



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

EFE STM 2

SESSION 2019

**CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

SECONDE ÉPREUVE

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela le (la) conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il lui est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

A

« Les priorités de la politique de prévention illustrent ma volonté de transformer notre système de santé en tenant compte des besoins spécifiques des Français, dans toute leur diversité. Son approche, innovante, doit rendre opérationnel le 1er axe de la Stratégie nationale de la santé ».

L'espérance de vie dans notre pays est l'une des meilleures au monde. Pourtant, la mortalité prématurée demeure encore trop élevée, tout comme les inégalités de mortalité et de morbidité – entre hommes et femmes, entre territoires et entre groupes sociaux : à mesure que les conditions de vie s'altèrent, en termes de logement, de travail, ou encore d'éducation, le risque de mortalité et de morbidité s'accroît.

Ces inégalités sont inacceptables. Pour les combattre, nous devons intervenir le plus tôt possible et tout au long de la vie des Français, sur les facteurs de risque, ainsi que sur les déterminants socio-environnementaux.

Promouvoir la santé, c'est avant tout promouvoir la concertation et la coordination des politiques publiques. Cette réflexion en amont est indispensable pour favoriser les compétences individuelles, ainsi que des environnements physiques, sociaux et économiques propices à une bonne santé.

Forts des orientations définies par la Stratégie pour la période 2018 – 2022, nous mettrons en œuvre des mesures concrètes pour améliorer la santé des Français, tout en renforçant la performance de notre système sanitaire.

Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé

Extrait de l'éditorial, Comité interministériel de la Santé, Dossier de presse, 26 mars 2018

A partir du dossier documentaire et de vos connaissances :

1. Après avoir dressé le bilan de l'état de santé de la population française et de ses déterminants, présenter les principales mesures de l'axe « Priorité prévention » de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, en cernant les effets attendus par les pouvoirs publics sur les différents usagers concernés.
2. Proposer des démarches pédagogiques, dans une perspective d'enseignement en baccalauréat professionnel « Accompagnement, Soins et Services à la Personne » option B « En structure » permettant de développer chez les élèves des compétences figurant dans les extraits du référentiel fourni en annexe 1.

Dossier documentaire :

Annexe 1 : Extraits du référentiel du baccalauréat professionnel « Accompagnement, soins et services à la personne »

Annexe 2 : Quatre priorités pour la stratégie nationale de santé 2018-2022

Annexe 3 : Document établi d'après le dossier de presse, « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie », Comité interministériel de la santé, 26 mars 2018.

Annexe 4 : Document établi d'après le Rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France, DREES

Annexe 5 : Document établi d'après « Prévention et promotion en Santé Publique »

Annexe 6 : Extrait du Guide à l'usage des professionnels : alcool et grossesse

Annexe 7 : Document établi d'après l'historique de la Santé Publique en France

Annexe 8 : Le nouveau calendrier vaccinal

Annexe 9 : Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017 : un succès pour la santé publique

Annexe 10 : L'évolution de l'état de santé des Français

Annexe 11 : Santé : forte hausse du nombre de malades nécessitant des traitements de longue durée en France d'ici 2020

Annexe 12 : Le défi de la perte d'autonomie

INFORMATION AUX CANDIDATS

Vous trouverez ci-après les codes nécessaires vous permettant de compléter les rubriques figurant en en-tête de votre copie.

Ces codes doivent être reportés sur chacune des copies que vous remettrez.

► **Concours externe du CAPLP de l'enseignement public :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFE	7300J	102	7396

► **Concours externe du CAFEP/CAPLP de l'enseignement privé :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFF	7300J	102	7396

Annexe 1 : Extraits du référentiel du baccalauréat professionnel « Accompagnement, soins et services à la personne »

Référentiel de compétences

D : pour option « à domicile »

S : pour option « En structure »

Compétence 3.7				
Conduire des actions d'éducation à la santé				
Compétences	Moyens et ressources	Indicateurs d'évaluation	D	S
C 3.7.1 Repérer les besoins d'un public sur des aspects simples de santé	Contexte professionnel Eléments sur le public concerné Liste des partenaires, missions	Besoins et demandes repérés et analysés		X
C 3.7.2 Repérer les dispositifs en éducation à la santé	Plans nationaux Projet d'établissement Brochures, tracts, dépliants, sondages, entretiens, enquêtes	Repérage des professionnels ou partenaires ressources		X
C 3.7.3 Concevoir ou participer à l'élaboration de supports ou d'outils pédagogiques dans le cadre d'une action ou d'un projet	vidéogrammes... Guide et site INPES Expositions	Outils et supports adaptés au public et au contexte, facilitant l'expression de chacun		X
C 3.7.4 Concevoir et mettre en œuvre des actions individuelles ou collectives de promotion de la santé	Témoignages Outils, supports pédagogiques	Calendrier de l'action Démarche et message adaptés à la population cible, Mobilisation des ressources partenariales Respect des contraintes institutionnelles Recherche de la participation du public Pertinence de l'évaluation		X

Techniques professionnelles et technologie associée

ANIMATION – EDUCATION A LA SANTE

3– Conduite d’actions d’éducation à la santé			
3.1 Education à la santé, promotion de la santé			
	Définir les notions de promotion de la santé, d’éducation à la santé		X
3.2 Analyse des besoins			
Risques sanitaires	<p>Enoncer quelques mesures de prévention, différents plans nationaux, campagnes..., s’inscrivant dans les axes de la politique nationale de santé</p> <p>Lister les différentes techniques et outils de recueil des besoins d’un public (boîte à idées, observation, entretien, grilles, questionnaires, statistiques...) dans le cadre d’un projet local</p> <p>Justifier le choix de la technique ou de l’outil retenus</p>		X
3.3 Préparation de l’action			
	<p>Identifier les partenaires possibles en fonction du thème et du public retenus</p> <p>Présenter et justifier la constitution et l’organisation d’un ensemble documentaire lié au thème et au public ciblés</p> <p>Justifier le choix de supports adaptés aux publics et le contenu des messages produits</p> <p>Différencier la communication destinée au grand public, celle destinée à des publics ciblés</p>		X
3.4 Mise en œuvre			
	<p><i>Cf. techniques d’animation de réunion, projet d’animation</i></p> <p>Indiquer les spécificités des modalités d’animation des actions d’éducation à la santé (message non culpabilisant, non stigmatisant, ...)</p>		X

Sciences médico-sociales

1 – Personne aux différentes étapes de la vie et les réponses institutionnelles			
1.1 Politique de santé publique			
1.1.1 Notions de démographie et de santé publique	Définir les termes : natalité, fécondité, morbidité, mortalité Définir le concept de santé, la notion de prévention Dégager les caractéristiques, à partir de données démographiques et/ou épidémiologiques, d'une population : âge, CSP, familles, état de santé.... Présenter des causes d'altération de la santé et leurs caractéristiques	X	X
1.1.2 Santé dans le monde Indicateurs et déterminants de santé d'une population	A partir de documents, comparer l'état de santé de populations de différents pays (espérance de vie, prévalence de certaines pathologies, ...)		X
1.1.3 Organisation sanitaire et sociale en France	Présenter schématiquement l'organisation sanitaire et sociale au niveau de l'état et des collectivités territoriales Donner quelques exemples de compétences, dans le secteur sanitaire et social pour chaque niveau	X	X
1.1.4 Promotion de la santé en faveur des élèves	Indiquer le rôle du service de promotion de la santé en faveur des élèves à partir d'exemples		X
1.1.5 Différents systèmes de protection sociale : sécurité sociale (risques, branches, régimes), aide sociale, mutuelles, assurances	Définir un risque social Citer les principaux risques sociaux Indiquer les principaux types de protection sociale, leurs rôles respectifs et leur financement Indiquer les principaux risques couverts par la sécurité sociale	X	X
1.4 Adolescent			
1.4.1 Définition Evolution du concept	Présenter et justifier les principales caractéristiques de l'adolescence : transformations physiques et physiologiques, évolution des relations familiales, modification de l'image de soi, quête identitaire, désir d'autonomie... Différencier adolescence et puberté		X
1.4.2 Comportements	Présenter les particularités du comportement social du jeune (expérimentations, conduites alimentaires, vestimentaires, langagières, importance du groupe ou du réseau d'amis...)		X
1.4.3 Conduites à risques (cf. P.S.E)	Définir la notion de conduite à risques Analyser des données statistiques et présenter des réponses institutionnelles à quelques problèmes susceptibles de survenir (milieu scolaire,...)		X
1.4.4 Droits des mineurs	Enoncer les différents droits des mineurs Préciser l'intérêt des maisons de l'adolescent		X

