



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-TROISIÈME SESSION

Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013



© İZKA/ Tamer Hartevioğlu



Santé 2020 – « cibles »,
indicateurs et cadre de suivi



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixante-troisième session

EUR/RC63/8
+ EUR/RC63/Conf.Doc./7

Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013

19 juillet 2013

131342

Point 5 a) de l'ordre du jour provisoire

ORIGINAL : ANGLAIS

Santé 2020 – « cibles », indicateurs et cadre de suivi

Les « cibles » et indicateurs de Santé 2020

Contexte

1. En 2012, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) a institué deux groupes d'experts (membres désignés par les États membres) en vue de prodiguer des conseils sur la définition d'indicateurs pour les six « cibles » de Santé 2020 adoptées lors de la soixante-deuxième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe (CR62). Le premier groupe d'experts émet des recommandations sur la mesure du bien-être et la fixation de « cibles » à cet égard, et le second groupe, sur les indicateurs pour le reste des « cibles » convenues de Santé 2020. Ces groupes se sont réunis à plusieurs reprises, notamment dans le cadre d'une réunion conjointe en février 2013, et ont proposé des indicateurs de base ainsi que des indicateurs supplémentaires.

2. Ces indicateurs ont fait l'objet d'une consultation en ligne avec les États membres à la suite de la troisième session du vingtième Comité permanent du Comité régional (CPCR) de mars 2013. Trente États membres ont exprimé leur avis à ce sujet. Une analyse préliminaire a été présentée au CPCR lors de sa quatrième session de mai 2013, et ce dernier a recommandé de la soumettre au CR63. En juin et juillet 2013, la liste des indicateurs a fait l'objet d'une révision approfondie sur la base des commentaires reçus lors de la consultation avec les pays et de la session de mai du CPCR. Le projet de liste définitive figure en annexe. L'analyse complète et la justification détaillée de toutes les révisions sont reprises dans un document disponible sur le site Web de l'OMS.

Quantification des « cibles » et indicateurs

3. À l'exception de la « cible » n° 1 sur la réduction de la mortalité prématurée, où la « cible » et les indicateurs sont parfaitement alignés sur le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles, les experts ont estimé que les éléments de preuve actuellement disponibles ne permettent pas la quantification des « cibles ». Ces dernières sont donc essentiellement d'ordre qualitatif et à titre orientatif.

4. Les indicateurs proposés ont été définis selon les principes et critères suivants.

- Autant que possible, ils ont été sélectionnés sur la base de leur disponibilité systématique pour la plupart des pays.

- Le nombre définitif d'indicateurs doit être réduit autant que possible.
- En raison de problèmes de disponibilité et de comparabilité (santé mentale, vieillissement en bonne santé, performance des systèmes de santé, etc.), la liste des indicateurs ne permettra pas de représenter de manière équilibrée tous les domaines politiques pertinents.
- Les « cibles » et indicateurs faisant déjà l'objet d'autres collectes de données (objectifs du Millénaire pour le développement, Déclaration de Parme, etc.) sont certes importants, mais ne doivent pas pour autant être répétés dans cet ensemble d'indicateurs étant donné qu'il doit être restreint.
- Certains indicateurs s'appliquent à plusieurs « cibles ».
- Tous les taux et pourcentages signalés par les indicateurs doivent être standardisés selon l'âge.
- On suppose que les données démographiques de base, notamment la répartition par âge des populations, seront ajoutées à l'ensemble des indicateurs.
- Lorsque cela s'avère possible, et en cas de disponibilité, les données des indicateurs doivent être ventilées selon l'âge, le sexe et l'origine ethnique, et en fonction des groupes socioéconomiques, vulnérables et sous-nationaux. Une telle répartition dépendra de la disponibilité des données, et peut varier en fonction de l'indicateur.
- Même si les taux et pourcentages de certains indicateurs au niveau national sont déjà favorables, ceux-ci doivent être utilisés pour la surveillance (et la responsabilisation) lorsque cela est possible.
- Si un ensemble d'indicateurs de base (premier niveau) doivent être définis puis suivis par tous les États membres, ceux-ci doivent aussi envisager l'ajout d'indicateurs supplémentaires (second niveau). Les données émanant des indicateurs du premier niveau constitueront un minimum de base visant à faciliter les évaluations régionales. Il importe d'encourager les déclarations volontaires portant sur le second niveau d'indicateurs dans la mesure où ces derniers sont utiles aux évaluations des domaines cibles au niveau national.
- Les indicateurs de base doivent être comparables dans toute la Région européenne, car ils seront utilisés pour le suivi des « cibles » au niveau régional. Les autres indicateurs utilisés au niveau national n'exigent qu'une comparabilité « interne ».
- Lorsque l'information quantitative n'est pas disponible, les pays peuvent fournir des données qualitatives sur les indicateurs.

