

Fiche 2

La santé : définitions et outils de mesure

I. Définitions

II. Mesures

I. Définitions

A. La santé

La définition la mieux connue et la plus admise est celle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette définition a l'intérêt de ne pas limiter la santé à son aspect physique, mais d'intégrer également la dimension psychique (et donc d'inclure l'absence de maladie psychiatrique), ainsi que la composante sociale (un chômeur qui vit mal sa situation ne sera par exemple pas considéré comme en bonne santé)

Pour autant le bien-être considéré ici est en fait d'un ressenti (être en forme) démedicalisé et subjectif. On peut se sentir en bonne santé, mais, en fait, être malade. Une maladie comme, par exemple le diabète, peut évoluer à « bas bruit » pendant de nombreuses années. Dans ce cas, le fait d'aller chez le médecin va transformer le ressenti de l'individu, qui, suite au diagnostic, va se trouver malade alors qu'il se sentait en forme. De plus la définition de l'OMS n'est pas très opérationnelle. Comment mesurer le bien-être ?

Pour ces raisons on est le plus souvent amené à définir la santé, non pas comme un idéal vers lequel on doit tendre, mais, plus modestement, par l'inconvénient qui résulte d'un mauvais état de santé, à savoir la maladie. La santé est associée à une valeur positive, alors que la maladie possède une connotation négative.

La santé se définira alors comme l'absence de maladie. On peut d'ailleurs dire que faire de «l'économie de la santé» c'est en fait travailler sur «l'économie de la maladie».

Mais la notion de maladie est également difficile à appréhender. On utilise généralement le terme de morbidité.

B. La morbidité

On distingue deux types de morbidité :

- **la morbidité ressentie** : une personne à la suite d'une gêne ou d'une douleur prend conscience que, peut-être, une maladie se développe. Cette morbidité ressentie dépend beaucoup du groupe social auquel appartient l'individu, qui détermine la capacité à être à l'écoute de son corps.
- **la morbidité diagnostiquée** est celle qui est reconnue par un médecin qui va utiliser ses compétences professionnelles et scientifiques pour interpréter la morbidité ressentie et objectiver l'existence de la maladie.

Les deux morbidités (ressentie et diagnostiquée) ne coïncident pas forcément. On peut se sentir un peu malade mais ne pas aller chez le médecin et, à l'inverse avoir recours au médecin à titre préventif, donc avant d'être malade. Le besoin de soins d'une personne ne coïncide donc pas forcément avec la demande de soins qui s'exerce auprès d'un professionnel (les personnes exclues, peu cultivées ou à faibles revenus ont moins tendance à se soigner par exemple).

II. Mesures

Pour mesurer l'état de santé général d'une population, plusieurs indicateurs globaux sont utilisés.

A. Espérance de vie

L'espérance de vie : l'espérance de vie à un âge X donné représente la durée de vie moyenne (autrement dit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité par âge de la région et pour la période considérée. L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans sont des indicateurs très utilisés pour faire des comparaisons au niveau international.

Au cours des cinquante dernières années l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré, comme en témoigne l'espérance de vie à la naissance. Elle était de 61 ans environ en 1935, elle atteint 79,4 ans pour les hommes et 85,4 pour les femmes en 2016.

La France est très bien placée par rapport aux pays développés, mais se distingue par une surmortalité prématurée (avant 65 ans) des hommes (282 pour 100 000) par rapport aux femmes (133 pour 100 000) en 2010 (causes : accidents de la circulation, suicides, pathologies aéro-digestives liées à l'alcool et au tabac), même si la différence se réduit. La progression de l'espérance de vie en France est principalement liée à un recul de la mortalité aux âges élevés de la vie (+ de 65 ans) et cela notamment grâce aux progrès de la médecine.

Il existe néanmoins de fortes différences régionales. Par exemple, comparée à la moyenne nationale au niveau 100 en 2012, l'indice comparatif de mortalité générale était à 125 pour le Nord Pas de Calais et de 88 pour la région Île de France.

L'espérance de vie corrigée de l'incapacité : l'accroissement de l'espérance de vie pose la question de la qualité des années de vie gagnées. On calcule donc l'espérance de vie en bonne santé (à la naissance), ou années de vie en bonne santé (AVBS), représentant le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacité. En 2010, l'AVBS était de 61,8 ans pour les hommes et de 63,5 ans pour les femmes en France proche ou légèrement au-dessus de la moyenne européenne (61,7 pour les hommes et 62,6 pour les femmes).

