



UE 7

SANTÉ, SOCIÉTÉ, HUMANITÉ

<h3>Santé Publique</h3>

FICHE DE COURS 1 — CONCEPTS, POINTS DE VUE, INDICATEURS, SOURCES DE DONNEES	5
I. DEFINITIONS ET EXEMPLES	5
A. LES DIFFERENTES DEFINITIONS DE LA SANTE PUBLIQUE	5
B. L'APPROCHE DE LA SANTE SELON DIFFERENTS AUTEURS	6
II. LES DIFFERENTS INDICATEURS	7
A. LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES	7
B. LES INDICATEURS EPIDÉMIOLOGIQUES	9
C. LES INDICATEURS DE MORBIDITE	12
III. LA SANTÉ EN FRANCE	15
A. UN ÉTAT DE SANTÉ GLOBALEMENT FAVORABLE	15
B. « TRANSITIONS EPIDEMIOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUE FAVORABLE »	16
 FICHE DE COURS 2 — RISQUES ET PREVENTION	 17
I. LES DIFFERENTES DEFINITIONS DE LA PREVENTION	18
A. LES 4 NIVEAUX DE LA PREVENTION	18
B. LA PREVENTION POUR QUI ?	19
C. COMMENT PREVENIR ?	19
II. LE RISQUE	22
A. RISQUE INDIVIDUEL	22
B. LE RISQUE ATTRIBUABLE	23
III. LE PARADOXE DE LA PREVENTION	23
A. PARALLELE PREVENTION POPULATIONNELLE & PREVENTION INDIVIDUELLE	24
B. AVANTAGES ET LIMITES DE LA STRATEGIE POPULATIONNELLE	25
 FICHE DE COURS 3 — SÉCURITÉ SANITAIRE ET SÉCURITÉ DES SOINS	 27
I. DEFINITIONS	27
II. LA SÉCURITÉ DES SOINS	27
A. SECURITE DES SOINS (OMS)	27
B. ÉVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS (EIAS)	27
C. EVENEMENTS INDESIRABLES ASSOCIES AUX SOINS. POURQUOI ? QUE FAIRE ?	30
D. SÉCURITÉ DES SOINS : RÉDUIRE LES EIAS	31
III. LA SÉCURITÉ SANITAIRE	33
A. LES SCANDALES A L'ORIGINE DE LA SANTE SANITAIRE	33
B. LES PRINCIPES SANITAIRES	33
C. LES INSTITUTIONS ET STRUCTURES EN CHARGE DE LA SECURITE SANITAIRE EN FRANCE	35
IV. CONCLUSION : LA SÉCURITÉ SANITAIRE	39
 FICHE DE COURS 4 — LA PROTECTION DE LA SANTE : SANTE ET ENVIRONNEMENT	 40
I. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT	40
A. LA VISION TOXICOLOGIQUE CLASSIQUE	41
B. EVOLUTIONS CONTEMPORAINES	42
C. LA COMPRÉHENSION ACTUELLE DES MÉCANISMES CONDUIT À LA NOTION D'EXPOSOME	43

II. AGIR ET ÉVALUER LES RISQUES	43
A. L'ÉVALUATION DES RISQUES EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE	44
B. UN CADRE DE REFERENCE POUR L'ANALYSE DES LIENS ENVIRONNEMENT ET SANTÉ	46
C. PRÉVENTION N'EST PAS PRÉCAUTION	47
D. ANNEXES	47
III. CONCLUSIONS	48

FICHE DE COURS 5 — INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET PROMOTION DE LA SANTE **50**

I. INEGALITES SOCIALES DE SANTE (ISS) ET INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE (ITS)	50
A. ELEMENTS DE CONSTAT	50
B. ESPERANCE DE VIE (EV)	50
C. GRADIENT SOCIAL	50
D. INEGALITES TERRITORIALES	52
E. DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	52
F. PISTES EXPLICATIVES AU FIL DE L'HISTOIRE	53
II. L'IMPORTANCE DES DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE	53
A. DETERMINANTS DE SANTE SELON DAHLGREN ET WHITEHEAD	53
B. CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTE ET DE SES DETERMINANTS	54
C. DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE	54
D. DETERMINANTS DE SANTE	56
III. ROLE DU SYSTEME DE SANTE	57
A. INEGALITES SOCIALES DE SOINS	57
IV. DEVELOPPEMENT DE LA PROMOTION DE LA SANTE	57
A. PROMOTION DE LA SANTE : CHARTE D'OTTAWA selon L'OMS – 1986	58
B. PREALABLES INDISPENSABLES A L'AMELIORATION DE LA SANTE	58
C. MODELES POUR LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALE DE SANTE	59
V. CONCLUSION	60

FICHE DE COURS 6 — NATURE ET FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE, SECURITE SOCIALE, ASSURANCE MALADIE **61**

I. LES DEPENSES DE SANTE	61
A. AGREGATS UTILISES	61
B. DCS et DCSi	63
II. FINANCEMENT	63
A. FINANCEMENT DE LA CBSM	63
B. EN RESUME :	67