1.10 Personne malade			
1.10.1 Classification des maladies	<p>À partir de documents, proposer une classification des maladies Différencier maladie chronique et maladie aiguë Définir « troubles mentaux et du comportement » A partir d'exemples et/ou de données épidémiologiques, caractériser une maladie dite « émergente »</p>	X	X
1.10.2 Conséquences de la maladie	<p>Indiquer les conséquences de la maladie sur la personne et son entourage (financières, relationnelles...) Énoncer les moyens d'évaluation de la douleur et sa prise en charge</p>	X	X
1.10.3 Comportements face à la maladie	<p>Présenter et analyser les réactions du malade, de son entourage face à la maladie, à l'équipe soignante, à l'hospitalisation Présenter et justifier les besoins de l'enfant hospitalisé et citer les réponses apportées</p>	X	X
1.10.4 Droits du malade	<p>À partir de la charte du malade hospitalisé et de la législation en vigueur, énoncer les droits du malade</p>		X
1.10.5 Etablissements en faveur des malades (dont professionnels)	<p>Présenter les différents établissements de santé en fonction de leur statut : missions, organisation, fonctionnement, personnels Situer, à partir de l'organigramme d'un pôle d'activités, les liens hiérarchiques et fonctionnels des différents personnels Énoncer les grands principes de la législation en vigueur sur les missions de service public et les centres hospitaliers</p>		X
1.10.6 Sécurité sociale : assurance maladie, Couverture maladie universelle (C.M.U.), aide médicale, forfait hospitalier, mutuelle	<p>Énoncer les différentes prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie Pour un cas simple et à partir de documents, indiquer le droit aux prestations</p>	X	X

Annexe 2 : Quatre priorités pour la stratégie nationale de santé 2018-2022

Le décret portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 a été publié au Journal officiel du 31 décembre 2017. Fixant le cadre de la politique de la santé, la nouvelle stratégie poursuit quatre axes principaux.

- Donner la priorité à la prévention

Il s'agit en premier lieu de réduire les facteurs de risque majeurs (alimentation, alcool, tabagisme) qui induisent des coûts sociaux et financiers considérables.

Le document liste aussi des orientations concrètes telles que le renforcement de la couverture vaccinale, la préservation de l'efficacité des antibiotiques, le développement du dépistage et de la prise en charge des maladies chroniques. En matière d'environnement, il est prévu de lutter contre l'habitat indigne et les pollutions intérieures et de réduire l'exposition des populations aux nuisances environnementales.

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

Il s'agit de lever les obstacles sociaux et économiques aux soins par le renforcement de l'accès aux droits sociaux et à la couverture maladie et par la limitation du reste à charge des assurés, notamment pour les prothèses (dentaires et auditives) et pour l'optique médicale. Dans cette perspective, la recherche d'une meilleure garantie d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire induit la lutte contre les déserts médicaux et le développement de la médecine numérique.

- Garantir la pertinence et la qualité des soins

Le gouvernement entend transformer l'offre de santé dans les territoires afin de répondre aux nouveaux besoins de la population : structurer les soins de premier recours pour assurer la qualité et la continuité des prises en charge et des parcours de santé, améliorer la pertinence des prescriptions, des examens et des hospitalisations, promouvoir le bon usage des médicaments et l'utilisation des médicaments génériques, etc.

- Soutenir la recherche et réaffirmer la place des usagers

La stratégie nationale vise une accélération de l'innovation numérique, au profit des patients comme des professionnels. La place des usagers, comme acteurs de leur propre parcours de santé, est réaffirmée. Le statut des aidants doit aussi être amélioré.

Un chapitre spécifique est consacré à la politique de santé à l'égard des enfants et des jeunes. Il prévoit notamment un renforcement du dépistage néonatal et de la prévention des violences et maltraitances sur les enfants. Enfin, des dispositions spécifiques à la Corse et à l'outre-mer sont prévues pour tenir compte de l'insularité et de conditions sociales souvent plus défavorables.

Source : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/quatre-priorites-pour-strategie-nationale-sante-2018-2022.htm>

Annexe 3 : Document établi d'après le dossier de presse, « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de la vie », Comité interministériel de la santé, 26 mars 2018.

La définition de la santé selon l'OMS conduit à se poser la question plus large de la qualité de vie, à tous les âges de la vie. De nombreux facteurs contribuent à améliorer ou dégrader la santé : qualité de l'alimentation, expositions environnementales, comportements à risque, parcours éducatif, habitat, activité physique... tous ont un impact sur l'état de santé.

Dès lors, c'est l'ensemble des politiques publiques qu'il convient de mobiliser pour favoriser le bien-être et la santé de la population. L'OMS recommande ainsi une approche globale de la santé en impliquant toutes les politiques publiques dans les enjeux de santé. Cette mobilisation gouvernementale a été au cœur de l'élaboration de la Stratégie nationale de santé 2018 - 2022 qui a fait l'objet d'une consultation publique et dont le premier axe a mis en avant le besoin d'investir prioritairement dans la promotion de la santé et dans la prévention. Les indicateurs le montrent, c'est au niveau de l'espérance de vie en bonne santé et au niveau de la mortalité prématurée évitable que se trouvent les marges de progression les plus importantes.

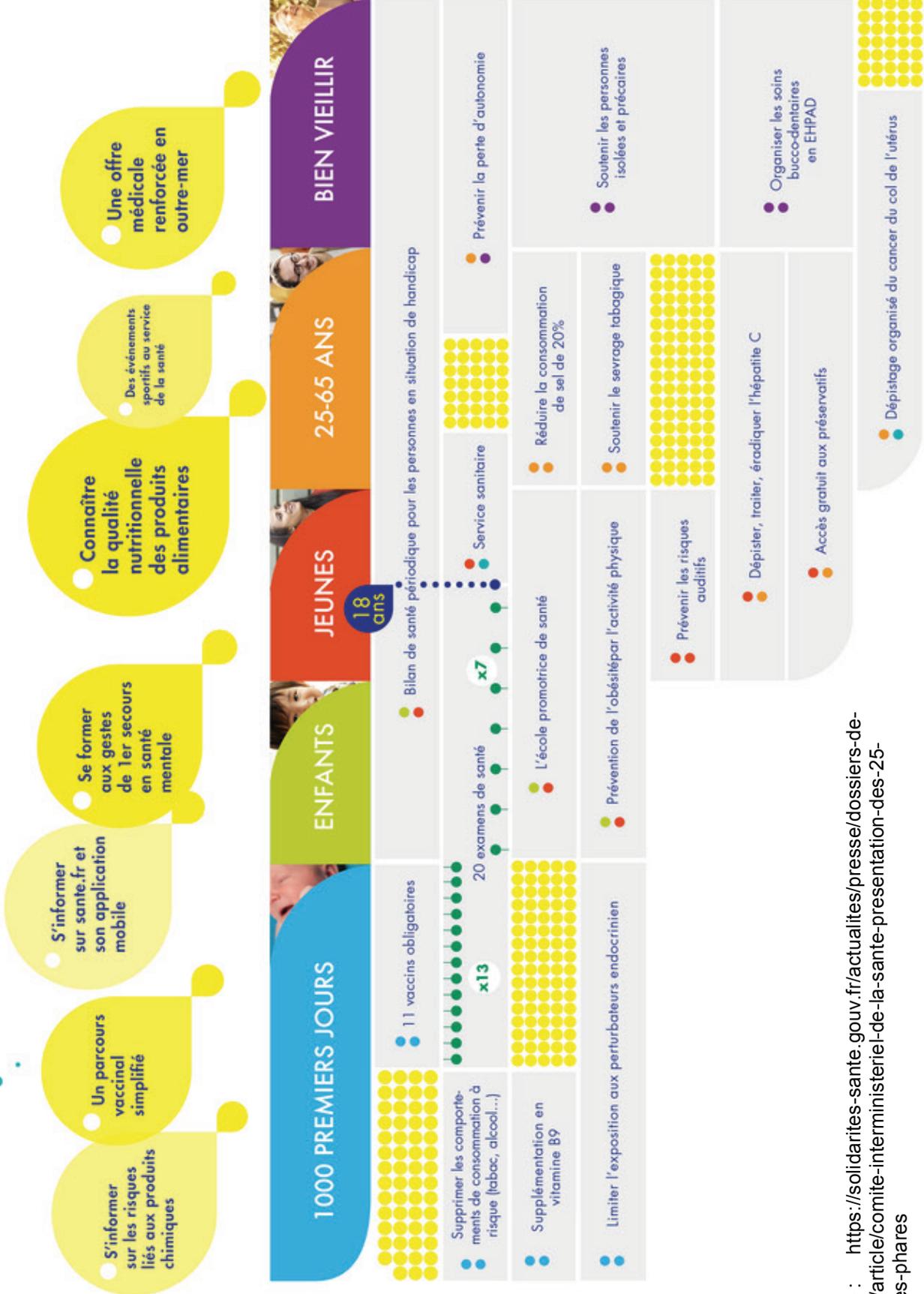
Parce que les interventions doivent être les plus précoces possibles et adaptées aux caractéristiques des groupes de population, la priorité donnée à la Prévention se concrétise dans un ensemble d'actions qui prend en considération l'individu et son environnement dans son parcours de vie, pour « rester en bonne santé tout au long de sa vie » :

- une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours,
- la santé des enfants et des jeunes,
- la santé des adultes de 25 à 65 ans : vivre en bonne santé,
- bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie.

