

Actu'

CONCOURS

**2026
2027**

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



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

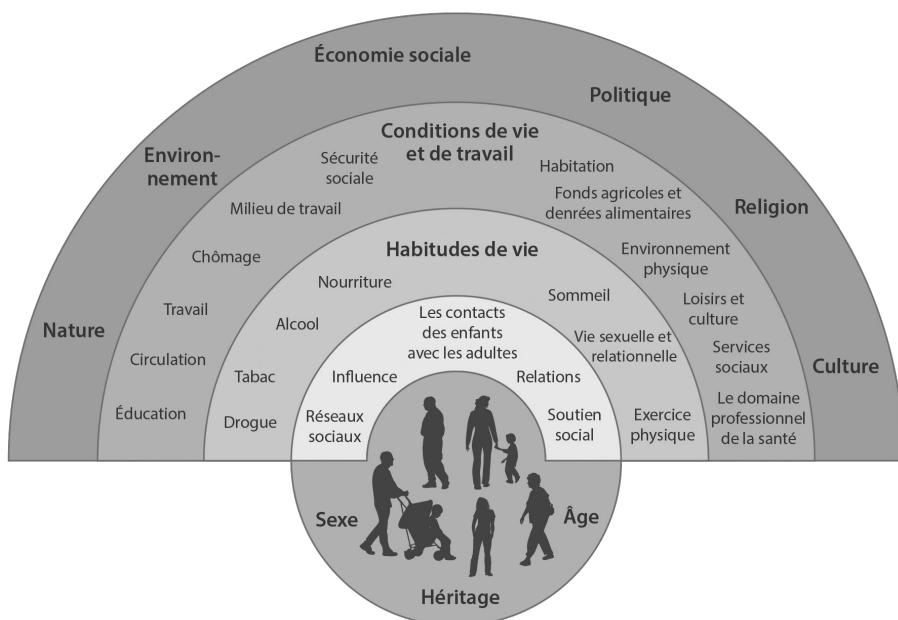
L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé : certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la 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.

Nom	Définition
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.
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 incontestable 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 – sans 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.

Testez-vous

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 21 septembre 2022, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France ont publié la dernière édition du rapport sur « L'état de santé de la population en France ».

Globalement, les Français sont en bonne santé mais l'évolution est contrastée et de fortes inégalités se font sentir.

- Ainsi, la population française est de plus en plus âgée et le sera davantage à l'avenir : 9 % de personnes sont âgées de 75 ans ou plus aujourd'hui, elles devraient être 16 % dans trente ans.
- L'espérance de vie continue de croître malgré une baisse conjoncturelle en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19, mais sur les dix dernières années sa croissance s'amoindrit.
- L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans ralentit aussi mais progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans.
- Les inégalités sociales de santé se manifestent dans l'apparition des maladies chroniques qui surviennent et touchent plus fréquemment les personnes aux faibles revenus.
- Des inégalités territoriales apparaissent en matière d'espérance de vie : celle-ci est plus faible dans le nord et l'est de la France métropolitaine ainsi que dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM).

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

Au 1 ^{er} janvier 2025	
Population totale	68,6 millions d'habitants (66,3 millions en métropole et 2,3 millions dans les cinq départements d'outre-mer)
Natalité	663 000 naissances
Mortalité	646 000 décès
Solde naturel	+ 17 000 personnes par an
Solde migratoire	+ 152 000 personnes
Espérance de vie à la naissance tous sexes confondus	82,8 ans
Espérance de vie à la naissance pour les femmes	85,6 ans
Espérance de vie à la naissance pour les hommes	80 ans
Une fécondité en baisse continue depuis 9 ans	Indice conjoncturel de fécondité = 1,62/femme
Taux de mortalité infantile	4,1/1 000 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 2024, la situation s'est globalement améliorée, avec néanmoins une mortalité toujours élevée et des naissances en baisse.

Ainsi, le nombre de naissances est estimé à 663 000 en France en 2024, en baisse par rapport à 2023 (– 2,2 %). Depuis 2011, les naissances ont été chaque année moins nombreuses, à l'exception d'un rebond en 2021, année marquée par les conséquences de la crise sanitaire. Entre 2014 et 2019, la baisse était de 1,6 % en moyenne par an. Elle se poursuit désormais à un rythme plus élevé : – 2,2 % en 2022, – 6,6 % en 2023, – 2,2 % en 2024. Au total, le nombre de naissances en 2024 est inférieur de 21,5 % à son niveau de 2010 (sur le champ géographique constant de la France hors Mayotte), et est le plus bas niveau observé depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale.

La baisse du nombre des naissances s'explique bien évidemment par la crise sanitaire et la crise économique marquée par une forte inflation et de nombreuses incertitudes. Mais elle a aussi pour cause la diminution de la population féminine en âge de procréer et la baisse de sa fécondité. Les femmes âgées de 20 à 40 ans, les plus fécondes, sont de moins en moins nombreuses depuis le milieu des années 1990. Elles sont environ 8 millions en 2024, contre 9,3 millions en 1995.