FICHE DE COURS 7 — SYSTEME DE SANTE : PROCESSUS DE REFORME PERMANENT **70**

I. SYSTEME DE SANTE	70
A. DEFINITIONS	70
B. RAPPORT OMS « LA SANTE DANS LE MONDE » EN 2000 / POUR UN SYSTEME DE SANTE PLUS PERFORMANT	70
C. PROCESSUS DE REFORME PERMANENT	71
D. POIDS DES MALADIES CHRONIQUES	71

II. NECESSITE DE REFORMES POUR FAIRE EVOLUER LE SYSTEME DE SANTE	71
A. SYSTEME FRANÇAIS : CONSTATS	71
B. DISPOSITIF LEGISLATIF	72
III. DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE (AM) : APPEL A DES ACTIONS DE MAITRISE MEDICALISEE ET COMPTABLE DE L'ACROISSEMENT DES DEPENSES DE SANTE	73
A. FACE A UNE « DEMANDE » INEXTINGUIBLE	73
B. 2 SOLUTIONS POSSIBLES	74
C. LOI DU 13 AOUT 2004	74
D. LOI DU 21 JUILLET 2009	74
IV. MEDECINE LIBERALE	74
A. FONDEMENTS	74
B. EVOLUTIONS RECENTES	75
C. MEDECINS GENERALISTES EN FRANCE	75
V. EVOLUTIONS ET DEVELOPPEMENTS RECENTS	75
A. POLITIQUE DE SANTE	75
B. STRATEGIE NATIONALE DE SANTE (SNS) 2018-2022	76
VI. CONCLUSIONS	77
FICHE DE COURS 8 — LOI ET SANTE	78
I. LA LOI : CADRE D'EXERCICE DE TOUT ACTE MEDICAL	78
A. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE	78
II. LA LOI CONCERNE TOUT CITOYEN, SOIGNANT OU NON	79
A. NON-ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER	79
III. LE PROFESSIONNEL DE SANTE INTERVENANT A LA DEMANDE DE LA JUSTICE	80
A. INTERVENTION DU PROFESSIONNEL DE SANTE A LA DEMANDE DE LA JUSTICE	80
B. LOI ET SANTE : 3 TYPES DE SITUATIONS	82

FICHE DE COURS 1 — CONCEPTS, POINTS DE VUE, INDICATEURS, SOURCES DE DONNEES

I. DEFINITIONS ET EXEMPLES

A. LES DIFFERENTES DEFINITIONS DE LA SANTE PUBLIQUE

La santé publique peut être définie de diverses manières.

PRESENTATION	On peut en effet la présenter comme « l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et d'autre part des actions en vue d'améliorer la santé de la population », ou encore, comme « une activité organisée de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. »
DEFINITION	<p>La santé publique comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins de santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée.</p> <p>Elle inclut donc les processus d'information (la collecte des données et les Interprétations) requis pour caractériser l'état de santé de la population et la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre à cet état.</p> <p>Elle comprend l'organisation des personnels et des ressources pour fournir les services nécessaires pour la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic et le traitement des maladies et la réadaptation physique, psychologique et sociale.</p> <p>On différencie la santé du point de vue des individus et la santé publique, c'est-à-dire du point de vue de la collectivité (un pays, une région, une ville ou une école...)</p>

DEFINITIONS DE LA SANTE

SELON LA CHARTE DE 1947	- La santé est un « état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »
SELON LA CHARTE D'OTTAWA 1986	<p>- La santé « c'est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».</p> <p>➔ La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles</p>

DEFINITIONS OMS DE LA SANTE SEXUELLE	« La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence, pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. »
DEFINITIONS OMS DE LA SANTÉ MENTALE	« État de bien-être permettant à l'individu de réaliser ses potentialités, de faire face au stress normal de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et d'apporter une contribution à la communauté dans laquelle il vit. » (2004)

	Pour tous les individus, la santé physique, mentale et sociale sont « des aspects fondamentaux de la vie, intimement liés et étroitement interdépendants » (2001)
Définition de la santé bucco dentaire	La santé bucco-dentaire est « multiforme et inclut, entre autres, la capacité de parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, déglutir et exprimer des émotions par les expressions du visage avec confiance, sans douleur et sans gêne, ainsi que les pathologies du complexe crânio-facial ». Plus généralement, la santé bucco-dentaire : « est une composante essentielle de la santé, du bien-être physique et mental, qui s'inscrit dans un continuum influencé par les valeurs et les comportements des personnes et des populations ; reflète les attributs physiologiques, sociaux et psychologiques essentiels à la qualité de la vie ; est influencée par les expériences, perceptions et attentes évolutives des individus, ainsi que par leur faculté d'adaptation. »
LE RAPPORT SUR LA SANTÉ EN EUROPE	« Le bien-être est une réalité subjective et personnelle, mais qui peut également se décrire de manière objective à l'échelle de la population grâce à un certain nombre d'indicateurs tels que l'éducation, le revenu et le logement. » Le score moyen auto-déclaré de satisfaction par rapport à la vie, l'une des mesures du bien-être subjectif, est compris entre 7,8 et 4,2 dans les pays de la Région européenne, la note de 10 correspondant à la meilleure vie possible pour les personnes interrogées, et 0 à la pire. L'OMS et de nombreux pays ont complètement revu leur vision de la santé publique, qu'ils considèrent désormais davantage sous l'angle de la santé et du bien-être que de la mortalité et des maladies. Pour rendre compte de cette évolution, l'information sanitaire doit donner davantage de poids aux données subjectives et qualitatives, telles que la satisfaction par rapport à la vie. Les travaux de recherche montrent que les données relatives au bien-être subjectif sont fiables et très utiles aux niveaux local et national, notamment en tant qu'indicateur permettant de prédire la santé...

B. L'APPROCHE DE LA SANTE SELON DIFFERENTS AUTEURS

EMMANUEL KANT	Emmanuel KANT est un <u>philosophe allemand</u> , fondateur du <u>criticisme</u> et de la doctrine dite « <u>idéalisme transcendantal</u> ». Grand penseur de l' <u>Aufklärung</u> , Kant a exercé une influence considérable sur l' <u>idéalisme allemand</u> , la <u>philosophie analytique</u> , la <u>phénoménologie</u> , la <u>philosophie postmoderne</u> , et la <u>pensée critique</u> en général. Son œuvre, considérable et diverse dans ses intérêts, mais centrée autour des trois Critiques, à savoir la <u>Critique de la raison pure</u> , la <u>Critique de la raison pratique</u> et la <u>Critique de la faculté de juger</u> , fait ainsi l'objet d'appropriations et d' <u>interprétations</u> successives et divergentes. <i>« On peut se sentir bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital, mais l'on ne peut jamais savoir qu'on est bien portant. [...] L'absence du sentiment [d'être malade] ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence. » (1798)</i> Un grand nombre de maladies à évolution lente existe avec un stade pré-clinique pendant lequel il est préférable d'intervenir : plus on intervient tôt, plus on a de chance de guérir. ➔ Importance du dépistage
CLAUDE BERNARD	Claude Bernard est un <u>physiologiste français</u> . Considéré comme le fondateur de la <u>médecine expérimentale</u> , il a en particulier laissé son nom au <u>syndrome de Claude Bernard-Horner</u> . On lui doit les notions de <u>milieu intérieur</u> et d' <u>homéostasie</u> , fondements de la biologie moderne.

	<p>« La santé et la maladie ne sont pas deux modes différents essentiellement, comme ont pu le croire les anciens médecins, et le croient encore certains médecins. Dans la réalité, il n'y a que des différences de degré : l'exagération, la disproportion, la dysharmonie des phénomènes normaux constituent l'état malade. »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Illustration 1</u> : l'hypertension artérielle est un « facteur de risque cardiovasculaire », mais l'augmentation du risque suit linéairement l'élévation des chiffres de pression artérielle sans qu'il soit possible de fixer un seuil diagnostique autrement que relatif à la balance entre les bénéfices et les risques d'un traitement éventuel. ▪ <u>Illustration 2</u> : A partir de quand peut-on considérer qu'un enfant est « hyperactif » ou une personne adulte « déprimée » ?
RENE LERICHE	<p>René LERICHE est un <u>chirurgien</u> et <u>physiologiste français</u>, spécialiste de la <u>douleur</u>, de la <u>chirurgie vasculaire</u> et du <u>tronc sympathique</u>. Sensibilisé par les nombreux mutilés de la <u>première Guerre mondiale</u>, il est l'un des premiers à s'intéresser à la douleur et à mettre en pratique une chirurgie douce, économe en <u>sang</u> et aussi peu traumatisante que possible.</p> <p>« La santé, c'est la vie dans le silence des organes. La maladie, c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir. » (1936)</p>
RENE DEBOS	<p>René DEBOS est un <u>agronome, biologiste et écologue français</u>.</p> <p>La santé est un « état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé » (1956).</p>
INDICATEURS DECRIVANT DIFFERENTES CONCEPTIONS DE LA SANTE	<p>Dans la langue anglaise, 3 mots décrivent la maladie, qui résument les points de vue précédents et que traduisent 3 types d'indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – disease (Leriche) : la santé est l'absence de maladie (au sens « biomédical ») ; la maladie est décrite par un diagnostic, concept signifiant un ensemble de signes et symptômes théoriquement en relation avec une cause précise (<i>indicateurs de morbidité (diagnostiquée) et de mortalité (approche « biomédicale »</i>) – sickness (Dubos) : si la santé est une bonne adaptation à son environnement, la vision de la maladie est centrée sur ses conséquences fonctionnelles et sociales (<i>indicateurs d'incapacité et (ou) de désavantage social (approche « fonctionnelle »</i>) – illness (OMS) : si l'expérience subjective de la santé est celle du bien-être, la mauvaise santé sera ressentie lors de l'apparition de malaise ou de gêne fonctionnelle (<i>indicateurs de « santé perçue » (approche « subjective »</i>)
Sources de données sur l'état de santé de la population	<p>Enregistrements permanents Données périodiques Enquêtes ad hoc</p>

II. LES DIFFERENTS INDICATEURS

A. LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

1. LA PYRAMIDE DES AGES

La pyramide des âges est un mode de représentation graphique de la structure (sexe, âge) d'une population qui constitue une image synthétique du passé, du présent et du futur de celle-ci. Elle prend la forme générale d'une toupie vue en coupe.

Elle représente la répartition par sexe et âge de la population à un instant donné. Elle est constituée de deux histogrammes juxtaposés, un pour chaque sexe (par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs sont portés horizontalement et les âges verticalement. Les effectifs

par sexe et âge dépendent des interactions passées de la fécondité, de la mortalité et des migrations, mais la forme de la pyramide et les variations de celle-ci avec les années sont avant tout tributaires des variations de la fécondité.

2. ESPERANCE DE VIE

▪ DEFINITIONS ET CARACTERISTIQUES

DEFINITION	L'espérance de vie est un des <u>indicateurs statistiques</u> les plus utilisés dans les domaines de la <u>prospective</u> et des projections <u>démographiques</u> , et pour évaluer le niveau de <u>développement</u> et l' <u>indice de développement humain</u> d'un État ou d'une région du monde.
-------------------	---

▪ LES DIFFERENTES FORMES

L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (OU À L'AGE 0)	Représente la durée de vie moyenne (c'est-à-dire l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.
L'ESPERANCE DE VIE À L'AGE X	Représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge x qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Correspond au nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge X (ou durée de survie moyenne à l'âge X), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. L'espérance de vie peut s'effondrer de plusieurs années rapidement en cas de guerre ou de crise économique. En situation stable, l'espérance de vie est quelque chose qui renseigne sur la santé de la population et les conditions qui permettent cette bonne santé.

▪ DONNEES CHIFFRÉES EN FRANCE DE 1950 À 2009

Elle augmente inégalement selon les territoires et l'appartenance sociale.
L'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec une augmentation du temps passé en incapacité à la fin de la vie.

L'ESPERANCE DE VIE À LA NAISSANCE	En un demi-siècle (depuis 1950), l'espérance de vie des femmes est passée de 70 ans à 85 ans et de 65 à 79 ans pour les hommes. L'espérance de vie peut être calculée pour une tranche d'âge donnée (espérances de vie à 35 ans, à 60 ans, À 65 ans). Pour les chiffres de l'INED (institut national d'études démographiques), la convention est l'espérance de vie à 60 ans. En 2013, l'EV à 60 ans était de 23 ans. Pour les femmes l'EV à la naissance est de 85 ans et de 87 ans lorsqu'elle est calculée à 60 ans.
LES DISPARITÉS RÉGIONALES ET GÉOGRAPHIQUES	Espérance de vie par région en France, 2007 : - 79 ans en Ile de France - 75 ans dans les Hauts de France L'écart de mortalité peut être très important entre différentes régions.

LES DIFFERENCES SOCIALES	L'espérance de vie à 50 ans (EV 50) des hommes en fonction de l'activité professionnelle (2002-2003).			
	L'espérance de vie en bonne santé (EVBS), sans incapacités.			
	En termes relatifs la part des années de vie en bonne santé sur la durée totale de l'espérance de vie à 50 ans chez les hommes (% EVBS/EV).			
	L'écart est un peu moins marqué chez les femmes.			
	- Le fort pourcentage chez les femmes inactives (par rapport aux hommes) s'explique par le fait qu'à cette époque, davantage de femmes choisissent d'être inactives.			
			HOMME	
	EV 50	EVBS	% EVBS/EV	%EVBS/EV
PROFESSIONS LES PLUS QUALIFIÉES	32 ans	23 ans	71 %	66 %
EMPLOYÉS	29 ans			
OUVRIERS	27 ans	14 ans	50 %	43 %
INACTIFS	20 ans		31 %	48 %

3. TAUX DE NATALITE

C'est le nombre de naissances dans une population donnée pour une période déterminée. Il s'exprime en %.

Quelques données, en 2006 :

EN FRANCE	13 %
DANS LE MONDE	21 %
EN EUROPE	10 %
EN AFRIQUE	28 %

4. TAUX DE FECONDITE

DEFINITION	C'est le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer (15 à 49 ans). Il est de 1,98 en France en 2005 et 1.93 en 2016. On considère que le remplacement des générations se fait quand il est > à 2,1.
-------------------	--

B. LES INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES

DEFINITION	<p>« Science qui étudie la distribution, la fréquence et les déterminants des maladies, des blessures ou de tout autre problème de santé, auprès d'une population. C'est la distribution dans une population, (cela peut être la population de la France, d'un département, d'une région, d'un quartier...) et qui applique les données révélées par l'étude au contrôle de ces problèmes de santé.</p> <p>Initialement, l'épidémiologie était la science des maladies contagieuses mais elle s'est développée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - elle englobe désormais tous les domaines influençant la morbidité et la mortalité - elle tente de décrire les différents facteurs [biologiques, environnementaux, mode de vie, soins de santé] qui influencent la santé en recherchant les causes et/ou les interventions efficaces. »
-------------------	--

	L'épidémiologie s'est d'abord intéressé à la distribution des phénomènes épidémiques (choléra, rougeole, SIDA, dengue, Ebola, Chicungunia ou Zika). Aujourd'hui, les maladies problématiques de la vie en Occident sont des maladies chroniques.
--	--

▪ **LES INDICATEURS DÉCRIVANT LES DIFFÉRENTS CONCEPTIONS DE LA SANTÉ**

	DEFINITION	INDICATEURS	APPROCHE
DISEASE (LERICHE)	La santé est l' absence de maladie (au sens « biomédical »). La maladie est décrite par un diagnostic, concept qui signifie un ensemble de signes et symptômes théoriquement en relation avec une cause précise.	Morbidité diagnostiquée Mortalité	Biomédicale
SICKNESS (DUBOS)	La santé est une bonne adaptation à son environnement , la vision de la maladie est centrée sur ses conséquences fonctionnelles et sociales. Une approche fonctionnelle des indicateurs (incapacité ou désavantage /handicap). Quand l'état de santé ne permet pas de pouvoir faire ce que d'autres peuvent faire (qui ne sont pas porteur de problèmes)	Incapacité et /ou désavantage social	Fonctionnelle
ILLNESS (OMS)	Si l' expérience de la santé est celle du bien-être, la mauvaise santé sera ressentie lors de l'apparition de malaise ou de gêne fonctionnelle.	Indicateurs de « santé perçue » (qualité de vie)	Subjective

1. TAUX DE MORTALITE

DEFINITION	<p>En démographie, le taux de mortalité (ou taux brut de mortalité), est le rapport entre le nombre annuel de <u>décès</u> et la <u>population</u> totale moyenne sur une période donnée dans un territoire donné. Il reflète le niveau de mortalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une population entière (mortalité brute) - Par sous-groupes (tranches d'âge, sexe, catégorie sociale) - Par pathologie (connaître la cause « initiale » identifiée par le médecin certificateur) <p>Il exprime à la fois l'état de santé des populations mais aussi la structure par âge des populations. Il permet de connaître l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur la santé. Les principales causes de décès : les tumeurs malignes (chez les hommes), et les maladies cardiovasculaires (chez les femmes). Le taux de mortalité en France est en légère diminution depuis 2000, et se stabilise aux alentours de 8,5 pour mille, le taux de mortalité infantile étant stabilisé à 3,8 pour mille.</p>
-------------------	---

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Décès (milliers)	540,6	541,0	545,2	562,5	519,5	538,1	526,9	531,2	542,6	546,0
Taux de mortalité	8,9	8,8	8,9	9,1	8,3	8,5	8,3	8,3	8,5	8,5
Mortalité infantile	4,5	4,6	4,2	4,2	4,0	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8

▪ **INDICATEURS DE MORTALITÉ**

Plusieurs formes de mortalité :

MORTALITÉ BRUTE	Nombre de décès dans la population
------------------------	------------------------------------

	<p><u>Taux brut de mortalité</u> : nombre de décès annuels rapportés au nombre d'habitants d'un territoire donné.</p> <p>Il existe des nombres absolus (nombre de décès) et une expression relative (les taux : nombre de décès par rapport à la population). Les taux peuvent être calculés et sont de très bons indicateurs de l'état de santé d'une population, bien meilleurs que l'espérance de vie. Un taux va être observé dans l'année et s'avère donc sensible aux conditions du moment, aux conditions de vie et du fonctionnement du système de santé.</p>
MOTALITÉ PAR SOUS-GROUPES	Nombre de décès dans un groupe de la population (par tranches d'âge, selon le sexe, la catégorie sociale, etc.)
MORATLITÉ PRÉMATURÉE ET ÉVITABLE	

Il ne faut pas confondre la mortalité, 600 000 décès par an, en France, avec un taux de mortalité de 600 000 rapporté à 65 millions d'habitants.

LES CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	<p>Causes « initiales » identifiées par le médecin certificateur.</p> <p>Elles mesurent une mortalité spécifique (par pathologies, par accident vasculaire cérébrale, par cancer...)</p> <p>Les causes médicales de décès par sexe (France, 2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les premières causes de décès dans les deux sexes (premières causes de décès en France] sont les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire, dans des proportions différentes chez les hommes et les femmes.
--------------------------------------	--

LA LÉTALITÉ	<p>La létalité doit être distinguée de la mortalité :</p> <p>C'est une mortalité attribuable à la maladie parmi les personnes malades.</p> <p><u>Exemple</u> : létalité différente pour les personnes atteintes du SIDA en Afrique du Sud (25 millions de personnes) par rapport à la France qui possède de meilleurs traitements. La létalité représente le niveau de gravité d'une maladie.</p> <p>Le taux de létalité rapporte un nombre de décès liés à une maladie donnée aux nombres de personnes qui sont porteuses de cette maladie.</p>
--------------------	--

2. MORTALITE INFANTILE

DEFINITION	<p>La mortalité infantile est une <u>statistique</u> calculée en faisant le rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an sur le nombre total d'enfants nés vivants. Cette statistique est exprimée pour 1 000 naissances (‰). Elle sert essentiellement à juger de la qualité des soins <u>obstétriques</u> et <u>pédiatriques</u> d'un pays.</p> <p>La réduction du taux de mortalité infantile fait partie des <u>Objectifs du millénaire pour le développement de l'Organisation des Nations unies</u>.</p> <p>En France, en 2009, 3,7 nouveau-nés sur mille sont décédés avant leur premier anniversaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baisse depuis 2000 - Est stabilisé à 3,7 pour 1000 naissances vivantes en 2010. Il figure parmi les taux les plus faibles d'Europe.
-------------------	---

3. MORTALITE PREMATUREE

DEFINITION	Le taux de mortalité prématurée est un <u>indice statistique</u> permettant de mesurer la fréquence des décès après l'enfance et avant l'âge « habituel » de décès. Il correspond au nombre de décès au
-------------------	---

	<p>cours d'une année d'individus âgés de moins de X ans, rapporté à la population totale âgée de moins de X ans.</p> <p>En France, l'<u>INSEE</u> calcule le taux de mortalité prématurée parmi la population âgée de moins de 65 ans.</p>
--	--

4. MORTALITE EVITABLE

DEFINITION	<p>Le taux de mortalité évitable est "le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen de décès pour une cause évitable donnée, à la population du groupe d'âge associé à la cause évitable au milieu de la même période".</p> <p>On parlera de <u>taux de mortalité</u> "évitable générale" pour désigner le rapport, pour une période donnée, du nombre annuel moyen total de décès évitables à la population totale âgée de moins de 75 ans au milieu de la même période.</p>
-------------------	---

C. LES INDICATEURS DE MORBIDITE

1. « BIOMEDICALE »

DEFINITION	<p>La morbidité est la distribution des maladies dans la population</p> <p>Comme la mortalité, la morbidité se mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en valeur absolue (nombre de malades) - ou en valeur relative (taux qui rapporte ce nombre à l'effectif de la population concernée)
-------------------	--

LES 2 INDICATEURS DE MORBILITÉS	INCIDENCE	<p>Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée (: flux) 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une maladie devient un problème de santé publique soit parce qu'elle est trop fréquente soit parce qu'elle n'est pas très fréquente. - Si son incidence augmente, elle va devenir plus fréquente. Une maladie fréquente dont de l'incidence diminue est moins préoccupante qu'une maladie moins fréquente dont l'incidence augmente. -
	PRÉVALENCE	<p>Nombre de cas total à un instant ou sur une période donnée (= stock) de pathologies spécifiques.</p>

▪ MORBIDITE RESSENTIE

DEFINITION	<p>Elle correspond aux affections ou limitations dont les individus sont conscients sans forcément les déclarer spontanément.</p> <p>Elle est appelée aussi morbidité déclarée : les affections dont les personnes se déclarent porteuses lors d'un entretien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - en valeur absolue (nombre de malades) - ou en valeur relative (taux qui rapporte ce nombre à l'effectif de la population concernée) <p>Affections ou limitations dont les individus sont conscients sans forcément les déclarer spontanément.</p> <p>Appelée aussi morbidité déclarée : les affections dont les personnes se déclarent porteuses lors d'un entretien.</p>
-------------------	---

▪ MORBIDITE MESUREE

DEFINITION	<p>La morbidité est la distribution des maladies dans la population</p> <p>Comme la mortalité, la morbidité se mesure :</p>
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - en valeur absolue (nombre de malades) - ou en valeur relative (taux qui rapporte ce nombre à l'effectif de la population concernée) <p>Affections décalées par un examen médical standardisé, dans un centre d'examen de santé par exemple.</p> <p>Appelée aussi morbidité diagnostiquée et traitée dans le système de soins.</p>
--	--

Il existe généralement un écart entre :

- la morbidité déclarée (ce que perçoivent les individus)
- et la morbidité diagnostiquée (ce qu'objectivent les professionnels de santé).

Exemple : chiffres mesurés grâce aux consultations dans des centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Que ce soit pour l'obésité, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, on observe un décalage entre la perception que les gens se font de leur état de santé et celle du système de soin avec ses normes et ses définitions.

▪ ECART ENTRE MORBIDITE DECLAREE ET MORBIDITE DIAGNOSTIQUEE

LES CALCULS	La morbidité déclarée par l'enquête décennale santé (EDS -auto-questionnaire) La morbidité diagnostiquée : personnes ayant accepté de passer un examen de santé (CES)
LES RESULTATS	Le différentiel entre le déclaré et le non déclaré concerne l'obésité, l'HTA et le cholestérol. La déclaration conduit à une sous-estimation, phénomène d'autant plus fréquent que les problèmes de santé sont difficilement décelables par les personnes.

2. LES INDICATEURS DE L'APPROCHE « FONCTIONNELLE »

▪ LES TAUX DE DEFICIENCES, D'INCAPACITE ET DE DESAVANTAGE

DEFICIENCE	Perte ou altération d'une fonction
INCAPACITE	Réduction de la capacité d'accomplir une activité « normalement »
DESAVANTAGE	Limitant du rôle social « normal » <u>Exemple</u> : la perte de la vision d'un œil (déficience) entraîne une incapacité de vision binoculaire qui permet à un épicier de continuer à travailler mais pas à un électricien (qui s'en trouve plus handicapé). Des problèmes de santé auront des conséquences radicalement différentes selon la position sociale. L'exemple pris montre que la même incapacité, liée à la même déficience, a la même maladie, aura des conséquences différentes selon l'occupation que l'on a.

▪ L'ESPERANCE DE VIE SANS INCAPACITE

DEFINITION	Cet indicateur combine des estimations de mortalité et d'incapacité. Il repose sur le calcul des années vécues par la population entre deux âges donnés à partir de tables de mortalité et le nombre d'années sans incapacité à partir d'enquêtes transversales donnant la fréquence des incapacités.
-------------------	---

▪ LE VIEILLISSEMENT ET SES EFFETS

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a été votée en 2016.

Le vieillissement implique d'être en moins bonne santé : on a pu être victime d'accident, de maladie, ce qui augmente avec l'âge.

Les maladies finissent par occasionner des déficiences qui entraînent des limitations de capacités fonctionnelles et des restrictions de performances et de participation dans les activités. Dans le cadre d'un accident, si un membre a été abîmé il y aura des problèmes de motricité. S'il s'agit d'un coup sur la tête il peut avoir des problèmes de prises de décisions. Dans les deux cas, des problèmes d'interactions sociales apparaissent car on peut avoir du mal à se déplacer (indépendance physique/mobilité).

<p>ILLUSTRATION D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE (SICKNESS)</p>	<p>Si elles ne sont pas compensées par des aides, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de la vie quotidienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>activités de la vie quotidienne (AVG)</u> : se déplacer, se laver, s'alimenter, seul, avec ou sans aide - <u>activités Instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)</u> : sortir de chez soi, téléphoner, gérer son budget, seul, avec ou sans aide <p>15% des hommes et 22% des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile, déclarent des limitations fonctionnelles, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes.</p> <p>20% des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, déclarent des difficultés pour réaliser les soins personnels (se lever du lit, se laver, se nourrir) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la santé ne relève pas seulement du soin curatif, mais aussi d'aide pour l'accomplissement des [I]AVQ <p>Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe en 2009 (en %) :</p> <table border="1" data-bbox="512 931 1501 1025"> <thead> <tr> <th>15-24ans</th> <th>25-34ans</th> <th>45-54ans</th> <th>65-74ans</th> <th>75-84 ans</th> <th>85 et plus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Très faible 1 à 2%</td> <td>2%</td> <td>7%</td> <td>15%</td> <td>28%</td> <td>44%</td> </tr> </tbody> </table> <p>À partir de 85 ans, 4 personnes sur 5 sont gênées dans les activités de la vie quotidienne. Ils vont donc avoir besoin d'une aide pour compléter leurs activités quotidiennes.</p>	15-24ans	25-34ans	45-54ans	65-74ans	75-84 ans	85 et plus	Très faible 1 à 2%	2%	7%	15%	28%	44%
15-24ans	25-34ans	45-54ans	65-74ans	75-84 ans	85 et plus								
Très faible 1 à 2%	2%	7%	15%	28%	44%								

3. LES INDICATEURS DE SANTE PERCUE : L'APPROCHE « SUBJECTIVE »

<p>LA NOTION DE QUALITE DE VIE</p>	<p>L'OMS – groupe « <i>quality of life</i> » la définit comme la « <i>perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.</i> »</p> <p><i>C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »</i></p>
<p>SCORES DE QUALITE DE VIE (DUKE) CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 11 A 75 ANS</p>	<p>De nombreuses échelles existent pour « mesurer » la qualité de vie.</p> <p><u>Exemple</u> : le « Baromètre Santé » de l'INPES utilise le « profil de santé de Duke ».</p> <p>Cette échelle prend en compte différentes dimensions, dont les principales sont la santé physique, la santé mentale ainsi que les relations sociales. Les « scores » sont normalisés de 0 à 100 (100 correspondant à la qualité de vie optimale).</p> <p>« Pour chacune de ces formules dites si c'est : tout à fait votre cas, a peu près votre cas ou pas du tout votre cas ».</p>
<p>SUIVANT LE SEXE</p>	<p>Les femmes déclarent plus souvent leur anxiété, leur dépression ou leur douleur. Ces données indiquent que la santé est profondément genrée.</p>
<p>SELON LA DÉCLARATION D'UNE MALADIE CHRONIQUE</p>	<p>Le score de santé physique décroît avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Une maladie chronique a des effets en terme de santé physique mais aussi en terme de santé mentale et sociale.</p>