Pour chaque période de vie, le plan détaille les mesures permettant d'obtenir un environnement favorable à la santé. L'objectif de ces mesures est également de développer une culture commune de la prévention en santé, au sein du Gouvernement et plus largement une culture partagée par tous les Français. Il s'agit en effet de permettre à chacun de devenir acteur de sa propre santé, en adoptant les bons réflexes dès le plus jeune âge, en étant mieux informé, en bénéficiant de nouvelles possibilités de dépistage par exemple et ce, en fonction de son âge, de ses conditions de vie et bien sûr de son état de santé.

Représentant un investissement de 400 millions d'euros pour 5 ans, l'ensemble des actions de Priorité Prévention vise à assurer une continuité de la prévention tout au long du parcours de vie : au moment de la grossesse, dans la petite enfance, pour les jeunes, les adultes et les seniors.

25 MESURES PHARES POUR RESTER EN BONNE SANTÉ TOUT AU LONG DE SA VIE



Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/comite-interministeriel-de-la-sante-presentation-des-25-mesures-phares>

Annexe 4 : Document établi d'après le Rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France, DREES

➤ Les causes de décès de la mortalité évitable

Dans cette édition du rapport, comme dans les précédentes, la mortalité évitable a été définie à partir des causes de mortalité suivantes, considérées comme pouvant être évitées par une réduction des comportements individuels à risque : les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida (tableau 3). Cette liste n'est toutefois ni exhaustive, ni exclusive, dans la mesure où d'autres causes de décès peuvent être prévenues par une modification des comportements individuels (mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive, mortalité par mélanome malin de la peau...) et/ou par une prise en charge opportune et efficace (VIH, hépatite C...).

En 2013, la mortalité prématurée considérée comme évitable représente 32 305 décès domiciliés en France entière (hors Mayotte).

TABLEAU 3

Nombre de décès et taux standardisés* de mortalité prématurée évitable (≤ 65 ans) selon les principales causes de décès, en 2013

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2013 (en %)	Femmes	Variations** 2002-2013 (en %)	Ensemble	Variations** 2002-2013 (en %)
C32-C34	Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	8 884	3 422	12 306	34,7	-18,9	12,7	49,2	23,7	-7,6
X60-X84, Y87.0	Suicides	5 275	1 635	6 910	20,7	-12,6	6,2	-27,6	13,5	-16,6
K70, K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	2 807	996	3 803	11	-34,3	3,7	-42,8	7,3	-36,7
V01-V89	Accidents de la circulation	1 915	444	2 359	7,4	-58,6	1,7	-66,6	4,5	-60,3
C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	1 657	335	1 992	6,5	-37,5	1,2	-19	3,9	-35,1
F10	Psychose alcoolique et alcoolisme	1 642	316	1 958	6,5	-22,1	1,2	-38,9	3,8	-25,2
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1 147	236	1 383	4,5	-37,9	0,9	-2	2,7	-34
W00-W19	Chutes accidentelles	641	194	835	2,5	-33,4	0,7	-33,2	1,6	-33,3
B20-B24	Sida et infections par le VIH	490	275	765	1,8	-54,5	1	-38,4	1,4	-49,9
Total A00-Y89	Total mortalité prématurée évitable	24 453	7 852	32 305	95,4	-29	29,1	-17,7	62,3	-26,7
	Total mortalité prématurée	71 347	35 046	106 393	276,8	-20,9	129,1	-14,4	203	-19

s.p. : sans précision.

* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

** ((taux 2013 - taux 2002)/taux 2002)×100

Champ • France entière (hors Mayotte).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

➤ Principales causes de décès

Les tumeurs malignes chez les hommes et les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes sont la première cause de décès.

En 2013, à structure d'âge identique, la France figure au second rang des pays de l'Union européenne (UE) ayant la mortalité toutes causes confondues la plus faible, derrière l'Espagne, avec un taux standardisé de mortalité générale très en dessous de la moyenne européenne (1 021 pour 100 000 contre 904 pour la France). Toutefois, la situation diffère selon le sexe et, si la France occupe le 2e rang pour les femmes, elle ne figure qu'au 9e rang pour les hommes.

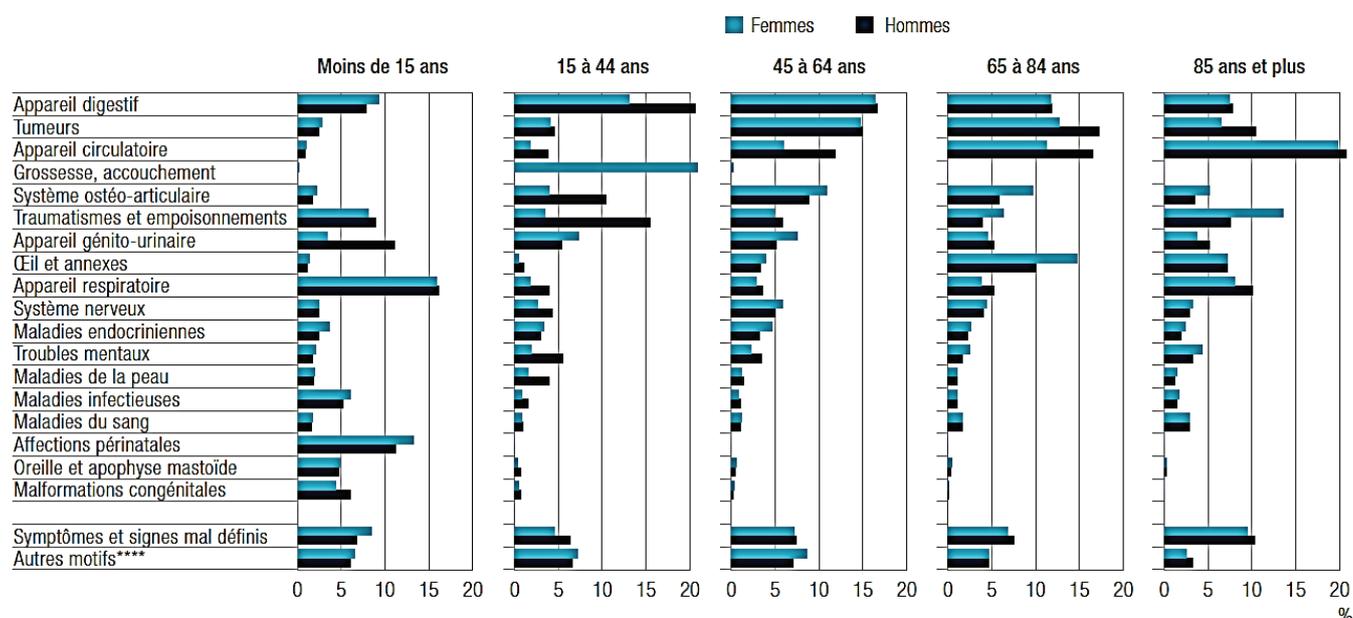
Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Variations** 2002-2013 (%)	Femmes	Variations** 2002-2013 (%)	Ensemble	Variations** 2002-2013 (%)
Tumeurs	94 351	69 251	163 602	358,9	-18,7	185,5	-9,3	272,2	-15,8
Mal. de l'app. circulatoire	65 801	76 374	142 175	274,6	-33,8	171,2	-34,2	222,9	-33,9
Mal. de l'app. respiratoire	19 427	18 199	37 626	83,7	-20,4	41,2	-15,9	62,5	-19,0
Causes externes (accidents, intoxications, suicides, homicides)	22 040	14 880	36 920	81,6	-22,9	36,7	-29,2	59,1	-25,0
Mal. endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	8 968	11 297	20 265	36,8	-19,0	26,4	-28,3	31,6	-23,2
Diabète	5 697	6 014	11 711	22,8	-16,1	14,2	-30,0	18,5	-22,1
Mal. infectieuses et parasitaires	5 312	5 763	11 075	21,3	-21,8	13,6	-15,6	17,4	-19,5
Tuberculose	248	263	511	1,0	-63,6	0,6	-58,9	0,8	-62,0
Sida et VIH	354	148	502	1,2	-58,4	0,4	-44,9	0,8	-55,3
Hépatites virales	352	288	640	1,2	-38,9	0,8	-41,3	1,0	39,9
Symptômes et états morbides mal définis	25 400	28 866	54 266	102,3	20,9	66,9	10,7	84,6	16,7
Mort subite du nourrisson	110	71	181	0,3	-40,3	0,2	-39,2	0,2	39,9
Total	285 980	281 098	567 078	1 137,9	-20,2	671,0	-18,3	904,4	-19,5
* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013)									
** ((taux 2013 - taux 2002)/taux 2002)x100									