En 2024, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'établit à 1,62 enfant par femme. 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 2024 : en 1919, en France métropolitaine, l'ICF était de 1,59 enfant par femme, et il était descendu à 1,23 en 1916. En 1993 et 1994, lors de son dernier point bas, l'ICF était plus élevé qu'en 2024 (1,66 enfant par femme en France métropolitaine).

En 2022 (derniers chiffres connus), la France reste le pays de l'Union européenne (UE) le plus fécond (ICF de 1,78), suivie par la Roumanie, la Bulgarie et la Tchéquie (ICF supérieur à 1,6). À l'inverse, il était le plus bas en Espagne et à Malte (moins de 1,2). L'Allemagne était en position intermédiaire avec un ICF égal à celui de la moyenne européenne, soit 1,46 enfant par femme dans l'ensemble de l'UE27, après 1,53 en 2021.

En 2024, l'âge conjoncturel moyen à l'accouchement poursuit sa hausse tendancielle et s'élève à 31,1 ans, contre 29,5 ans vingt ans plus tôt.

Concernant la mortalité, le nombre de décès en France est estimé à 646 000 en 2023, en hausse de 1,1 % par rapport à 2022. L'épidémie de grippe du début d'année 2024 a retrouvé une temporalité et une durée habituellement observées avant la pandémie de Covid-19, et les épisodes de fortes chaleurs de l'été, moins nombreux qu'en 2023, n'ont pas entraîné de hausse significative de la mortalité. La hausse de la mortalité en 2024 s'explique ainsi par le vieillissement de la

population. 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 de 1946 à 1974. La période 2020-2022 a cependant été particulière, marquée par une forte mortalité due essentiellement à l'épidémie de Covid-19. En 2024, le nombre de décès est supérieur de 5 % à son niveau pré-pandémique de 2019.

Le taux de mortalité globale (taux brut de 9,2 pour 1 000 en 2023, contre 9,1 en 2019) reste l'un des plus faibles d'Europe, seuls l'Irlande (6,6), le Luxembourg (6,6), Chypre (7,2) et Malte (7,3) 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 2025, la doyenne française avait 114 ans. La France est le pays d'Europe qui compte le plus de centenaires.

Enfin le taux de mortalité infantile (4,1 ‰ en 2023 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 3,4 ‰. C'est l'Estonie qui a le taux de mortalité infantile le plus faible en 2019 avec 1,6 ‰ et Malte le plus fort avec 6,7 ‰.

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 (222 pour 100 000 pour les hommes, et 119 pour 100 000 pour les femmes en 2024) 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 régions. Ainsi, en 2019, le taux de mortalité prématurée tous sexes confondus est de 230

pour 100 000 dans les Hauts-de-France, alors qu’il n’est que de 150 pour 100 000 en Île-de-France.

Néanmoins, la part des décès avant 65 ans dans l’ensemble des décès a baissé de 1990 à 2015 : en France métropolitaine, le taux de mortalité prématurée a diminué de 28 % chez les femmes et de 40 % chez les hommes.

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 de 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

	Femmes	Femmes	Hommes	Hommes	Ensemble	Ensemble
	Effectif	En%	Effectif	En%	Effectif	En%
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
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

	Femmes	Femmes	Hommes	Hommes	Ensemble	Ensemble
	Effectif	En%	Effectif	En%	Effectif	En%
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	806	0	863	0	1669	0
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	635	0	816	0	1451	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.

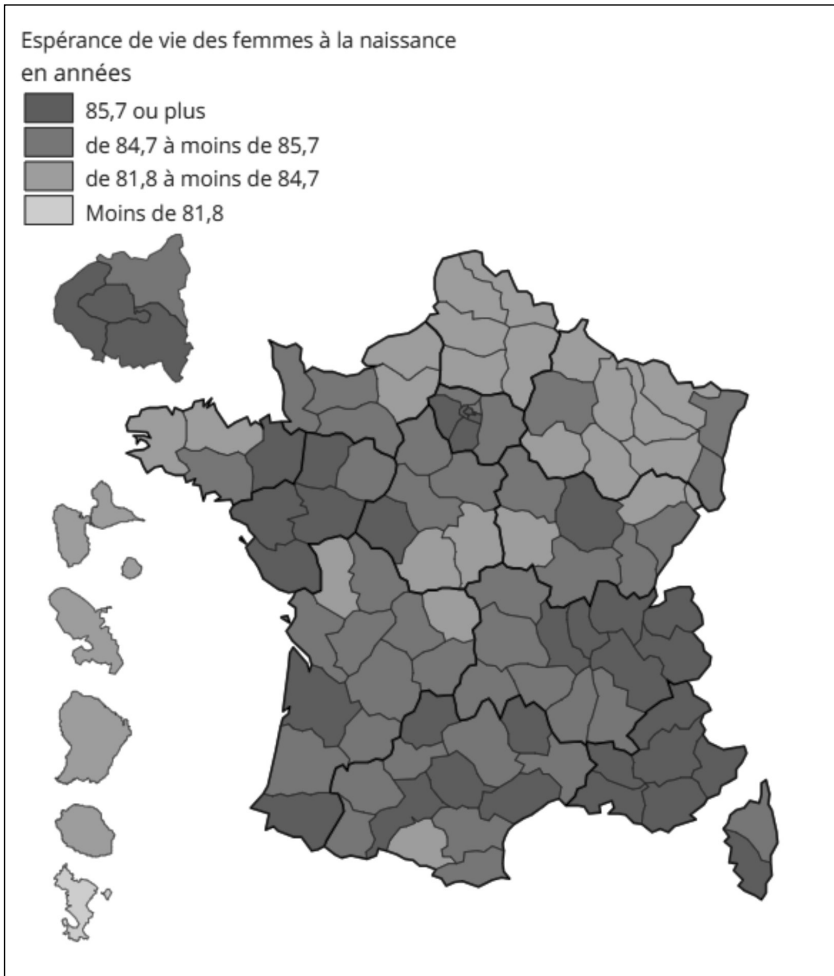
La transition épidémiologique, qui désigne le changement intervenu au ^{xx}e siècle dans les pays occidentaux qui voient les maladies non transmissibles, aussi appelées maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète) remplacer, sans les 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.