SELON LE NIVEAU DE REVENUS PAR UNITÉ DE CONSOMMATION	Il existe un fort gradient quels que soit les scores. Les moins riches ont le score le plus faible alors que les revenus par unité de plus riches ont le score le plus élevé (être riche et en bonne santé).
---	--

UNE EVALUATION POSITIVE MAIS CONTRASTÉE	<p>La perception de la qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varie significativement selon les principales caractéristiques sociodémographiques des individus quand elle est liée à la santé - Est liée à l'état de santé « objectif » : les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique obtiennent un score de santé générale inférieur de 6 points en moyenne à celui des personnes ne souffrant d'aucune maladie.
--	---

CONCLUSION	<p>La santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une ressource dans l'existence et pas seulement l'absence de maladie - Des indicateurs multiples, « négatifs » (mortalité, morbidité, handicap) ou « positifs » (qualité de vie) - Des sources de données multiples [plus souples), démographiques et épidémiologiques <p>L'ensemble contribue à caractériser la santé des individus et à connaître l'état de santé de la population pour organiser au mieux l'offre de soins et de services (« santé publique »)</p> <p>L'état de santé varie selon des paramètres multiples : certaines variations sont des inégalités socialement construites.</p>
-------------------	---

III. LA SANTÉ EN FRANCE

LES SOURCES DE DONNEES SUR L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	<p>Les enregistrements permanents</p> <p>Les données périodiques</p> <p>Les enquêtes ad hoc</p>
--	---

A. UN ÉTAT DE SANTÉ GLOBALEMENT FAVORABLE

UNE ESPERANCE DE VIE ENVIABLE EN EUROPE	<p>Plus pour les femmes que pour les hommes.</p> <p>Des problèmes de santé différenciés selon le genre et l'âge.</p> <p>Avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des disparités sociales pour de nombreux indicateurs de santé dès le plus jeune âge. - Une mortalité prématurée qui reste élevée. <p>En Europe, la France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps (84,8 ans), les hommes se situant dans la moyenne (78,2 ans).</p> <p>L'EV à 65 ans est la plus élevée pour les femmes (22,8 ans) et pour les hommes (18,6 ans).</p> <p>Le revers de la longévité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes passent de plus en plus de temps avec des incapacités, dans un contexte d'isolement social plus marqué, soulignant l'importance des prises en charge sanitaires et sociales des maladies chroniques.
--	--

B. « TRANSITIONS EPIDEMIOLOGIQUES ET DÉMOGRAPHIQUE FAVORABLE »

L'état de santé de la population en France est le reflet de son vieillissement (« transition démographique ») :

- Ce dernier accentue les effets de la « transition épidémiologique »

Nous entrons dans une période caractérisée par une double transition démographique.

La France est un pays déficient, sa population vieillit, ce qui crée des besoins de santé et de prise en charge de la dépendance.

▪ LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

DEFINITION	Elle désigne le changement intervenu au XXème siècle dans les pays occidentaux (et en cours ailleurs dans le monde) qui voit les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires et cancers notamment) et les traumatismes remplacer (sans les faire disparaître) les maladies infectieuses comme problèmes de santé dominants sous l'effet du progrès économique et social.
-------------------	---

▪ SE MANIFESTE SUR 3 REGISTRES DE LA SANTÉ

La transition épidémiologique se manifeste sur les 3 registres de la santé :

1. LA MALADIE AU SENS MÉDICAL (DISEASE »)	<ul style="list-style-type: none">- Poids des maladies chroniques : cancers, maladies cardio-vasculaires et maladies mentales <p>La distribution des maladies mentales varie selon les milieux sociaux. L'espérance de vie des malades schizophrène est réduite de 20 ans par rapport à la population générale.</p>
2. L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE (« SICKNESS »)	<ul style="list-style-type: none">- Prévalence accrue de déficiences, des incapacités et des handicaps qui interfèrent avec les activités de la santé vie quotidienne et entraînent une perte d'autonomie avec des besoins de services correspondants.
3. LA SANTÉ PERCUE (« ILLNESS »)	<ul style="list-style-type: none">- Retentissement sur la qualité de vie. <p>Avec de fortes disparités et inégalités sociales et géographiques</p> <p>Différence entre disparités (différences qu'on ne peut pas éviter) et inégalités (construites par le Jugement de la société, donc considéré comme injuste).</p>

Le poids de la mortalité prématurée « évitable » indique des priorités pour la prévention, fondée sur une connaissance des « facteurs de risque » de survenue des maladies en cause

Les inégalités sociales et géographiques nécessitent une prise en compte des « déterminants sociaux de la santé » à travers une politique de promotion de la santé.

- Le poids des maladies chroniques retentit sur les dépenses d'assurance maladie
- Avec une montée des questions de santé environnement
- Et des enjeux de sécurité sanitaire
- L'ensemble nécessite une adaptation du système de santé