

Les données statistiques sur la santé disponibles dans la base New Cronos (EUROSTAT)

Alain AYERBE, Philippe CORDAZZO

Département de démographie – Université Marc Bloch Strasbourg 2

Introduction

Depuis le 1^{er} octobre 2004, Eurostat propose en libre accès l'ensemble de ses bases de données et de ses publications électroniques. Avec la base New Cronos, l'utilisateur accède ainsi à plus de 300 millions de données macroéconomiques et sociales relatives à la plupart des pays européens. Dans le domaine de la santé, la base New Cronos d'Eurostat propose deux sous-thèmes : *santé publique* et *santé et sécurité au travail*. Nous nous proposons d'examiner le premier d'entre eux. Après une présentation détaillée de son contenu, ainsi que des sources utilisées et de leur comparabilité, nous porterons un regard de praticien sur les caractéristiques des données, leurs limites et les méthodes envisagées pour corriger les éventuelles imperfections.

1. Les données disponibles

1.1. Présentation de la base de données

L'accès à New Cronos s'effectue aisément à partir de la page d'accueil d'Eurostat¹. Une fois entré dans la base de données², l'utilisateur accède aux indicateurs de base de l'Union Européenne ainsi qu'aux neuf thèmes constituant le niveau le plus aggloméré de l'arbre de navigation : Indicateurs de base sur la politique de l'UE (tableaux prédéfinis), 1 – Statistiques générales et régionales, 2 - Économie et finances, 3 – Population et conditions sociales, 4 – Industries, commerce et services, 5 – Agriculture, sylviculture et pêche, 6 – Commerce extérieur, 7 – Transports, 8 – Environnement et énergie, 9 – Science et technologie.

Chaque thème est subdivisé en sous-thèmes et ainsi de suite jusqu'au niveau le plus détaillé à partir duquel on accède aux données (l'utilisateur dispose alors de notes méthodologiques et peut éventuellement accéder aux publications électroniques pour des recherches plus approfondies). L'extraction des données s'effectue par téléchargement après avoir préalablement sélectionné les divers éléments des dimensions proposées (période, entité géographique, classe d'âge, sexe etc.).

Le sous-thème *Santé publique* appartient au sous-thème *Santé* qui lui-même figure dans le thème *Populations et conditions sociales*. Il recouvre quatre domaines : les espérances de vie en bonne santé, les causes de décès, les soins de santé et l'état de santé (l'examen détaillé de ces quatre domaines figure dans le tableau 1). Pour les deux derniers domaines, une distinction est établie entre les données issues des enquêtes de santé nationales (HIS – Health Interview Surveys) et celles qui proviennent d'autres sources, notamment les sources administratives.

¹ 1 : Portail d'Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>) – 2 : sélectionner : Explorateur de données - Vue complète (à gauche en bas de l'écran).

² Une inscription gratuite permet d'accéder à des fonctionnalités avancées comme la sauvegarde des recherches ou l'accès à un nombre beaucoup plus élevé de cellules.

TABLEAU 1 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DONNÉES DISPONIBLES (1/2)

Thèmes	Nombre d'indicateurs	Couverture temporelle	Définitions	Source	Indicateurs
			Zone géographique		
Indicateurs structurels de santé	6	1995-2003 Période 1992-2005 - Des séries chronologiques concernant l'UE15 et l'AELE (à l'exception du Liechtenstein) sont disponibles à partir de 1994 (Belgique et Allemagne : 1992 - Irlande : 1993). Des séries chronologiques pour les nouveaux Etats membres ainsi que l'Albanie, la Croatie et l'ancienne République de Macédoine sont disponibles à partir de 1999.	Ensemble UE27, UE25, UE15, Zone Euro + Pays de l'UE27 et de l'AELE (à l'exception du Liechtenstein).	Ensemble UE15 + Pays de l'UE25 + Pays de l'AELE. Pas de données disponibles pour le Luxembourg, la Lettonie, l'Estonie, la Lituanie, la Slovaquie, la Slovaquie, l'Irlande et la Suisse.	Par sexe - Espérance de vie à la naissance et à 65 ans + Espérance de vie sans incapacité à la naissance et à 65 ans + Rapport de l'espérance de vie sans incapacité à l'espérance de vie.
Causes de décès	10		La plupart des pays membres de l'UE27 et de l'AELE, mais la couverture géographique est variable selon les indicateurs. Pas de données disponibles pour l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, la Suède, le Liechtenstein.	Statistiques démographiques pour la mortalité. Pour la morbidité : PCM (1995-2001), estimations (2002-2003) et SILC (à partir de 2004).	Les données annuelles nationales sont fournies par sexe et âge, en nombres absolus et taux de mortalité standardisés. Au niveau régional (niveau 2 de la NUTS), ces mêmes chiffres sont fournis sous la forme de moyenne sur 3 ans. Des taux bruts de mortalité sont également disponibles au niveau NUTS 2.
Soins de santé : indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS - 2004)	12	Les données HIS sont collectées des années différentes en fonction des pays de 1996 à 2004.	La couverture géographique varie selon l'indicateur. La couverture la plus large comprend l'ensemble UE25, UE15, Zone Euro + les pays de l'UE27 et de l'AELE + la Turquie, l'Albanie, la Bosnie-et-Herzégovine, la Croatie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Serbie-et-Monténégro. Les données relatives au Canada, aux États-Unis et au Japon sont proposées à des fins de comparaison. Les données régionales sont disponibles au niveau NUTS 2	Enquêtes sur la santé (HIS). Les données HIS sont collectées par sexe, âge et statut d'activité ou niveau d'éducation + Hospitalisations (en %) d'éducation + Dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus par âge, statut d'activité ou niveau d'éducation.	Consultations (en %) de médecins ou dentistes par sexe, âge, statut d'activité ou niveau d'éducation + Hospitalisations (en %) par sexe, âge et statut d'activité ou niveau d'éducation + Dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus par âge, statut d'activité ou niveau d'éducation.
Soins de santé; données et indicateurs venant des sources administratives et d'autres enquêtes	5	La couverture temporelle varie selon l'indicateur. Pour la plupart d'entre eux, la période couvre les années 1990-2005 (Eurobaromètre)	La couverture géographique varie selon l'indicateur. La couverture la plus large comprend l'ensemble UE25, UE15, Zone Euro + les pays de l'UE27 et de l'AELE + la Turquie, l'Albanie, la Bosnie-et-Herzégovine, la Croatie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Serbie-et-Monténégro. Les données relatives au Canada, aux États-Unis et au Japon sont proposées à des fins de comparaison. Les données régionales sont disponibles au niveau NUTS 2	les enquêtes (EFT), PCM, Eurobaromètre et sources administratives nationales. La plupart des données proviennent de fichiers administratifs nationaux et ne sont pas toujours entièrement comparables.	Personnel de santé par catégorie selon le nombre et le taux p. 100 000 habitants. De l'information sur l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale (par catégorie) est également disponible.
Equipements de santé	2	1970, 1980, 1985, 1986, 1987,2004. Pour les données régionales, la série débute en 1993.	Ensemble UE25; UE15; UE12, Zone Euro + les pays de l'UE27 et de l'AELE + la Turquie, l'Albanie, la Bosnie-et-Herzégovine, la Croatie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Serbie-et-Monténégro. Les données relatives au Canada, aux États-Unis et au Japon sont proposées à des fins de comparaison. Les données régionales sont disponibles au niveau NUTS 2	Sources administratives nationales	Liés d'hôpital par type (en nombres et taux p. 100 000 habitants)
Hospitalisations d'au moins une nuit et hospitalisations de jour	8	1995 à 2004.	Pour 5 indicateurs, les données sont disponibles au niveau NUTS2. Pour les 3 autres, la couverture géographique est très variable, mais les données sont disponibles pour la plupart des pays membres de l'UE et de l'AELE.	les enquêtes (EFT), PCM, Eurobaromètre et fichiers administratifs	Autorisations de sortie par sexe, âge et diagnostic - Durée moyenne de séjour - Procédures médicales appliquées aux patients - Caractéristiques des personnes hospitalisées.
Soins ambulatoires	5	1996-2001 (PCM) et 1999 (Eurobaromètre)	Pays de l'UE15	PCM et Eurobaromètre	Consultations (en nombres) de prestataires de soins ambulatoires et accessibilité des services (en durée). Les données sont issues d'enquêtes harmonisées à l'échelle européenne.
Traitements médicaux	3	Variable selon l'indicateur : 1996 et 2002 (% de population), 1996 à 2000 (% de femmes), 1989-2002 (transplantation d'organe).	Pays de l'UE15	?	Recours à une mesure préventive ou une transplantation d'organe (en nombres et proportions)