IV. Les inégalités de santé

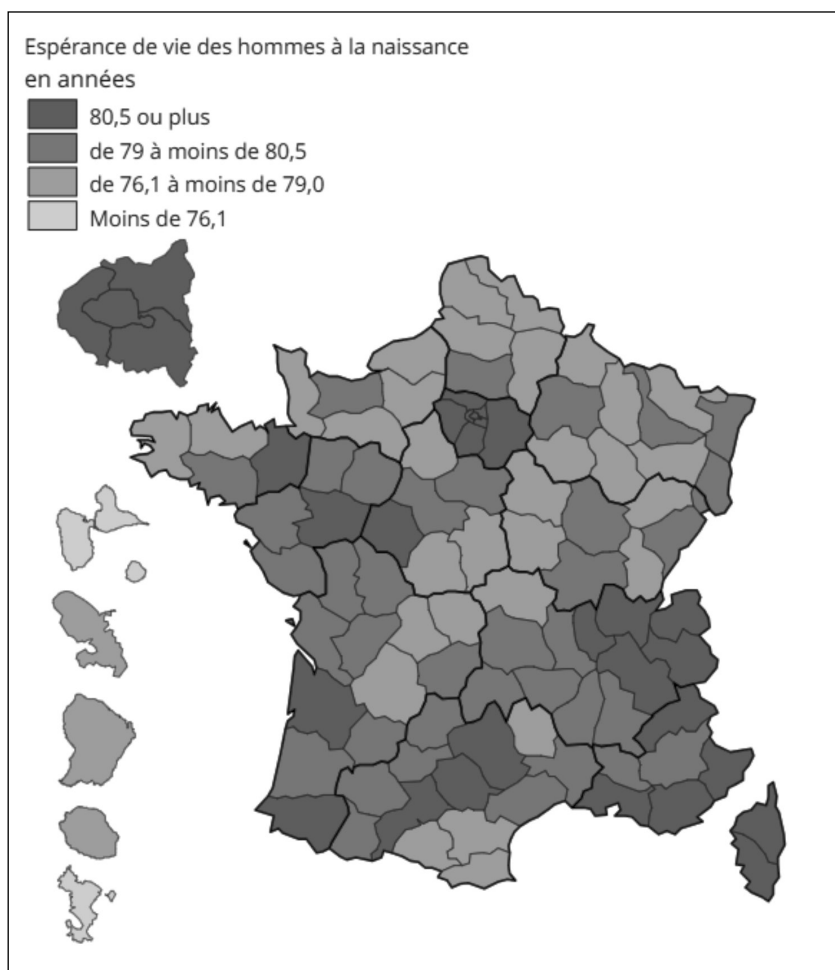
A. Les inégalités géographiques de santé

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 Ile-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'Ile-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 favorisées économiquement et/ou les plus diplômées bénéficient d'un meilleur état de santé, d'une capacité d'appropriation des messages de prévention plus adéquate et d'un accès au système de santé, notamment de recours aux soins plus adapté. Les indicateurs de position sociale sont ainsi considérés comme des déterminants structurels de la santé et utilisés dans la mesure des inégalités sociales de santé ; on observe en effet des différences entre catégories socioprofessionnelles pour pratiquement l'ensemble des activités humaines et par conséquent l'ensemble des déterminants de santé : conditions de travail et de logement, comportements (sociabilité et reconnaissance sociale, alimentation et consommation de substances psychoactives, recours aux soins...). La société contribue très largement aux inégalités sociales de santé, au-delà des contraintes budgétaires qui pèsent par exemple sur les pratiques alimentaires ou le recours aux soins. Pour de nombreux indicateurs (à l'exception entre autres du surpoids et de l'obésité), les inégalités sociales de santé sont beaucoup plus marquées entre les hommes qu'entre les femmes. Ces inégalités, déjà présentes dès les premières années de l'enfance et même avant la naissance, se cumulent tout au long de la vie.