➤ Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier :

La distribution des motifs d'hospitalisation en court séjour, regroupés par chapitre de la classification internationale des maladies, varie en fonction de l'âge et souvent du sexe :

- avant 15 ans, les motifs les plus fréquents sont les maladies respiratoires et les affections d'origine périnatale, ce pour les deux sexes ;
- entre 15 et 44 ans, les principales causes des recours masculins sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les lésions traumatiques, empoisonnements ou autres conséquences de causes externes, alors que les motifs féminins les plus fréquents sont la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, puis les maladies de l'appareil digestif ;
- entre 45 et 64 ans, les deux premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs, pour les hommes comme pour les femmes ;
- entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes, alors que pour les femmes ce sont les maladies de l'œil et de ses annexes, puis les tumeurs ;
- enfin, les causes les plus fréquentes d'hospitalisation des personnes âgées de 85 ans ou plus sont les maladies de l'appareil circulatoire pour les deux sexes puis, pour les hommes, les tumeurs et, pour les femmes, les lésions traumatiques ou autres conséquences de causes externes.

Répartition des séjours hospitaliers* annuels en court séjour MCO** selon la pathologie traitée***, l'âge et le sexe du patient, en 2014



* Hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.). Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ont été exclus.

** Médecine, chirurgie et obstétrique.

*** Diagnostic principal (ou diagnostic relié, le cas échéant, pour le chapitre 21) : regroupement selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10e révision (CIM-10).

**** Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Source : PMSI (ATIH) ; exploitation DREES.

D'autres éléments de mesure de l'état de santé de la population sont également utilisés :

- le contexte démographique,
- les statistiques d'Etat-civil,
- les registres de pathologies,
- les maladies à déclaration obligatoire,
- les enquêtes de santé par interview,
- les enquêtes de santé avec examen de santé,
- les données de recours au système de soins et de consommation de soins,
- les indicateurs des inégalités sociales.

Annexe 5 : Document établi d'après « Prévention et promotion en Santé Publique »

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 réaffirme le principe porté par l'Organisation Mondiale de la Santé selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques menées en France et dans le monde. Au-delà du seul principe, le premier axe de la Stratégie Nationale de Santé affiche la volonté de mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Le Plan national de santé publique place la réduction des inégalités comme une priorité et se concrétise dans un ensemble d'actions qui prend en considération l'individu et son environnement dans son parcours de vie, pour « rester en bonne santé tout au long de sa vie ».

Les déterminants de la santé sont nombreux et leurs interactions complexes. Si 85 % des facteurs qui contribuent à la santé ne dépendent pas de progrès thérapeutiques, on mesure bien le poids que peut avoir toute décision personnelle, collective ou politique sur l'état de santé de la population.

Quelle que soit la définition ou la catégorisation des déterminants, quatre niveaux sont à retenir :

- le niveau individuel : sexe, comportements, habitudes, caractéristiques socio-économiques, compétences psychosociales, littératie en santé, etc.
- le milieu de vie : famille, école, quartier, travail, habitat, climat, etc.
- les systèmes : éducation, santé, emploi, aménagement du territoire, etc.
- le contexte global : culturel, économique, démographique, technologique, scientifique, naturel, etc.

Le « déterminant des déterminants » reste le contexte politique et législatif dont les décisions, les orientations et les allocations de ressources affectent directement tant l'état de santé que les inégalités sociales de santé.

Les études et les rapports se sont multipliés au cours de ces dix dernières années ; la connaissance produite par l'épidémiologie, les sciences humaines, la recherche interventionnelle révèlent des modes d'intervention et des programmes probants. Les faire connaître, en faciliter l'appropriation et les déployer sont les défis des dix prochaines années.

Le Haut Conseil de la santé publique a souhaité partager les principales définitions de la prévention et de la promotion de la santé, rappeler que tout changement doit être évalué en amont et en aval, orienter les acteurs vers les centres de ressources et les formations adaptées.

La responsabilité collective est illustrée par le rôle des collectivités territoriales (aménagement urbain, restauration collective) et des services de l'État (Éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse, logement, travail...). Les leviers, retenus dans ce numéro, visant à améliorer les capacités individuelles sont : l'*empowerment*¹, l'adaptation des messages et des vecteurs de communication, la littératie² en santé.

L'efficacité de toute politique de prévention nécessite avant tout de la cohérence entre les messages, l'environnement et les ressources individuelles.

¹ L'autonomisation

² Aptitude à comprendre et à utiliser une information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité

Source : d'après la revue adsp, n°103 juin 2018, Zeina Mansour Vice-présidente du HCSP

La notion de "Prévention" est complexe dans le domaine de la santé et elle peut se définir sous différents aspects. Il convient de présenter plusieurs définitions de ce concept afin de percevoir une définition la plus complète et pertinente que possible.

Selon le "Traité de Santé Publique" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé de François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU édition Médecine-Sciences Flammarion :

« La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.

Il convient de distinguer :

- La prévention dite de "protection" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés.
- La prévention dite "positive" voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé". »

Tournez la page S.V.P.

RS.GORDON en 1982, présente une classification de la prévention en trois parties :

- la prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Fais donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention les champs dits de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.
- la prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifique : automobilistes, travailleurs en bâtiment, jeunes femmes etc. La promotion de l'activité physique ou la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective.
- la prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population (glycosurie chez les femmes enceintes) ...

Une définition de la "prévention globale" entendue comme la gestion de son capital santé est :

« Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. »

L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par ou des professionnels. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée.

Quatre types d'approche sont retenues pour une "prévention globale" :

- par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire,
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement,
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables,
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

Source : d'après <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>

Annexe 6 : Extrait du Guide à l'usage des professionnels : Alcool et grossesse, parlons-en

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental, d'origine non génétique, chez l'enfant en France. La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus, et donc du risque lié à une alcoolisation pendant la grossesse, quels que soient la quantité consommée et le moment où l'alcoolisation survient, constitue un réel problème de santé publique. Aborder la question de l'alcool avant la grossesse ou dès le début de celle-ci est un acte essentiel pour prévenir les troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Tous les professionnels de santé impliqués dans le domaine périnatal doivent donc s'approprier la question. Pour faire face à cet enjeu de santé publique, il est essentiel de mettre en place une politique globale, reposant notamment sur l'information du public, l'élaboration de référentiels de bonne pratique clinique et la diffusion d'outils pédagogiques.

Ce guide s'adresse à tous les professionnels intervenant au contact des femmes enceintes et de celles qui manifestent un désir de grossesse : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) désigne toutes les répercussions (physiques, cognitives et comportementales...) susceptibles d'être observées chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool au cours de sa grossesse. Il regroupe un ensemble d'affections représentant un continuum, de la forme la plus caractéristique, la plus grave, et la plus facile à diagnostiquer, le **syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)**, jusqu'aux formes dites « incomplètes ». Beaucoup moins connues, ces dernières vont se révéler plus tardivement par des troubles des apprentissages et/ou du comportement, parfois sévères, dont les causes sont loin d'être toujours identifiées.

Les chiffres montrent l'ampleur du problème

L'alcool est un toxique tératogène, qui altère, entre autres, le développement du cerveau.

La prévalence du SAF dans le monde occidental est estimée entre 0,5 et 3 ‰ des naissances vivantes, tandis que l'ETCAF est estimé à 9 ‰ des naissances vivantes.

En France, l'expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé »², publiée en 2001, estime que 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernés par un SAF grave, avec une incidence plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Normandie et en Bretagne. Ce que confirme l'enquête InVs de 2006-2008 (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 10-11, 10 mars 2009).

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause évitable de retard mental d'origine non génétique, ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant.

