

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.

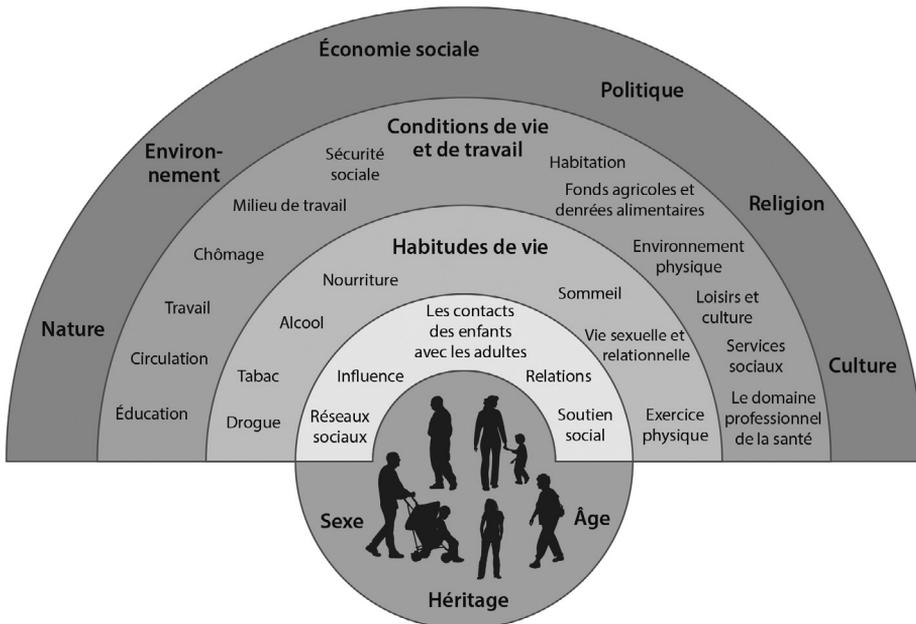
Un exemple souvent utilisé pour schématiser les déterminants de la santé est le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991), qui se présente sous la forme d'un arc-en-ciel et distingue cinq niveaux interdépendants des déterminants de la santé.

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 proscrit.

	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 2018, il existe 34 maladies à déclaration obligatoire : 32 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 (mésothéliomes, saturnisme de l'enfant mineur). Si le Covid-19 ne fait pas partie de la liste des maladies à déclaration obligatoire, il est néanmoins une maladie à déclaration obligatoire, dans un système spécifique et temporaire : le médecin qui diagnostique un cas de Covid-19 doit ainsi le déclarer sur la plateforme Contact Covid, avec les informations personnelles. Il est aussi fortement encouragé à recenser les personnes vivant sous le même toit que la personne malade, mais il n'est pas tenu légalement de le faire.

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 600 000 décès enregistrés chaque année en France. C'est grâce à ces certificats de décès que les Français ont pu suivre en temps réel la mortalité due à le Covid-19 ; qui a fait environ 30 000 morts jusqu'à présent.

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 2016, il existait en France 62 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.

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 interrégimes 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 2003, 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.