Les inégalités sociales de mortalité qui demeurent stables depuis plusieurs décennies témoignent de ce cumul : sur la période 2020-2022, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 5,3 ans pour les hommes et de 3,4 ans pour les femmes, en légère augmentation depuis la période 2000-2008. Ainsi, à 35 ans, un homme cadre peut espérer vivre jusqu'à 83,9 ans, contre 78,6 ans pour un ouvrier. Une femme cadre peut quant à elle espérer vivre jusqu'à 88 ans, contre 84,6 pour une ouvrière.

Si l'on se réfère au seul niveau de revenu, les inégalités sont encore plus marquées. Ainsi, selon une étude de l'INSEE parue en février 2018, parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Chez les femmes, cet écart est plus faible : 8 ans séparent les plus aisées des plus pauvres. Aux alentours d'un niveau de vie de 1 000 euros par mois, 100 euros supplémentaires sont associés à 0,9 an d'espérance de vie en plus chez les hommes et 0,7 an chez les femmes, tandis que l'écart n'est plus que de 0,3 an et 0,2 an aux alentours d'un niveau de vie de 2 000 euros par mois. Les personnes les plus aisées ont plus souvent un diplôme du supérieur, mais cela n'explique qu'en partie les écarts d'espérance de vie selon le niveau de vie. Avec ou sans diplôme, plus on est aisé, plus l'espérance de vie augmente.

En réalité, les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, avec des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître. Ainsi, selon l'étude « France, portrait social. Édition 2020 », effectuée par l'INSEE, 94 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir fumé pendant leur grossesse, contre 66 % des ouvrières. Dès la petite enfance, des inégalités de santé se développent. À 6 ans, les enfants de milieu social modeste sont plus souvent en surcharge pondérale et celle-ci persiste plus souvent au

cours de l'enfance et de l'adolescence. En ce sens, si les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance, elles se creusent durant l'enfance.

Les habitudes de vie, les facteurs culturels et économiques, ainsi que l'exposition environnementale contribuent à creuser les inégalités de santé durant l'enfance. Ainsi, les enfants de familles favorisées ont une alimentation meilleure pour la santé, pratiquent plus souvent une activité sportive extra-scolaire et passent moins de temps devant les écrans. En 2015, 8 % des enfants de cadres contre 16 % des enfants d'ouvriers en CM2 passent au moins deux heures par jour devant un écran en semaine. Consulter un dentiste à titre préventif est moins fréquent chez les enfants de familles modestes et, en CM2 comme en troisième, les élèves en éducation prioritaire ont deux fois plus souvent que les autres des troubles non corrigés de la vision de loin (10 % contre 5 % hors éducation prioritaire en troisième en 2017).

En revanche, à la sortie de l'adolescence, la consommation de substances psychoactives, en particulier de boissons alcoolisées, est plus fréquente dans les milieux sociaux favorisés, à l'exception du tabagisme quotidien. À 17 ans, les adolescents issus de familles favorisées se perçoivent aussi plus souvent en bonne santé que ceux de familles défavorisées.

Ce sont donc souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, dans l'environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont aussi celles dont les comportements (alimentaires, d'activité physique, de prévention, etc.) sont les moins favorables à la santé. Les inégalités de recours aux soins contribuent à la plus grande fréquence des problèmes de santé, mais aussi à leur retentissement plus important pour les plus démunis.

Ainsi, en France, dans la population masculine, les ouvriers ont deux fois plus de chances de mourir entre 35 et 64 ans que les cadres et les professions libérales et intellectuelles (9 contre 18 %), et la situation est encore pire pour les inactifs : ils ont 5 fois plus de chances de mourir entre 35 et 64 ans que les cadres (48 % contre 9 %). À niveau de diplôme donné, l'espérance de vie augmente aussi avec le niveau de vie, pour les hommes comme pour les femmes. L'augmentation de l'espérance de vie avec l'aisance financière ne s'explique donc pas seulement par le niveau d'éducation. Par exemple, chez les non-diplômés, l'espérance de vie à 35 ans des hommes parmi les 25 % les plus aisés est de 46 ans, contre 39 ans pour ceux appartenant aux 25 % les plus modestes, soit 7 ans d'écart. Chez les diplômés du supérieur, l'écart est de 8 ans entre les hommes faisant partie des 25 % les plus aisés et ceux parmi les 25 % les plus modestes. Par ailleurs, les hommes les plus aisés sans diplôme vivent plus longtemps au-delà de 35 ans que les diplômés du supérieur les plus modestes (46 ans contre 42 ans). Le tableau ci-dessous illustre ces inégalités :