L'exposition prénatale à l'alcool représente un facteur de risque embryo-fœtal à tous les stades de la grossesse. Ce risque est commun à toutes les catégories de boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, spiritueux, etc.) et pour tous les types de consommation, ponctuelle ou régulière.

La nécessité de parler avec les femmes enceintes de leur consommation d'alcool

Aborder la consommation d'alcool chez toute femme en âge de procréer est l'acte fondamental de la prévention de l'ETCAF.

Pour la future maman, il est très important de mettre son enfant au monde dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, la grossesse est une période privilégiée pour repérer précocement une éventuelle consommation d'alcool et faire prendre conscience du risque qui lui est lié. Ce dépistage permettra de suivre cette grossesse de manière adaptée pour donner toutes ses chances à l'enfant.

Les répercussions sur l'enfant d'une alcoolisation prénatale sont, dans la plupart des cas, difficiles à diagnostiquer, car les formes caractéristiques sont rares. Par ailleurs, la plupart des pédiatres, des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes sont insuffisamment formés à ce dépistage particulier et en parler avec les futurs parents est un exercice délicat. Il est donc primordial de repérer les grossesses à risque pour proposer une consultation pédiatrique anténatale, organiser un suivi précoce des enfants atteints et prévenir les déficiences secondaires de l'âge adulte.

Le risque est lié à la consommation d'alcool dès la conception. Ceci vaut pour une consommation ponctuelle ou régulière, ce qui correspond à une définition large de la cible de la prévention.

Tournez la page S.V.P.

Tous les professionnels de santé intervenant au contact des femmes enceintes doivent être sensibilisés aux enjeux liés à la consommation d'alcool, afin de pouvoir :

- prévenir l'exposition prénatale à l'alcool ;
- si la future mère continue de consommer, d'en réduire les effets ;
- permettre une prise en charge précoce du nouveau-né ;
- éviter la récurrence lors de grossesses ultérieures.

Pendant leur grossesse ou à l'annonce de celle-ci, de nombreuses femmes diminuent spontanément leur consommation, mais plus de 40 % continuent de boire – le plus souvent par méconnaissance du risque ; parmi elles près de 5 % consomment plus de 2 verres standards par jour.

Il est également nécessaire d'apprendre à repérer les facteurs de risque et de vulnérabilité, très souvent à l'origine de conduites d'alcoolisation.

Il est primordial de distinguer :

- L'alcoolisation non perçue dans sa dangerosité pendant la grossesse : situation majoritaire où l'alcool n'est qu'un épiphénomène de la grossesse ;
- La grossesse survenant chez une femme malade alcoolo-dépendante : situation très minoritaire (moins de 1 % des grossesses) où la grossesse devient alors un épiphénomène de la maladie, mais qui rend nécessaire d'évoquer le problème de l'alcool et permet de l'aborder plus facilement ; attention particulière aux femmes poly toxicomanes ;
- Les situations frontalières : la femme enceinte cumule plusieurs difficultés. L'alcoolisation n'est qu'un problème parmi d'autres, qui sera aggravé si elle n'est pas prise en compte.

Une politique globale : information du public, référentiels de bonne pratique clinique, outils pédagogiques

Toutes les femmes doivent recevoir un message clair, cohérent et identique de la part des professionnels de santé : recommandation « Zéro alcool pendant toute la grossesse ». En effet, il n'y a pas de seuil de consommation d'alcool sans danger pour les femmes enceintes ou prévoyant de l'être. Les experts internationaux estiment que le seuil de consommation à risque établi pour les femmes (14 verres standards par semaine pour un usage régulier, soit 2 verres standards par jour en moyenne) n'est pas valable lors de situations physiologiques particulières comme la grossesse.

La consommation d'alcool pendant la grossesse constituant un important problème de santé publique, le ministère chargé de la Santé a adopté une stratégie de lutte reposant sur diverses mesures.

De plus, plusieurs référentiels de bonnes pratiques recommandent le dépistage de la consommation d'alcool le plus tôt possible pendant la grossesse, l'information des femmes enceintes (« Zéro alcool pendant la grossesse ») et la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire de celles présentant une consommation à risque.

Enfin, pour aider à aborder la question de l'alcool, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a élaboré plusieurs outils à destination du grand public et des professionnels, permettant d'amorcer le dialogue.

L'objectif du présent guide est d'aider les professionnels à prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) en intervenant auprès des femmes enceintes. Ce document s'efforce de leur proposer des éléments de réponse aux deux questions suivantes :

- Comment aborder la consommation d'alcool et accompagner une femme enceinte dans une démarche d'abstinence ?
- Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son action dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant ?

Source : www.inpes.santepubliquefrance.fr



Annexe 7 : Document établi d'après l'histoire de la santé publique en France

L'apparition et l'instauration de la Santé Publique se font progressivement au fur et à mesure que les préoccupations à l'égard de la santé grandissent.

1. Au moyen âge : C'est la période de mise en place des hôpitaux. L'hôpital a pour mission de recueillir les pauvres.
2. 18ème siècle : La prévention des maladies épidémiques a été la première préoccupation de santé publique. En 1776 : premier recueil de données topographiques médicales.
3. 19ème siècle : le courant hygiéniste : Bien que le développement de la clinique soit majeur au 19ème siècle, des responsables sanitaires et des médecins se questionnent sur les liens entre maladies et conditions sociales. Cette supposée causalité permettra l'amorce de politiques sociales. C'est la naissance du courant hygiéniste : les hygiénistes cherchent à encadrer la vie sociale (exemple de la lutte contre la tuberculose), mettent aussi l'accent sur la responsabilité individuelle et luttent contre les foyers de contagion (rénovation urbaine).
4. En 1902 : territorialisation des politiques de santé et affirmation du concept de santé publique. La charte de l'hygiène publique instaure une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal (obligation de la vaccination contre la variole, déclaration des maladies infectieuses, désinfection des locaux, surveillance des sources d'eau potable...).
5. 20ème siècle (première moitié) : multiplicité des préoccupations sociales et sanitaires (lutte contre la tuberculose, hygiène alimentaire, hygiène des lieux de travail, prophylaxie des maladies infectieuses...).
6. Préambule de la constitution du 27 octobre 1946 (toujours en vigueur aujourd'hui) :
 - « *La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain, qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables à l'existence.* »
 - La protection de la santé de tous devient un devoir de l'Etat.
7. Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner)
8. Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.
9. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (Loi Léonetti)
10. Loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (Loi Bachelot)
11. Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Loi Santé)
12. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (JO - Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017)

La santé communautaire :

La santé communautaire nécessite la participation des membres de la communauté à la gestion de leur santé individuelle et collective. Il y a une notion d'engagement de chaque individu. La participation de la communauté est recherchée à tous les niveaux de l'action, c'est à dire :

- analyser la situation sanitaire de la communauté,
- identifier le problème, choisir les priorités,
- définir les objectifs et activités, mobiliser les ressources pour améliorer la situation,
- organiser et conduire l'action,
- évaluer l'action.

Les usagers, les acteurs, les politiques, les différents partenaires etc. doivent être associés dans une action de santé communautaire. Les phases de concertation et de diagnostic partagé sont essentielles car elles impliquent des rencontres d'où découlent l'analyse et la mise en évidence des priorités.

La démarche participative est importante en santé communautaire. Les savoirs des destinataires de l'action sont primordiaux. L'action communautaire se construit dans l'échange et implique un transfert de compétences du professionnel vers le profane (le destinataire de l'action) mais aussi du profane vers le professionnel de santé. Les professionnels sont des personnes ressources et mettent leurs compétences au service de la communauté.

Source : d'après Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966 et Moreau J., Truchet D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, coll. « mémentos », 6ème édition, 2004.

Annexe 8 : Le nouveau calendrier vaccinal

La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute autorité de santé.

Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales « générales » et des recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles.

Depuis le 1er janvier 2018, 11 vaccinations sont obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue, dans les 18 premiers mois de l'enfant selon le présent calendrier et sont exigibles, pour l'entrée en collectivité pour les enfants nés à partir du 1er janvier 2018. Lorsqu'une ou plusieurs vaccinations font défaut, le code de la santé publique prévoit que l'enfant est admis provisoirement. Les vaccinations obligatoires doivent alors être, selon le calendrier des vaccinations, réalisées dans un délai de trois mois et ensuite poursuivies (voir avis de la HAS relatif à l'exigibilité des vaccinations en collectivité).

Il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (antérieurement obligatoires), la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de séro groupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole (tous antérieurement recommandés).

Nouveaux vaccins :

Vaccins hexavalents contre diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, *Haemophilus influenzae* de type b, hépatite B : un troisième vaccin est désormais disponible : Vaxelis ; ses indications sont identiques à celles des autres vaccins hexavalents. En l'absence de données d'interchangeabilité pour l'ensemble des vaccins hexavalents, tout schéma vaccinal débuté avec un hexavalent doit être poursuivi avec le même hexavalent.