TABLEAU 1 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DONNÉES DISPONIBLES (2/2)

Thèmes	Nombre d'indicateurs	Converture temporelle	Definitions	Source	Indicateurs
			Zone géographique		
Etat de santé: indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS, exercice 2004)	18	Les données HIS sont collectées des années différentes en fonction des pays de 1996 à 2004.	Enquêtes sur la santé (HIS). Les données HIS sont collectées sur différentes années entre 1996 et 2004 selon les pays. Les données proviennent d'enquêtes nationales non harmonisées. Les pays ont été invités à harmoniser ces données a posteriori, à partir des consignes communiquées.		Selon le statut d'activité ou du niveau d'éducation, par sexe et âge : indice de masse corporelle, santé perçue, personnes avec un problème de santé ou un handicap de longue durée, restriction d'activité, réduction des activités en raison de problèmes de santé (en %) + Selon le statut d'activité ou le niveau d'éducation, l'âge et le sexe : fumeurs par nombre de cigarettes, comportement de fumeurs (en %) + Selon le statut d'activité ou le niveau d'éducation, l'âge et le sexe : consommation d'alcool (en %).
Etat de santé: indicateurs venant d'autres enquêtes et d'autres sources					
Caractères anthropométriques	4	1998-2001	Ensemble UE (données signalées peu fiables) + Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Suède.	Panel Communautaire des Ménages (PCM)	Poids moyen, taille moyenne, indice de masse corporelle par âge, sexe, niveau d'éducation et statut d'activité.
Santé perçue	1	1994-2001	UE-15 + Tous les pays membres de l'UE15	Panel Communautaire des Ménages (PCM)	Santé perçue par âge, sexe, éducation et statut d'activité (en % de la population). Les variables et les catégories de réponses sont conformes aux normes Euro-Reves.
Invalidité	2	1994-2001	UE15 + Tous les pays membres de l'UE15	Panel Communautaire des Ménages (PCM)	Entrave des activités journalières en raison d'un problème de santé mentale, d'une maladie ou d'un handicap + Réduction des activités au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé (en % de la population). Les variables et les catégories de réponses sont conformes aux normes Euro-Reves.
Emploi des personnes handicapées	15	2002	UE15 + UE25 + Tous les pays membres de l'UE25 + Roumanie + Norvège.	Module ad hoc de l'Enquête sur les Forces de Travail (EFT)	Prévalence et distribution (en % de la population) des problèmes de santé ou des handicaps de longue durée selon divers critères (âge, sexe, activité économique, cause et durée de l'handicap etc.) + Indicateurs relatifs à l'assistance nécessaire ou fournie.
Morbidité	6	1980-2005	Variable selon la maladie : sida (UE25 + tous les pays membres de l'UE25 + Croatie, Roumanie, Turquie + pays membres de l'AELE), cancer (UE15 + tous les pays de l'UE15), maladie de Creutzfeld-Jacob (UE15 + tous les pays membres de l'UE15 + pays membres de l'AELE + Canada, États-Unis, Japon), maladies infectieuses (UE15, UE25, Zone euro + pays membres de l'UE27 + Albanie, Turquie, pays de l'ex-Yugoslavie + pays membres de l'AELE + Canada, États-Unis, Japon)	Panel Communautaire des Ménages (PCM)	Nombres absolus (de nouveaux cas), taux d'incidence bruts et taux d'incidence standardisés par âge.
Styles de vie	2	1998-2001	Ensemble UE (données signalées peu fiables) + Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suède.	Panel Communautaire des Ménages (PCM)	Attitude de la population envers le tabagisme selon le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut professionnel (en %).

- *Les espérances de vie en bonne santé* : elles font partie des indicateurs structurels de l'UE depuis 2004. En combinant les informations sur la mortalité et la morbidité, elles permettent d'évaluer la qualité des années vécues.
- *Les causes de décès* : elles se répartissent selon les 65 postes de la « Liste européenne succincte des causes de décès ». Les valeurs sont exprimées en effectifs, taux bruts de mortalité, taux de mortalité standardisés et sont déclinées par régions (niveau 2 de la NUTS).
- *Les soins de santé* : cette rubrique fournit de l'information sur la consommation médicale (soins ambulatoires ou hospitaliers), les ressources humaines (professionnels de la santé), la capacité d'accueil des établissements hospitaliers, les traitements médicaux.
- *L'état de santé* : ce domaine propose des éléments propres à une approche fonctionnelle de la santé. On dispose ainsi d'informations sur la santé ressentie par les individus, les déterminants de la santé (caractères anthropométriques, tabagisme, alcoolisme), la morbidité, l'invalidité et les limitations d'activité. Des éléments d'information sont également proposés sur l'emploi des personnes handicapées sur la base d'un module ad hoc introduit dans l'enquête-emploi de 2002.