Espérance de vie à 35 ans des hommes en fonction de niveau de vie mensuel et diplôme					
Diplôme	Niveau de vie mensuel moyen par quartile ¹				Écart d'espérance de vie à 35 ans ²
	921 €	1 464 €	1 957 €	3 501 €	
Sans diplôme ²	38,9	43,0	44,0	45,9	7,0
Brevet, CEP ²	39,8	43,7	46,4	47,2	7,4
CAP, BEP, Baccalauréat ²	41,2	44,4	46,9	48,6	7,4
Supérieur au baccalauréat ²	41,8	45,9	47,8	50,3	8,5
Ensemble ²	40,4	44,1	46,5	49,0	8,6
Espérance de vie à 35 ans des femmes en fonction de niveau de vie mensuel et diplôme					
Diplôme	Niveau de vie mensuel moyen par quartile ¹				Écart d'espérance de vie à 35 ans ²
	921 €	1 464 €	1 957 €	3 501 €	
Sans diplôme ²	46,7	48,6	50,0	51,1	4,4
Brevet, CEP ²	48,6	51,0	52,2	52,0	3,4
CAP, BEP, Baccalauréat ²	48,1	51,4	52,0	53,7	5,6
Supérieur au baccalauréat ²	48,5	51,0	51,9	53,6	5,1
Ensemble ²	48,0	50,6	51,8	53,1	5,1

1. En euros.

2. En années.

Lecture : en 2012-2016, parmi les 25 % les plus aisés, dont le niveau de vie moyen est de 3 500 euros par mois, l'espérance de vie à 35 ans des hommes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat est de 50,3 ans.

Champ : personnes âgées de 35 ans ou plus, France hors Mayotte.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

Le lien entre le milieu social et les conséquences des maladies et accidents que sont les incapacités et les handicaps a aussi été clairement mis en évidence. Des études ont ainsi montré que les écarts d'espérance de vie entre milieux sociaux sont accrus si l'on décompte les années de vie passées en incapacité : les ouvriers ont donc non seulement une durée moyenne de vie inférieure (41 ans pour ouvrier, 47 ans pour un cadre), mais passent en outre un plus grand nombre d'années de vie en incapacité que les cadres. À 35 ans, un ouvrier peut espérer vivre 24 ans sans incapacité, un cadre peut espérer vivre 34 ans sans incapacité. Le premier n'atteindra pas l'âge de la retraite (60 ans) sans incapacité, le second bénéficiera de 9 ans de retraite sans incapacité. Le travail est donc le déterminant essentiel de la santé.

1. Concernant les causes de mortalité en France, cocher la réponse fausse :

- ☐ A. Les femmes meurent plus de maladies de l'appareil circulatoire que les hommes.
- ☐ B. Les hommes meurent plus de tumeurs que les femmes.
- ☐ C. Environ 50 % des morts sont dues aux maladies de l'appareil circulatoire.
- ☐ D. Environ 28 % des morts masculines sont dues aux tumeurs.
- ☐ E. 23 % des morts féminines sont dues aux tumeurs.

2. Quelle est la réponse fausse ?

- ☐ A. La mortalité prématurée évitable n'est pas homogène sur le territoire.
- ☐ B. La mortalité prématurée évitable peut être imputée au système de santé.
- ☐ C. La mortalité prématurée évitable est plus forte en Île-de-France que dans les Hauts-de-France.
- ☐ D. La France occupe ainsi le 16^e rang des pays européens en termes de mortalité prématurée.
- ☐ E. La mortalité prématurée évitable peut être liée à une prise individuelle de risque.

3. Les trois principales causes de mortalité en France en 2016 sont :

- ☐ A. Les démences.
- ☐ B. Les suicides.
- ☐ C. Les pathologies cardiovasculaires.
- ☐ D. Les accidents de la route.
- ☐ E. Les tumeurs.

4. La mortalité prématurée :

- ☐ A. Est la mortalité des enfants pendant la grossesse.
- ☐ B. Correspond à un nombre d'années potentielles de vie perdues.
- ☐ C. Est beaucoup plus élevée pour les femmes que pour les hommes.
- ☐ D. Représente 1/3 des décès.
- ☐ E. Pourrait être évitée en agissant sur le système de soins ou sur les comportements individuels.

5. L'écart moyen d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de (cocher la bonne réponse) :

- ☐ A. Aucun écart.
- ☐ B. 3,3 ans.
- ☐ C. 5,3 ans.
- ☐ D. 10,3 ans.
- ☐ E. 22,3 ans.

Le système de santé français

Les différents systèmes de santé

Tout système de santé a pour fonction d'améliorer la santé des populations. Historiquement, il existe trois grands types de systèmes de santé que nous allons détailler ci-dessous, afin de mieux caractériser le système de santé français. Si chacun des trois types de systèmes de santé a ses avantages et ses inconvénients, il reste que certains sont quand même plus performants que d'autres et permettent à leurs usagers d'être en meilleure santé.

Il convient donc d'abord de déterminer ce qu'est un système de santé, de détailler les différents systèmes de santé, puis d'étudier le système de santé français plus en détail.