5. Les indicateurs de la « cible » n° 4 sur l'amélioration du bien-être comprennent une mesure subjective et plusieurs mesures objectives. Si ces dernières seront finalisées par le groupe d'experts à la fin de 2013, elles suivront les mêmes principes que celles décrites plus haut. Les domaines objectifs peuvent déjà être considérés comme des indicateurs pour d'autres buts.

6. L'indicateur relatif à la satisfaction par rapport à la vie a été choisi comme l'indicateur du bien-être subjectif le plus généralement disponible lors des enquêtes réalisées dans de nombreux États membres (il est notamment utilisé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et dans l'Enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie 2013). Cependant, il n'est pas disponible dans tous les pays de la Région européenne. Le Bureau régional s'est donc adressé à des prestataires d'enquêtes afin de négocier la collecte de cette information dans tous les États membres de la Région. Un prestataire d'enquêtes serait disposé à partager avec l'OMS les données qu'il collecte chaque année à cet égard dans le cadre de ses sondages mondiaux à des coûts très compétitifs.

7. L'OMS continuera de collaborer avec ses groupes d'experts et les États membres en vue de définir de nouveaux indicateurs innovants dans d'autres domaines pertinents de Santé 2020, dont la gouvernance, les approches pangouvernementales et pansociétales ainsi que les

communautés résilientes. Cela permettra d'assurer au fil du temps une couverture adéquate de tous les domaines de Santé 2020.

8. L'OMS a proposé un cadre de suivi pour les « cibles » et les indicateurs qui tirent parti des mécanismes existants de notification et d'établissement de rapports, et il appartient à l'Organisation d'assurer une communication des données au niveau régional par le biais de ses propres mécanismes.

9. L'OMS/Europe rendra compte des moyennes régionales européennes pour les indicateurs, pondérées en fonction du nombre d'habitants le cas échéant. Cependant, et pour la plupart des indicateurs proposés, les États membres communiquent déjà leur données respectives au Bureau régional, et permettent la publication des données nationales dans le cadre de sa base de données de la Santé pour tous. Cette procédure va donc se poursuivre.

10. Les mécanismes existants de communication de données et d'établissement de rapports seront utilisés autant que possible. Il s'agit notamment des informations introduites tous les ans ou deux fois par an dans la base de données de la Santé pour tous ou dans d'autres bases de données gérées par le Bureau régional, y compris la collecte de données en collaboration avec Eurostat et l'OCDE. Il incombera à l'OMS/Europe de surveiller et de collecter les informations des bases de données, et de s'assurer qu'elles sont adéquatement résumées, analysées et présentées aux États membres.

11. Les États membres ne devraient pas fournir des données supplémentaires, sauf si des données non systématiques sont nécessaires (éventuellement pour les « cibles » n° 4 et 6). Lorsque les indicateurs ne sont pas collectés de manière systématique (par le système national de notification et d'établissement de rapports ou dans le cadre d'enquêtes régulières) et déjà communiqués à l'OMS, les estimations du Siège de l'OMS ou réalisées dans le cadre d'efforts conjoints au niveau des Nations Unies, et acceptées par les États membres de l'OMS, pourront dès lors être utilisées. En outre, le Bureau régional consultera les États membres en vue de définir les options susceptibles de permettre la réalisation de cet objectif.