La pléthore de données offertes par New Cronos et la facilité des modalités d'accès étoffent donc extraordinairement l'information statistique et ouvrent de très larges perspectives de recherche. Cependant, dans la mesure où les comparaisons internationales sont au cœur de cette information, l'utilisateur ne peut faire l'économie d'un examen attentif des sources et problèmes de comparabilité des données.

1.2 Les sources et la comparabilité des données :

La diversité des sources de données relatives à la santé publique est à l'image du large éventail des domaines couverts par ce thème. On peut répartir ces sources en trois catégories : les sources administratives, les enquêtes de santé nationales et les enquêtes européennes.

- *Les sources administratives* : le contenu, le cadre et la finalité de ces sources sont extrêmement variables d'un pays à l'autre. À titre d'exemple, on peut citer le répertoire des causes de décès, les registres d'activité hospitalière, les répertoires professionnels ou, pour la morbidité, les registres issus des systèmes nationaux de surveillance sanitaire ou des réseaux européens de collecte de données (cancer, sida, tuberculose, etc.). Le faible coût d'utilisation et la mobilisation très aisée de ces sources constituent leur principal atout. En revanche, dans la mesure où le traitement statistique n'est qu'une composante accessoire de l'exploitation de ces sources, la pertinence de l'information et les difficultés d'harmonisation à l'échelle internationale restent leurs principaux handicaps. Les données relatives aux causes de décès sont certainement celles qui bénéficient des plus grandes garanties de comparabilité. Depuis bien longtemps, la plupart des pays ont adopté les recommandations de l'OMS - Organisation Mondiale de la Santé - concernant les modalités d'enregistrement et de traitement des causes de décès (modèle-type de certificat de décès, CIM – Classification Internationale des Maladies). Malgré cette situation favorable, de fortes disparités subsistaient, y compris au sein de l'Union européenne, et constituaient de graves obstacles à la comparabilité des données.

Depuis le milieu des années 1990, Eurostat a ainsi déployé de gros efforts pour harmoniser la collecte et le traitement des statistiques des causes de décès : adoption de la « liste européenne résumée » quelle que soit la version de la CIM utilisée, recommandations relatives aux procédures de certification médicale et de codification automatique des causes de décès (fin 2004) [11][H].

- *Les enquêtes de santé nationales (HIS)* : une grande partie de l'information concernant les soins de santé et l'état de santé est issue de ce type d'enquêtes. On établit généralement une distinction entre les enquêtes par interview qui reposent sur des entretiens auprès

d'échantillons de personnes (généralement âgées de 15 ans et plus) ou de ménages et les enquêtes par examen clinique (HES – Health Examen Surveys). Les enquêtes par interview sont de très loin les plus nombreuses. Elles sont réalisées dans tous les pays européens avec une périodicité irrégulière et sous des formes très variables selon les pays (thèmes abordés, protocoles de collecte, plan d'échantillonnage etc.) [1]. Les comparaisons internationales sont ainsi très délicates, mais une évolution favorable s'est dessinée depuis le début des années 2000.

- *Les enquêtes européennes* : le Panel Communautaire de Ménages (PCM), l'Eurobaromètre et l'Enquête sur les forces de Travail (EFT) constituent les autres sources d'information dans les domaines des soins de santé et de l'état de santé. Introduit en 1994 et privilégiant le suivi longitudinal, le PCM est une enquête harmonisée (méthodologie d'enquête identique dans tous les pays) couvrant de nombreux domaines comme l'emploi, les revenus, le logement, la santé avec des questions sur la consommation médicale, l'état de santé, les restrictions fonctionnelles ou les caractères anthropométriques. La dernière vague du panel a eu lieu en 2001. La lourdeur de l'enquête, la non participation de la Suède, le retrait de quatre pays européens et les objectifs émis lors des sommets de Lisbonne et Nice en 2000 (priorité donnée à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale)[6] ont eu raison du PCM, remplacé depuis 2003 par la nouvelle enquête EU-SILC (European Union - Survey on Income and Life Conditions) considérée comme une référence sur le plan de l'harmonisation des méthodes d'enquête et des instruments de mesure de la santé [2].

L'Eurobaromètre est un sondage d'opinion de la population à l'égard de l'UE. Réalisée deux fois par an auprès de la population de 15 ans et plus de tous les États membres, cette enquête harmonisée comporte des questions sur la santé dont les réponses ont été notamment utilisées au cours de la période de transition entre le PCM et EU-SILC. Enfin l'EFT (Enquête sur les Forces de Travail), autre enquête européenne harmonisée, permet de fournir de l'information en matière d'emploi et de chômage sur la base des recommandations internationales du BIT (Bureau International du Travail).

La très grande diversité des sources est manifeste et dans la mesure où il s'agit bien de confronter des réalités nationales, on ne peut bien évidemment qu'être attentif à leurs conditions de comparabilité. Ces préoccupations sont devenues cruciales à partir de la proposition stratégique « la santé pour tous en l'an 2000 », émise par l'OMS en 1977 [8]. Elles sont aujourd'hui omniprésentes au sein des organismes internationaux où l'harmonisation est devenue un objectif prioritaire. En Europe, les statistiques des causes de décès ont été le premier domaine à faire l'objet de mesures d'harmonisation [23]. Au cours des années 1990, le mouvement s'est accéléré. Le PCM est emblématique de ces préoccupations devenues centrales. Dans le PSS - *programme de surveillance de la santé* (1997-2002) - et le *programme communautaire de santé publique* (2003-2008) adoptés par la Commission européenne [20], l'harmonisation des instruments d'information sanitaire est mentionnée explicitement parmi les objectifs du programme. De la même façon, cet objectif est affirmé dans le prochain *programme communautaire de santé publique* (2007-2013) adopté en mai 2006 [B]. Ces préoccupations se sont traduites au tournant du siècle par le développement de projets majeurs comme ECHI (European community Health Indicators), la constitution de la base de données HIS/HES, ou l'adoption des propositions d'Euro-REVES.