I. Définition et caractéristiques d'un système de santé

Un système de santé se définit comme *l'ensemble des moyens (organisationnels, financiers, structurels ou humains) et activités dont la fonction est la préservation et l'amélioration de l'état de santé de la population, à travers des actions qui visent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à guérir, à soulager les souffrances et à réduire les conséquences des maladies sur le plan fonctionnel et social.*

Un système de santé idéal devrait être à la fois :

- **Global** : il ne doit négliger aucun secteur (préventif, curatif, palliatif) ;
- **Efficace** : il doit être efficient économiquement et efficace techniquement, c'est-à-dire qu'il doit fonctionner correctement ;
- **Accessible** : chacun doit y avoir accès d'un point de vue géographique et économique ;
- **Acceptable** : il faut qu'il y ait un assentiment de la population (si par exemple on ferme un hôpital) ;
- **Planifiable et évaluable** : il faut qu'on puisse mesurer sa performance pour l'organiser plus efficacement ;
- **Souple et modifiable** : il doit pouvoir s'adapter aux changements de morbidité qui surviennent dans la population (vieillesse, maladies chroniques) ou aux progrès techniques.

II. Les trois grands types de systèmes de santé

Historiquement, c'est en Europe qu'apparaissent les premiers systèmes de santé cohérents, et notamment en Allemagne, dès la fin du XIX^e siècle, sous l'égide du Chancelier Bismarck, suivie dans la première moitié du XX^e siècle par la France et le Royaume-Uni, mais aussi les États-Unis. Traditionnellement, on distingue entre trois grands types de système de santé : le système professionnel dit « de Bismarck » ; le système universel dit « de Beveridge » ; et le système libéral américain ; le système de santé français partageant des propriétés avec ces trois systèmes.

Il s'agit donc d'étudier les principes et le fonctionnement de chaque grand système de santé, afin de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacun.

A. Le système professionnel dit « de Bismarck »

1. Quand ?

En 1881, en Allemagne, le chancelier Bismarck fait voter la « *sozialpolitik* » (la politique sociale) pour contenir ses adversaires de la social-démocratie naissante. Cette politique sociale prend effet par le vote de trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie. La loi de 1883 rend l'Assurance-maladie obligatoire pour les ouvriers à bas salaires, celle de 1884 ajoute l'Assurance contre les accidents du travail, et celle de 1889 achève l'œuvre de Bismarck par l'instauration d'une Assurance invalidité et vieillesse obligatoire.

2. Comment ?

Dans le système bismarckien, le droit à l'Assurance-maladie constitue un **attribut du travailleur** et de ses « ayants droit » (sa famille et ceux qui vivent avec lui).

La protection sociale y est donc financée par les entreprises et les travailleurs. Le **financement** se fait donc par le biais de **cotisations** assises sur les salaires et à taux variables. La cotisation est ainsi proportionnelle au salaire du cotisant. Ces cotisations sont gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs, c'est-à-dire les syndicats, aussi appelés les « partenaires sociaux ».

Les partenaires sociaux président ainsi les conseils d'administration de « caisses de Sécurité sociale », gèrent les fonds et les risques et sont responsables du respect du droit et de l'équilibre financier. Ces prélèvements obligatoires sont contrôlés par le parlement.

Dans ce genre de système, la médecine est en général libérale, c'est-à-dire payée à l'acte et indépendante. La participation des patients y est plus importante (10-15 %), et donc l'égalité d'accès *a priori* moins grande.

Cinq principaux inconvénients caractérisent le système de type bismarckien :

1. D'abord ce système, fondé sur les assurances sociales fait que certaines catégories de personne en sont exclues, c'est-à-dire les citoyens qui ne travaillent pas et/ou qui n'ont pas de lien avec un travailleur. Il faut donc que l'État crée un système de sécurité sociale, selon les principes d'un système à la Beveridge, destiné à prendre en charge ces exclus, pour ne pas contrevenir au principe de solidarité et de l'égalité d'accès aux soins pour tous.
2. De plus, chaque caisse, étant liée à une profession (caisse des marins, des mineurs, des artisans, des salariés, etc.), doit préserver son équilibre financier en s'assurant que le nombre de cotisants et leur capacité contributive soit en adéquation avec le nombre de bénéficiaires et leurs besoins.

3. De même il existe nécessairement un déséquilibre financier entre les diverses caisses de Sécurité sociale qui sont liées chacune à une profession : il faut donc organiser une compensation financière entre les caisses, ce qui revient à imposer une solidarité entre les professions et donc à unifier une partie du financement.
4. Cette organisation des caisses par profession génère aussi une médecine à plusieurs vitesses puisque les taux de cotisation et les droits accordés aux différentes professions varient en fonction des caisses. Le système professionnel induit donc des inégalités de protection entre les différentes professions.
5. Enfin, d'un point de vue plus global, ces systèmes professionnels ont tendance à générer des déficits car le contrôle des dépenses y est moins efficace.

Mais deux avantages semblent contrebalancer ces inconvénients :

- la qualité des soins y est meilleure que dans d'autres systèmes ;
- l'accès aux soins y est aussi meilleur.