12. Les plates-formes existantes, et en particulier la collecte annuelle de données dans le cadre de la Santé pour tous, doivent être utilisées jusqu'à ce que la Division de l'information, des bases factuelles, de la recherche et de l'innovation instaure une plate-forme unique à l'échelle de l'OMS/Europe. Celle-ci est prévue pour le début de 2014 et doit fusionner toutes les bases de données existantes du Bureau régional. Comme la collecte de données réalisée conjointement avec Eurostat et l'OCDE alimente ces plates-formes, il ne faudra pas procéder à une communication supplémentaire de données.

13. Cependant, au cours de ces prochaines années, le processus de communication de données à de multiples plates-formes sera remplacé par un système unique et intégré d'information sanitaire au niveau européen, mis en place en collaboration avec la Commission européenne et l'OCDE. En ce qui concerne ce système, l'OMS/Europe envisage dans un premier temps de le lancer avec les indicateurs de base nécessaires au suivi de Santé 2020 et à la communication des données à cet égard, et approuvés par tous les États membres. D'autres discussions sur ce point important auront lieu avec la Commission européenne et l'OCDE afin de se mettre d'accord sur les actions à venir. La portée sera élargie en temps voulu afin de prendre en compte les opportunités, les options et les consensus qui se sont dégagés. Le Bureau régional analyse actuellement la manière dont les plates-formes existantes peuvent être intégrées dans une infrastructure électronique, et fera régulièrement rapport aux États membres sur la situation à cet égard.

14. Pour les indicateurs qui ne sont pas actuellement collectés de manière systématique (comme la fixation de « cibles » nationales et le bien-être), le schéma ci-dessous est proposé.

- Les indicateurs qualitatifs peuvent être collectés par l’OMS/Europe dans les États membres au moyen de questionnaires particulièrement succincts, nécessitant généralement une réponse affirmative ou négative. Des explications peuvent cependant être apportées, le cas échéant. L’OMS suscitera l’aide de ses points focaux techniques dans les pays à cette fin.
- Les indicateurs du bien-être, qui sont définis au cours de l’année 2013 et porteront sur une combinaison de données notifiées de façon systématique et d’informations autodéclarées, exigeront néanmoins la communication de données supplémentaires par le secrétariat de l’OMS. Le Bureau régional tiendra des consultations régulières avec les États membres et les organes directeurs sur la méthode de collecte des données. Il a étudié la possibilité d’utiliser les mécanismes existants à cet effet, tels que les sondages réalisés par Gallup International ou d’autres groupes menant des enquêtes tous les ans dans l’ensemble des pays européens, qui ne devraient pas représenter une charge supplémentaire, financière ou autre pour les pays. Le(s) prestataire(s) d’enquêtes communiquerai(en)t l’information au Bureau régional, qui à son tour consultera les États membres. Cette consultation pourra être menée dans le contexte des efforts actuellement déployés tous les ans dans le cadre de la Santé pour tous. L’OMS/Europe veillera à ce que les États membres et les organes directeurs soient consultés régulièrement de manière approfondie sur les différentes options de prestataires. Le Rapport sur la santé en Europe de cette année présente également une feuille de route sur ce processus avec les partenaires techniques.

15. L’OMS/Europe se propose de fournir tous les deux à trois ans une synthèse de l’ensemble des données reçues dans le cadre des mécanismes existants. Un chapitre spécial y sera consacré dans le nouveau projet de publication, provisoirement intitulé *European Health Statistics* (Statistiques sanitaires européennes). Préalablement à la publication de cet ouvrage, le Bureau régional se livrera à une vaste consultation écrite avec les États membres. La communication de l’information peut s’effectuer comme indiqué ci-dessous.

- Analyse détaillée des données et présentation sous forme de tableaux et de graphiques de la manière suivante :
 - moyennes régionales ;
 - moyennes sous-régionales (UE-15, UE-12, CEI, autres sous-groupes potentiels de pays) ;
 - fourchette : les valeurs les plus élevées et les moins élevées.
- Texte interprétatif détaillé et résumés d’orientation.