Vaccins tétravalents contre la grippe saisonnière : trois vaccins grippaux tétravalents disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ; il s'agit des vaccins : Influvac Tetra, Vaxigrip Tetra, Fluarix Tetra.

Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours à l'étranger font l'objet d'un avis spécifique du HCSP actualisé chaque année. Ces recommandations sont publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) « Recommandations sanitaires pour les voyageurs » ; elles ne sont pas incluses dans le calendrier vaccinal.

En outre ont également été mis à jour ou précisés les points suivants :

- définition des termes : nouveau-né, nourrisson, enfant et adulte ;
- période de vaccination contre la grippe saisonnière ;
- liste des personnes pour lesquelles la vaccination contre l'hépatite B est recommandée ;
- indications du vaccin contre la leptospirose ; - vaccination autour d'un cas d'infection invasive à méningocoque ;
- vaccination autour d'un cas de rougeole pour les enfants de 6 à 8 mois révolus (arrêt de commercialisation du vaccin monovalent Rouvax) ;
- ajout du vaccin Pneumovax dans le chapitre 3 relatif aux situations de pénuries.

Définition des termes utilisés pour les cibles vaccinales

- Nouveau-né : de 0 à 28 jours
- Nourrisson : de 29 jours à 23 mois
- Enfant : de 2 ans à 18 ans
- Adulte : au-delà de 18 ans

Âge approprié	VACCINATIONS OBLIGATOIRES pour les nourrissons nés à partir du 1 ^{er} janvier 2018										6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois									
BCG																
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite																Tous les 10 ans
Coqueluche																
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)																
Hépatite B																
Pneumocoque																
Méningocoque C																
Rougeole-Oreillons-Rubéole																
Papillomavirus humain (HPV)																
Grippe																Tous les ans
Zona																

Chez les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, l'Haemophilus b, l'hépatite B, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le pneumocoque et le méningocoque sont **obligatoires**.

Qu'est-ce que ça veut dire « être à jour » ?

« Être à jour » c'est avoir reçu les vaccins nécessaires en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas « à jour » ?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de « rattrapage ».

Pour en savoir plus



VACCINATION
INFO SERVICE.FR

Le site de référence qui répond à vos questions

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée à partir de 1 mois et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont recommandés à âges fixes soit 25, 45, 65 ans et ensuite tous les dix ans.

Coqueluche

Le rappel coqueluche se fait à 25 ans. Les futurs parents sont particulièrement concernés, car la vaccination protège les nourrissons de moins de 6 mois dont la vaccination n'est pas complète.

Hépatite B

Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C

À partir de l'âge de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus, une dose unique est recommandée pour ceux qui ne sont pas déjà vaccinés.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses de vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. La vaccination est proposée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans.

Grippe

La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque y compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

Zona

La vaccination est recommandée chez les personnes âgées de 65 à 74 ans inclus.



Une question ? Un conseil ?

Parlez-en à votre médecin, votre sage-femme ou votre pharmacien.

Annexe 9 : Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique, François Bourdillon, Directeur général, Santé publique France

Certains résultats d'études sont très attendus. C'est bien sûr le cas des données annuelles de prévalence du tabagisme. Elles permettent, en effet, d'apprécier l'impact du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT) et, plus spécifiquement, l'impact possible de trois mesures phares mises en place en 2016 : l'instauration du paquet neutre, l'augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiques à hauteur de 150€ (auparavant de 50€) et la mise en place du grand événement national médiatique de prévention intégrée d'aide au sevrage tabagique du mois de novembre : « Mois sans tabac ».

Ces trois mesures sont la marque d'un renouveau de l'approche de santé publique, impulsé aussi bien par la Cour des comptes que par Santé publique France. Un rapport de la Cour des comptes de 2012 préconisait « *la cohérence et la complémentarité d'actions* » inscrites dans une stratégie pluriannuelle. Santé publique France, l'agence nationale de santé publique a transformé ses campagnes de communication en stratégie de marketing social, ouvrant la voie au dispositif Mois sans Tabac qui promeut l'ensemble des outils de sevrage tabagique, s'appuie sur tous les moyens de communication (TV, radio, digital) ainsi que sur le dispositif Tabac info service (un site, une appli, un service téléphonique) et se déploie sur tout le territoire afin que des milliers d'actions se développent simultanément au sein des entreprises, des écoles, en famille...

Des signes précurseurs d'une baisse du tabagisme en France

En premier lieu les résultats de l'étude Escapad, menée lors de la Journée de défense et de citoyenneté, qui montrent une diminution très importante (-23%) du tabagisme quotidien des adolescents de 17 ans entre 2014 et 2017 (O. Le Nézet et coll.).

En second lieu, il convient également de souligner une augmentation très nette, entre 2016 et 2017, des ventes de traitements d'aide au sevrage tabagique (+28,5%) et une baisse des ventes de tabac en France métropolitaine de 1,4% par rapport à 2016, probablement liées en partie à la très forte notoriété de l'opération Mois sans tabac. En 2016, 180 000 personnes se sont inscrites à Mois sans tabac et 78 000 sur l'application coaching de Tabac info service. L'évaluation de cette campagne média montre que 74% de la population a déclaré avoir entendu parler de Mois sans tabac ou avoir vu son logo en 2016. Le niveau de mémorisation spontanée ou le score spécifique de mémorisation sont parmi les plus élevés des campagnes menées par l'Inpes puis Santé publique France. Enfin et surtout, cette campagne a été jugée incitative pour réfléchir sur son tabagisme par plus de la moitié des fumeurs et incitative pour arrêter de fumer par 36% d'entre eux (R. Guignard et coll.).

Enfin, les données du Baromètre santé 2017 permettent d'estimer à 2 millions le nombre de personnes ayant fait une tentative d'arrêt du tabac d'au moins 24 heures au dernier trimestre 2016 (16% des fumeurs), dont 380 000 en lien avec l'opération Mois sans tabac. Parmi eux, 31% ont été abstinents pendant un mois et 18% l'étaient encore au moment de l'entretien pour le Baromètre santé (janvier-juillet 2017). Il faut noter avec intérêt que la moitié des personnes qui font une tentative d'arrêt ont recours à une aide extérieure. Les aides les plus souvent utilisées sont la cigarette électronique (26,9%), les substituts nicotiques (18,3%), les professionnels de santé (10,4%) et le site Tabac info service (9,1%) (R. Guignard et coll.).

Un million de fumeurs quotidiens en moins entre 2016 et 2017

Selon les données du Baromètre santé 2017 de Santé publique France, enquête représentative de la population française, la baisse du tabagisme en France entre 2016 et 2017 est de 2,5 points, ce qui est considérable. Cela représente un million de fumeurs quotidiens de moins en un an. Ainsi, la prévalence du tabagisme quotidien passe de 29,4% en 2016 à 26,9% en 2017. Cette baisse touche particulièrement les jeunes hommes de 18 à 24 ans et les femmes de 55 à 64 ans. Elle est la plus marquée en Île-de-France et en Normandie en comparaison des données de 2014. Enfin, elle concerne particulièrement les personnes ayant les niveaux de diplômes et de revenus les moins élevés ainsi que les demandeurs d'emplois, ce qui permet de stopper, pour la première fois, l'accroissement observé depuis le début des années 2000 des inégalités sociales en matière de tabagisme. C'était un des objectifs du PNRT.

La baisse concerne aussi l'entrée dans le tabagisme

La baisse d'entrée dans le tabagisme est aussi un point de satisfaction car tout gain dans ce domaine influe fortement sur la prévalence future du tabagisme. La part des personnes n'ayant jamais fumé est passée de 34,3% à 37,1% entre 2016 et 2017.

La mesure de la prévalence annuelle du tabagisme en France est appréciée par une enquête aléatoire représentative de la population des personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine,

le Baromètre santé 2017 (A. Pasquereau et coll.). Elle a reposé en 2017 sur un échantillon de 25 319 personnes, permettant de disposer de données intégrant des variables d'âge, géographiques (régions) et de situation sociale. En 2017, la prévalence du tabagisme quotidien était de 26,9%, soit une baisse de 2,5 points par rapport à 2016, année où 29,4% des personnes déclaraient fumer quotidiennement. Cette baisse représente un million de fumeurs quotidien de moins en un an : c'est considérable !