Engagé en 1998, ECHI propose un ensemble d'indicateurs de santé [13] répondant à l'un des objectifs du PSS, à savoir permettre les comparaisons internationales. Le projet a été poursuivi dans le cadre du programme actuel et l'on compte aujourd'hui environ 400 indicateurs. A la demande de la Commission européenne, une liste restreinte a été établie « pour fixer les priorités en ce qui concerne l'harmonisation de la collecte des données par les États membres de l'Union » [C] [G]. La constitution de la base de données HIS/HES va dans le sens des préoccupations qui ont animé ECHI. Elle vise à répertorier les caractéristiques

méthodologiques de toutes les enquêtes européennes sur la santé afin de « faciliter le développement des questions et protocoles d'examen dans les futures enquêtes de santé » [1]. Ainsi dans un souci d'harmonisation, des recommandations ont été établies à partir des éléments recueillis dans ce répertoire, recommandations que les pays sont invités à appliquer dans le cadre de leurs propres enquêtes [Y].

Enfin sur la base des propositions faites par Euro-REVES [18], des avancées majeures ont été réalisées dans le sens de l'harmonisation des systèmes d'information sanitaire. Le *Module minimal européen sur la santé* (MEHM – Minimum European Health Module), constitué de trois questions (santé perçue, morbidité chronique, restrictions d'activité) et présentant les meilleures garanties de comparabilité, a été introduit dans l'enquête européenne harmonisée EU-SILC en 2004 et dans les enquêtes nationales sur la santé de nombreux pays européens. Une autre étape décisive vers l'harmonisation a été franchie avec l'intégration des « Années de Vie en Bonne Santé » parmi les indicateurs structurels adoptés par la Commission européenne en 2004. Le mouvement s'est renforcé avec le développement du système européen de surveillance de la santé (EHEMU – European Health Expectancy Monitoring Unit) [A] dont la mission est de centraliser les études relatives aux indicateurs d'espérance de vie en santé en Europe. Enfin, le module européen sur l'état de santé (EHSM – European Health Status Module) construit sur la base d'éléments présentant les conditions de comparabilité optimales, sera une des composantes importantes de la future enquête santé européenne par interview (EHIS – European Health Interview Survey) qui devrait être réalisée tous les cinq ans à partir de 2007-2008.

Au cours des dix dernières années, le développement des conditions d'harmonisation des systèmes d'information sanitaire s'est fortement accéléré. Quelques domaines, notamment ceux pour lesquels les sources administratives constituent la principale source d'information, restent encore à l'écart de ce profond mouvement. Globalement donc, la comparabilité des données a atteint un niveau que l'on aurait envié voilà une dizaine d'années. Cependant, les données actuellement disponibles sur la base ne présentent pas toutes les garanties de comparabilité maximales.

2. Calcul d'indicateurs comparatifs sur la santé.

Dans cette deuxième partie, nous nous proposons de nous positionner dans une optique de type praticien. Ainsi, nous axerons notre réflexion sur les données actuellement disponibles dans New Cronos concernant la santé publique, c'est-à-dire avant la mise à disposition des données sur la base des propositions faites par Euro-REVES notamment. Rendre des données comparables, entre pays européens et sur le thème de la santé dans ce cas précis, suppose donc que nous fassions ce que l'on peut qualifier de « compromis entre l'exigence nationale de l'information et celle de comparabilité internationale » [9]. Nous avons montré dans la 1^{ère} partie combien le nombre de données sur la santé disponibles dans les pays européens était important. Cette pléthore de données est par ailleurs multipliée par les possibilités de croisement des variables entre elles. Ainsi, nous disposons le plus souvent des trois variables essentielles en démographie : le sexe, l'âge (détaillé ou par groupe d'âges quinquennaux) et le temps (année, trimestre, mois) qui permet le calcul de durées. Cependant, nous ne pouvons travailler directement sur les tableaux croisés (trop de cellules). Il nous faut calculer des indicateurs comparatifs, c'est-à-dire standardisés, si l'on veut comparer la situation des pays entre eux ou l'évolution des pays dans le temps.

2.1. Harmonisation - standardisation

Nous distinguerons les difficultés liées à l'harmonisation des données des difficultés liées à la construction d'indicateurs comparatifs. Nous nous intéressons pour chaque dimension aux informations suivantes :

- L'harmonisation des données : couverture des données, concepts, définition, données d'opinion, modes de recueil de l'information, plan de sondage, temps, procédures de correction, spécificité des données.
- La construction d'indicateurs comparatifs : agrégation des données, décomposition par groupe de risque, standardisation, apport d'information supplémentaire.

2.1.1. *L'harmonisation des données*

Nous allons faire un état du niveau de comparabilité des données actuellement disponibles pour chacun des différents critères d'harmonisation des données (tableau 3). Les données issues des nouvelles enquêtes (EU-SILC) ne sont pas encore disponibles.

La couverture des données - Le principal défaut de couverture concerne la couverture géographique. En effet, en fonction des sources de données (administratives, EFT, PCM, HIS, Eurobaromètre), les pays enquêtés sont différents. Ainsi, dans un même sous-thème, les différents indicateurs ne sont pas disponibles pour les mêmes pays. À cette difficulté, s'ajoute le fait que dans de nombreux cas, après décomposition des données par groupes à risque (âge, sexe, niveau d'instruction, etc.), on enregistre une fréquence non négligeable de données incomplètes. De plus on observe aussi des défauts de couverture liés à des ruptures dans les séries de données (changement de la nomenclature CIM, pays qui ne continuent pas une enquête PCM).

Le temps - Les défauts de couverture des données dans le temps (rupture de série), ne sont pas les seuls problèmes liés au temps. Ainsi, nous observons parfois que les périodes de référence sont différentes (pour un même indicateur notamment quand les informations viennent de sources différentes, pour relier différents indicateurs, ou pour obtenir la population soumise au risque à la période adéquate). La définition du temps peut aussi varier pour un même indicateur, selon que l'on prenne en compte le calendrier budgétaire ou annuel. C'est le cas notamment des données concernant les soins de santé issues des sources administratives.

Les concepts et définitions - Pour les concepts et les définitions, il faut distinguer les enquêtes communes (PCM par exemple) des autres sources de données. Ainsi, les données issues d'enquêtes faisant l'objet d'un protocole commun ont une propension importante à favoriser une forte homogénéisation des concepts et des définitions [9]. Pour les autres sources de données (notamment administratives), on observe des différences de concepts (« lit d'hôpital » ou « lit » pour les équipements de santé par exemple) et de définition (période infantile prénatale, mort-né et avortement pour les causes de décès par exemple). On peut ajouter aussi les problèmes liés aux différences de formation. À savoir, que selon les pays, les méthodes de diagnostic diffèrent et ainsi, pour un même ensemble de symptômes, on peut obtenir des causes de décès différentes.