16. La communication des données doit être complétée avec la présentation, aux États membres, d’un compte rendu annuel et succinct sur les indicateurs de Santé 2020 par le directeur régional lors du Comité régional et ce, dans le cadre de son rapport au Comité. Cette initiative permettra de nouveau la tenue d’une consultation directe et l’apport de commentaires et d’observations. L’analyse décrite ci-dessus est proposée. Tous les deux à trois ans, des déclarations explicites sont effectuées par le directeur régional concernant les progrès accomplis en vue d’atteindre les « cibles » quantifiées pour la Région européenne. La session du CPR tenue en mai de chaque année peut faire office de plate-forme de consultation supplémentaire sur les résultats en préparation du rapport du directeur régional au Comité régional.

17. Il est prévu que les principaux rapports d’étape sur les « cibles » et indicateurs de Santé 2020 seront réalisés dans le cadre du *Rapport sur la santé en Europe*, publié tous les trois ans, et permettant également une analyse et un examen plus détaillés. Le rapport de l’an dernier présente les données de référence de 2010. Le premier rapport d’étape sera donc réalisé en 2015, puis en 2018, et un rapport final est prévu pour 2020.

18. L'OMS/Europe s'emploie actuellement à relancer la série des *Panoramas de la santé*, qui présentent les profils des pays, et mettent immédiatement en évidence les progrès accomplis à cet égard. En outre, le Bureau régional a également ressuscité la brochure annuelle sur les indicateurs de base pour tous les pays européens, avec un thème différent chaque année. Les informations contenues dans les rapports susmentionnés seront publiées dans plusieurs médias, notamment sur le site de l'OMS.

19. Le secrétariat de l'OMS/Europe s'emploie à définir les mesures à prendre si les États membres ne communiquent pas régulièrement leurs données sur tous les indicateurs ou si la réalisation des « cibles » proposées ne semble pas sur la bonne voie.

Les prochaines étapes

20. Le Comité régional est invité à émettre des conseils sur les indicateurs proposés par les groupes d'experts, et à adopter les indicateurs repris dans la résolution EUR/RC63/Conf.Doc./7 accompagnant le présent document.

Annexe. Projet d'indicateurs de base et supplémentaires pour le suivi des « cibles » politiques de Santé 2020

(modifiés sur la base des commentaires émis par les États membres dans le cadre de la consultation régionale
– les modifications proposées figurent en gras)

| Domaine/« cible » | Quantification | Indicateurs de base | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) | Indicateurs supplémentaires | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) |
|--|--|--|--|---|---|
| Santé 2020, domaine n° 1. Charge de morbidité et facteurs de risque | | | | | |
| « Cible » générale n° 1. Réduire la mortalité prématurée dans la Région européenne d'ici 2020 | 1.1 Réduire de 1,5 % par an, en valeur relative, la mortalité prématurée globale (4 causes réunies) par maladie cardiovasculaire, cancer, diabète et maladie respiratoire chronique d'ici 2020 | 1) 1.1.a Taux globaux et standardisés selon l'âge de mortalité prématurée (de 30 à moins de 70 ans) pour quatre grandes maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires (CIM-10, codes I00-I99), cancer (CIM-10, codes C00-C97), diabète sucré (CIM-10, codes E10-E14) et maladies respiratoires chroniques (CIM-10, codes J40-47)), ventilés par sexe. Maladies du système digestif (CIM-10, codes K00- K93), également proposées mais à notifier séparément | HFA-MDB ⁱ (42) | 1) 1.1.a Taux de mortalité standardisés, toutes causes confondues, ventilés par âge , sexe et cause de mortalité | HFA-MDB (42) |
| | | 2) 1.1.b Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac (à la fois quotidienne et non quotidienne ou occasionnelle) , chez les personnes âgées de 18 ans et plus | Source utilisée par le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles (Observatoire de la santé mondiale) (50) | 2) 1.1.b Prévalence de la consommation hebdomadaire de tabac chez les adolescents | Enquête HBSC ⁱⁱ (38) |
| | | 3) 1.1.c Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant chez les personnes âgées de 15 ans et plus en une année calendaire (litres d'alcool pur), si possible, distinction entre consommation enregistrée et non enregistrée | Source utilisée par le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles (Observatoire de la santé mondiale) (50) | 3) 1.1.c Consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool (60 g. d'alcool pur ou environ 6 boissons alcoolisées standard au moins à une occasion par semaine) chez les adolescents | ESPAD ⁱⁱⁱ (34) |