La baisse du tabagisme concerne essentiellement les jeunes hommes de 18 à 24 ans

Cette baisse très forte (9 points) a concerné environ 240 000 personnes. La prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes de 18-24 ans était de 35,3% en 2017 vs 44,2% en 2016. Elle reste cependant très et trop élevée dans cette tranche d'âge. Il n'y a pas eu par contre de baisse significative chez les femmes du même âge : 28,8% des femmes de 18 à 24 ans fumaient toujours quotidiennement. En revanche, on observe, après quelques années de hausse, une baisse significative du tabagisme chez les femmes de 55 à 64 ans (17,6% en 2017 vs 21,1% en 2016).

La baisse s'observe surtout chez les personnes ayant les niveaux de diplômes et de revenus les moins élevés et parmi les demandeurs d'emplois

C'est la première fois que l'on constate une telle diminution, observée de manière significative chez les personnes ayant un diplôme inférieur au Bac, chez celles qui disposent des revenus les moins élevés et chez les demandeurs d'emploi. Ceci est d'autant plus intéressant qu'il s'agit des populations qui fument le plus. Pour donner un exemple, les ouvriers (36,4%) fument beaucoup plus que les cadres (15,9%). L'odds ratio est de 1,7.

La baisse est très différenciée en fonction des régions

Au-delà des inégalités sociales, il existe de fortes inégalités régionales, l'Île-de-France (21,3%) et les Pays de la Loire (23,0%) étant les régions où la prévalence du tabagisme quotidien était la plus faible. À l'inverse, dans quatre régions les prévalences étaient plus élevées que dans le reste de la métropole : Paca (32,1%), Hauts-de-France (30,5%), Occitanie (30,3%) et Grand Est (30,1%). Il faut également constater que la baisse ne s'observe pas dans toutes les régions. Seules deux d'entre elles ont connu des baisses significatives de consommation quotidienne de tabac depuis 2014 : Île-de-France et Normandie.

Il faut noter deux points importants qui montrent des évolutions notables : d'une part, l'accroissement de la part des personnes n'ayant jamais fumé, passée de 34,3% à 37,1% entre 2016 et 2017 (Baromètre santé) et, d'autre part, le recul de l'âge de l'expérimentation, passé de 14 ans à 14,4 ans entre 2014 et 2017 (Escapad). Enfin, la part des jeunes de 17 ans qui ont expérimenté la cigarette a baissé, passant de 68,4% en 2014 à 59,0% en 2017.

Les études et évaluations permettent d'adapter les politiques publiques

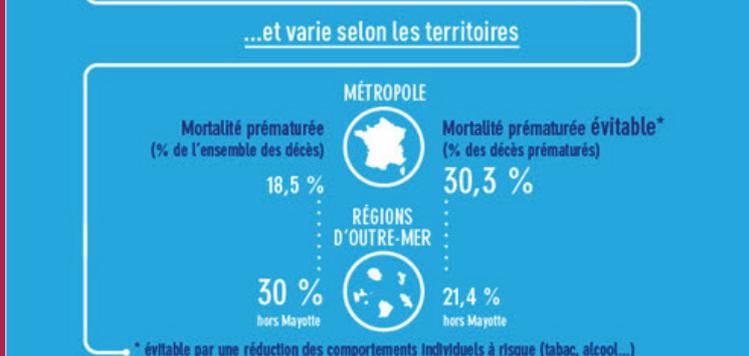
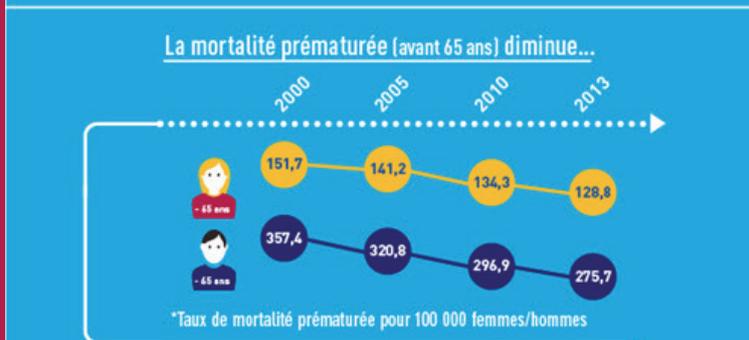
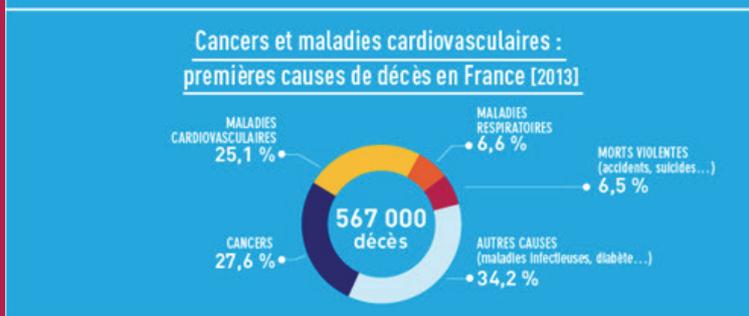
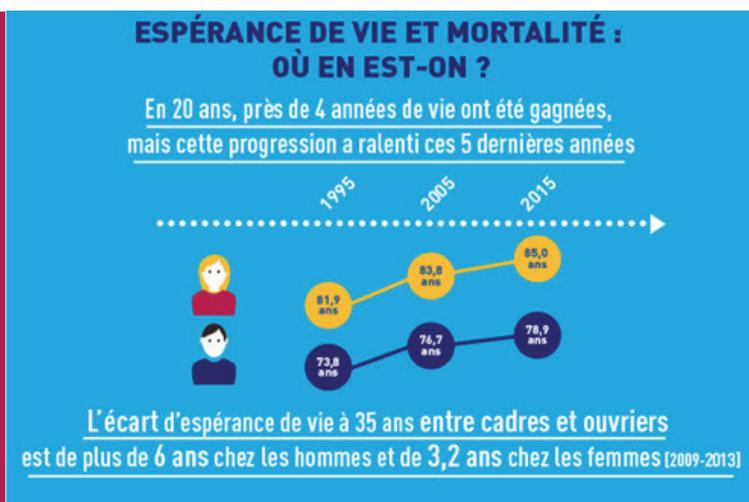
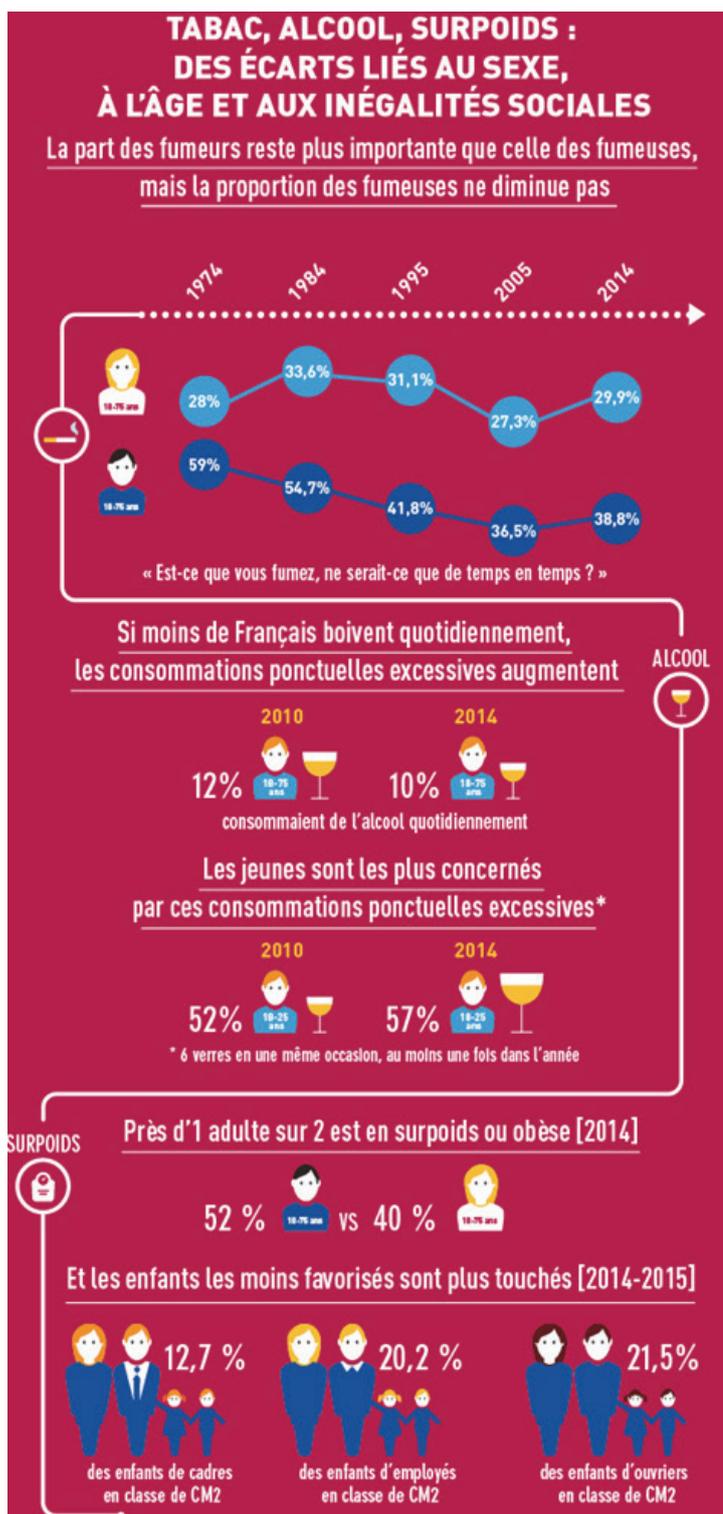
Ce numéro spécial du BEH livre également des informations précieuses pour les politiques publiques. Outre l'évaluation de Mois sans tabac, deux points issus des travaux présentés me semblent devoir être mis en exergue : les modalités d'approvisionnement des mineurs en cigarettes et le prix du tabac à rouler. La très grande majorité (94,5%) des mineurs qui fument (25% à 17 ans) achète très régulièrement ses cigarettes dans un bureau de tabac. La plupart ne se sont jamais vus demander leur carte d'identité... (O. Le Nézet et coll.). L'interdiction de vente aux mineurs est donc peu respectée. Par ailleurs, la principale raison du report de la consommation de tabac manufacturé vers le tabac à rouler est son prix plus faible (K. Gallopel-Morvan et coll.). C'est pour cela que ce mode de consommation du tabac ne cesse d'augmenter depuis les années 2010, jusqu'à concerner près de 20% des fumeurs. L'augmentation attendue du prix du tabac à rouler est donc la bienvenue.