B. Mortalité

La mortalité infantile : c'est la mortalité touchant les enfants de moins d'un an. On la mesure en rapportant les décès d'enfants de moins d'un an au cours d'une année civile aux naissances de la même année. Elle est considérée comme un des principaux indicateurs du niveau général de la santé dans une population définie. La mortalité infantile a fortement diminué en France (4,8 pour 1 000 en 1996 contre 3,3 pour 1 000 naissances en 2014). Les nouveau-nés et les bébés sont les plus vulnérables des êtres humains, en dehors des personnes malades. Connaître la mortalité infantile, son évolution et ses causes est essentiel, non seulement pour apprécier la qualité et le niveau des soins médicaux qui entourent la naissance, mais encore pour évaluer indirectement le développement socio-économique de la population étudiée. La baisse de la mortalité infantile a été un élément important du recul d'ensemble de la mortalité. Elle demeure encore un critère remarquable de distinction entre pays pauvres et pays riches. Lorsque la mortalité infantile est faible, la durée moyenne de vie est plus élevée. De nos jours, dans les pays très développés, la mortalité infantile est ou devrait être inférieure à 10 pour 1 000 (elle est de 4,33 pour 1 000 en Europe). À titre de comparaison dans les pays d'Afrique, elle est souvent comprise entre 50 et 100 pour 1 000 naissances.

Les causes médicales de décès : en France, les tumeurs et les maladies circulatoires sont les principales causes de décès ; elles représentaient respectivement 28,7% et 25,3% du total des décès en 2012. Les causes externes (accidents, suicides) représentaient près de 6,6% des décès, et les pathologies respiratoires 6,8%. En dépit de progrès dans certains domaines, le poids relatif des tumeurs continue d'augmenter, quels que soient le sexe et l'âge. Ce sont des maladies de sociétés développées, et en bon état de santé général, mais vieillissantes.

B. Les principales affections

Pour connaître de quoi souffre la population à un moment donné, les épidémiologistes se réfèrent aux notions de prévalence et incidence des pathologies. En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population.

L'incidence d'une pathologie est une mesure du risque pour un individu de contracter cette pathologie pendant une période donnée. Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée, divisé par la taille de cette population et la durée de la période d'observation.

Il n'est pas toujours facile de connaître la prévalence et l'incidence des affections. En effet toutes les maladies ne sont pas déclarées dans une base de données unique. Si les affections longues et coûteuses (cancer, diabète, insuffisance cardiaque...) font généralement l'objet d'une déclaration en Affection de Longue Durée (ALD) auprès de l'assurance maladie pour bénéficier d'un meilleur taux de remboursement, en revanche les pathologies « aiguës » sont moins bien connues. Quand il y a hospitalisation, les séjours sont codés dans la classification internationale des maladies, ce qui permet de les identifier, et les actes techniques réalisés permettent parfois d'approcher la pathologie via les données de tarification (voir fiche 18). En revanche les pathologies traitées dans le cabinet du médecin ne font pas l'objet d'un codage spécifique (sauf quand elles sont à déclaration obligatoire comme le VIH ou les hépatites). Si l'on veut connaître le nombre d'infections urinaires une année par exemple, il faut alors utiliser des sources détournées comme la prescription d'antibiotiques. Les données sur la prévalence et l'incidence sont rassemblées et traitées par Santé Publique France (ex InVS) qui publie un bulletin épidémiologique hebdomadaire. Dans le monde, c'est l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) qui collecte ces informations.

À retenir

- La définition de la santé la plus couramment utilisée à celle de l'OMS. Elle se réfère un état de bien-être physique, psychique et social.
- L'état de santé d'une population est appréhendé par l'espérance de vie, l'analyse des causes de mortalité et les indicateurs de morbidité disponibles dans les bases de données des acteurs institutionnels (assurance maladie, observatoires régionaux de santé, santé publique France).
- La connaissance de l'état de santé d'une population à un moment donné reste imparfaite, car tous les recours aux soins ne font pas l'objet d'un codage dans la classification internationale des maladies (CIM).

Pour en savoir plus

- Site de Santé Publique France <http://invs.santepubliquefrance.fr/>
- Site des causes de décès: <http://www.cephdc.inserm.fr/>
- Regroupement des indicateurs de santé des observatoires régionaux de santé: <http://www.scoresante.org>
- Organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int/fr/>

POUR S'ENTRAÎNER : QUESTIONS

- 1) Comment évalue-t-on l'état de santé d'une population ?
- 2) La connaissance de l'état de santé de la population à un instant donné est-elle exhaustive ?