| Domaine/« cible » | Quantification | Indicateurs de base | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) | Indicateurs supplémentaires | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) |
|-------------------|--|--|---|---|---|
| | | 4) 1.1.d Prévalence standardisée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus (se définit par un indice de masse corporelle >25 kg/m ² pour le surpoids et >30 kg/m ² pour l'obésité), dans la mesure du possible ventilée par âge et par sexe, séparément pour les données mesurées et autodéclarées | Source utilisée par le Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles (Observatoire de la santé mondiale) (46) | 4) 1.1.d Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (se définit par une valeur d'IMC en fonction de l'âge supérieur à +1 écart type et +2 écarts types par rapport à la médiane de référence de la croissance de l'OMS de 2007, respectivement) | Enquête HBSC (38) |
| | 1.2 Réalisation et maintien de l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale (poliomyélite, rougeole, rubéole) et prévention du syndrome de rubéole congénitale | 5) 1.2.a Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose avant l'âge de 2 ans), la poliomyélite (3 doses avant l'âge de 1 an) et la rubéole (1 dose avant l'âge de 2 ans) | HFA ^{IV} (51) | | |
| | 1.3 Réduction de la mortalité due à des causes externes | 6) 1.3.a Taux de mortalité standardisés selon l'âge , toutes causes externes et tous traumatismes confondus, et ventilés par sexe (CIM-10, codes V00-V99, W00-W99, X00-X99 et Y00-Y99) | HFA-MDB (42) | 5) 1.3.a Taux de mortalité due à des accidents de la route et standardisés selon l'âge (CIM-10, codes V02-V04, V09, V12-V14, V19-V79, V82-V87, V89) | HFA-MDB (36) |
| | | | | 6) 1.3.b Taux de mortalité due à des intoxications accidentelles et standardisés selon l'âge (CIM-10, codes X40-X49) | HFA-MDB (42) |
| | | | | 7) 1.3.c Taux de mortalité due à l'alcoolisme et standardisés selon l'âge (CIM-10, code X45) | HFA-MDB (35) |
| | | | | 8) 1.3.d Taux de mortalité due au suicide et standardisés selon l'âge (CIM-10, codes X60-X84) | HFA-MDB (42) |

| Domaine/« cible » | Quantification | Indicateurs de base | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) | Indicateurs supplémentaires | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) |
|--|---|---|---|--|---|
| | | | | 9) 1.3.e Taux de mortalité due aux chutes accidentelles et standardisés selon l'âge (CIM-10, codes W00-W19) | HFA-MDB (42) |
| | | | | 10) 1.3.f Taux de mortalité due à des homicides et agressions et standardisés selon l'âge (CIM-10, codes X85-Y09) | HFA-MDB (41) |
| Santé 2020, domaine n° 2. Personnes en bonne santé, bien-être et déterminants | | | | | |
| « Cible » générale n° 2. Augmenter l'espérance de vie en Europe | 2.1 Augmentation continue de l'espérance de vie au rythme actuel (= taux annuel pendant la période 2006-2010), accompagnée d'une diminution des disparités en termes d'espérance de vie dans la Région européenne | 7) 2.1 Espérance de vie à la naissance, ventilée par sexe | HFA (42) | 11) 2.1.a Espérance de vie à la naissance et à 1, 15, 45 et 65 ans, ventilée par sexe | HFA (41) |
| | | | | 12) 2.1.b Années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans | Eurostat (31 (UE-27 plus la Croatie, l'Islande, la Norvège et la Suisse)) |
| « Cible » générale n° 3. Limiter le manque d'équité en Europe (objectif des déterminants sociaux) | 3.1 Réduction des disparités en matière de santé associées aux déterminants sociaux dans la population européenne | 8) 3.1.a Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes, ventilée par sexe | HFA (42) | | |
| | | 7) 3.1.b Espérance de vie à la naissance, ventilée par sexe | HFA (42) | | |
| | | 9) 3.1.c Pourcentage d'enfants officiellement en âge d'être scolarisés dans l'enseignement primaire, mais non scolarisés, ventilé par sexe | UNESCO ^v (46) | | |
| | | 10) 3.1.d Taux de chômage, ventilé par âge et par sexe | ILOSTAT ^{vi} et Eurostat (OIT 38, SILC ^{vii} 30, total 43) | | |