B. Le système national dit « de Beveridge »

1. Quand ?

C'est en 1942, en pleine Seconde Guerre mondiale, que Lord Beveridge publie un rapport qui propose que chaque citoyen britannique ait le droit à la Sécurité sociale. Il dote par là le Royaume-Uni, au sortir du dernier conflit mondial, d'un nouveau système : le « Welfare State », ou l'État-providence. La Sécurité sociale y apparaît en effet comme une composante de toute politique de progrès social car elle permet de redistribuer du pouvoir d'achat et ainsi de soutenir l'activité économique. Le rapport Beveridge a conduit à cinq grandes lois :

- La loi sur l'Assurance-maladie en 1946 qui unifie tous les régimes d'Assurance-maladie existants ;
- La loi sur le Service national de santé (*National Health Service*, ou *NHS*), votée en 1946, qui instaure un système de santé fournissant gratuitement les biens et services médicaux. L'administration et la gestion du NSH sont confiées au ministère de la Sécurité sociale ;
- La loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- La loi sur l'assistance, votée en 1948, qui définit un seuil de pauvreté qui permet de bénéficier de prestations non contributives, c'est-à-dire non sujettes à des cotisations (comme le Revenu de solidarité active en France par exemple) ;
- La loi sur les prestations familiales qui crée le premier régime d'allocations familiales pour les familles de deux enfants et plus.

Ce type de système a été instauré au Royaume-Uni en 1946, mais aussi en Italie et au Portugal en 1979, en Grèce en 1983, en Australie et en Nouvelle-Zélande en 1985, la plupart du temps par des gouvernements socialistes.

2. Comment ?

Dans le système beveridgien, le droit à l'Assurance-maladie constitue un **attribut du citoyen**. Les principes fondateurs de ce type de système se résument souvent aux trois « U » :

- **Universalité** : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, est protégé contre tous les risques sociaux ;
- **Unité** : une administration unique est chargée de gérer chaque risque ;
- **Uniformité** : chacun bénéficie des aides en fonction de ses besoins et non de ses revenus.

Les bénéficiaires des prestations sociales sont tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière. Le **financement** se fait par l'**impôt** sur le revenu et non par les cotisations. Le montant de cet impôt est fixé par le Parlement. Ce financement repose donc sur une double solidarité : entre les riches et les pauvres, et entre les bien portants et les malades.

Dans ce genre de système, les soins sont en général gratuits et donc l'égalité d'accès aux soins y est *a priori* plus grande. Mais ce type de système génère un certain nombre d'inconvénients :

1. Tout d'abord, ce type de système nécessite un rationnement : si tout le monde a un accès égal et gratuit aux soins, cela crée des files d'attente. Il faut donc définir des priorités et des critères d'accès aux soins ;
2. De plus, la qualité des soins n'y est pas optimale et n'est pas toujours adaptée aux attentes des patients. Les médecins n'ont en effet pas d'intérêt financier à soigner mieux leurs patients ;
3. Enfin, ce type de système génère inévitablement un système privé en sus du secteur public, donc un « système à deux vitesses », d'autant plus important que le rationnement est fort dans le secteur public.

Néanmoins, il possède trois avantages majeurs :

- la gratuité des soins ;
- l'égal accès de tous aux soins ;
- le contrôle des dépenses y est plus efficace, puisque tout est géré par une administration unique.

C. Le système libéral des États-Unis d'Amérique

1. Quand ?

C'est en 1930 qu'apparaissent aux États-Unis les premiers plans d'assurance qui sont créés par les hôpitaux eux-mêmes : la *Blue Cross* est ainsi la première compagnie privée d'Assurance-maladie. En 1940, cette assurance s'élargit aux soins ambulatoires avec la *Blue Shields*. Pendant la Seconde Guerre mondiale, la hausse des salaires est interdite, et pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre, l'octroi d'une Assurance-maladie permet de compenser l'absence de hausse des salaires. L'Assurance-maladie est donc conçue comme un élément

de la rémunération des travailleurs, qui permet notamment de limiter la mobilité des salariés.

Néanmoins, face à cette absence d'Assurance-maladie publique, obligatoire et universelle, ont été mis en place un certain nombre de programmes publics visant à garantir un accès aux soins pour les plus démunis. En 1965, sous la présidence de Lyndon Johnson, sont ainsi créés *Medicare* qui étend l'Assurance-maladie aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux handicapés ; et *Medicaid* qui permet aux personnes à bas revenus d'accéder aux soins. En 1997, sous l'administration Clinton, est créé le SCHIP, *State Children's Health Insurance Program*, qui vise à garantir l'accès aux soins pour les enfants issus des familles à faibles revenus qui ne peuvent bénéficier de *Medicaid*.

2. Comment ?

Le système libéral américain se caractérise essentiellement par le fait qu'il n'existe aucun système d'Assurance-maladie obligatoire. Les acteurs privés (les assurances, collectives ou individuelles) y jouent donc un rôle majeur, et les organismes sont multiples. C'est un système de santé qui coûte cher, puisque les dépenses de santé représentent près de 18 % du PIB, soit environ 8 500 \$ par habitant par an. Ce système engendre aussi de nombreuses inégalités.