Les données d'opinion - Cela concerne principalement, les données déclaratives où l'on fait appel à l'appréciation des personnes interrogées. Le sous-thème traitant de « la santé perçue » est plus particulièrement concerné.

Les modes de recueil de l'information - On observe que pour un même indicateur, les données peuvent être issues de supports de collecte différents selon les pays (source administrative, enquête), ce qui pose des problèmes de comparabilité évidents. On peut ajouter le fait que pour une même enquête non seulement la question peut être formulée différemment (pour l'emploi des personnes handicapées par exemple), mais elle peut aussi faire l'objet de mode d'interrogation différents (entretien face à face, téléphone, questionnaire papier par courrier).

Plan de sondage, échantillon - Les différences en termes de plan de sondage et d'échantillon sont présentes non seulement pour les indicateurs venant de sources de données différentes, mais aussi dans les enquêtes faisant l'objet d'une procédure commune : par

exemple dans l'enquête HIS, les plans de sondage sont différents selon les pays et dans l'enquête PCM, l'échantillon du Luxembourg est plus petit.

Procédures de correction - De manière à harmoniser les données, un certain nombre de procédures de correction sont mises en place. Ainsi, on peut citer l'exemple des enquêtes HIS, où des procédures de correction ont été appliquées aux données individuelles reçues (7 pays concernés) et pour 2 pays ayant fourni des données agrégées.

Spécificité des indicateurs de santé - Comme pour les autres thèmes d'étude, la santé est caractérisée par des problèmes de comparabilité liés à son domaine propre. Ainsi, il faut avoir à l'esprit les différences des systèmes de santé par rapport à l'environnement social. Un autre champ, plus d'actualité celui là, concerne l'offre de médecins selon le nombre d'habitants. Le simple rapport du nombre de médecins par habitant, comme indicateur, même standardisé, ne peut refléter la réalité de la démographie médicale. Ce serait oublier les variables de confusion que sont l'organisation de la santé et les comportements spécifiques aux différents territoires. Ainsi, une différence entre deux pays en termes de nombre de médecin par habitant, n'est pas le signe d'une offre de soins plus importante, mais la traduction d'une organisation différente : partage des tâches différenciées entre les médecins et les infirmières, part des spécialistes par rapport aux généralistes [12].

2.1.2. La construction d'indicateurs comparatifs

Nous abordons maintenant la deuxième dimension de la comparabilité, à savoir la construction d'indicateurs comparatifs.

Données agrégées / données individuelles - Les données disponibles sur la base de données sont issues de données individuelles ou agrégées, mais présentées sous une forme agrégée. C'est pourquoi, dans la recherche de facteurs explicatifs, il nous semble plus pertinent de raisonner sur les groupes sociaux que sur les déterminants individuels.

La prise en compte des variables de confusion et la décomposition par groupe de risque - Afin de permettre la construction d'indicateurs comparatifs, on va chercher à disposer des données décomposées par groupe de risque, de manière à prendre en compte les éventuelles variables de confusion [24]. En ce qui concerne les données de santé sur la base New Cronos, on peut noter qu'un effort conséquent a été fait en la matière. Ainsi, les données sont le plus souvent décomposées par groupe d'âge, c'est-à-dire par la principale variable de confusion en analyse démographique nécessaire à la mise en place des méthodes classiques de standardisation directe ou indirecte. De plus certains indicateurs font déjà l'objet de taux standardisés (selon l'âge) voire avec une moyenne sur 3 ans afin de contrôler d'éventuelles variations conjoncturelles.

Pour les quelques indicateurs dont ce n'est pas le cas, soit cette déclinaison ne s'impose pas, soit nous disposons du nombre absolu d'événements. Hors, nous disposons dans le thème *Population* des structures par âge et sexe des différents pays européens à différentes dates. Cet indicateur nous offre la possibilité d'utiliser des méthodes de standardisation indirecte [4] [21]. Les deux autres variables de l'analyse démographique qui nous intéressent plus particulièrement (le sexe et le temps) sont aussi fréquemment disponibles. Ainsi, le sexe est souvent associé à la variable âge et les données sont disponibles pour différentes dates ou périodes.

Apport d'information supplémentaire - En plus de la décomposition par groupe de risque « standard » (âge, sexe), la base de données propose pour de nombreux indicateurs un apport d'information supplémentaire. Ainsi, il n'est pas rare de disposer d'une décomposition prenant en compte des variables comme l'activité et le niveau d'instruction (enquête HIS), mais aussi par exemple l'état matrimonial (handicap - EFT).

2.2. Exemple d'application

De manière à illustrer notre propos, nous allons nous appuyer sur un exemple précis. Il concerne *la fréquence de consultation d'un médecin*.

État de l'homogénéité des données - Le premier indicateur dont nous disposons, est la proportion de personnes ayant consulté un médecin au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur, issu des enquêtes nationales de santé (HIS, exercice 2004), ne nous garantit malheureusement pas une forte homogénéité liée aux concepts et définitions (cf. parties précédentes). Ainsi, les modes de recueil sont différents, les données sont agrégées pour certains pays et individuelles pour d'autres, ou nécessitent une pondération. Par contre, nous bénéficions d'une décomposition par groupe de risque selon l'âge (groupes décennaux) et le sexe.

Calcul d'indicateurs standardisés et contraintes - Cet indicateur est fourni pour 21 pays dont l'information était disponible dans l'enquête HIS pour l'exercice 2004. Dans une première étape, on se propose donc de calculer un indicateur standardisé à partir de la méthode de la structure type (ici, population par sexe et groupe d'âges de l'Europe des 25, disponible dans la partie démographie). Nous sommes obligés d'écarter de notre calcul 7 des 21 pays pour qui, la décomposition par groupe d'âges et par sexe conduit à un nombre important de proportions non fiables (la valeur est publiée avec un drapeau « u: non fiable », si l'estimation est basée sur 20 à 49 observations ou si les non-réponses pour le poste concerné dépassent 20% tout en restant inférieures ou égales à 50%) ou avec des données incomplètes. Nous obtenons ainsi pour 14 pays, un indicateur standardisé qui ne fait pas apparaître de différence de rang significative entre les pays par rapport aux données d'observation. On fait alors l'hypothèse que d'autres variables peuvent être confondantes. Or, la base de données nous fournit aussi la proportion de personnes ayant consulté un médecin au cours des 12 derniers mois par groupe d'âge et selon l'activité ou selon le niveau d'instruction. Nous faisons le choix de nous intéresser à la variable niveau d'instruction. Nous sommes obligés d'écarter d'entrée la méthode de standardisation basée sur la structure type par groupe d'âge et par niveau d'instruction. En effet, seul un pays (Pays-Bas), présente des données complètes après décomposition des proportions par groupe d'âges et par niveau d'instruction. On choisit donc la solution de la standardisation indirecte selon deux méthodes (moyenne pondérée et fréquence type). Pour que l'application de ces méthodes indirectes soit valable, cela suppose que la fréquence de la consultation d'un médecin par groupe d'âge et par niveau d'instruction du pays de référence (en l'occurrence les Pays-Bas) soit systématiquement supérieure ou inférieure aux fréquences correspondantes pour chacun des pays faisant l'objet de la standardisation. Les résultats obtenus ne font apparaître quasiment aucune différence en termes de rang entre les pays européens (Tableau 4). À l'examen de ces résultats, on peut raisonnablement penser que l'indicateur observé (avant standardisation) est a priori un indicateur qui permet une bonne comparabilité entre les pays européens. Ainsi, on peut, faire l'hypothèse probable que cela vaut aussi pour les pays dont nous n'avons pas pu calculer un indicateur standardisé.

Autres méthodes et contraintes - On peut se demander si nous n'avons pas oublié une variable de confusion. On pense notamment à la variable « accessibilité ». On fait l'hypothèse que la proximité du médecin peut modifier la fréquence de consultation. Les données disponibles nous proposent un indicateur de mesure de cette variable à savoir le temps nécessaire pour aller chez le médecin que l'on peut décliner selon le sexe, par groupe d'âges et selon 3 modalités. Cependant, nous ne pouvons poursuivre notre travail à l'aide de cette nouvelle variable car nous nous trouvons devant de nouvelles limites méthodologiques liées à la source de données (différente de la première : Eurobaromètre), au temps (une période différente : 1999) et à la couverture géographique (pays différents : pour l'indicateur d'accessibilité, seul 4 pays sur les 14 et 7 pays sur les 21 de départ sont concernés).

TABLEAU 4 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INDICATEURS OBTENUS

Pays	Classement par rang			
	Observation	Méthode de la structure type (âge, sexe)	Indirect (âge, éducation) méthode moyenne pondérée	Indirect (âge, éducation) Événements observés/Événements théoriques
bg Bulgarie	12	12	12	12
cz République tchèque	1	1	1	1
de Allemagne (incluant l'ex-RDA à partir de 1991)	2	2	2	2
ee Estonie	9	9	9	9
gr Grèce	14	14	14	14
es Espagne	4	4	4	4
cy Chypre	13	13	13	13
lv Lettonie	11	11	11	11
lt Lituanie	8	8	7	7
hu Hongrie	3	3	3	3
nl Pays-Bas	5	5	5	5
si Slovénie	10	10	10	10
no Norvège	6	6	6	6
ch Suisse	7	7	8	8

Éléments de conclusion

En l'état actuel, les données disponibles présentent des limites, malgré le recours à la standardisation. Ainsi, dans l'exemple que nous avons présenté (consultation d'un médecin) à titre illustratif, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de limites liées notamment à *l'harmonisation des données* - Couverture géographique qui ne permet aucune agrégation au niveau politique de l'Europe, des modes de recueil différents, un niveau de fiabilité des données se désagrégeant au fur et à mesure de la décomposition par groupe de risque et qui limite donc l'utilisation des méthodes de standardisation. On observe notamment que les limites relevées dans cet exemple sont extrapolables à la plupart des indicateurs de santé de la base.

La base New Cronos est cependant l'exemple même de la volonté des pays européens de se doter d'indicateurs comparatifs sur la santé les plus fiables possibles. Cette volonté se traduit par le souci de favoriser en amont l'harmonisation des données et en aval le calcul d'indicateurs standardisés (grâce notamment à la décomposition des données par groupe de risque). Malgré ces efforts les difficultés inhérentes à la réalisation de tels indicateurs persistent, mais depuis le début des années 2000, des étapes majeures vers l'harmonisation ont été réalisées. Un seuil décisif sera prochainement franchi lorsque l'enquête européenne sur la santé verra le jour. Nous aurons alors des définitions et concepts identiques, une couverture temporelle et géographique commune. En attendant, le calcul d'indicateurs comparatifs nécessite la plus grande prudence.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] AROMAA Arpo, KOPONEN Pälvikki, TAFFOREAU Jean, VERMEIRE Claudine, 2003, « Évaluation des enquêtes santé par interview et par examen de santé », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 27-32.
- [2] BARNAY Thomas, JUSOT Florence, ROCHEREAU Thierry, SERMET Catherine, 2005, « Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ? » *Questions d'économie de la santé* n° 96, p. 1-8.
- [3] BONTE Jacques, JAGGER Carol, ROBINE Jean-Marie, 2003, « Vers un système européen d'enquêtes sur la santé », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 33-35.
- [4] CALOT Gérard, 1984, « Une notion intéressante : l'effectif des générations soumises au risque. I. Présentation méthodologique », *Population* n° 6, INED, p. 947-976
- [5] CAMBOIS Emmanuelle, CLAVEL Aurore, ROBINE Jean-Marie, 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Solidarité et santé* n° 2, p. 7-22.
- [6] CLEMENCEAU Anne, WIRTZ Christine, 2001, « Newsletter » du Panel Communautaire de ménages (1/01), Statistiques en bref 14/2001, Communautés européennes, 4 p.
- [7] DUMITRESCU Anca, 2005, « Vers l'harmonisation des statistiques de la santé en Europe », Σ *SIGMA* 01/2005, p.36-37.
- [8] EGIDI Viviana, BURATTA Vittoria, 2006, « Systèmes d'information au service des politiques de santé », *Démographie : analyse et synthèse*, volume 7 (Histoire des idées et politiques de population), chapitre 109, p. 463-483.
- [9] EGIDI Viviana, FESTY Patrick, 2006, « Comparer pour comprendre », *Démographie : analyse et synthèse*, volume 8 (Observation, méthodes auxiliaires, enseignement et recherche), chapitre 125, INED Paris, p.151-198.
- [10] LAFORTUNE Gaëtan, CANAUD Marie-Clémence, MORGAN David, 2005, « La division de la santé de l'OCDE : quatre axes de travail au programme », Σ *SIGMA* 01/2005, 38-41.
- [11] JOUGLA Éric, PAVILLON Gérard, 2003, « Amélioration de la qualité et de la comparabilité des statistiques des causes de décès », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 44-46.
- [12] KERVASDOUE (de) Jean, 2007, « Santé en finir avec les lieux communs », *Le Monde*, 27 janvier
- [13] KRAMER Pieter, 2003, « Le projet Echi : indicateurs de santé pour la Communauté européenne », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 36-38.
- [14] MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, ULMANN Philippe, 2006, *Santé et économie en Europe*, 3^e édition mise à jour, Paris PUF, Que sais-je ? 3620, 127 p.
- [15] OCHOA André, IMBERT Frédéric, LEDESERT Bernard, PITARD Alexandre, GRIMAUD Olivier, 2003, « Indicateurs de santé dans les régions d'Europe (Isare) », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 42-43.
- [16] PICHERAL Henri, 1995, « Le lieu, l'espace et la santé », *Espace Populations Sociétés* n° 1, la géographie de la santé en question, p. 19-24.
- [17] ROBINE Jean-Marie, ROMIEU Isabelle, 2003, « Euro-Rêves – Un ensemble cohérent d'indicateurs de santé », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 39-41.
- [18] ROBINE Jean-Marie, CAMBOIS Emmanuelle, ROMIEU Isabelle, 2004, « Démarches et propositions pour une harmonisation des enquêtes et indicateurs de santé en Europe : l'approche d'Euro-REVES », *Solidarité et santé* n° 2, p. 17-22.

