

Actu'

CONCOURS

**2027
2028**

Thèmes sanitaires et sociaux



- *L'actualité en fiches synthétiques*
- *Chiffres et données les plus récents*
- *QCM d'entraînement et sujets types*

CONCOURS PARAMÉDICAUX / FONCTION PUBLIQUE

Nicolas Brault



Thèmes sanitaires et sociaux

2027-2028

Actu'
CONCOURS

collection dirigée par Julien Sorin

Thèmes sanitaires et sociaux

2027-2028

Nicolas Brault

Enseignant-chercheur
à l'Institut polytechnique UniLaSalle



Collection
Actu' Concours

Retrouvez tous les titres de la collection
sur www.editions-ellipses.fr



Les opinions soutenues dans cette collection n'engagent que les auteurs
et en aucun cas les institutions au sein desquelles ils exercent leurs activités.

Conception graphique couverture : Éric VIGIER

Conception graphique intérieur : Aline DEVILLARD

Mise en pages : Soft Office

ISBN 9782340-117761

Dépôt légal : juillet 2026

©Ellipses Édition Marketing S.A.

8/10 rue la Quintinie 75015 Paris



Le Code de la propriété intellectuelle et artistique n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

www.editions-ellipses.fr

Sommaire

Avant-propos	5
Santé publique	7
Fiche 1. Santé et santé publique	9
Fiche 2. La santé dans le monde	21
Fiche 3. La santé des Français	29
Fiche 4. Pathologies dominantes	43
Le système de santé français	71
Fiche 5. Les différents systèmes de santé	73
Fiche 6. La protection sociale en France	80
Fiche 7. L'Assurance-maladie en France	90
Fiche 8. Les dépenses de santé	99
Fiche 9. L'offre de soins en France	108
Fiche 10. La prévention	121
Fiche 11. La sécurité sanitaire	126
Éthique médicale et bioéthique	141
Fiche 12. Bioéthique	143
Fiche 13. Les droits des patients	157
Fiche 14. Secret médical	163
Fiche 15. Contraception et IVG	168
Fiche 16. Procréation médicalement assistée et gestation pour autrui	177
Fiche 17. Fin de vie	188
Fiche 18. Don du sang, don d'organe, don du corps	197
La démographie	213
Fiche 19. La démographie française	215
Fiche 20. La démographie de l'Union européenne	221
Fiche 21. La démographie mondiale	225

Les âges de la vie	231
Fiche 22. La famille et la parentalité	233
Fiche 23. La jeunesse	246
Fiche 24. L'éducation	274
Fiche 25. Vieillesse, retraite et dépendance	284
 Problèmes sociaux	295
Fiche 26. Chômage et précarité	297
Fiche 27. Les inégalités économiques et sociales	304
Fiche 28. Les inégalités homme-femme	313
Fiche 29. La délinquance	329
Fiche 30. Drogues et addictions	340
 Réponses	359

Avant-propos

Cet ouvrage s'inscrit dans la collection *Actu' Concours 2027-2028*, et s'adresse essentiellement à tous les étudiants qui souhaitent passer les concours administratifs comme Sciences Po, l'INSP ainsi que différentes licences en lien avec les thématiques exposées dans cet ouvrage. Il s'adresse aussi à ceux qui ont réussi leurs concours et souhaitent avoir leur diplôme. Plus généralement il s'adresse à toute personne intéressée par les questions sanitaires et sociales, dont certaines font souvent l'actualité, mais sans que la singularité éphémère du fait divers ne permette de prendre du recul et de voir le contexte global dans lequel il s'inscrit.

C'est pourquoi cet ouvrage offre un panorama complet de la situation sanitaire et sociale de la France actuelle, en s'appuyant sur les données statistiques les plus récentes. Il est organisé en six thèmes et trente fiches qui permettent de comprendre quelle est la situation démographique, sanitaire et sociale de la France en 2026.

Cette année 2026 est bien évidemment marquée par les crises géopolitiques qui secouent le monde : qu'il s'agisse la guerre entre la Russie et l'Ukraine qui s'éternise ; du conflit israélo-palestinien qui a fait des dizaines de milliers de morts à Gaza notamment, de la guerre en Iran déclenchée par Israël et les États-Unis d'Amérique, qui a notamment entraîné, en raison entre autres du blocage du détroit d'Ormuz, une inflation massive sur les prix du pétrole, du gaz et bientôt, en cascade, sur les prix des produits alimentaires ; le monde vit une crise économique majeure qui n'en finit pas. L'inflation massive qui avait suivi la crise du Covid et qu'on pensait terminée risque de surgir à nouveau, ce qui aura des conséquences terribles pour le pouvoir d'achat des ménages et conduira mécaniquement à une augmentation de la pauvreté, qui a déjà fortement augmenté en France en 2025 avec plus de 10 millions de personnes considérées comme pauvres. Le solde naturel de la France est, pour la première fois de la Première Guerre mondiale, négatif. Fort heureusement, la France est l'un des pays européens qui parvient le mieux à contenir ce phénomène, grâce notamment à son système de protection sociale et plus généralement de redistribution.

Suite à ces multiples crises qui n'en finissent pas, les Français prennent ainsi de plus en plus conscience que ce système de protection sociale constitue la pierre angulaire du contrat social sur lequel la V^e République se fonde, contrat qui est profondément remis en cause en raison des politiques néolibérales actuelles.

Il convient donc d'analyser la situation sanitaire et sociale globale de la France pour mieux comprendre ses forces et faiblesses au regard des menaces actuelles. C'est le but de cet ouvrage.

L'auteur remercie son épouse, pour son soutien indéfectible et son infinie patience, ainsi que son fils, dont la joie de vivre constitue une source intarissable de bonheur et d'espoir.

Santé publique

I. La santé

A. Définitions de la santé

Il existe de nombreuses définitions de la santé, qu'on peut schématiquement classer en quatre grandes catégories :

- **L'approche adaptative** : la santé est la capacité pour un individu de s'adapter à son environnement et à ses déficiences. C'est l'approche que retient par exemple Canguilhem qui définit la santé comme la normativité, c'est-à-dire la capacité à imposer ses normes à l'environnement naturel ou social, donc pas simplement s'adapter à son environnement mais aussi adapter son environnement à soi en le transformant, être créateur de normes vitales.
- **L'approche fonctionnelle de la santé ou approche biomédicale** : la santé est définie comme la capacité de l'individu à fonctionner. Elle se définit négativement comme l'absence de maladie ou de déficience.
- **L'approche perceptuelle de la santé** : elle renvoie à la notion de bien-être. L'angle ici adopté est celui de la subjectivité du patient, qu'on va chercher à mesurer à travers des indicateurs de qualité de vie.
- **L'approche conjuguant les deux précédentes** : elle allie les notions biomédicales et psychologiques de bien-être. C'est notamment la définition de la santé donnée par l'OMS qui la définit comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

B. Un droit à la santé

Parce qu'elle est de nature à la fois individuelle et sociale, la santé renvoie aussi à des droits spécifiques. Le droit à la santé est ainsi un droit particulier qui se rapporte à la fois à l'individu, en ce qu'il a de plus personnel, et à l'organisation sociale en ce qu'elle a de plus essentiel.

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, ratifiée par l'Assemblée générale des Nations unies stipule ainsi dès son article 2 que « Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la santé de sa personne », mais aussi, à l'article 25 que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille. »

De même, l'institution internationale qui agit pour favoriser la santé de tous les hommes s'appelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et a été créée le 22 juillet 1946. Le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Dès sa création en 1946, l'Organisation mondiale

de la santé énonce ainsi dans l'article 1 de sa Constitution : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

En France, c'est dans le préambule de la Constitution de 1946 (qui crée la IV^e République) qu'est affirmé un droit à la protection de la santé : « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère ou aux vieux travailleurs la protection de la santé ». Le droit à la santé a donc une valeur constitutionnelle en France.

Ce droit a été réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ». Cette loi affirme en particulier que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'Assurance-maladie ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. » (Article L. 1110-1 du Code de santé publique). Elle affirme aussi que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé, d'accéder à son dossier médical, et de prendre les décisions concernant sa santé.