| Domaine/« cible » | Quantification | Indicateurs de base | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) | Indicateurs supplémentaires | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) |
|---|---|--|--|---|---|
| | | 11) 3.1.e Politiques nationales et/ou subnationales visant la réduction du manque d'équité en santé, établies et attestées | Communication directe des données par les États membres via le rapport annuel du directeur régional de l'OMS pour l'Europe | | |
| | | 12) 3.1.f Coefficient de Gini (répartition des revenus) | Banque mondiale & Eurostat (<i>Banque mondiale 22, SILC 26, total 40</i>) | | |
| « Cible » générale n° 4. Améliorer le bien-être des populations de la Région européenne | 4.1 Se définira comme un résultat de la base des indicateurs essentiels sur le bien-être, avec l'objectif de réduire les différences sous-régionales et de procéder à un nivellement vers le haut | 13) 4.1.a Satisfaction par rapport à la vie, ventilée par âge et par sexe | À déterminer – OMS en négociation avec les prestataires d'enquêtes existants | 4.1.a Indicateurs du bien-être subjectif, dans divers domaines ou selon l'eudémonisme ou l'affect ; à définir | À définir |
| | | 4.1.b Indicateurs du bien-être objectif dans différents domaines, à définir et potentiellement déjà couverts par d'autres domaines des « cibles » de Santé 2020 | À partir de sources facilement disponibles | 4.1.b Indicateurs du bien-être objectif dans différents domaines ; à définir | À partir de sources facilement disponibles |
| Santé 2020, domaine n° 3. Processus, gouvernance et systèmes de santé | | | | | |
| « Cible » générale n° 5. Couverture universelle et « droit à la santé » | 5.1 Passage à la couverture universelle (selon la définition de l'OMS)* d'ici 2020 * L'accès équitable à des services efficaces et nécessaires sans charge financière | 14) 5.1.a Règlement direct de dépenses de santé aux prestataires par les ménages privés, exprimé en part des dépenses totales en santé | HFA (53) | 13) 5.1.a Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (CIM-10, codes O00-O99) | HFA (49) |
| | | 5) 5.1.b Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole (1 dose avant l'âge de 2 ans), la poliomyélite (3 doses avant l'âge de 1 an) et la rubéole (1 dose avant l'âge de 2 ans) | HFA (51) | 14) 5.1.b Pourcentage de patients atteints d'une tuberculose pulmonaire confirmée en laboratoire, traités avec succès et ayant terminé ce traitement | Rapport mondial de l'OMS sur la tuberculose (46) |
| | | 15) 5.1.c Total des dépenses de santé (en pourcentage du PIB) | HFA (53) | 15) 5.1.c Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB | HFA (53) |

| Domaine/« cible » | Quantification | Indicateurs de base | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) | Indicateurs supplémentaires | Source des données (nombre d'États membres pour lesquels des données sont disponibles) |
|--|--|---|--|-----------------------------|---|
| « Cible » générale n° 6. « Cibles »/buts nationaux fixés par les États membres | 6.1 Mise en place de processus afin de définir des « cibles » nationales (si ce n'est déjà fait) | 16) 6.1.a Mise en place documentée d'un processus pour définir les « cibles » (chaque État membre décide du moyen de documenter) | Communication directe des données par les États membres via le rapport annuel du directeur régional de l'OMS pour l'Europe | | |
| | | 17) 6.1.b Bases factuelles documentant ce qui suit : a) adoption de politiques nationales alignées sur Santé 2020 , b) plan de mise en œuvre, c) mécanisme de responsabilisation (chaque État membre décide du moyen de documenter) | | | |

- i La base de données de l'OMS/Europe sur les indicateurs de mortalité.
- ii Étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé.
- iii Le projet d'enquête paneuropéenne sur l'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire.
- iv La base de données de la Santé pour tous de l'OMS/Europe.
- v Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- vi Base de données des statistiques du travail de l'Organisation internationale du travail (OIT).
- vii Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie.