

LA SANTÉ PUBLIQUE EN ACTION

Extrait livre Aquilino Morelle ; Didier Tabuteau « La sante publique » Que sais-je ? 126 p. PUF 2023

1. La santé publique en action

1.1. Une démarche fondée sur l'épidémiologie

L'épidémiologie est la science qui frappe le peuple. Elle s'intéresse à une population ou à un groupe humain donné.

Historiquement cette discipline s'est construite à partir de l'analyse et la prise en charge des épidémies (peste et choléra) qui ravagèrent l'Europe et le monde jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Progressivement elle a élargi son champ de réflexion et d'action aux maladies infectieuses et en particulier aux maladies transmissibles puis à toutes les maladies (cancer, MCV, diabète...) ; enfin à tous les phénomènes de santé (suicides, accidents de la route ou domestiques...

L'épidémiologie possède une triple dimension :

- **descriptive et prescriptive** : l'épidémiologie s'attache tout d'abord à observer les phénomènes sanitaires dans une population donnée, à les décrire, à les mesurer dans leur fréquence et dans leur variation dans le temps, à examiner leur répartition dans l'espace, à étudier leur distribution dans les différents groupes humains considérés ;
- **analytique et étiologique** : l'épidémiologie vise ensuite à établir les origines et les facteurs explicatifs du phénomène observé (son étiologie). La plupart des phénomènes sanitaires n'acceptant pas de cause univoque et relevant d'une approche plurifactorielle, c'est moins à la causalité qu'à la recherche de facteurs associés significativement d'un point de vue statistique à l'apparition du fait considéré que l'épidémiologie s'attache c'est-à-dire à la mise au jour de corrélations.
À cette fin, des hypothèses explicatives sont formulées à partir des données recueillies.
Elles peuvent permettre d'identifier un ou des facteurs de risque. On désigne par « facteur de risque » tout facteur qui se trouve associé en général de façon négative à la survenue du trait morbide considéré ;
- **décisionnelle et évaluative** : l'épidémiologie sert enfin à décider des solutions appropriées pour contrôler ou éradiquer la maladie ou le risque sanitaire en question. Une fois ces mesures prises, elle permet d'en mesurer les répercussions, d'évaluer les résultats des politiques, prévention, dépistage, prise en charge, traitement... mises en œuvre, de juger des effets de la législation adoptée ou de la réglementation édictée.

Pour les deux premières approches, le recueil des données sanitaires est une étape primordiale. Il porte sur l'ensemble de la population concernée ou plus souvent sur un effectif plus restreint et considéré comme représentatif de cette population, appelé échantillon.

L'enquête épidémiologique peut être rétrospective ou prospective, transversale ou longitudinale.

L'enquête transversale permet d'obtenir à un instant donné une vision d'un état sanitaire de la population et en particulier de connaître la prévalence de pathologies.

L'enquête longitudinale fondée sur l'analyse des études réalisées sur une certaine durée auprès d'un groupe de personnes prédéfinies. Elle a pour objectif de suivre l'incidence des maladies comme l'évolution des cancers.

L'enquête rétrospective ou enquête dite « cas /témoins » consiste à comparer deux groupes : le premier est formé de personnes atteintes par le phénomène morbide étudié et représentant le facteur de risque suspecté : les cas, le second, de personnes indemnes « les témoins »

L'enquête prospective ou enquête dite de « cohorte » compare le devenir d'un groupe de sujets exposés à un facteur de risque donné par rapport à une population de référence constituée de sujets non exposés.

Le raisonnement épidémiologique se fonde aussi sur **l'utilisation d'indicateurs sanitaires**. On désigne ainsi un instrument statistique permettant d'appréhender une réalité sanitaire, de suivre son évolution dans le temps, mais aussi dans l'espace ce qui permet de comparer des populations différentes entre elles et de juger de l'efficacité d'actions publiques.

Les indicateurs permettent de porter une appréciation éclairée sur la situation sanitaire d'un pays.

Quelques indicateurs universels sont d'usage universel :

- le taux brut de natalité : nombre naissance de naissances vivantes ramené à la population de l'année ;
- le taux brut de mortalité : nombre total de décès enregistrés au cours d'une année rapporté à la population de l'année ;
- le taux de mortalité infantile : nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an rapporté au total des naissances vivantes de l'année ;
- le taux brut de reproduction : il s'agit du nombre théorique de filles qui naîtraient d'une cohorte de femmes en âge de procréer et vivant, par hypothèse, jusqu'à 50 ans, auxquelles serait appliqué le taux de fécondité valable l'année considérée ;
- l'espérance de vie, calculée en général à la naissance : c'est le nombre d'années qu'il reste à vivre en moyenne pour une population donnée à la date considérée.

Avec les indicateurs de morbidité, il s'agit cette fois d'apprécier la fréquence d'une maladie ou d'un phénomène sanitaire. Deux types d'indicateurs sont particulièrement utilisés : la prévalence et l'incidence.

La prévalence d'une maladie est le rapport entre le nombre de cas cumulés de cette affection à un moment donné et la population totale d'où sont tirés ces cas.

L'incidence se définit comme le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée rapporté à l'effectif total de la population considérée. Elle est intéressante à suivre lors d'un épisode épidémique. On le fait alors grâce à une courbe épidémique, c'est-à-dire la représentation graphique (histogramme) du nombre de cas enregistrés en fonction du temps. On peut ainsi suivre régulièrement la progression (linéaires ou par vagues) de la maladie considérée.

Ce suivi peut aussi porter sur l'espace et non plus sur le temps par la localisation des cas survenus : on établit à cette fin une cartographie de ces cas ou carte épidémique.

1.2. Une discipline tournée vers l'action

Il s'agit d'une démarche inductive permettant l'établissement de connaissances à partir du recueil et du traitement des informations sanitaires disponibles. L'épidémiologie est tournée vers l'action. Elle cherche à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes de santé pour décider et agir.

Elle met en particulier en lumière et pondère entre eux les 5 grands types de facteurs influençant la santé, que l'on appelle déterminants de la santé et sur lesquels il est primordial d'agir.

- L'hérédité et la biologie humaine : chacun le sait les hommes ne sont pas égaux devant la maladie. Le patrimoine génétique peut d'abord expliquer l'existence de maladies qualifiées de génétiques (l'hémophilie par exemple). Plus largement, il rend compte de l'apparition de nombreuses maladies (diabète, certains cancers...) comme ce que la médecine a de tout temps désigné par le mot « terrain » c'est-à-dire la susceptibilité propre de chaque patient face à une affection donnée.
- L'environnement : son influence sur la santé est depuis l'antiquité. Pollutions de toutes sortes (sols, airs, eaux), contaminations alimentaires, agressions sonores : bien des troubles de santé sont aujourd'hui imputables à l'environnement.

- Le contexte socio-économique : la pauvreté, le faible niveau scolaire et d'éducation, la place inférieure dans la hiérarchie sociale ou subordonnée dans l'organisation du travail, la perte d'emploi etc..sont autant de facteurs négatifs pour la santé. Améliorer la santé publique implique donc de s'attaquer aux inégalités sociales.
- Les modes de vie et les comportements individuels : les décisions prises par les individus ont des répercussions souvent majeures sur leur santé. Tabagisme, alcoolisme, toxicomanies et autres « conduites à risques » représentent ainsi des paramètres sanitaires décisifs. S'ils résultent de choix individuels et renvoient à ce titre à la responsabilité personnelle, ils sont largement conditionnés par le milieu, l'éducation reçue, le niveau socio-économique.
- Le système de santé : même s'il est le facteur auquel beaucoup pensent spontanément lorsqu'on évoque le niveau de santé, sa contribution selon la plupart des études épidémiologiques serait relativement modeste. Le niveau de remboursement des prestations, l'étendue de la couverture sociale, l'organisation effective des structures sanitaires comptent tout autant que la qualité des soins dispensés.

1.3. Le paradoxe français

Envisagé de façon globale, l'état de santé des Français peut être jugé très satisfaisant. Ainsi la France occupe la première place dans le classement des systèmes de santé dans le monde établi par l'OMS en 2000¹. Avec en 2021, selon l'INSEE, un taux brut de mortalité de 9,8/1 000, une espérance de vie à la naissance pour les femmes de 85,4 ans et de 79,3 ans pour les hommes, notre pays continue d'enregistrer des performances remarquables.

L'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe aussi bien pour les hommes (19,7 années soit 3 ans de plus qu'en 1996) que pour les femmes (23,5 années soit 2 ans de plus qu'en 1998). Pour l'essentiel ce résultat est dû aux progrès de l'alimentation, puis de l'hygiène privée et publique pour ce qui concerne la période allant jusqu'à la seconde guerre mondiale.

