

# La démarche en santé publique 2

Nous avons vu dans le chapitre 1 la diversité des concepts qui sont nécessaires pour développer une démarche de santé publique. Cette richesse de la santé publique peut facilement décontenancer, dérouter car son objet, la santé des populations, est extrêmement vaste mais aussi très complexe.

Aussi est-il indispensable pour avancer dans une démarche de santé publique non seulement de connaître les concepts de santé et les éléments qui forgent notre santé, mais d'aborder les questions posées de façon rationnelle, en construisant des modes de connaissance de la santé adaptés aux populations étudiées.

Nous aborderons dans ce chapitre les modes de construction de ces démarches et positionnerons les outils nécessaires aux différents temps de cette démarche.

## La population : l'objet de la santé publique

En préalable il faut rappeler que la santé publique s'intéresse à une population dans son ensemble. Elle vise à promouvoir tous les aspects qui contribuent à sa santé, dans une démarche de protection et de promotion, en prenant en compte la santé physique et la santé mentale, la santé objective, mesurable, comme la santé subjective (santé perçue).

Elle concerne toute la population, dans sa diversité, en s'attachant à ne pas méconnaître ceux que l'on ne voit pas, ceux qui pour de multiples raisons sont silencieux, plus ou moins invisibles : handicapés, sans-papiers, sans-logement, détenus, minorités stigmatisées, femmes battues, tous et toutes souvent à distance des circuits de soins, sur lesquels nous n'avons guère d'information, et que, consciemment ou non, la société rejette, oublie, néglige. La santé publique a pour devoir, et pour mission prioritaire, de savoir les voir, analyser et comprendre, proposer, protéger et suivre.

La santé publique a pour mission phare la réduction des inégalités de santé au sein de la population.

## Construction rationnelle de la démarche

### Définition de la population concernée

Il s'agit de la première étape qui va structurer la démarche. De quelle population parlons-nous ? Nous l'avons vu dans le chapitre 1, la population a de nombreuses caractéristiques sociodémographiques qui vont être des déterminants essentiels de la santé : les risques pour la santé sont en effet très différents en fonction de l'âge et du sexe, du travail, des revenus, qu'il s'agisse des maladies aiguës ou chroniques.

Dans ce cadre, on peut vouloir prendre la mesure de la santé de toute la population, ou simplement d'un sous-ensemble de cette population : jeunes, nourrissons, personnes âgées, sur tout le territoire, ou seulement dans une région, une ville... un quartier.

Il faut ainsi préciser au mieux toutes les caractéristiques de la population : les principales variables étant, outre l'âge et le sexe, le lieu de résidence (zone urbaine, périurbaine ou rurale), le statut marital, le nombre d'enfants, le travail (CSP), le niveau éducatif et de formation (bac, nombre d'années d'études). Parfois d'autres caractéristiques sont utiles ou nécessaires : nationalité, origine géographique qui peuvent rendre compte de certains comportements liés à des valeurs culturelles ou de certaines difficultés d'insertion au sein du système socio-éducatif ou d'accès au système de soins.

Souvent, surtout s'il s'agit d'une population difficile à cerner, les données sont manquantes : la question du nombre de migrants entrant chaque année en France fait débat, en particulier du fait d'une migration clandestine par essence difficile à mesurer.

Les populations concernées sont parfois d'accès difficile (handicapés, illégaux, exclus), ou il s'agit d'une population très vaste (population française ou francilienne par exemple); le plus souvent il faut analyser un échantillon de cette population, car un recueil de données sur toute la population concernée serait trop lourd, trop coûteux. La qualité de l'étude conduite va fortement dépendre de la représentativité des personnes enquêtées; la qualité des données de santé suppose un travail de constitution de l'échantillon (cf. chapitre 3). Plus l'échantillon est important, plus la précision du résultat pourra être élevée, mais aussi plus l'étude sera coûteuse.

## Analyse de l'état de santé

---

C'est la première démarche en santé publique.

Cette analyse renvoie aux définitions de la santé. Il faut savoir quels paramètres de la santé on souhaite mesurer. Le choix du sujet de santé concerné est indissociable de celui de la population concernée (cf. figure 2.2).

Ce choix suppose d'avoir recueilli au préalable les informations disponibles. À ce sujet, il est indispensable de commencer par un travail bibliographique : c'est-à-dire recueillir dans la littérature les informations déjà publiées sur ce sujet, sur cette population. Cette première approche permet d'éviter de faire un travail qui a déjà été réalisé; il permet aussi d'orienter la démarche pour mieux approfondir le sujet.

La démarche d'analyse de l'état de santé suppose de recueillir des données, de les valider, puis de les analyser.

### ■ RECUEIL DES DONNÉES

Cette étape peut faire appel à de nombreuses méthodes en fonction des objectifs retenus.

- La mesure de la santé perçue par les citoyens (santé subjective) passe nécessairement par une enquête auprès des personnes concernées : souvent il s'agit d'une interview par des enquêteurs, ou d'autoquestionnaires directement remplis et retournés au responsable de l'étude. On doit anticiper sur les différentes difficultés méthodologiques; dans le premier cas il faut recruter et former des enquêteurs, dans l'autre élaborer des questionnaires simples, faciles à remplir pour prévenir différents biais de recueil de données : questionnaires non lus, mal remplis, non retournés très souvent avec données manquantes... biais de mémorisation aussi, notamment chez les personnes âgées, etc.
- La santé objective se mesure à partir de données de mortalité ou de morbidité. Celles-ci peuvent être accessibles à partir de systèmes déjà existants de recueil d'information : certificats de décès, registres de maladies, déclaration obligatoire (cf. «Veille et sécurité sanitaires» chapitre 7). Le plus souvent des enquêtes complémentaires sont nécessaires pour recueillir les données spécifiques à l'étude poursuivie, sur une population donnée, en particulier lorsque l'on souhaite étudier chez des personnes malades les déterminants de la maladie, ou préciser les facteurs d'exposition à un risque de maladie. Ces besoins d'information conduisent à mener des enquêtes dites descriptives, ou encore étiologiques de cohortes, selon les objectifs poursuivis (cf. «Choix des enquêtes» dans le chapitre 3).

### ■ VALIDATION DES INFORMATIONS

C'est une étape essentielle : cette validation passe par la recherche des erreurs qui ont pu entacher le processus de collecte de données ou de mesure d'un paramètre, appelé biais en épidémiologie (biais de recrutement de sujets, de classement, de confusion, etc.).

### ■ ANALYSE DES RÉSULTATS

Elle va permettre en principe de quantifier l'importance d'un problème ou d'un risque : quelle est la fréquence de la maladie dans la population étudiée ? Touche-t-elle davantage certaines tranches d'âge ? A-t-elle une gravité particulière chez certains sujets ?

Nombre d'écueils sont à éviter dans l'interprétation du résultat ; après la chasse aux biais, il faut parfois recourir à des tests statistiques pour savoir si les différences de santé observées entre deux populations sont réelles ou non (on parle souvent de différences statistiquement significatives pour exprimer qu'elles ne peuvent pas relever du hasard). L'analyse peut porter sur le lien recherché entre une exposition et une maladie.

Dans cette démarche, de type épidémiologique, et qui est en quelque sorte le cœur de la santé publique, il faut toujours garder à l'esprit que les résultats observés sont une conséquence directe du choix des paramètres de santé que l'on a mesurés. Et comme la santé est liée à de très nombreux paramètres, et que l'on ne peut pas tout mesurer, on doit toujours s'interroger sur les déterminants de la santé qui ont pu être omis.

Ainsi, si l'on analyse par exemple l'importance et les déterminants des accidents de la route, il ne suffit pas de connaître l'âge du conducteur et la gravité immédiate de l'accident pour prendre la mesure du problème. Il faut, si possible, en savoir beaucoup plus sur les circonstances (météo, expérience du conducteur, vitesse et type de véhicule, alcoolémie, prise d'autres produits par le conducteur, etc.) et en fonction de la question posée, avoir si possible connaissance du devenir à moyen ou long terme des blessures...

Parfois, l'interprétation des résultats peut nécessiter des données anthropologiques, sociales, politiques, économiques qui n'ont pas été prévues au début de l'étude et dont l'absence rend difficiles des conclusions pertinentes.

## Définition des besoins de santé

---

À partir de l'analyse de l'état de santé d'une population, on doit pouvoir prendre la mesure, en partie au moins, des besoins au regard des objectifs de santé que l'on souhaite atteindre.

Ces objectifs sont parfois définis de façon quantifiée, ainsi par exemple la loi de santé publique de 2004 en France, sur une centaine d'objectifs en santé, a défini les niveaux de résultats qu'il fallait atteindre dans les 5 ans suivant sa promulgation : objectif très ambitieux ! (cf. à ce sujet le chapitre 5).

De nombreux exemples parmi les 100 objectifs de la loi sont intéressants :

- réduire la consommation annuelle moyenne d'alcool de 20 % ;
- faire baisser la prévalence du tabagisme de 33 à 25 % chez les hommes, et de 26 à 20 % chez les femmes ;
- diminuer de 20 % la prévalence du surpoids ;
- réduire la fréquence des accidents de la route mortels liés au travail ;
- abaisser la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 à 7 % ;
- diminuer les doses d'irradiations individuelles et collectives liées aux expositions médicales ;
- atteindre 80 % de couverture de dépistage pour le cancer du col utérin.

Pour mener à bien ce suivi des résultats des politiques de santé, il faut pouvoir répondre à plusieurs conditions :

- disposer de données initiales permettant de mesurer la réalité et l'ampleur du problème : en clair avoir une situation de départ correctement mesurée. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas. Exemple : l'amélioration de la situation nutritionnelle des personnes âgées est inscrite dans ces objectifs, mais nous ne disposons pas des outils de mesure correcte du problème sur la situation de départ ;
- chercher à obtenir des résultats concrets, mesurables est louable, mais il faut que soient mis en œuvre les éléments d'une politique efficace : c'est souvent loin d'être le cas. Par exemple offrir un dépistage systématique à 100 % des chlamydioses des femmes à risques (objectif 43) est loin de correspondre à la réalité ;
- assurer le recueil des données nécessaires à l'évaluation des résultats dans des conditions qui permettent une comparaison des situations 5 ans plus tard est loin d'être possible sur tous les objectifs ; cela peut être assez difficile sur des paramètres de qualité de vie.

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a procédé à une démarche dévaluation 5 ans après la promulgation de la loi. Il a pu noter que sur la centaine d'objectifs, une dizaine s'avèrent globalement atteints, et 13 autres partiellement. Il est important de voir que 44 objectifs ont été considérés comme non évaluable ! Cela du fait de dimensions sociétales ou éthiques, ou de l'absence des indicateurs ou de valeurs de référence. Le rapport du HCSP souligne les difficultés liées à la mesure du résultat, notamment à la pertinence de la formulation de l'objectif et de l'indicateur. Il souligne aussi les difficultés d'interprétation des données, notamment du fait de valeurs moyennes nationales qui masquent des disparités géographiques, ou de sous-ensembles de la population, mais également les difficultés pour établir des liens entre l'évolution des données et les actions réellement conduites : la résultante observée pouvant être liée à l'interaction de plusieurs facteurs.

## Contribution aux politiques de santé

---

Comme on vient de le voir à partir des objectifs de la loi de 2004, une des missions majeures de la SP est de promouvoir la santé à travers des objectifs ciblés.

Dans ce domaine, la SP se doit d'apporter des analyses suffisamment fines pour favoriser des actions capables d'atteindre les populations les plus exposées, et de toucher aux déterminants, aux causes, des pathologies visées.

Pour cela, il est essentiel de disposer d'études analytiques (cf. chapitre 3) qui vont identifier les populations les plus exposées, et mesurer le sur-risque de maladie lié à l'exposition au risque, ou les populations en difficultés d'accès aux soins avec une étude de ces difficultés.

Exemples :

- réduire le nombre de nouvelles infections VIH en France nécessite de savoir quelles sont les populations où l'on observe l'incidence la plus élevée de cas ; les études conduites par l'InVS (Institut de veille sanitaire) montrent que la population homosexuelle masculine est celle où on observe, et de loin, la plus forte incidence. De cette constatation doit émerger une politique ciblée d'information et de prévention vers cette population ;
- renforcer la couverture du dépistage du cancer du sein par mammographie suppose de connaître les raisons de la non-adhésion de certaines femmes à la politique de dépistage : des questions parfois difficiles à résoudre, éloignement géographique dans des zones rurales, précarité économique et sociale qui réduit l'impact de message de prévention, peur de la révélation du diagnostic, etc.

La SP doit aussi contribuer au choix des politiques de santé les plus efficaces, c'est-à-dire celles qui ont le meilleur rapport d'efficacité au regard des moyens mis en œuvre. Si nous reprenons l'exemple du dépistage du cancer du sein : les recommandations actuelles, qui correspondent à la stratégie de dépistage organisé en France stipulent qu'une mammographie doit être effectuée tous les 2 ans à partir de 50 ans, et jusqu'à 75 ans. Pourquoi ce choix puisque des cancers du sein sont observés avant 50 ans ? Pourquoi pas dès 45 ou 40 ans ? Certains médecins recommandent ainsi des mammographies plus précoces, ou plus rapprochées, en particulier dans des familles où existent

des facteurs de prédisposition à ce cancer. Le point majeur à retenir est que les politiques de santé doivent s'adapter aux besoins des patients, prendre en compte la diversité des risques selon les formes d'exposition à la maladie ou à ses déterminants.

Cette contribution aux objectifs nationaux de santé peut se situer très directement au niveau de l'exercice des professionnels de santé notamment dans les pratiques de soins infirmiers :

- respect des règles d'hygiène et surveillance des dispositifs invasifs pour lutter contre les infections nosocomiales et les effets indésirables liés aux dispositifs médicaux;
- identification d'un surpoids : conseil hygiéno-diététique et orientation si besoin.

## Suivi de l'évolution de l'état de santé

La santé publique doit assurer une mission permanente de surveillance de l'état de santé et suivre les évolutions des besoins, repérer l'émergence des problèmes nouveaux, mesurer l'impact des choix des politiques de santé et des actions mises en œuvre.

Les outils de surveillance épidémiologiques sont indispensables à cette démarche. Ils doivent aussi être assortis de dispositif d'alerte des pouvoirs publics en cas de menaces épidémiques ou de risques croissants pour tout ou partie de la population.

Ces démarches de surveillance sont abordées dans le chapitre 7.

En matière d'évaluation des actions de santé, cf. également le chapitre 9.

Un schéma récapitulatif de la démarche en santé publique est proposé figure 2.1.

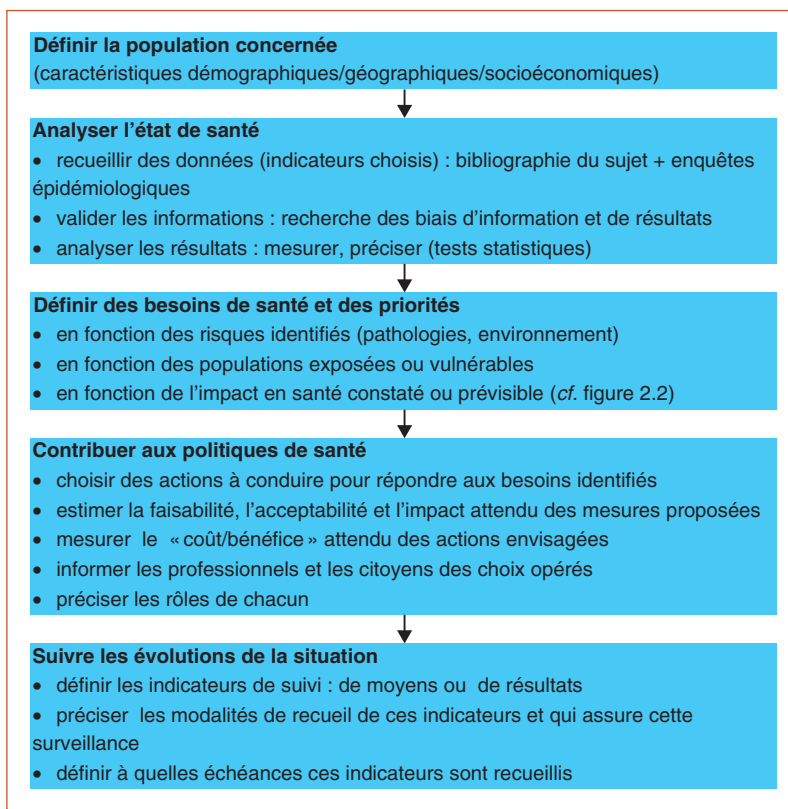


Fig. 2.1 Schéma de la démarche en santé publique.

## Les principaux outils de la santé publique

Les approches populationnelles des questions de santé, c'est-à-dire le souci de protéger et de promouvoir la santé, à l'échelle d'une population, nécessitent de prendre en compte de nombreux paramètres capables de caractériser une population, sa situation de santé, mais aussi ses déterminants, au sein d'un écosystème environnemental. Comme vient de le montrer la démarche de SP, il faut pouvoir inscrire des actions qui tiennent compte également des attentes de la population, et des moyens consacrés pour améliorer la santé.

Les principaux outils de la SP sont ainsi (cf. également chapitre 1) :

- **la démographie** : elle caractérise la population par sa composition en fonction de l'âge et du sexe, par sa fécondité, par sa répartition géographique sur un territoire, par ses évolutions migratoires, par son espérance de vie aux différents âges de la vie, mais aussi par ses caractéristiques socioprofessionnelles. Tous ces éléments constituent des indicateurs démographiques essentiels en santé publique ;
- **l'épidémiologie** : elle permet, par la mise en œuvre d'outils de surveillance, ou par des enquêtes spécifiques, le recueil et l'analyse des indicateurs de santé : prévalence, incidence des maladies, mortalité et létalité, mesure des risques liés à des expositions, rôle des déterminants de santé ;
- **les biostatistiques** : elles permettent de prendre la mesure d'un résultat, et de définir l'écart possible entre le résultat observé et la réalité : définition des moyennes, des médianes, des écarts types ; elles permettent également de mesurer la réalité d'un risque, son importance dans la survenue d'une maladie en fonction de l'exposition des populations ;
- **les sciences sociales** : elles apportent une dimension essentielle à la SP. Elles ont pour objet l'analyse de l'être humain dans sa dimension individuelle et collective. Elles sont constituées surtout par l'anthropologie, la sociologie, la psychologie. Elles sont également très en lien avec l'économie. Elles s'inscrivent dans le vaste ensemble des *sciences humaines* qui englobent aussi l'histoire, la linguistique, la démographie. Elles permettent de resituer, dans les approches de santé, l'homme, avec ses réalités biomédicales, dans son environnement socioculturel et économique dont nous savons le rôle clé qu'il joue comme déterminant de la santé ;
- **l'économie de la santé** : son rôle va croissant ces dernières années en SP, vues les contraintes économiques de plus en plus importantes qui pèsent sur les systèmes de santé et sur les dépenses de santé. Elle permet de mesurer les dépenses de santé au regard des politiques de santé. Elle permet aussi de confronter les ressources engagées aux résultats obtenus en matière de santé. Elle permet de définir si des actions sont « coûts-efficaces ». Elle définit aussi l'efficacité des actions de santé, et mesure les retards de prise en charge de pathologies au regard des charges restant aux citoyens (rôle de la couverture maladie universelle) ;
- **l'éthique et le droit** : ils ne seront pas développés ici ; les principaux points ont été abordés au chapitre 1.

## La recherche en santé publique

La santé est un équilibre fragile qui peut rapidement basculer vers des situations de pathologies, ou de dégradation, sous la menace permanente de l'environnement physique, social, professionnel, économique, etc.

Le rôle et la place de ces facteurs de risques en santé sont en évolution permanente.

Les indicateurs de santé ont montré ces dernières années une amélioration notable de la santé, en particulier en termes d'allongement de l'espérance de vie. Pour autant de nouveaux risques émergent, liés au vieillissement de la population, aux développements de technologies nouvelles, aux pollutions industrielles, aux évolutions des échanges de biens et de personnes dans le monde.

On définit ainsi des maladies émergentes ou des risques émergents (cf. chapitre 1) qui posent souvent des questions difficiles de mesure de l'importance des risques et des conséquences pour la santé.

Des recherches sont nécessaires pour orienter les politiques de santé, de prévention ou de prise en charge.

Les difficultés économiques, ou de croissance du PIB (produit intérieur brut), ont des conséquences sur l'organisation du système de soins et de prévention.

En France, la recherche en santé publique concerne de nombreuses structures, tout particulièrement l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Cet institut, créé en 1964, est un établissement public sous double tutelle (ministères de la Santé et de la Recherche). Il dispose d'un budget de 840 millions d'euros (2012) assuré à 71 % par l'État. Il développe des recherches dans tous les grands thèmes de la santé (neurosciences, cancers, pathologies cardiovasculaires, métabolisme, génétique, etc.), et en santé publique.

## Conclusion

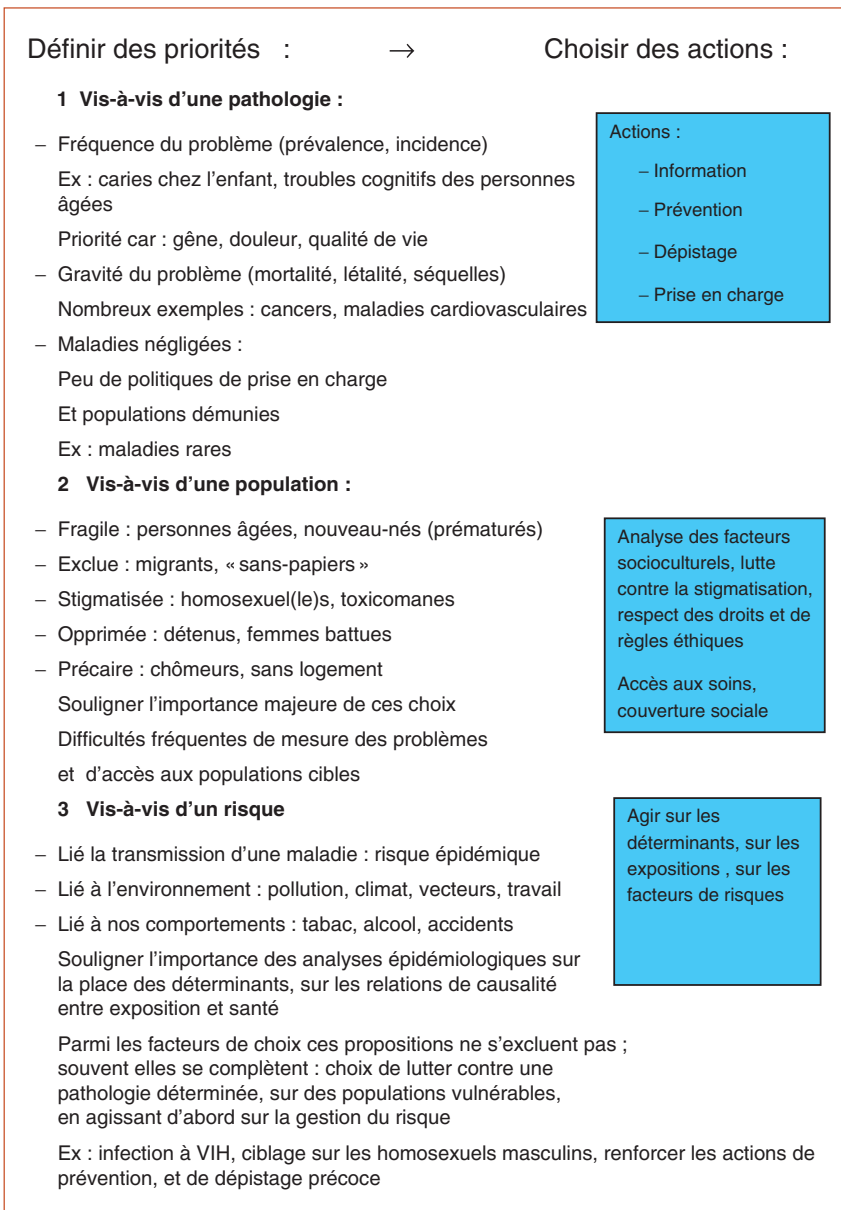
La démarche de santé publique est une démarche de protection et de promotion de la santé vis-à-vis d'une population. Elle vise d'abord par une collecte et une analyse des questions de santé à mesurer un état de santé, à cerner des risques immédiats ou à venir, à choisir des priorités au regard des populations les plus exposées et les plus vulnérables, à réduire les inégalités de santé (figure 2.2).

Elle procède le plus souvent par des enquêtes en population ou par la mise en place permanente ou épisodique de bases de données. Elle doit s'assurer d'abord de la validité des données, et de la rigueur de leur interprétation. Elle mobilise des professionnels de santé publique dans des domaines très diversifiés, notamment en sciences sociales et en sciences humaines.

Elle doit également être une force de proposition pour les politiques de santé, et assurer le suivi des résultats, dans une démarche d'évaluation et de recherche des stratégies les plus efficaces et/ou les plus efficaces.

## L'essentiel

- La santé publique a pour mission phare la réduction des inégalités de santé au sein de la population et la contribution aux politiques de santé.
- L'analyse de l'état de santé des populations est la première démarche indispensable.
- Définir la population concernée va structurer la démarche : Il faut préciser au mieux toutes les caractéristiques de la population étudiée.
- Le plus souvent il faut analyser un échantillon de cette population ; la qualité de l'étude conduite va fortement dépendre de la représentativité des personnes enquêtées.
- Pour analyser un état de santé, il faut savoir quels paramètres de la santé on souhaite mesurer et choisir les indicateurs retenus.
- Il est indispensable de commencer par un travail bibliographique concernant le thème de santé retenu.
- La santé objective se mesure à partir de données de mortalité ou de morbidité ; la santé subjective fait appel à des enquêtes par questionnaire ou interview.
- Les besoins d'information conduisent, en vue d'un recueil de données, à mener principalement soit des enquêtes descriptives, soit des enquêtes étiologiques.
- Valider les informations recueillies est une étape qui passe par la recherche des erreurs qui ont pu entacher le processus de collecte de données ou de mesure d'un paramètre, ou de classement des sujets : ces sources d'erreurs d'analyse sont appelées biais en épidémiologie.



**Fig. 2.2** De la priorité à l'action.

- Les principaux outils de la SP sont qui contribuent à l'analyse des besoins de santé sont : la démographie, l'épidémiologie, les biostatistiques, les sciences sociales et humaines, l'économie de la santé, l'éthique et le droit de la santé.
- Face à l'ensemble des besoins de santé, la SP doit savoir définir des priorités, vis-à-vis des populations les plus exposées, des pathologies les plus importantes en termes de morbidité, mortalité, mais aussi du fait de leur impact sur les consommations médicales ou de soins.
- Le choix des actions de santé doit être cohérent avec les priorités retenues.
- L'analyse des déterminants et des facteurs de risque vis-à-vis d'un problème de santé est indispensable pour définir des stratégies efficaces de maîtrise de ce problème.
- Le suivi et l'évaluation des actions entreprises sont indissociables d'une démarche de santé publique.



# Sujets

## Questions à choix multiples

### ■ CHAPITRE 1 – CONCEPTS

1. **En santé publique, la quarantaine :**
  - A. Est une mesure d'isolement pour les malades contagieux
  - B. Est un dispositif de traitement pour les 40 premiers malades d'une épidémie
  - C. Est une unité pour les études de cohortes (surveillance par groupe de 40 personnes)
  - D. A été définie à partir du XIX<sup>e</sup> siècle pour prévenir la tuberculose
  - E. A été au départ une mesure contre la peste vis-à-vis des navires dans les ports
2. **La 1<sup>re</sup> vaccination a été découverte par :**
  - A. Hippocrate
  - B. Pasteur
  - C. Jenner
  - D. Semmelweis
  - E. Koch
3. **La 1<sup>re</sup> vaccination a concerné :**
  - A. La rage
  - B. La variole
  - C. La tuberculose
  - D. La poliomyélite
  - E. La diphtérie
4. **Quel médecin a mis en évidence le rôle du lavage des mains dans la prévention des infections à l'hôpital ?**
  - A. Ambroise Paré
  - B. Lister
  - C. Pasteur
  - D. Semmelweis
  - E. Snow
5. **Le 1<sup>er</sup> vaccin contre la rage a fait appel à :**
  - A. Un virus rabique tué par la chaleur
  - B. Un virus rabique atténué cultivé sur lapin
  - C. Un virus rabique prélevé sur un bovin
  - D. Un virus prélevé chez un malade guéri de la rage
  - E. Un virus pseudo-rabique proche mais différent du virus rabique
6. **La loi de SP de 1902 :**
  - A. Impose aux médecins la déclaration de certaines maladies
  - B. Définit des vaccinations obligatoires
  - C. Concerne l'hygiène et la désinfection
  - D. Crée en France le comité consultatif d'éthique
  - E. Met en place les agences nationales de veille sanitaire
7. **La sécurité sociale en France est créée :**
  - A. Par la loi de SP de 1902
  - B. En 1918 pour aider les familles victimes de la guerre
  - C. Par des ordonnances en 1945
  - D. Par la constitution (V<sup>e</sup> République) de 1958
  - E. Par le front populaire en 1936
8. **La définition de la santé de l'OMS mentionne :**
  - A. Le bien-être physique
  - B. Le bien-être professionnel
  - C. Le bien-être mental
  - D. Le bien-être social
  - E. Le bien-être familial
9. **Quelles missions sont prioritaires pour la santé publique :**
  - A. La promotion de la santé
  - B. La construction des hôpitaux
  - C. La réduction des inégalités de santé
  - D. La réduction des dépenses de santé
  - E. La promotion de la consommation des médicaments
10. **La couverture maladie universelle (CMU) :**
  - A. A été créée par les ordonnances de 1945
  - B. A été créée en juillet 1999
  - C. Vise à améliorer l'accès aux soins
  - D. Ne s'applique qu'aux Français
  - E. Ne concerne que les maladies transmissibles (protection des groupes vulnérables)
11. **La loi de mars 2002 dite « Droits des malades » :**
  - A. Définit les conditions d'accès à la sécurité sociale
  - B. Vise à renforcer un égal accès aux soins

- C. Affirme des principes de non-discrimination des malades
- D. Définit les indicateurs de résultats exigibles pour chaque soin
- E. Réduit l'accès à l'information des patients

**12. Les déterminants de la santé :**

- A. Peuvent être de nature génétique
- B. Relèvent souvent de facteurs éducatifs
- C. Sont proportionnellement liés aux revenus des patients
- D. Sont irréversibles après 50 ans
- E. Peuvent être communs à plusieurs événements de santé

**13. Concernant la santé des détenus en France :**

- A. Il existe une surpopulation qui constitue un facteur de dégradation de la santé
- B. Le renforcement de la surveillance a fait chuter le taux de suicide en dessous de la moyenne nationale
- C. Elle a été améliorée par le rattachement des services de médecine pénitentiaire à l'hôpital public
- D. Elle est améliorée par les remises de peine automatique en cas d'infection à VIH
- E. Elle est dominée par la pathologie psychiatrique

**14. En France, l'espérance de vie :**

- A. Des hommes est supérieure à celle des femmes
- B. Est (à 1 an près) similaire entre hommes et femmes
- C. Est supérieure (à la naissance) à 83 ans chez les femmes
- D. Est variable suivant les régions en France
- E. Est identique à chaque âge de la vie

**15. La démographie française actuelle est caractérisée par :**

- A. Un nombre de naissance supérieur à 700 000 chaque année
- B. Un indice synthétique de fécondité supérieur à 1,8
- C. Un abaissement de l'âge moyen de la maternité
- D. Une espérance de vie à la naissance supérieure à 80 ans chez les hommes
- E. Un pourcentage croissant des plus de 65 ans

**16. Les principales causes de décès en France sont :**

- A. Les tumeurs, tous sexes confondus, tous âges confondus
- B. Représentées à plus de 50 % par les causes tumorales et circulatoires

- C. Analysées à partir des certificats de décès
- D. Mesurées à l'état civil de la commune
- E. Valides uniquement à partir des données de mortalité hospitalière

**17. Que montre une pyramide des âges ?**

- A. Le nombre de naissances par an
- B. La répartition par âge des hommes et des femmes dans une population
- C. Les causes principales de décès
- D. Les évolutions démographiques dans le temps (naissances et décès)
- E. La place de l'immigration dans la démographie

**■ CHAPITRE 3 – ÉPIDÉMIOLOGIE**

**1. La mesure de l'état de santé d'une population :**

- A. Nécessite de toujours caractériser la population en termes d'âge et de sexe
- B. Doit toujours prendre en compte toutes les données de morbidité objectives et subjectives
- C. Peut se faire uniquement à partir d'un simple échantillon de population
- D. Permet une évaluation des besoins de santé
- E. Peut servir à l'évaluation des programmes de santé

**2. La prévalence d'une maladie :**

- A. Permet d'évaluer la fréquence d'une maladie dans une population donnée
- B. Augmente si l'incidence de la maladie augmente
- C. Permet de déduire l'incidence de la maladie
- D. Augmente avec la gravité de la maladie
- E. Est un bon indicateur de l'efficacité des soins

**3. En épidémiologie on appelle biais :**

- A. Un angle d'observation clinique inadapté pour observer les malades
- B. Une erreur de mesure systématique d'un paramètre dans une population
- C. Une expression non significative d'un résultat
- D. Une conclusion d'étude erronée
- E. Une mesure non reproductible

**4. En épidémiologie un facteur de confusion résulte :**

- A. D'une conclusion d'étude inappropriée
- B. D'une mesure biaisée par une variable liée tout à la fois au facteur de risque et à la maladie étudiés
- C. De l'insuffisance de définition de la population étudiée

- D. Le plus souvent de la faiblesse des effectifs  
E. De l'absence de groupe témoin clairement défini
- 5. Le taux standardisé de mortalité :**
- A. Permet de rapporter le nombre de décès à l'effectif de la population à risque  
B. Permet la mesure du taux de mortalité rapporté aux causes de décès  
C. Fournit un taux par âge et par sexe éliminant les biais de sélection  
D. Permet la comparaison des taux de mortalité de populations différentes  
E. Vise à éliminer des facteurs de confusion liés aux caractéristiques des populations
- 6. L'incidence d'une maladie :**
- A. Peut varier dans le temps  
B. Mesure le nombre de personnes atteintes d'une maladie à un instant donné  
C. Est un bon indicateur de la dynamique d'une épidémie  
D. S'accroît quand la mortalité augmente  
E. Ne peut être définie que dans un contexte épidémique
- 7. Dans une communauté de 100 000 personnes on observe 200 cas par an de diabète. La létalité est de 1 % par an (l'effectif est supposé stable pendant les 10 années de suivi). Quelle est l'incidence de la maladie au bout de 10 ans ?**
- A. 20 000 pour 100 000  
B. 2 000  
C. 200 pour 100 000  
D. 196  
E. 1 800 pour 100 000
- 8. La prévalence au début de la surveillance est de 1 000 pour 100 000, quelle sera la prévalence 10 ans plus tard :**
- A. 1 000 + 2 000 pour 100 000  
B. 200 + 2 000 pour 100 000  
C. Nécessite de disposer de la létalité de la maladie  
D. 1 000 pour 100 000  
E. 400/100 000
- 9. Les études de cohortes permettent :**
- A. De valider un programme de santé publique  
B. De comparer l'incidence de la maladie chez des sujets exposés et non-exposés  
C. D'économiser des ressources par rapport aux études cas-témoin  
D. D'avoir une randomisation de bonne qualité  
E. D'évaluer l'efficacité d'une intervention par rapport à un groupe témoin
- 10. La prévalence d'une maladie chronique :**
- A. Prend en compte les nouveaux cas dépistés  
B. Diminue quand la létalité augmente  
C. Diminue quand l'incidence augmente  
D. Diminue quand l'accès aux soins augmente  
E. Permet de mesurer le risque relatif de mortalité
- 11. Chez 200 personnes ayant développé un cancer du poumon, un tabagisme régulier (quotidien) est relevé chez 100 d'entre eux, dont 80 fumant plus de 1 paquet/jour depuis 10 ans ou plus. Peut-on conclure que :**
- A. La moitié des cancers du poumon est liée au tabagisme  
B. Le tabac est un facteur de risque de cancer  
C. La quantité fumée contribue au développement de la pathologie  
D. Un cancéreux sur 2 de cet échantillon déclare fumer  
E. Une étude cas-témoins serait plus appropriée pour mesurer le rôle du tabac dans le cancer
- CHAPITRE 4 – ÉCONOMIE**
- 1. L'assurance-maladie française est une assurance « sociale », c'est-à-dire que :**
- A. C'est l'État qui paie  
B. C'est la société qui paie les cotisations  
C. L'assuré cotise en fonction de ses ressources  
D. L'assuré cotise en fonction de son niveau de risque  
E. Ce sont des fonctions sociales qui sont assurées
- 2. La sécurité sociale :**
- A. Est composée uniquement de l'assurance-maladie  
B. Comprend l'assurance-maladie, l'assurance vieillesse et les allocations familiales  
C. Comprend les risques santé, vieillesse, famille et chômage  
D. Comprend aussi les assurances complémentaires  
E. Ne comprend pas les assurances complémentaires
- 3. La solidarité :**
- A. Est une idée ancienne à l'œuvre dans les sociétés traditionnelles  
B. Est née au moment de la Révolution française  
C. S'est développée au XIX<sup>e</sup> siècle grâce à l'action de l'État  
D. S'est développée au XIX<sup>e</sup> siècle dans les milieux ouvriers  
E. N'est plus mise en œuvre par aucune institution aujourd'hui

- 4. Les dépenses de protection sociale :**
- A. Sont d'abord constituées des dépenses de santé
  - B. Sont d'abord constituées des dépenses d'indemnisation du chômage
  - C. Sont d'abord constituées des retraites
  - D. Atteignent presque le niveau du budget de l'État
  - E. Dépassent le niveau du budget de l'État
- 5. La consommation de soins et de biens médicaux comprend :**
- A. La consommation de lunettes
  - B. Les soins infirmiers de ville
  - C. La recherche médicale
  - D. Les transports de malades
  - E. Les campagnes de lutte contre le tabagisme
- 6. Le pays qui consacre chaque année la plus forte part de sa richesse (PIB) à la santé est :**
- A. La France
  - B. L'Allemagne
  - C. La Suisse
  - D. Le Japon
  - E. Les États-Unis
- 7. Dans le domaine de la santé, d'après l'analyse de la demande :**
- A. L'élasticité-revenu existe bien : quand le revenu augmente, la consommation médicale augmente également
  - B. L'élasticité-revenu n'est pas vérifiée : la hausse de revenu n'a pas d'effet sur la consommation médicale
  - C. L'élasticité-prix est vérifiée : plus les prix augmentent, moins les gens consomment
  - D. L'élasticité-prix n'est pas vérifiée : plus les prix augmentent, plus les gens consomment
- 8. Parmi les facteurs indiscutables de la consommation médicale, on peut citer :**
- A. Le progrès technique
  - B. L'âge
  - C. Les prix des biens et des services
  - D. La sécurité sociale
  - E. L'état de santé
- 9. En France, la dépense de soins et biens médicaux est financée à :**
- A. 80 % par la sécurité sociale
  - B. 80 % par les mutuelles
  - C. 100 % par la sécurité sociale
  - D. 50 % par les mutuelles
  - E. 75 % par la sécurité sociale
- 10. Les effectifs de médecins :**
- A. Ont largement chuté en France ces dernières années
  - B. Ont commencé à décliner en France ces dernières années
  - C. Sont stables en France
  - D. Continuent d'augmenter
  - E. Explosent
- 11. Le système de santé américain :**
- A. Est entièrement conforme au modèle de marché, privé
  - B. Est le principal système proche du modèle de marché avec néanmoins des exceptions publiques
  - C. Comporte deux systèmes, de santé et d'assurance-maladie, tous deux privés
  - D. Se caractérise par des assurances-maladies « sociales », comme en France
  - E. Se caractérise par des assurances-maladies privées
- 12. La loi HPST a défini les « missions de service public » qui viennent s'ajouter aux missions générales des établissements hospitaliers. L'une des missions suivantes n'y figure pas :**
- A. La recherche
  - B. La prise en charge des soins palliatifs
  - C. La lutte contre l'exclusion sociale
  - D. La santé scolaire
  - E. La permanence des soins
- 13. Les soins infirmiers de ville :**
- A. Sont payés uniquement par les patients
  - B. Font l'objet d'une nomenclature à laquelle sont associés des prix
  - C. Entrent dans le cadre du paiement à l'acte
  - D. Ont connu une forte baisse depuis la fin des années 2000
  - E. Ont connu une forte hausse depuis la fin des années 2000
- 14. La maîtrise des dépenses de santé passe :**
- A. Exclusivement par les actions de responsabilisation des consommateurs de soins
  - B. En partie par des actions sur le consommateur de soins, mais sans illusion sur le résultat
  - C. Par l'implication des médecins dans la maîtrise médicalisée
  - D. Par des objectifs quantifiés, type l'Ondam
  - E. Par des campagnes de publicité
- 15. Augmenter les prix des soins ou des médicaments :**
- A. Est le plus souvent inefficace pour diminuer la consommation