- [19] ROBINE Jean-Marie, JAGGER Carol, 2004, « Allongement de la vie et état de santé de la population », *Démographie : analyse et synthèse*, volume 6 (Population et société), chapitre 80, INED Paris, p. 51-84.
- [20] RYAN John, SICARD Frédéric, 2003, « Observation et connaissance de la santé dans les programmes de la Commission européenne », *ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)* n° 42, p. 19-21.
- [21] SARDON Jean-Paul, 1995, « Indices de Coale, indices comparatifs, génération moyenne, indicateurs conjoncturels et composantes », *Population* n° 1, INED, p. 170-176.
- [22] SERMET Catherine, 2002, « Mesurer l'état de santé », *Démographie : analyse et synthèse*, volume 3 (Les déterminants de la mortalité), chapitre 41, INED Paris, p. 25-52.
- [23] SMEDT (de) Marleen, 2005, « 1994-2005 : une décennie marquante pour les statistiques de la santé et de la sécurité dans l'UE », Σ *SIGMA* 01/2005, p.5-11.
- [24] WUNSCH Guillaume, 2001, « Standardisation et variables de confusion », *Démographie : analyse et synthèse*, volume 1, INED Paris, p.329-358.

Rapport :

- [25] FNORS : Projet Isare 2 n° 2001/IND/2101, Rapport final, juin 2004, 93 p.

RÉFÉRENCES DES PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES

EUROPA (site de la Commission européenne)

- [A] Vivons-nous plus longtemps et en meilleure santé dans l'Union européenne ? (rapports du projet EHEMU)
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_ehemu_fr.htm
- [B] Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2007-2013)
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/pgm2007_2013_fr.htm
- [C] ECHI
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_fr.htm
- [D] Les années de vie en bonne santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_fr.htm
- [E] Le groupe de travail sur les indicateurs de santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/indicators/indicators_fr.htm
- [F] Demandes d'informations et de données sur la santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/dissemination_fr.htm
- [G] L'élaboration d'indicateurs de santé dans l'Union européenne
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/indic_data_fr.htm
- [H] Informations sur les causes de décès
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/cod/cod_fr.htm
- [I] Information sur la santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/information_fr.htm
- [J] Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)
http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_fr.htm
- [K] Programmes précédents
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/previous_programme/previous_programme_fr.htm

- [L] Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2007-2013)
http://europa.eu/health/ph_overview/pgm2007_2013_fr.htm
- [M] Activités de la DG SANCO liées aux indicateurs structurels européens
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_structural_fr.htm
- [N] Les composants du système européen d'enquête de santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_01_fr.htm
- [O] La base de données HIS-HES
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_02_fr.htm
- [P] Projets de la DG SANCO en vue d'améliorer les méthodologies de collecte de données sur la santé par enquête
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_05_fr.htm
- [Q] Les projets communautaires d'information sur la santé
http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/projects_fr.htm
- [R] ISARE (Indicateurs de Santé des Régions Européenne)
<http://www.isare.org/defaultf.htm>
- [S] Enquêtes par sondage sur les forces de travail
<http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c10927.htm>

Autres sites :

- [T] REVES – Réseau Espérances de vie en Santé
<http://www.reves.net/>
- [U] EHEMU – Observatoire européen des Espérances de Santé
<http://www.ehemu.eu/>
- [V] ECHIM
<http://www.echim.org/>

NOTES PUBLIÉES DANS LES MÉTADONNÉES

(la 1^{ère} ligne correspond à la référence mentionnée dans la métadonnée)

Travaux sur l'harmonisation des causes de décès :

- [W] <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/health/library> (rubrique Working Group)
<http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/health/library>

Travaux sur les HIS :

- [X] Base_de_données_HIS/HES
European Health Interview & Health Examination Surveys Database
<https://www.iph.fgov.be/hishes/>
- [Y] Lignes_directrices_HIS_2004
HIS (Health Interview Surveys) – Guidelines for the collection of data on 18 HIS items – Round 2004
http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/fr/hlth/hlth_guidelines_his_2004.pdf
- [Z] Enquêtes_HIS_2004
Data collection on 18 HIS items: 2004 round – Summary survey methodology
http://europa.eu.int/estatref/info/sdds/fr/hlth/hlth_his_2004_surveys.pdf

TABLEAU 2 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TABLEAUX PRÉDÉFINIS