C. Les déterminants de la santé

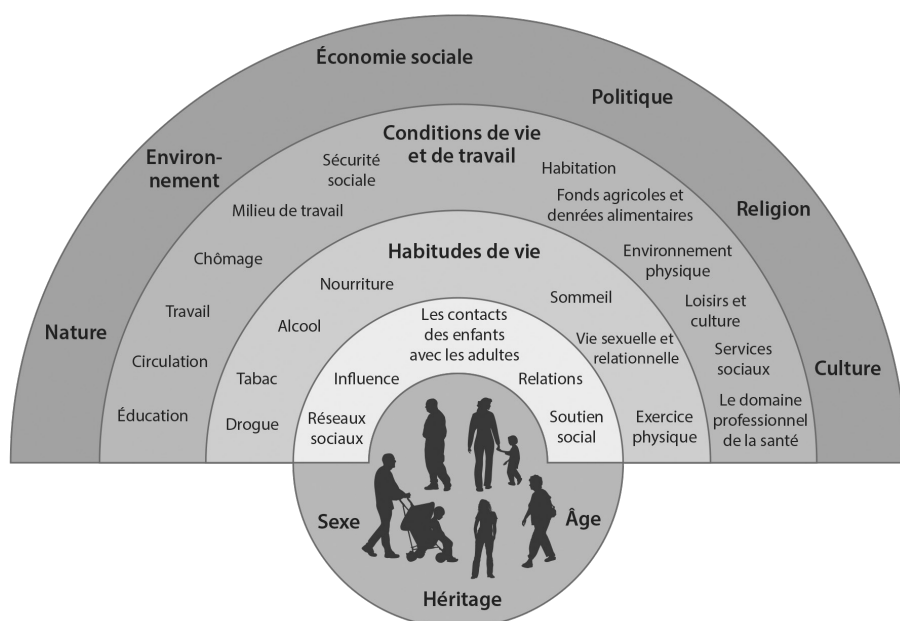
L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé : certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie.

Un exemple souvent utilisé pour schématiser les déterminants de la santé est le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991), qui se présente sous la forme d'un arc-en-ciel et distingue cinq niveaux interdépendants des déterminants de la santé.

1. Le premier niveau « **Facteurs liés au sexe, à l'âge et à l'héritage** » concerne les particularités physiques de la personne qui sont en fait des déterminants non modifiables mais qui constituent souvent des facteurs de risque pour certaines maladies.
2. Le deuxième niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables, notamment le contact des enfants avec les adultes, a des effets positifs ou négatifs.

3. Le troisième niveau « **Habitudes de vie** » concerne les comportements et styles de vie personnels. Ces conduites peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes désavantagées ont tendance à montrer une prévalence plus élevée des facteurs comportementaux comme le tabagisme ou la consommation de drogues en général, une alimentation médiocre, mais peuvent avoir aussi une vie sexuelle plus à risque.
4. Le quatrième niveau « **Conditions de vie et de travail** » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, éducation mais aussi conditions de travail.
5. Le cinquième niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays ont une incidence sur toutes les autres strates.

Modèle de Dahlgren et Whitehead



II. La santé publique

A. Définition

En 1952, l'OMS propose une définition de la santé publique qui fait aujourd'hui consensus : « La santé publique est l'art et la science de prévenir la maladie, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par une action collective et concertée qui vise à assainir le milieu, lutter contre les épidémies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif ».

des maladies, mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de sa santé. »

La santé publique est ainsi une discipline qui vise à protéger et promouvoir la santé des populations. Elle fonde sa démarche sur une analyse des besoins de santé, de la mesure des risques pour la santé et des capacités de prévention, de détection et de prise en charge des problèmes de santé. C’est pourquoi elle fait appel à des spécialités multiples comme l’épidémiologie, l’hygiène, la sécurité sanitaire, l’environnement, les sciences humaines (sociologie, anthropologie, économie), l’information, la prévention, l’éducation, l’évaluation.

Elle implique donc nécessairement tous les professionnels de santé ; mais également les gestionnaires et administrateurs des structures de santé, ainsi que les responsables politiques et les décideurs de politique de santé. Elle doit aussi prendre en compte les besoins et les attentes des citoyens qui doivent être impliqués et informés des choix des politiques de santé. L’engagement de la responsabilité des pouvoirs publics constitue le fondement des politiques de santé et représente la part incessible de l’État pour assurer l’égalité des droits en matière de santé, et favoriser la réduction des inégalités de santé.

On a coutume d’ailleurs d’opposer la santé publique à la médecine clinique. Santé publique et médecine clinique apparaissent en effet comme les deux visages de la médecine : d’un côté, nous avons un colloque singulier entre un patient et un médecin, au sens où la médecine clinique s’occupe avant tout de gens qui sont malades ; de l’autre, il s’agit de s’adresser à des populations et la particularité de ces populations est qu’elles ne sont pas nécessairement malades : il s’agit plutôt, à travers la prévention par exemple, d’éviter qu’elles ne tombent malades. Or dans la mesure où l’on s’adresse à des populations, nous quittons la sphère privée et secrète de la relation médecin-malade pour entrer dans la sphère publique, où ce n’est plus le médecin mais le politique qui prescrit et proscriit.

	Médecine clinique	Santé publique
Cible	Individu	Population
État de santé de la cible	Malade	Saine
Sphère d’exercice	Privée (colloque singulier)	Publique (dispositifs publics)
Professionnel responsable	Médecin	Politique
Méthode	Thérapeutique	Épidémiologique
Objectif	Traiter la maladie	Promouvoir la santé, prévenir l’apparition de la maladie

Un exemple concret permet de mieux comprendre les liens entre médecine clinique et santé publique, mais aussi de montrer l’efficacité de la santé publique, notamment quand elle s’organise à un niveau mondial. Cet exemple est celui de

la variole. La variole est une maladie infectieuse et très contagieuse, due à un virus à ADN de grande taille, le Poxvirus. Les manifestations cliniques de la variole, aussi appelée petite vérole, consistent en des éruptions cutanées violentes avec des pustules, éruptions qui conduisent le plus souvent au décès de la personne ou, qui, si elle a la chance de survivre, la laissent défigurée, aveugle ou stérile. Depuis l'Antiquité, en Orient, les hommes se prémunissent de cette maladie par la technique de la variolisation : il s'agit d'inoculer du pus ou des croûtes de varioleux sous la peau d'un individu sain de manière à l'immuniser contre cette maladie. Le problème est que parfois, cette inoculation produit l'effet inverse et contamine la personne. Intervient alors Edward Jenner (1743-1823), médecin anglais, qui va mettre au point une nouvelle méthode de protection contre la variole. Au lieu d'inoculer le virus de la variole, Jenner utilise celui des vaches, la vaccine (*cow pox* en anglais), qui présente moins de danger pour une immunité comparable. Il observe en effet les filles qui traient les vaches atteintes de la vaccine (de « vacca » : la vache, en latin) et constate que ces vachères sont exemptes de la maladie humaine. Il prélève alors la substance d'un bouton de *cow pox* sur la main de la trayeuse Sarah Nelmes et l'inocule au jeune James Phipps : c'est la première vaccination, qui a lieu le 14 mai 1796. La vaccination devient alors progressivement obligatoire dans de nombreux pays (1840 en Angleterre, 1902 en France). En 1967, l'Organisation mondiale de la santé met en place un programme d'éradication de la variole, qui faisait encore 2 millions de morts par an dans le monde. Dix ans plus tard, en 1980, l'OMS déclare l'éradication totale de la variole, le dernier cas de variole contractée de manière naturelle ayant été diagnostiqué en Somalie le 26 octobre 1977.

B. Les domaines de la santé publique

La santé publique couvre ainsi un champ très large et il apparaît donc décisif de circonscrire précisément son domaine d'action. En France, c'est la loi du 9 août 2004 « relative à la politique de santé publique » qui a défini les dix domaines qui relèvent de la politique de santé publique :

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants.
2. La lutte contre les épidémies.
3. La prévention des maladies, traumatismes et incapacités.
4. L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées, et dépendantes.
5. L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires à travers les Conférences régionales de santé.
6. L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liée à des facteurs d'environnement, aux conditions de travail ou de transport, à l'alimentation ou à la consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer.

7. La réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé à travers le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire.
8. La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé.
9. L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps.
10. La démographie des professions de santé.

C. Les outils de la santé publique

1. Les disciplines

La médecine clinique et l'épidémiologie occupent évidemment une place centrale dans la santé publique, tout comme la démographie pour caractériser les populations dont on va chercher à améliorer la santé. De nombreuses autres disciplines issues des sciences humaines et sociales comme la sociologie (connaissances et représentations de la santé, inégalités sociales), l'économie (plus spécifiquement l'économie de la santé qui va traiter du coût des pathologies, des études coût-efficacité de prises en charge, mais aussi plus largement des dépenses de santé et de protection sociale) ou encore le droit (notamment le droit de la santé, inscrit dans le Code de santé publique) jouent aussi un rôle central en santé publique. Néanmoins, un des outils méthodologiques essentiels de la santé publique, en tant qu'elle étudie des populations, est la méthode statistique, que l'on va retrouver aussi bien en épidémiologie qu'en démographie.

L'épidémiologie se définit comme l'étude de la fréquence et de la répartition dans le temps et l'espace des problèmes de santé dans des populations humaines, et des facteurs qui les déterminent. Traditionnellement, on distingue entre trois types ou trois branches de l'épidémiologie, qui représentent les trois temps ou les trois phases d'une action de santé publique :

- **L'épidémiologie descriptive** : elle a pour objectif d'étudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans les populations. Elle vise à établir des taux en rapportant le nombre de personnes présentant tel problème de santé à la population concernée.
- **L'épidémiologie analytique (ou explicative)** : il s'agit de mettre en évidence la relation causale entre les facteurs de risque et la maladie. On va mener soit des enquêtes de cohorte, soit des enquêtes cas-témoin.
- **L'épidémiologie évaluative** : dans le domaine médical, on évalue en général aussi bien les structures sanitaires (le bon fonctionnement d'un hôpital par exemple), les stratégies médicales (coût/efficacité, coût/bénéfice), que les actions de santé publique en termes de mortalité, de morbidité ou de qualité de vie.

Selon la définition de l'Institut national des études démographiques (INED), la **démographie** se définit comme l'étude des populations, de leur effectif, de leur composition par âge, sexe, statut matrimonial... et de leur évolution future. Elle vise donc à décrire la composition et l'évolution d'une population, mais

aussi à établir des comparaisons de populations entre elles. La démographie est donc la base pour la définition de politiques démographiques et de politiques de santé. Les données démographiques constituent en effet le premier niveau d'informations à recueillir pour caractériser une population. Ainsi les politiques de santé seront différentes si la population du pays est majoritairement jeune ou si elle est âgée car les problèmes de santé ne seront pas les mêmes.

2. Les sources de données

Pour établir des statistiques démographiques et sanitaires fiables, il est évidemment nécessaire de disposer de données elles-mêmes fiables. Si l'état civil est la principale source de données démographiques (naissances, mariages, décès), la surveillance épidémiologique se fait quant à elle à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, il existe un recueil permanent et exhaustif d'un certain nombre de problèmes de santé qui se fait selon différentes modalités et selon différentes structures. En premier lieu, il faut noter que certaines maladies sont à déclaration obligatoire : tout médecin (généraliste, hospitalier ou biologiste) qui diagnostique une maladie appartenant à ce groupe doit obligatoirement la déclarer aux autorités sanitaires, c'est-à-dire à l'Agence régionale de Santé, les informations étant centralisées à l'agence Santé Publique France. En 2025, il existe 38 maladies à déclaration obligatoire : 36 sont des maladies infectieuses (poliomyélite, rougeole, tétanos, tuberculose, infection par le VIH, infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B...) et 2 maladies sont non infectieuses (mésotéliomes, saturnisme de l'enfant mineur). Le Covid-19 a été ajouté à la liste des maladies à déclaration obligatoire en juin 2023. Depuis 2023, la surveillance épidémique s'effectue via le système Laboé-SI : ce service, créé dans le cadre de la stratégie « Santé numérique », a pour vocation de renforcer la surveillance épidémiologique assurée par Santé publique France, de promouvoir et simplifier le signalement des cas de pathologie nécessitant une intervention urgente aux agences régionales de Santé, et de constituer un outil du volet numérique du dispositif national de préparation et de gestion des crises sanitaires futures.

Il permet la collecte exhaustive et plus rapide de données issues des résultats de tests biologiques sur un périmètre couvrant diverses pathologies, notamment les maladies à déclaration obligatoire (MDO), et leur restitution vers les acteurs en charge de la gestion, des investigations, de la surveillance (ARS et SpF), de la statistique en santé publique (DREES) et de la recherche médicale (plateforme nationale des données de santé, Inserm, etc.).

Un dispositif important de source de données est le SI-CIV : créé en 2016 suite aux attentats de Paris, le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC) est déclenché lorsque des événements et des catastrophes de ce type se produisent. Il a pour objectif d'assurer l'identification et le dénombrement hospitalier, d'offrir une visibilité de l'impact de l'événement sur l'offre de soins (ventilation des patients dans les hôpitaux et leur gravité) et de faciliter l'accompagnement des victimes par leurs proches. SI-VIC permet de renseigner et de mettre à jour les

informations relatives à l'identité du patient pris en charge ; la prise en charge (hospitalière ou médico-psychologique) du patient ; la personne à contacter. Il est accessible via un site web sécurisé, ouvert à des utilisateurs identifiés dans différentes entités : les établissements de santé, les SAMU, les cellules d'urgences médico-psychologiques et les agences régionales de santé.

Il en est de même pour les causes de décès : tous les décès enregistrés en France font l'objet d'une transmission obligatoire. Ainsi chaque médecin qui remplit un certificat de décès (obligatoire pour toute personne décédée) doit envoyer une partie de ce certificat à l'état civil (nominative) et l'autre partie (anonyme) au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Cépi-DC), qui va pouvoir ainsi déterminer les causes des 650 000 décès enregistrés chaque année en France.

On peut signaler aussi l'existence de registres de maladie, qui recueillent en continu et de façon exhaustive les données épidémiologiques nominatives concernant un problème de santé (par exemple le cancer) dans une population bien définie (par exemple une région). En 2025, il existait en France 61 registres de morbidité répartis comme suit :

- 18 registres de cancer généraux.
- 13 registres de cancer spécialisés.
- 6 registres de maladies cardio ou neuro vasculaires.
- 6 registres de malformations congénitales.
- 7 registres portant sur des pathologies diverses.
- 12 registres de maladies rares.

Depuis 2014, le Comité d'évaluation des registres (CER), comité indépendant, est chargé de l'évaluation scientifique des registres. Quant au Comité stratégique des registres (CSR), il décide de l'orientation de la politique des registres, en particulier en matière de priorité de couverture ou de financement. Il a également pour mission d'attribuer des labellisations aux registres, en fonction des évaluations du CER.

Le CSR est composé des représentants de la Direction générale de la santé, de la Direction générale de l'offre de soins, de la Direction générale de la recherche et de l'innovation, de Santé publique France, de l'Inserm et de l'Institut national du Cancer (INCa). La présidence et le secrétariat sont assurés, en alternance, par les ministères chargés de la Santé et la Recherche.

Enfin, au sein des hôpitaux existe ce que l'on appelle le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : il permet le recueil des diagnostics principaux et des actes pour tous les patients hospitalisés, ainsi que le recueil de tous les signalements d'événements indésirables liés aux soins. De même, le Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'Assurance-maladie (RNIAM) permet d'avoir accès à l'historique médical de tous les assurés sociaux et constitue à ce titre une mine d'informations quant à l'état de santé des Français.

Certaines enquêtes de morbidité peuvent porter sur un âge spécifique. Ainsi, les certificats de santé des enfants constituent une source de données fondamentale pour ce qui concerne la santé infantile : entre la naissance et 16 ans, 20 examens de santé sont obligatoires, dont 3 donnent lieu à un certificat (8^e jour, 9^e mois, 24^e mois). Ces données sont recueillies par le médecin traitant (formulaire dans le carnet de santé), et adressées au service départemental de la PMI (Protection maternelle et infantile) puis informatisées et disponibles au niveau national.

On peut noter aussi des enquêtes qu'on appelle « Un jour donné » : par exemple, un jour de juin 2023, les autorités sanitaires ont décidé d'enquêter sur les personnes détenues atteintes par le VIH et VHC en milieu pénitentiaire afin d'évaluer leur nombre.

Inversement, on peut faire des enquêtes de morbidité périodiquement comme l'Enquête décennale santé, qui permet d'évaluer l'état de santé perçue des Français tous les 10 ans et ainsi de voir son évolution. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée tous les deux ans par l'IRDES, en est aussi un bon exemple.

3. Les indicateurs

Voici les principaux indicateurs présentés sous la forme d'un tableau. Nous avons distingué ici indicateurs démographiques et indicateurs épidémiologiques même si, en pratique, les épidémiologistes utilisent des indicateurs démographiques comme les différents taux ajustés de mortalité (infantile, néonatale, prématurée, etc.), alors que les démographes n'utilisent pas les indicateurs comme la prévalence ou l'incidence. Nous avons ajouté 2 indicateurs épidémiologiques qui ont beaucoup été utilisés pendant la pandémie de Covid-19 : le fameux R_0 , ou taux de reproduction de base ; et le taux de létalité.

Indicateurs démographiques

Nom	Définition
Natalité	Ensemble des naissances vivantes.
Taux (brut) de natalité	Proportion de naissances vivantes enregistrées pendant une année pour 1 000 habitants. Indicateur imparfait de la fécondité des populations car sa valeur dépend non seulement du niveau de la fécondité mais aussi de la structure par âge de la population.
Indicateur conjoncturel de fécondité	Somme des taux de fécondité d'une année donnée. Mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.
Taux de mortalité	Rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.
Taux de mortalité maternelle	Nombre de mères décédées suite à des complications de grossesse, d'accouchement enregistrées au cours d'une période rapporté au nombre de naissances vivantes.

Nom	Définition
Taux de mortalité infantile	Rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.
Taux de mortalité néonatale	Rapport du nombre d'enfants décédés à moins de 28 jours à l'ensemble des nés vivants.
Taux de mortalité périnatale	Nombre de mort-nés et d'enfants décédés à moins de 7 jours à l'ensemble des nés vivants et mort-nés.
Taux de mortinatalité	Rapport du nombre de mort-nés à l'ensemble des nés vivants et mort-nés.
Mortalité prématurée	Nombre de décès survenus avant 65 ans.

Indicateurs épidémiologiques

Nom	Définition
Prévalence	Nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population rapportée à la population totale. Mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Est une proportion. Exprimée en pourcentage.
Incidence	Nombre de nouveaux cas d'une maladie sur une période donnée Mesure de la vitesse de survenue d'une maladie dans une population.
Incidence cumulée	Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant sur une période définie dans un groupe d'individus stable divisés par l'effectif du groupe sur la même période. Définit la probabilité d'être malade.
Taux d'incidence ou densité d'incidence	Nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant sur une période définie dans un groupe d'individus dont l'effectif peut changer durant cette période, divisés par le nombre de personnes-temps à risque sur la même période. Taux exprimé en nombre de nouveaux cas par personnes-temps à risque.
Odds ratio (rapport des cotes)	Mesure statistique permettant de mesurer le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives (par exemple entre une exposition et une maladie). Se définit comme le rapport des chances qu'un événement arrivant, par exemple une maladie, à un groupe de personnes A arrive également à un autre groupe B. Toujours supérieur ou égal à zéro. Proche de 1, la maladie est indépendante du groupe. Supérieure à 1, la maladie est plus fréquente dans le groupe A. S'il devient très élevé, la maladie est beaucoup plus fréquente dans le groupe A. S'il tend vers zéro la maladie est beaucoup plus fréquente dans le groupe B.

Nom	Définition
Risque relatif	Mesure statistique du risque de survenue d'un événement entre deux groupes. Détermine la différence de risque d'avoir une maladie (cancer du poumon par exemple) dans une population exposée à un facteur de risque (tabac chez une population de fumeurs) et chez une population témoin (non-fumeur). Si le RR est > 1, le risque est beaucoup plus élevé (par exemple, si $RR = 3$ cela signifie qu'on a trois fois plus de chances d'avoir la maladie). Si $RR < 1$, alors on a moins de chances d'avoir la maladie (on parle de facteur protecteur).
Risque attribuable	Quantifie la probabilité additionnelle de la maladie dans la population associée à l'exposition. Mesure la proportion correspondante rapportée à la probabilité globale de la maladie dans la population. Par exemple, la part attribuable du tabac dans le cancer est de 24 %, c'est-à-dire que 24 % des cancers seraient causés par le tabac.
R_0 (Taux de reproduction de base)	Nombre moyen de nouveaux cas générés par un sujet infectieux dans une population susceptible Si $R_0 > 1$: épidémie Si $R_0 = 1$: endémie Si $R_0 < 1$: disparition de la maladie Valeurs de R_0 pour différentes maladies : Rougeole : $R_0 = 15-20$ Variole : $R_0 = 3-5$ SRAS : $R_0 = 2-3$ Grippe : $R_0 = 2-3$ Covid-19 : $R_0 = 2-3$ Le R_0 dépend de 3 facteurs : 1. La période de contagiosité du coronavirus (approximativement 10-14 jours pour le SARS-CoV-2) ; 2. Le nombre de personnes avec qui l'on est potentiellement en contact ; 3. La capacité de transmission (les vecteurs par lesquels le pathogène peut se transmettre).
Taux de létalité	Nombre de personnes qui, ayant contracté une maladie, meurent de cette maladie pour 1 000 personnes, pour une année donnée. Quantifie le risque qu'une maladie entraîne la mort. Le taux de létalité du Covid-19 se situerait entre 0,5 et 1 (contre 0,1 pour la grippe saisonnière). Un taux à 1 signifie qu'1 personne sur 1 000 personnes infectées meurt de cette maladie.

1. Concernant la santé publique, cocher la ou les réponses fausses :

- ☐ A. D'après la définition de santé selon l'OMS, la santé se résume à l'absence de maladie ou d'infirmité.
- ☐ B. La santé publique traite surtout de la santé de chaque individu.
- ☐ C. La santé publique implique uniquement les professionnels de santé et les gestionnaires des structures de santé.
- ☐ D. La santé des êtres humains est conditionnée par plusieurs facteurs : physiques, chimiques, biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux, et économiques.
- ☐ E. La santé publique traite aussi de l'interaction entre le milieu de vie et l'organisation sociopolitique.

2. L'épidémiologie se définit comme l'étude :

- ☐ A. Des épidémies.
- ☐ B. De la distribution des états de santé dans le temps et dans l'espace.
- ☐ C. Des facteurs des épidémies.
- ☐ D. Des facteurs qui influencent la distribution des états de santé dans le temps et dans l'espace.
- ☐ E. Des états de santé qui influencent la distribution des facteurs.

3. Chassez l'intrus parmi ces déterminants de la santé :

- ☐ A. L'épidémiologie.
- ☐ B. Le système de santé.
- ☐ C. Le niveau socioéconomique.
- ☐ D. Le mode de vie.
- ☐ E. L'environnement.

4. Le taux d'incidence (cochez les bonnes réponses) :

- ☐ A. Mesure le nombre de nouveaux cas d'une maladie sur une certaine période.
- ☐ B. Mesure le nombre de cas d'une maladie à un moment donné.
- ☐ C. Divise le nombre de malades par l'effectif total de la population.
- ☐ D. Mesure la vitesse de propagation de la maladie.
- ☐ E. Porte sur les personnes à risque.

5. Qu'est-ce que la prévalence d'une maladie ?

- ☐ A. Le nombre de décès de cette maladie dans la population étudiée.
- ☐ B. Le nombre de nouveaux cas dans une population pendant une période définie.
- ☐ C. L'étiologie de cette maladie.
- ☐ D. La proportion de malades présents dans une population à un moment donné.
- ☐ E. La proportion de décès.

Les années 2020-2024 ont été le théâtre de la plus grave crise sanitaire depuis l'épidémie de grippe asiatique de 1956-1957, qui avait fait entre 2 et 3 millions de morts dans le monde (contre près de 50 millions de morts pour la grippe espagnole de 1918-1919, et 35 millions de morts du SIDA depuis le début des années 1980). Avec plus de 7 millions de morts au 30 mars 2025, d'après l'OMS, et plus de 777 millions de personnes contaminées (contre 530 000 morts et plus de 10 millions de personnes contaminées en juillet 2020), et plus de la moitié de la population mondiale qui a été confinée plusieurs mois chez elle, la pandémie de Covid-19, malgré une campagne de vaccination massive qui a vu plus de 13, 7 milliards de doses administrées dans le monde, a durablement changé la face du monde, d'autant qu'elle a pour conséquence la plus grave crise économique que le monde ait jamais connue, crise que certains appellent la « crise du Grand Confinement ». D'un point de vue politique, cette crise a aussi conduit à de nombreuses tensions, notamment avec l'OMS qui a été mise sur la sellette dans la gestion de cette crise.

I. La situation actuelle

A. Les causes de décès dans le monde

Tout d'abord, il peut paraître intéressant de connaître le nombre de personnes qui meurent chaque année et les 10 principales causes de mortalité dans le monde.

D'après l'OMS, sur les 68 millions de décès survenus dans le monde en 2021, plus de la moitié (57 %) est due aux 10 causes suivantes :

1. Les cardiopathies ischémiques sont responsables de 13 % des décès dans le monde, soit près de 9,1 millions de personnes. Elles constituent la première cause de décès dans le monde depuis au moins 15 ans et leur proportion ne cesse d'augmenter.
2. La COVID-19 a été directement responsable de 8,8 millions de décès en 2021, faisant ainsi reculer d'une place les autres principales causes de mortalité
3. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) arrivent à la deuxième place avec 10 % des décès dans le monde, soit environ 6,8 millions de personnes.
4. Viennent ensuite les broncho-pneumopathies chroniques qui représentent 5 % des décès, soit plus de 3 millions de morts.
5. Les infections des voies respiratoires inférieures constituent la 4^e cause de décès, avec 2,5 millions de morts. À noter que ces infections constituent la maladie transmissible la plus mortelle dans le monde (hors COVID).
6. Les cancers des bronches, de la trachée et des poumons arrivent en 6^e position avec 1,9 million de morts.
7. En 7^e position, on trouve la maladie d'Alzheimer et les autres démences, qui ont tué environ 1,8 million de personnes, majoritairement (à 68 %) des femmes.

8. Ensuite, le diabète sucré est entré récemment dans les 10 principales causes de mortalité, avec environ 1,4 million de morts.
9. Viennent ensuite les maladies rénales avec environ 1.3 million de morts (augmentation de 95 % entre 2000 et 2021).
10. Enfin, la tuberculose ferme la marche avec environ 1,2 million de morts.

De nombreuses maladies qui étaient dans cette liste en l'an 2000 n'y sont plus : les morts liées VIH/sida sont ainsi passées de la 8^e à la 21^e cause de mortalité dans le monde. De même, avec un recul de 45 % du nombre de décès, les maladies diarrhéiques sont passées du sixième rang en 2000 au treizième en 2021

B. Des inégalités de santé criantes

Cela montre que les inégalités persistent entre les différents pays, et notamment entre les pays du Nord et ceux du Sud. Ainsi, Les personnes vivant dans un pays à faible revenu sont bien plus susceptibles de décéder d'une maladie transmissible que d'une maladie non transmissible. En 2021, huit des 10 principales causes de mortalité dans les pays à faible revenu étaient des maladies transmissibles, malgré le recul observé à l'échelle mondiale.

Le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida continuent de figurer parmi les 10 principales causes de mortalité, même si ces maladies reculent toutes de façon marquée. Parmi les 10 principales causes de mortalité dans cette catégorie de revenu, c'est le VIH/sida qui a enregistré la plus forte baisse : 63 % de décès en moins en 2021 par rapport à 2000.

Les maladies diarrhéiques sont une cause de mortalité majeure dans les pays à faible revenu. En 2021, elles occupaient le septième rang des principales causes de mortalité dans cette catégorie de revenu. Elles sont néanmoins en recul, et représentent le troisième déclin le plus important enregistré parmi les 10 principales causes de mortalité (diminution de 38 % entre 2000 et 2021 dans les pays à faible revenu).

Les décès dus à une bronchopneumopathie chronique obstructive sont particulièrement rares dans les pays à faible revenu, qui sont la seule catégorie de revenu où cette maladie ne figure pas parmi les 10 principales causes de mortalité.

Si les infections des voies respiratoires basses ont été la principale cause de mortalité dans les pays à faible revenu en 2021, la Covid-19 n'occupe que le sixième rang (soit le classement le plus bas parmi toutes les catégories de revenu), comptabilisant au total 258 000 décès.

Ainsi, on ne meurt ni de la même façon ni avec la même intensité en fonction du niveau de richesse de la région du globe où l'on habite.

C. Bilan de la santé dans le monde

Ainsi, on peut à présent dresser un bilan de l'état de santé des populations dans le monde, bilan qui loin d'être satisfaisant.

- **Les inégalités de santé sont criantes** : les besoins de base ne sont pas couverts dans de nombreux pays. La mortalité infantile avant 5 ans en est un bon indicateur : le nombre d'enfants qui décèdent avant 5 ans a certes reculé, passant de 12,5 millions en 1990 à 5,2 millions en 2019, mais la pauvreté demeure le premier facteur à combattre pour protéger la santé.
- **La situation nutritionnelle est très déséquilibrée** : on assiste aussi bien à des situations chroniques de malnutrition et de carence, que des situations d'obésité et de pléthores. On estime qu'il y a, dans le monde, à peu près autant de personnes en surpoids ou obèses que de personnes dénutries (environ 1 milliard de personnes en surpoids ou obèses, et 1 milliard de personnes dénutries).
- **Des maladies et des risques émergent** : la sécurité sanitaire dans le monde doit prendre en compte l'émergence de menaces nouvelles qui exigent une solidarité mondiale. La mondialisation des échanges, l'accroissement important de la circulation des biens et des personnes, les développements industriels, sources de pollution massive ou de risques nouveaux, l'émergence d'épidémies nouvelles, comme celle du Covid-19, dans un contexte de fragilités et de bouleversements économiques, politiques, sociologiques et démographiques sont les principaux éléments à prendre en compte qui menacent la santé des populations, exposant toujours de façon plus importante les pays les plus pauvres. Les systèmes de soins sont très insuffisants et la couverture par une Assurance-maladie le plus souvent inexistante.

Face à ce constat très préoccupant, la communauté internationale s'est mobilisée au début des années 2000. Sous l'égide des Nations unies, des dispositifs pour promouvoir la santé ont vu le jour, en particulier la création en 2002 du Fonds mondial dédié à la lutte contre les 3 grandes pandémies : Sida, paludisme et tuberculose.

II. Les acteurs de la santé à l'échelle mondiale

- **L'OMS** : pour le compte des Nations unies, l'OMS est en charge de promouvoir une politique de santé à l'échelon mondial, pour toutes les populations. L'Assemblée mondiale de la santé, qui se réunit une fois par an, arrête la politique de l'OMS. L'OMS emploie près de 4 000 personnes et dispose d'un budget de plus de 3 milliards de dollars. Elle est composée d'un siège à Genève, et de six bureaux régionaux : Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale, Pacifique occidental, Amérique, Afrique, Europe. Ses principales missions sont :
 - Aider les gouvernements à renforcer les services de santé ;
 - Fournir l'assistance technique appropriée ;

- Établir des services d'épidémiologie et de statistiques ;
- Faire progresser les actions pour la maîtrise des maladies (épidémiques en particulier) ;
- Favoriser l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement et des conditions de travail ;
- Favoriser les actions dans le domaine de l'hygiène mentale.

Néanmoins, de nombreuses autres structures des Nations unies concourent à la santé, en particulier :

- **L'Unicef** : il s'agit du Fonds des Nations unies pour l'enfance. Ses missions principales concernent la santé des nouveau-nés, les vaccinations, la protection de l'enfance, la lutte contre le Sida, l'éducation des filles ;
- **La FAO** : il s'agit de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. Son objectif est de libérer le monde de la faim, comme l'atteste sa devise : « Fiat panis » (Du pain pour tous). Elle fournit une assistance technique aux pays en développement et collabore avec l'OMS pour sécuriser l'alimentation ;
- **Le PNUD** : il s'agit du Programme des Nations unies pour le développement. Ses objectifs sont de réduire la pauvreté, d'aider à la gestion des ressources, de promouvoir le développement humain et de promouvoir une gouvernance démocratique ;
- **Le PAM** : il s'agit du Programme alimentaire mondial. Chaque année le PAM contribue à l'alimentation des populations les plus défavorisées dans 80 pays. Son objectif principal est de répondre aux aides d'urgence, en particulier face aux catastrophes et en faveur des réfugiés et des populations déplacées. Sa mission est d'éliminer la faim dans le monde, de contribuer à lutter contre les carences alimentaires, en particulier chez les femmes et les enfants. Il dispose d'un budget de 3 millions de dollars.

III. Les 17 Objectifs de développement durable

En septembre 2015, les 193 États membres de l'ONU ont convenu d'atteindre, à l'horizon 2030, 17 objectifs de développement durable (ODD). Pratiquement tous ont une composante sanitaire ou contribueront à améliorer la santé mondiale.

Les 17 objectifs de développement durable (2015-2030)	
1	Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.
2	Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable.
3	Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.
4	Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Les 17 objectifs de développement durable (2015-2030)	
5	Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.
6	Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.
7	Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable.
8	Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.
9	Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation.
10	Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.
11	Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables.
12	Établir des modes de consommation et de production durables.
13	Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions.
14	Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable.
15	Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité.
16	Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.
17	Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser.

IV. Veille et sécurité sanitaire dans le monde

La sécurité sanitaire regroupe l'ensemble des dispositifs de surveillance, d'alerte et d'intervention qui doivent permettre de répondre et de maîtriser les menaces pour la santé des populations. Elle constitue une responsabilité incessible de l'État, garant de la sécurité des citoyens. Les politiques de veille et de sécurité sanitaire ont été beaucoup renforcées ces dernières années dans le monde. La pandémie de Covid-19 a montré que ces politiques n'étaient pas assez fortes dans la plupart des pays, et n'avaient pas permis d'endiguer ou d'empêcher le virus de se répandre : la seule option a été celle du confinement, qui est la plus efficace certes, mais aussi la plus brutale, avec des conséquences psychologiques, économiques et sociales dévastatrices. Il s'agit là d'un échec de la sécurité sanitaire, en France comme dans le monde.

Depuis 2005 il existe un Règlement sanitaire international, ratifié par les tous les États membres de l'OMS : le RSI est un instrument juridique qui oblige les États membres de l'OMS à notifier toutes les urgences de santé publique de portée internationale afin de renforcer la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale. Les premières maladies concernées ont été la peste, le choléra et la fièvre jaune. Le RSI tentera de diminuer les pertes économiques liées aux urgences sanitaires de portée internationale. Le RSI définit ainsi une « urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI) comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». À ce jour, sept USPPI ont été déclarées entre 2007 et 2022, notamment concernant les virus Zika et Ebola, mais aussi le SARS-CoV-2, responsable du Covid-19 : l'USPPI pour le Covid-19 a été déclarée le 30 janvier 2020 et a pris fin le 8 mai 2023.

Face aux menaces d'épidémies émergentes, en particulier dans le domaine des zoonoses (maladies qui peuvent toucher l'homme et les animaux), l'OMS a défini 6 niveaux d'alerte en fonction de l'importance des risques (voir le tableau ci-dessous). À noter que le passage d'un stade à un autre est décidé par le « Comité d'urgence du règlement sanitaire international », une instance composée d'une quinzaine d'experts internationaux convoquée par l'OMS. Son rôle est de « fixer la voie à suivre pour tous les pays et autorités dans le monde ainsi que les actions à prendre » en cas d'urgence.

Pandémie : les 6 niveaux d'alerte de l'OMS

Niveau d'alerte	Situation épidémique	Chronologie du Covid-19
1	Nouveau virus détecté chez les animaux, sans danger pour les humains.	
2	Nouveau virus chez les animaux, potentiellement dangereux pour l'homme.	
3	Quelques personnes infectées, mais pas de transmission d'homme à homme.	Le premier cas de Covid-19 a été détecté à Wuhan le 1^{er} décembre 2019. Le 4 janvier 2020, l'OMS signale sur les médias sociaux l'existence d'un groupe de cas de pneumonie – ans décès – à Wuhan, dans la province du Hubei. Le 10 janvier, l'OMS considère qu'il « n'y a pas de transmission interhumaine ou que celle-ci est limitée ».

Niveau d'alerte	Situation épidémique	Chronologie du Covid-19
4	Montée en puissance du risque : infection entre humains localement vérifiée.	Le 13 janvier 2020, les autorités confirment un cas de COVID-19 en Thaïlande, premier cas signalé hors de Chine.
5	Risque important de pandémie : foyers infectieux dans plus de deux pays.	Les 22-23 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS convoque un comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2005) pour déterminer si la flambée constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Aucun consensus ne se dégage. Le 30 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS convoque à nouveau le comité d'urgence. Cette fois, le comité d'urgence parvient à un consensus et considère, dans l'avis qu'il transmet au Directeur général, que la flambée constitue une urgence de santé publique internationale (USPPI).
6	Début de la pandémie : hausse des infections entre humains dans plusieurs régions.	Le 11 mars 2020, l'OMS reconnaît que l'épidémie de Covid-19 est une pandémie.

1. Concernant les principales missions de l'OMS, cocher la réponse fausse :

- ☐ A. Établir des services d'épidémiologies et de statistiques.
- ☐ B. Éliminer la faim dans le monde, contribuer à lutter contre les carences alimentaires, en particulier chez les femmes et les enfants.
- ☐ C. Aider les gouvernements à renforcer les services de santé.
- ☐ D. Favoriser les actions dans le domaine de l'hygiène mentale.
- ☐ E. Favoriser l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement et des conditions de travail.

2. Quel organisme a pour devise « Fiat Panis » ?

- ☐ A. PAM.
- ☐ B. FAO.
- ☐ C. PNUD.
- ☐ D. HCR.
- ☐ E. Unicef.

3. Concernant les causes de décès dans le monde cocher la réponse fausse :

- ☐ A. 68 millions de personnes sont mortes en 2021.
- ☐ B. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde.
- ☐ C. Le diabète tue de plus en plus de monde.
- ☐ D. Le nombre de morts par SIDA n'a jamais été aussi élevé.
- ☐ E. La maladie d'Alzheimer et les démences touchent essentiellement les femmes.

4. Concernant les inégalités et les évolutions des causes de décès, cocher la réponse fausse :

- ☐ A. Les pays les plus riches sont plus touchés par les maladies transmissibles que les pays pauvres.
- ☐ B. Les maladies non transmissibles sont à l'origine de 70% des décès dans le monde.
- ☐ C. C'est dans les pays à revenu faible que le taux de mortalité par accident de la route est le plus élevé.
- ☐ D. On estime qu'il y a, dans le monde, à peu près autant de personnes en surpoids ou obèses que de personnes dénutries.
- ☐ E. 5,2 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts en 2019.

5. Concernant les 6 niveaux d'alerte de l'OMS, cocher la réponse fausse :

- ☐ A. Le niveau 1 correspond à la détection chez des animaux d'un nouveau virus, sans risque pour les humains.
- ☐ B. Le niveau 5 d'alerte de l'OMS est déclenché quand il y a des foyers infectieux dans plus de pays.
- ☐ C. Le niveau 3 d'alerte de l'OMS est déclenché quand il y a transmission d'homme à homme.
- ☐ D. Le niveau 6 est déclenché quand la pandémie débute, c'est-à-dire quand les humains s'infectent entre eux dans plusieurs régions.
- ☐ E. Le niveau 2 est déclenché quand un nouveau virus apparaît chez les animaux et qu'il est potentiellement dangereux pour l'homme.

Le 13 novembre 2025, l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques qui comprend 38 pays), a publié un *Panorama de la santé* des pays membres en 2025, dont un consacré à la France. Dans l'ensemble, la France performe mieux que la moyenne de l'OCDE pour 6 indicateurs clés sur 10, mesurant l'état de santé et les facteurs de risque pour la santé.

Concernant tout d'abord l'état de santé des Français :

- En France, l'espérance de vie s'établit à 83 ans, soit 1.9 an au-dessus de la moyenne de l'OCDE.
- La mortalité évitable s'élève à 114 pour 100 000 en France (ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 145) ; la mortalité évitable par traitement est de 48 pour 100 000 (ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 77).
- Le taux de suicide s'établit à 13 pour 100 000 habitants en France, contre 11 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans l'OCDE.
- 9.7 % des Français estiment que leur état de santé est mauvais ou très mauvais (8.0 % en moyenne dans l'OCDE).

Concernant les facteurs de risque pour la santé :

- La prévalence du tabagisme quotidien en France (23.1 %) est supérieure à la moyenne de l'OCDE (14.8 %).
- La consommation d'alcool est supérieure à la moyenne de l'OCDE, à 10.4 litres par habitant en France contre 8.5.
- 27 % des adultes en France ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 30 %.
- La prévalence de l'obésité autodéclarée s'établit à 14 % en France, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui est de 19 %.
- En France, la population est exposée à 9.5 microgrammes de particules ambiantes (PM2.5) par mètre cube (moyenne de l'OCDE de 11.2 microgrammes).

I. Une espérance de vie élevée mais de fortes disparités entre les hommes et les femmes

Au 1 ^{er} janvier 2026	
Population totale	69,1 millions d'habitants (66,8 millions en métropole et 2,3 millions dans les cinq départements d'outre-mer)
Natalité	645 000 naissances
Mortalité	651 000 décès
Solde naturel	- 6000 personnes par an
Solde migratoire	+ 176 000 personnes
Espérance de vie à la naissance tous sexes confondus	82,8 ans

Au 1 ^{er} janvier 2026	
Espérance de vie à la naissance pour les femmes	85,9 ans
Espérance de vie à la naissance pour les hommes	80,3 ans
Une fécondité en baisse continue depuis 9 ans	Indice conjoncturel de fécondité = 1,56/femme
Taux de mortalité infantile	4/1 000 enfants nés vivants

Avec la pandémie de Covid-19, l'état démographique et sanitaire de la France s'était nettement dégradé en 2020 : les naissances avaient baissé, comme les mariages, tandis que les décès avaient augmenté, faisant baisser l'espérance de vie. En 2025, la situation s'est globalement améliorée, avec néanmoins une mortalité toujours élevée et des naissances toujours en baisse.

Ainsi, le nombre de naissances en France est estimé à 645 000 en 2025, en baisse de 2,1 % par rapport à 2024. Cette baisse est moins prononcée que celle de 2024 (-2,8 %) et surtout que celle de 2023 (-6,6 %) ; elle reste néanmoins plus forte que celle observée en moyenne chaque année entre 2010 et 2022 (-1,3 %), 2010 étant le dernier point haut des naissances. Au total, le nombre de naissances en 2025 est inférieur de 23,6 % à son niveau de 2010 (sur le champ géographique constant de la France hors Mayotte), et est le plus bas niveau observé depuis 1942.

Le nombre de naissances dépend, d'une part, du nombre de femmes dites en âge d'avoir des enfants, et, d'autre part, de leur fécondité. Depuis 2016, le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants, et notamment de celles âgées de 20 à 40 ans, ne diminue pas ; il augmente même légèrement sur la période récente. La baisse du nombre de naissances depuis cette date s'explique donc uniquement par le recul de la fécondité.

En 2025, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) continue de diminuer. Il s'établit à 1,56 enfant par femme (1,53 en France métropolitaine), après 1,61 en 2024 (1,58 en France métropolitaine). Cette baisse s'inscrit dans une tendance de moyen terme : l'ICF diminue depuis 2010, où il s'élevait à 2,02 enfants par femme en France métropolitaine. Il faut remonter à la fin de la Première Guerre mondiale pour retrouver un ICF aussi bas qu'en 2025 : en 1918, en France métropolitaine, l'ICF était de 1,56 enfant par femme, et il était descendu à 1,23 en 1916. L'ICF des hommes suit les mêmes tendances : il s'établit à 1,56 enfant par homme en 2025 (1,52 en France métropolitaine), soit également le plus bas niveau observé depuis la Première Guerre mondiale.

En 2025, le taux de fécondité diminue pour les femmes âgées de moins de 35 ans. Pour celles âgées de moins de 30 ans, cette baisse s'inscrit dans une tendance observée depuis le milieu des années 2000. Ainsi, le taux de fécondité des femmes de 25 à 29 ans s'établit à 8,2 enfants pour 100 femmes de cette tranche d'âge en 2025, contre 12,8 en 2005. Pour les femmes de 30 à 34 ans, la

baisse est plus tardive et remonte à la fin des années 2010 : leur taux de fécondité s'établit à 10,8 enfants pour 100 femmes de cette tranche d'âge en 2025, contre 12,3 en 2005, et 12,9 en 2015. Le taux de fécondité des femmes de 35 ans ou plus, en hausse depuis la fin des années 1970, a quant à lui cessé d'augmenter ces dernières années ; il se stabilise en 2025, à 6,6 enfants pour 100 femmes de 35 à 39 ans, et 0,9 enfant pour 100 femmes de 40 à 50 ans.

En 2025, l'âge conjoncturel moyen à l'accouchement poursuit sa hausse tendancielle et s'élève à 31,2 ans pour les femmes (34,1 ans pour l'âge moyen à la naissance des enfants pour les hommes), contre 29,6 ans en 2005 (32,6 ans pour les hommes).

En 2023, dernière année où les données européennes sont disponibles, l'ICF dans l'ensemble de l'UE s'établit à 1,38 enfant par femme, après 1,46 en 2022. L'ICF en France s'établit en 2023 à 1,65 enfant par femme, soit le deuxième rang au sein de l'UE après la Bulgarie (1,81).

Concernant la mortalité, le nombre de décès en France est estimé à 651 000 en 2025, en hausse de 1,5 % par rapport à 2024, après +0,3 % entre 2023 et 2024. Cette hausse en 2025 est notamment liée à l'épidémie de grippe hivernale, particulièrement virulente en janvier et, localement, à des épisodes de fortes chaleurs durant l'été. Par ailleurs, depuis 2011, le nombre de décès a tendance à augmenter du fait de l'arrivée à des âges de forte mortalité des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et 1974. La période 2020-2022 a été particulière, marquée par une forte mortalité due essentiellement à l'épidémie de Covid-19.

Le taux de mortalité globale (taux brut de 9,4 pour 1 000 en 2024, contre 9,1 en 2019) reste l'un des plus faibles d'Europe, seuls l'Irlande (6,5), le Luxembourg (6,6), Chypre (6,9), Malte (7,3) et l'Espagne (8,9) ayant un taux plus faible. En corollaire, on assiste un accroissement spectaculaire du nombre de centenaires : plus de 31 000 au 1^{er} janvier 2024 (d'après l'étude n° 621 de l'INED, parue en avril 2024), soit près de 30 fois plus que dans les années 1960-1970. Comparé au nombre total d'habitants en France, le nombre de centenaires reste néanmoins modeste : ils ne représentent que 0,04 % de l'ensemble de la population, contre 1 % pour les nonagénaires, 5 % pour les octogénaires et 12 % pour les sexagénaires. Seuls 14 % des centenaires, soit 4 300 personnes, sont des hommes. La très grande majorité des centenaires sont loin du record d'âge de Jeanne Calment, qui est la personne ayant vécu le plus longtemps dans l'histoire de l'humanité (122 ans). Au 1^{er} janvier 2026, la doyenne française, Marie-Rose Tessier, née en 1910, avait 115 ans mais est décédée le 10 février 2026 : elle était alors la quatrième personne la plus âgée de l'histoire de France. La France est le pays d'Europe qui compte le plus de centenaires.

Enfin le taux de mortalité infantile (4 ‰ en 2025 pour la France entière) a augmenté ces dernières années : il était de 3,5 ‰ en 2012. Il est au-dessus de la moyenne des pays de l'UE27 qui se situe autour de 3,3 ‰. C'est l'Estonie qui a le taux de mortalité infantile le plus faible en 2024 avec 1,7 ‰ et la Roumanie, à égalité avec la Slovaquie, le plus fort avec 5,6 ‰.

II. Une surmortalité importante avant 65 ans : la mortalité prématurée

Au sein de l'Union européenne, la France bénéficie d'une position relativement favorable en matière de maladies cardiovasculaires. En revanche, la mortalité prématurée, définie comme *la mortalité survenue avant l'âge de 65 ans*, est importante puisqu'elle concerne un décès sur 6, soit 106 000 décès environ. Les décès avant 65 ans représentent environ 19 % de l'ensemble des décès et concernent à 70 % des hommes.

Le taux de mortalité prématurée observée en France (220 pour 100 000 pour les hommes, et 115 pour 100 000 pour les femmes en 2025) est, à structure d'âge égale, inférieur à la moyenne européenne, qui s'élève à 282 pour 100 000 pour les hommes et 140 pour 100 000 pour les femmes. La France occupe ainsi le 16^e rang des pays européens.

Les taux de mortalité prématurée varient beaucoup en fonction des départements. Ainsi, en 2025, le taux de mortalité prématurée tous sexes confondus est de 250 pour 100 000 dans l'Indre, alors qu'il n'est que de 120 pour 100 000 dans les Hauts-de-Seine.

Le taux de mortalité prématurée est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les causes essentielles de la mortalité prématurée chez les hommes sont des décès dus à des conduites à risque, essentiellement la consommation de tabac et d'alcool. Les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes sont les tumeurs du sein et du poumon. Il est à noter que la part des décès pour tumeurs du poumon chez les femmes avant 65 ans est passée de 1,5 % à 8,7 % et que cet accroissement a été constant sur toute cette période. Les femmes relaient les hommes sur les conduites à risque.

Au sein de cette mortalité prématurée, on distingue la « mortalité prématurée évitable » (estimée à 32 000 décès/an, soit 30 % de la mortalité prématurée) :

- **liée aux comportements à risque** : ce sont les causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une action sur les comportements individuels (tabagisme, alcoolisme, conduite dangereuse) ;
- **liée aux systèmes de soins** : ce sont les causes de décès dont la fréquence pourrait être diminuée essentiellement par une meilleure prise en charge par le système de soins, notamment à travers la prévention et le dépistage. Il s'agit ici essentiellement des maladies cardiovasculaires, des cancers féminins, et de la mortalité maternelle et périnatale.

Chez l'homme, la mortalité évitable liée aux comportements est trois fois supérieure à celle liée aux systèmes de soins. Chez la femme, la mortalité évitable liée aux systèmes de soins est la plus fréquente.

III. Causes de mortalité et morbidité

A. Les principales causes de décès

Principales causes de décès en 2022 en France

	Femmes	Femmes	Hommes	Hommes	Ensemble	Ensemble
	Effectif	En%	Effectif	En%	Effectif	En%
Tumeurs	76 308	23	95 322	28	17 1630	25
Maladies cardio-neurovasculaires	74 368	22	65 805	20	14 0173	21
Symptômes et états morbides mal définis	42 090	12	33 363	10	75 453	11
Maladies de l'appareil respiratoire	22 136	7	22 935	7	45 071	7
Causes externes de morbidité et mortalité	18 800	6	26 000	8	44 800	7
Covid-19	19 847	6	21 444	6	41 291	6
Maladies du système nerveux et des organes des sens	22 252	7	15 724	5	37 976	6
Maladies de l'appareil digestif	12 405	4	14 781	4	27 186	4
Troubles mentaux et du comportement	15 502	5	10 086	3	25 588	4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	14 073	4	11 440	3	25 513	4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6 874	2	6 594	2	13 468	2
Maladies infectieuses et parasitaires	6 377	2	5 997	2	12 374	2

	Femmes	Femmes	Hommes	Hommes	Ensemble	Ensemble
	Effectif	En%	Effectif	En%	Effectif	En%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 706	1	1 989	1	4 695	1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1 666	1	1 243	1	2 909	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 178	-	715	0	1 893	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	806	0	863	0	1 669	0
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	635	0	816	0	1 451	0
Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité	50	0	-	0	50	0
Total	33 8073	100	33 5117	100	67 3190	100

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Les **causes de décès** les plus fréquentes sont les **tumeurs** (25 % des causes de décès), les **maladies de l'appareil circulatoire** (21 % des causes de décès), les symptômes et états morbides mal définis (11 % des causes de décès, qui incluent la mort subite du nourrisson et des morts de cause inconnue ou non précisée) et ; à égalité avec 7 % des décès, les maladies de l'appareil respiratoire (dont grippe, pneumonie, asthme...) et les causes externes de mortalité (qui incluent les accidents de transport, les accidents de la vie courante, les homicides, les suicides, etc.)

B. La morbidité : de quoi souffrent les Français ?

La morbidité désigne le fait d'être malade et permet d'apprécier l'état de santé des Français, en fonction de l'âge et du sexe. Tout d'abord, concernant le

sexe, il faut noter que, quel que soit l'âge, les femmes déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de la santé que les hommes (3,3 contre 2,3 en 2008).

Concernant l'âge, on peut constater que les jeunes âgés de moins de 25 ans déclarent peu de maladies, qui sont de plus pour la plupart bénignes. Entre 25 et 64 ans, les affections le plus souvent déclarées sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (58 % des hommes et 72 % des femmes en déclarent). Puis viennent les affections ostéoarticulaires, qui touchent plus de 35 % des personnes, et les maladies de l'appareil circulatoire, dominées par l'hypertension artérielle.

Au-delà de 64 ans, les Français déclarent 6,4 affections en moyenne pour les femmes et 5,5 pour les hommes. Presque les trois quarts des enquêtés présentent au moins une maladie de l'appareil circulatoire ; la seule hypertension artérielle est déclarée par la moitié des personnes de cette tranche d'âge, tandis que les maladies du système ostéoarticulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies, etc.) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées (53 % chez les hommes et 72 % chez les femmes).

En France, on estime que **15 millions de personnes souffrent de maladies chroniques**, soit une prévalence de 20 % de la population, maladies qui représenteraient 60 % des décès. Sur ces 15 millions, 7 millions de personnes souffrent d'hypertension artérielle, 3,7 millions de diabète, 3,5 millions d'asthme, 3 millions de bronchite chronique et autant d'insuffisance rénale chronique, ou encore 700 000 de cancer. Or, en 2022, 13,8 millions de personnes sont prises en charge à 100 % par l'Assurance-maladie car elles bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Elles représentent 20,1 % de la population et 66,1 % de la dépense totale remboursée par l'assurance maladie.

La transition épidémiologique, qui désigne le changement intervenu au ^{xx}e siècle dans les pays occidentaux qui voient les maladies non transmissibles, aussi appelées maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète) remplacer, sans les faire disparaître, les maladies infectieuses comme problèmes de santé dominants sous l'effet du progrès économique et social, mais aussi du vieillissement de la population, constitue donc aujourd'hui le principal défi pour le système de santé français.

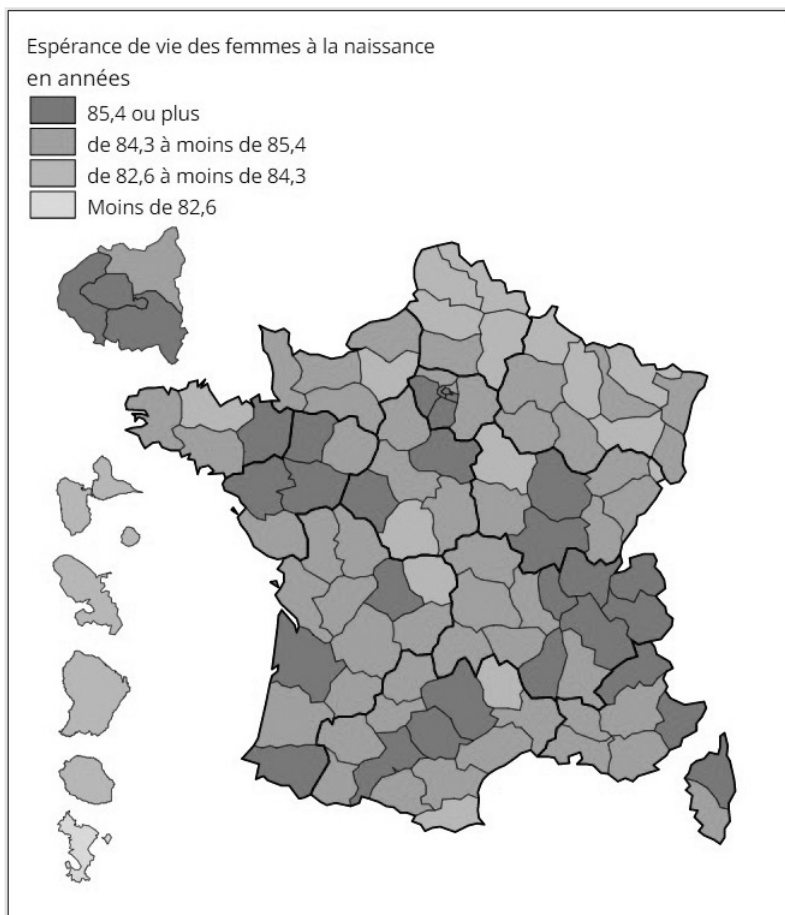
L'état de santé perçu est une mesure subjective de la santé d'une population : en 2023, parmi les personnes âgées de 16 ans ou plus, 63 % des femmes et 67 % des hommes se déclarent en bonne ou très bonne santé, tandis qu'à l'opposé, 11 % des femmes et 10 % des hommes qualifient leur état de santé de mauvais ou très mauvais. Ces proportions varient fortement selon l'âge, mais assez peu selon le sexe : 86 % des femmes et 90 % des hommes âgés de 16 à 29 ans se déclarent en bonne ou très bonne santé, contre 35 % des femmes et 37 % des hommes âgés de 75 ans ou plus. En particulier, 4 % des femmes et 5 % des hommes âgés de 75 ans ou plus se disent en très mauvaise santé.

IV. Les inégalités de santé

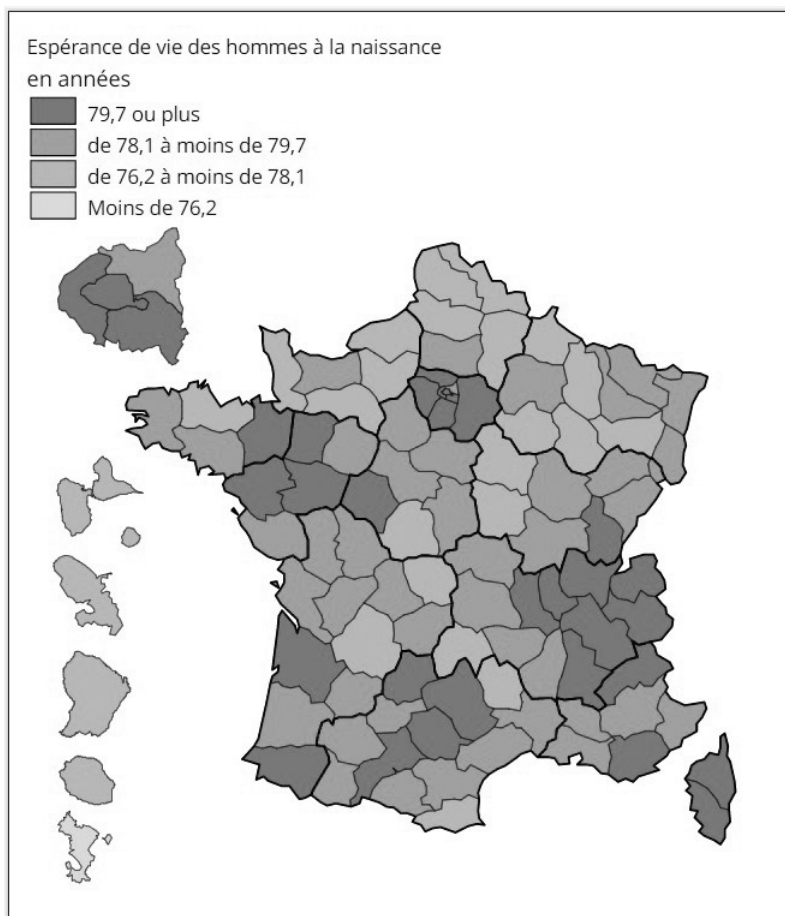
A. Les inégalités géographiques de santé

La France se caractérise par des disparités géographiques encore marquées. Ainsi, en France métropolitaine, entre les régions les plus et moins favorisées, l'espérance de vie à la naissance varie d'environ 5 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. Pour les deux sexes, c'est dans la région Nord-Pas-de-Calais que cet indicateur est le plus faible. Globalement, la situation est plus favorable au sud qu'au nord de la France. En 2022 ce sont les régions Île-de-France (86,3 ans) et Auvergne-Rhône-Alpes (86,1 ans) qui détiennent le record de longévité féminine. Concernant l'espérance de vie masculine, c'est l'Île-de-France qui arrive en tête avec une espérance de vie à la naissance de 81,7 ans. Les différences d'espérance de vie entre régions sont en outre plus élevées pour les hommes que pour les femmes : 6 ans d'écart environ pour les hommes, contre 3,5 ans d'écart environ pour les femmes (cartes pages suivantes).

Disparités départementales d'espérance de vie à la naissance chez les femmes en 2022



Source : Insee, État civil, Estimations de population (données provisoires).



Source : Insee, État civil, Estimations de population (données provisoires).

B. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé sont définies comme des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Malgré des résultats globaux satisfaisants, des disparités sociales significatives demeurent tant en matière d'état de santé que de recours aux soins.

Tout d'abord, on constate des disparités entre milieux sociaux en matière d'espérance de vie et de causes de décès.

En effet, les principaux indicateurs d'état de santé s'améliorent continûment au fur et à mesure qu'on monte dans « l'échelle sociale ». Par exemple, l'espérance de vie augmente selon la catégorie socioprofessionnelle. De même, avec le nombre d'années d'étude, la santé perçue s'améliore et les prévalences déclarées de maladie chronique et de limitation d'activité diminuent. Ce phénomène est connu sous le terme de « **gradient social de santé** ». Les classes les plus