CORRIGÉ

- 1) Plusieurs indicateurs indirects sont utilisés notamment le taux et les causes de mortalité, l'espérance de vie à différents âges, avec ou sans incapacité. Quand cela est possible, on évalue également la prévalence et l'incidence des affections.
- 2) Non. La connaissance est relativement fine et exhaustive pour les maladies faisant l'objet d'une déclaration en affection de longue durée, les maladies à déclaration obligatoire (VIH, Hépatites...), et celles faisant l'objet d'une hospitalisation. Pour les autres, en raison de l'absence de codage dans la nomenclature de la Classification Internationale des maladies (CIM) des recours en médecine de ville, la connaissance reste très imparfaite. La prévalence et l'incidence des pathologies bénignes sont donc assez mal connues.

Fiche 3

Organisation générale du système de santé

- I. Le rôle de l'État
- II. Les agences, conseils et comités
- III. Au niveau international

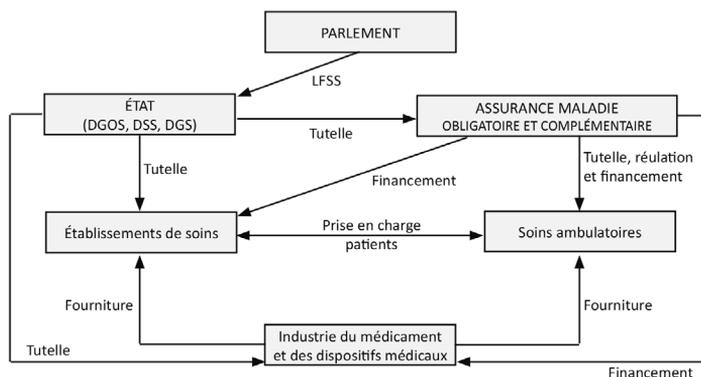
Définitions

Mission régalienne : qui relève par nature de l'État. Les missions régaliennes classiques sont la police, la justice et la sécurité du territoire via l'armée. Pour autant, avec l'émergence de l'État social à la fin de la deuxième guerre mondiale, on peut considérer que la santé fait également partie des missions régaliennes en France.

Santé publique : La santé publique est la discipline qui s'occupe de la santé globale d'une population sous ses aspects préventifs, curatifs et éducatifs. Pour l'organisation mondiale de la santé (OMS), il s'agit de « la prise en charge collective de la santé d'une population dans son milieu de vie, qu'il s'agisse de soins, prévention, éducation ou hygiène sociale ».

Le schéma ci-après présente l'organisation du système de santé français.

Graphique 1: Organisation du système de santé français



I. Le rôle de l'État

A. Compétences

La santé en France demeure une compétence régaliennne. Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'État, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. L'État intervient parfois directement dans la production (hôpitaux publics par exemple), et plus marginalement dans le financement des soins (aide médicale d'État). Il exerce un contrôle sur les relations entre les institutions de financement, les professionnels et malades, au nom des impératifs sanitaires et économiques généraux. De fait, l'État a une compétence très étendue, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses services déconcentrés.

- Il assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux (toxicomanie, alcoolisme).
- Il assure la formation des personnels de santé et fixe le *numerus clausus* (nombre de médecins admis à l'entrée des facultés de médecine), il participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique.
- Historiquement, en France, l'État assure seul la gouvernance du secteur hospitalier. Il exerce sa tutelle depuis 2010 par le biais ARS (Agences Régionales de Santé).
- Il exerce la tutelle sur les organismes de Sécurité Sociale (voir fiche 11) dans le cadre de ce que l'on appelle les contrats d'objectif et de gestion (COG) conclus entre lui et l'assurance maladie. Il veille à l'équilibre des comptes sociaux dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale votée chaque année depuis 1996 par le parlement.

B. Organisation

Le Ministère des solidarités et de la santé comprend trois directions : la Direction de la Sécurité Sociale (DSS). Elle s'occupe des questions financières et tarifaires et assure une tutelle sur les organismes de Sécurité Sociale dont font partie les organismes d'assurance maladie, en charge de la collecte des ressources et du financement direct des différents producteurs de soins (établissements et professionnels de santé exerçant à titre libéral) (voir fiche 17, 22 et 23). La Direction de l'Organisation des Soins (DGOS) a une compétence au niveau de l'organisation des soins hospitaliers, mais couvre également la coordination des soins dans son ensemble (y compris soins de ville et secteur médico-social). Sa compétence est surtout celle de la gestion et de l'organisation des moyens alloués à la santé, elle s'appuie sur les Agences Régionales de Santé. Enfin, la Direction générale de la santé (DGS) est chargée de concevoir et mettre en œuvre la politique de santé publique sur le territoire.