Thèmes et sous-thèmes		Indicateurs
Indicateurs sur la politique de base de l'UE (tableaux pré-définis)	Nombre	Intitulé
Indicateurs structurels		
Téléchargement complet des indicateurs structurels (extraction)	1	Années de vie en bonne santé à la naissance (par sexe)
Environnement	1	Années de vie en bonne santé à la naissance (par sexe)
Indicateurs à long terme		
Régions et villes		Taux de mortalité des < 65 ans des suites de maladies cardiaques ou problèmes respiratoires (Couverture : plus de 250 villes européennes - périodes : 1991, 1996, 2001)
Audit urbain	1	
Population et conditions sociales		
Santé		
Etat de santé perçu	2	Etat de santé perçu (en % de la population) + Génés dans leurs activités quotidiennes par un problème de santé chronique (en % de la population)
Maladies	6	Taux d'incidence du SIDA + Incidence de la malaria + Indence d'autres maladies infectieuses
Causes de décès	14	Décès selon la cause (en taux de mortalité standardisé par sexe)
Santé et sécurité au travail	5	Accidents du travail, graves, mortels (en indice base 100) + Taux d'incidence Médecins, dentistes, lits d'hôpital, lits dans les hôpitaux psychiatriques et sorties d'hôpital (en proportion p. x habitants) + Transplantations d'organes solides (en proportion p. x habitants)
Soins de santé	6	
Indicateurs de développement durable		
Santé publique	1	Années de vie en bonne santé à la naissance (par sexe)
Protection de la santé humaine et mode de vie	10	Personnes en excès de poids (%) + Résistance aux antibiotiques (%) + Années de vie en bonne santé à 65 ans (par sexe) + Dépenses pour la santé (en % du PIB) + Incidence de cancer par sexe, par type (taux standardisés) + Taux de décès par suicide par sexe (taux standardisés) + Pourcentage de fumeurs par sexe (%) + Accidents de travail (en indice base 100)
Sécurité et qualité alimentaire	1	Incidence de la salmonellose (nouveaux cas p. 100 000 personnes)
Gestion des produits chimiques	1	Production de produits chimiques toxiques, par classe de toxicité (en millions de tonnes)
Risques pour la santé dus aux conditions environnementales	3	Exposition de la population urbaine à la pollution de l'air par les particules (en microgrammes par mètre cube) + par l'ozone + Proportion de la population vivant dans des ménages qui considèrent qu'ils souffrent du bruit et de la pollution (en %)
Statistiques générales et régionales		
Statistiques régionales	7	Causes de décès (taux brut de mortalité - données annuelles) + Causes de décès par sexe (nombre - moyenne de 3 ans + Causes de mortalité par sexe (taux de mortalité - moyenne de 3 ans) + Causes de décès (taux de mortalité standardisé - moyenne de 3 ans) + Personnel de santé (en nombre et taux par x habitants) + Lits d'hôpital (en nombre et taux par x habitants) + Maladies infectieuses (en nombre de cas notifiés et taux d'incidence)
Statistiques de la santé		

TABLEAU 3 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA MESURE DE LA COMPARABILITÉ DES DONNÉES

Thèmes et sous thèmes	Mesure de la comparabilité des données
	L'harmonisation : <i>couverture des données, concepts, définition, données d'opinion, modes de recueil de l'information, plan de sondage, temps, procédures de correction, spécificité des données</i>
Indicateurs structurels de santé	Espérance de vie en bonne santé = indicateur garantissant une bonne comparabilité.
Causes de décès	Forte homogénéisation des concepts et définitions dans ce cas précis les défauts de comparabilité venant de la qualité des données : pays qui n'utilisent pas les mêmes certificats, différences de calcul de la mortalité infantile, définitions différentes de la période infantile prénatale, des mort nés et de l'avortement, différentes méthodes de diagnostic (ex autopsie), couverture des données différentes, changement de la nomenclature CIM qui a eu pour conséquence une rupture des séries. (EGIDI, FESTY, 2006).
Soins de santé : indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS -2004)	Souci important d'harmonisation –Mais difficulté dans l'homogénéisation des concepts et définitions. Les défauts de comparabilité viennent aussi de la qualité des données : Échantillon et plan de sondage différents selon les pays, différents modes de collecte des données.
Soins de santé: données et indicateurs venant des sources administratives et d'autres enquêtes	Forte hétérogénéité, sauf pour le PCM (forte homogénéisation à priori des concepts et des définitions), malgré des efforts d'harmonisation : sources des données (administratives, EFT, PCM, Euro baromètre), plans de sondage, couverture géographique selon les indicateurs, temps (budgétaire - calendrier), concepts et définitions différents ("lit d'hôpital" ou "lit"), système de santé, modes de questionnement (entretien en face à face ou téléphone).
État de santé: indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS, exercice 2004)	Souci important d'harmonisation –Mais difficulté dans l'homogénéisation des concepts et définitions. Les défauts de comparabilité viennent aussi de la qualité des données: données d'opinion (santé perçue), couverture (limite d'âge différentes selon les pays, et nombre de pays différents), modes de questionnement (face à face ou téléphone).
État de santé: indicateurs venant d'autres enquêtes et d'autres sources	Forte hétérogénéité, sauf pour le PCM (forte homogénéisation à priori des concepts et des définitions), malgré des efforts d'harmonisation : couverture des données incomplètes (pas d'agrégats européens), pondération des données, déclaratif (santé perçue), formulation des questions (différentes pour emploi des personnes handicapées), sources (différentes selon les pays pour un même indicateur, caractères anthropométriques), sélection des personnes (différentes pour emploi des personnes handicapées).
Thèmes et sous thèmes	Mesure de la comparabilité des données
	La mesure des phénomènes : <i>agrégation des données, décomposition par groupe de risque, standardisation, apport information supplémentaire</i>
Indicateurs structurels de santé	Indicateur standardisé, élaboré pour assurer un niveau de comparabilité maximum.
Causes de décès	Taux standardisés pré établis, prise en compte des fluctuations conjoncturelles (moyenne sur 3 ans), décomposition par âge et sexe, données souvent incomplètes.
Soins de santé : indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS -2004)	Décomposition par groupe de risque (groupe d'âges, sexe, activité et niveau d'éducation (CITE 97)), données (individuelles 7 pays, agrégées autres + pondération pour 2 pays), données souvent incomplètes.
Soins de santé: données et indicateurs venant des sources administratives et d'autres enquêtes	Décomposition par groupe de risque (partielle, groupe d'âge et sexe et seulement soins ambulatoires et traitement médicaux), données souvent incomplètes.
État de santé: indicateurs des enquêtes de santé nationales (HIS, exercice 2004)	Décomposition par groupe de risque (groupe d'âges, sexe, activité et niveau d'éducation (CITE 97)), données (individuelles 7 pays, agrégées autres + pondération pour 2 pays), données souvent incomplètes.
État de santé: indicateurs venant d'autres enquêtes et d'autres sources	Décomposition par groupe de risque (groupe d'âge, sexe, activité, éducation) pour caractères anthropométriques et emploi des personnes handicapés (information supplémentaire : état matrimonial, durée handicap), taux standardisés pré établis (cancer), données individuelles (SIDA), données agrégées ou individuelles (Tuberculose), données souvent incomplètes.