleure qualité du travail de terrain permettrait de réduire tant les lacunes du panel que les taux de non-réponse. Les analyses ont montré en particulier que le maintien d'un même enquêteur pendant un maximum de temps s'était avéré très précieux. Dans les enquêtes par sondage, les changements d'adresse et d'enquêteur sont les principaux facteurs de risque de lacunes.

Les variations des revenus sont difficilement mesurables

Les recherches sur la qualité des données révèlent une tendance à la sous-estimation des variations des revenus professionnels lors des sondages. Les données des registres finlandais montrent que les variations tant des ménages que du revenu professionnel, ainsi que de la situation familiale, ont une influence sur les lacunes des statistiques. On peut con-

sidérer comme certaine l'existence d'un biais provenant d'une sous-évaluation non seulement de la variabilité du revenu du ménage, mais aussi de la mesure de la répartition du revenu. Toutes les distortions constatées confirment l'hypothèse selon laquelle les modifications des caractéristiques individuelles des variables augmentent le risque de lacunes au niveau du panel.

La qualité des données augmente avec la durée de vie du panel

On constate que les participants au panel ont tendance à fournir des réponses de plus en plus précises au cours du temps. On peut donc présumer que la qualité des statistiques, par exemple sur les revenus, s'améliore graduellement. Les résultats des analyses montrent aussi que les lacunes évoluent

avec le temps. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une meilleure coopération des personnes interrogées avec l'enquêteur ou vis-à-vis du sondage. On peut en déduire que les sondages transversaux et, dans une moindre mesure, les panels limités dans le temps présentent des taux maximums d'erreur de mesure et de non-réponse, qui peuvent être réduits jusqu'à un certain point en utilisant un panel de longue durée. Ces résultats plaident donc pour le maintien en place de ce type de panels. Σ

Pour de plus amples informations sur ce projet, consultez le site:

<http://www.destatis.de/chintex/index.htm>

Des versions électroniques des publications sont **disponibles gratuitement en ligne**

Des versions électroniques peuvent être téléchargées en format PDF.

Les publications peuvent être recherchées par thème ou par collection.

Des communiqués de presse fournissent les dernières informations sur les euro-indicateurs et sur des questions sociales, démographiques, agricoles et environnementales.

Aperçu des publications

★ Statistiques en bref

Cette collection fournit des résumés actualisés des principaux résultats d'enquêtes, d'études et d'analyses statistiques. Elle est publiée pour tous les thèmes et comporte 4 à 12 pages par numéro. Plus de 200 numéros sont publiés chaque année.

★ Panorama de l'UE

Cette collection met en évidence les caractéristiques et les tendances d'un thème sectoriel ou multisectoriel. Les publications comportent environ 200 pages d'analyses, de tableaux et de graphiques.

★ «Pocketbooks»

Ces publications en format livre de poche contiennent des données sur les principaux indicateurs de l'Union européenne, de la zone euro, des États membres et de leurs partenaires.

Publications spécialisées

★ Tableaux détaillés

Les tableaux contiennent tout ou partie des données statistiques élaborées pour un thème ou un secteur.

★ Méthodes et nomenclatures

★ «Working papers»



Le «European statistical data support» aide les utilisateurs en ligne

En coopération avec les membres du «système statistique européen», Eurostat a créé un réseau de centres d'aide qui existent dans presque tous les États membres et dans certains pays de l'AELE. Leur mission consiste à **aider et à orienter les utilisateurs de statistiques européennes en ligne.**