Ainsi 60 % des Américains sont couverts par une assurance privée liée à leur emploi, 9 % ont une assurance individuelle, 14 % bénéficient de Medicare, 13 % de Medicaid, et 16 % (soit environ 46 millions d'Américains) n'ont aucune couverture.

Le financement de l'Assurance-maladie se répartit entre le public et le privé : en 2014, les dépenses de santé sont financées à 45 % par l'État, à 37 % par les assurances privées, et à 18 % par les ménages.

Ainsi, l'Assurance-maladie est aux États-Unis essentiellement privée et est aujourd'hui principalement obtenue dans le cadre d'une entreprise. Cela signifie que quand une personne perd son travail, elle perd aussi sa couverture maladie.

En ce qui concerne les programmes publics, nous avons donc tout d'abord Medicare : c'est un programme fédéral d'Assurance-maladie qui est destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans, aux handicapés et aux insuffisants rénaux sévères. Il concerne 14 % de la population et est accordé sans critère de revenus. Il est financé par les cotisations sociales des employeurs et des employés (hospitalisation), mais aussi par le budget fédéral et des contributions volontaires.

Puis nous avons Medicaid : c'est un programme financé à la fois par l'État fédéral (56 %) et les États fédérés. Il concerne les personnes à bas revenu (dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral qui est fixé à 33 000 \$) et répondant à certaines caractéristiques, mais aussi les enfants à travers le SCHIP, qui vient pallier en 1997 les insuffisances du programme Medicaid. Ces deux programmes concernent 13 % de la population (environ 33 millions de personnes).

Le problème est qu'une part importante de la population américaine à bas revenu n'a pas accès à Medicaid, notamment les familles sans enfants, les personnes seules et les jeunes de moins de 19 ans, et ceci quels que soient leurs revenus.

En fait on estimait que 50 millions d'Américains, soit 17 % de la population, n'étaient couverts par aucune Assurance-maladie. Cette absence de couverture avait un impact considérable sur l'accès aux soins mais également sur l'état de santé des Américains les plus pauvres ou précaires. C'est pour remédier à cette situation indigne du pays le plus riche de la planète que Barack Obama a promulgué le 30 mars 2010, et ce malgré la vive opposition de l'opposition conservatrice (aucun député de l'opposition n'a voté pour cette loi, une première dans l'histoire) et d'une partie de la population américaine, la « loi sur la protection des patients et des soins abordables » (*Patient Protection and Affordable Care Act*), appelée aussi « *Obamacare* », qui visait à garantir à une bonne partie de ces 50 millions d'Américains non couverts une véritable Assurance-maladie. D'après un rapport publié début juin par le ministère de la Santé américain, cette loi permet à 31 millions de personnes de bénéficier d'une couverture sociale. Grâce à elle, le taux d'Américains sans Assurance-maladie est passé de 20,3 % en 2013 à 9 % en 2017.

Malgré les efforts de Donald Trump pour détricoter l'Obamacare, notamment via des recours devant la Cour suprême qui n'ont pas abouti, celui-ci est redevenu une priorité suite à l'élection de Joe Biden à la présidence des États-Unis d'Amérique. Néanmoins, le système de soins américain est mauvais : ainsi, un enfant américain né en 2019 vivra en moyenne 76,6 ans, contre 80,3 ans pour un enfant français (*Source : ONU – World Population Prospects 2019 revision*). De même, les États-Unis se classent 33^e sur 35 pays membres en matière de mortalité infantile, devançant uniquement la Turquie et le Mexique.

Tableau récapitulatif des systèmes de santé

Caractéristiques	Bismarck	Beveridge	Système libéral	Système français
Couverture	Assurances sociales assises sur une base socioprofessionnelle (La protection sociale est attribut du travailleur)	Universelle (la protection sociale est un attribut du citoyen)	Assurances privées et programmes publics pour les plus démunis	Assurances sociales assises sur une base socio-professionnelle, mais évolution vers un système à la Beveridge avec la mise en place de la CMU
Obligation pour	Les Assurés	Tous	Pas d'obligation	Tous
Mode de financement	Cotisations salariales	Impôts	Cotisations et impôts	Cotisations et impôts (CSG, CRDS)
Bénéficiaire	Le travailleur	Le citoyen	Certains travailleurs et certains citoyens	Le travailleur et le citoyen
Avantages	Qualité des soins	Gratuité Égalité d'accès aux soins Contrôle des dépenses	Qualité des soins Contrôle des dépenses	Égalité d'accès aux soins
Inconvénients	Risque d'exclusion Déséquilibres financiers entre régimes Inégalités de protection sociale Contrôle des dépenses	Rationnement Qualité des soins Système à deux vitesses	Fortes inégalités d'accès aux soins Exclusion Système à deux vitesses	Contrôle des dépenses