Ombre inquiétante à ce tableau :

- le taux de mortalité infantile a recommencé à augmenter depuis 2012 au rythme de 0,04/1 000 de naissances vivantes par an ce qui selon Eurostat place désormais notre pays avec un taux de 3,8/1 000 en 2021 à la 25^e place en Europe, loin derrière la Finlande 2,1/1 000 et l'Italie 2,4/1 000 ;
- le taux de mortalité prématurée reste élevé en France : en France on enregistrait des taux de 122 et 239 pour 100 000, respectivement pour les femmes et pour les hommes soit environ 20 % (131 400) de la mortalité totale (657 000 décès en 2021). 1/3 (43 800 décès) de cette mortalité prématurée est considérée comme « évitable » car lié à des comportements à risque qui pourraient être réduits par la prévention primaire. Les principales causes en sont les cancers bronchopulmonaires, ceux de voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage, les psychoses alcooliques, les cirrhoses hépatiques, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le SIDA. [...] ces mauvais résultats confèrent cette fois à la France l'une des dernières places au sein des pays de l'Union européenne.

À ce premier constat viennent s'ajouter des inégalités sociales et spatiales de santé marquées. Bien que disposant d'un système de soins très performant, auquel elle consacre un effort considérable, de graves inégalités entre citoyens devant la santé perdurent en France. **(2^e paradoxe français)**

- Les sexes ne sont pas égaux devant la mort. Il existe d'importants écarts de mortalité entre catégories socio-professionnelles. L'espérance de vie d'un cadre à 35 ans ou celle d'un membre d'une profession libérale atteint 45 années alors que celle d'un ouvrier, au même âge n'est que de 38 années. Cela s'explique par une surmortalité prématurée des ouvriers 3 fois plus élevée que celles des professions dites supérieures. Ces inégalités sociales apparaissent avant même la naissance, en raison de différences de suivi médical de la grossesse et de l'existence de comportements matériels à risque.

¹ Rapport de l'OMS « La santé dans le monde, 2000 ».

- Des inégalités géographiques existent aussi, selon l'INSEE, en 2020, l'espérance de vie d'un homme variait de 80,2 ans à Paris à 72,3 ans à Mayotte ; celle d'un homme dans la région Nord Pas de calais 71 ans est inférieure de 5 années par rapport à celle d'un habitant de la région Midi Pyrénées 76 ans. Il existe aussi un gradient de mortalité Nord/Sud en France.

3^e paradoxe : le déséquilibre entre système de soins et système de prévention. Tout système de santé repose sur deux piliers : le système de soins (les hôpitaux, leurs personnels et leurs plateaux techniques, le corps médical et paramédical) et la prévention. Trop souvent en France on n'a pas perçu ou pris en compte que le premier, ignorant ou méprisant la seconde. Ex. : persistance des maladies nosocomiales

4^e paradoxe : la France est à la fois « la lanterne rouge » de la santé publique et une des locomotives de la recherche médicale dans le monde. Patrie de Louis Pasteur et de Luc Montagnier, elle est aussi le pays qui a accumulé d'exécrables résultats lors des crises sanitaires, ex. : surcontamination par le VIH des personnes transfusées, 15 000 morts lors de la canicule de 2003.

Les trois ambitions de la santé publique :

- maîtriser les risques (1-promotion de la santé : santé communautaire, éducation à la santé, prévention, 2-sécurité sanitaire : nouvelle approche de la santé publique, principe d'évaluation, obligation de précaution, impartialité de l'expertise, transparence de l'information, institutions de sécurité sanitaire, gestion de crise) ;
- organiser le système de soins (1-l'offre de soins : un système hospitalier étoffé, une médecine ambulatoire en rapide évolution, une industrie des produits de santé devenue un enjeu majeur, un système de santé privilégiant le soin et centré sur le médecin, 2-la prise en charge socialisée des dépenses de santé : la laborieuse construction d'un système universel d'assurance maladie, le système français de protection contre la maladie, les prestations de l'assurance maladie 3-la régulation du système de santé : un système d'assurance maladie caractérisé par la liberté des acteurs, la régulation des dépenses, la maîtrise de la demande, la maîtrise de l'offre, les réformes de la gouvernance, la promotion de la qualité ;
- façonner un homme nouveau.