En conclusion

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le tabagisme, l'annonce d'une baisse de la prévalence du tabagisme de belle ampleur est une excellente nouvelle. Elle souligne l'efficacité de la politique publique et l'importance de développer des actions cohérentes et intégrées. L'accentuation de cette politique, avec d'une part la prise en charge par l'Assurance maladie des substituts nicotiques au même titre que les autres médicaments et, d'autre part, la mise en place pour les trois ans à venir d'une augmentation du prix du tabac pour atteindre 10 € le paquet, devrait contribuer à réduire encore plus le tabagisme en France. Chacun sait que l'augmentation du prix est la mesure la plus efficace pour limiter l'entrée dans le tabagisme et pour inciter les fumeurs à arrêter de fumer.

Source : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-n-14-15-2018>

Annexe 10 : L'évolution de l'état de santé des Français



Annexe 11 : Santé : forte hausse du nombre de malades nécessitant des traitements de longue durée en France d'ici 2020

Selon l'Assurance-maladie, un demi-million de patients en plus souffriront d'au moins une pathologie chronique ou nécessiteront des soins au long cours.

Une population plus nombreuse et plus âgée, des maladies plus fréquentes... En 2020, la France devrait compter 548 000 personnes de plus qu'en 2015 atteintes d'au moins une pathologie chronique ou nécessitant un traitement au long cours (diabète, cancer, maladie psychiatrique...). Cette projection inédite a été dévoilée mercredi 31 mai par la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à l'occasion de la présentation d'une analyse « médicalisée » des dépenses de santé en 2015. Pour la première fois, les statisticiens de la CNAM ont croisé les prévisions démographiques de l'Insee et les évolutions prévisibles des principales pathologies. L'objectif était d'établir celles qui connaîtront les plus fortes hausses d'effectifs ces prochaines années et ainsi mieux « identifier les leviers de maîtrise de dépenses ». Entre 2015 et 2020, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cardio-neuro-vasculaire devrait par exemple grimper de 13 % et passer de 4,5 millions à 5,1 millions de patients, les deux tiers de cette hausse s'expliquant par la seule évolution démographique, soit en l'occurrence le vieillissement de la population.

D'autres pathologies devraient également connaître de fortes hausses de leurs effectifs au cours de cette période : + 12 % pour le diabète (455 000 patients de plus), + 10 % pour les maladies respiratoires chroniques (340 000 patients de plus), + 11 % pour les maladies psychiatriques (100 000 patients de plus), + 20 % pour les maladies inflammatoires (234 000 patients de plus). Des hausses spectaculaires qu'il faut lire avec prudence car les patients qui cumulent plusieurs pathologies sont comptabilisés plusieurs fois. Ayden Tajahmady, le directeur adjoint de la stratégie et des études statistiques à la CNAM, explique : « Cette progression peut paraître importante mais il n'y a pas d'explosion. C'est la poursuite d'une tendance qui tend même à se ralentir en raison d'une évolution démographique plus modérée. »

L'augmentation du nombre de patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires ne serait ainsi que de 2,7 % par an jusqu'en 2020, contre 3,3 % chaque année entre 2013 et 2015. Plus exceptionnellement, on assiste même à quelques diminutions d'effectifs. Le nombre de personnes prenant des traitements psychotropes ou des traitements du risque cardio-vasculaire devrait ainsi « reculer respectivement de 8 % et de 6 % ».

Une évolution du nombre de malades à laquelle l'Assurance-maladie devra répondre avec un budget contraint, ce qui l'oblige, comme elle le détaille chaque année à la fin du mois de juin, à engager des actions de prévention ou de « maîtrise médicalisée » des dépenses (réduction de la durée de séjour à l'hôpital, optimisation de l'utilisation des ambulances, etc.). Emmanuel Macron a annoncé pendant la campagne qu'il entendait plafonner la progression des dépenses à 2,3 % chaque année (contre 2,1 % cette année, et 1,75 % en 2016).

La CNAM n'a pas souhaité chiffrer les dépenses supplémentaires qu'entraîneront nécessairement ces centaines de milliers de nouveaux patients. « Ce calcul aurait été trop hasardeux, chaque pathologie ayant vingt-sept postes de dépense différents », souligne M. Tajahmady, en rappelant qu'il est aujourd'hui impossible de prédire l'évolution du prix de certains traitements médicamenteux.

L'Assurance-maladie s'est toutefois prêtée à cet exercice a posteriori pour certaines maladies. Elle a par exemple constaté une hausse de la dépense moyenne de soins pour le traitement du cancer du sein, passée de 11 288 euros par patiente par an en 2012 à 12 035 euros en 2015. Une augmentation due à un recours croissant à des nouveaux médicaments, plus onéreux.

A contrario, la dépense moyenne annuelle par patient traité pour une maladie coronaire chronique, comme une angine de poitrine, a baissé de 2,7 % entre 2012 et 2015 en raison de la baisse des prix de certains médicaments et une diminution des dépenses d'hospitalisation, « concomitante à une hausse des soins infirmiers en ville ».

Source : Extrait article LE MONDE du 31.05.2017, par François Béguin

LE DÉFI DE LA PERTE D'AUTONOMIE : CHIFFRES CLÉS

DÉMOGRAPHIE



4,8 millions

de personnes de 85 ans et plus en 2050

x 3,2

augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2017 et 2050

HÉBERGEMENT EHPAD



10 %

des personnes de plus de 75 ans vivent en établissements

7 573

EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents

AIDANTS



3,4 millions

de personnes aident un proche de 60 ans ou plus, à domicile, dans les tâches de la vie quotidienne

HÉBERGEMENT À DOMICILE



760 000

personnes âgées bénéficient d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile

1 265 000

bénéficient de l'APA, dont 60 % vivent à leur domicile

PERTE D'AUTONOMIE



8 %

des personnes âgées touchées par la perte d'autonomie

2,45 millions

de personnes en perte d'autonomie en 2060, contre 1,6 million en 2030

INVESTISSEMENTS



30 milliards

d'euros consacrés à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, dont 79 % de dépenses publiques

Priorité à la prévention

- Un bilan de santé et une consultation gratuits systématiques lors du départ en retraite
- Le remboursement intégral pour les soins dentaires, optiques et auditifs dès 2019
- Un investissement dans la prévention en EHPAD pour soutenir des actions de santé bucco-dentaire, diététique ou une activité physique (15 M€ dès 2018 et 30 M€ en 2019)



Les mesures en faveur des EHPAD

Accroître le nombre de personnels soignants et moderniser les établissements :

- Soutien au recrutement des soignants pour renforcer le taux d'encadrement (360 M€ sur 2019 - 2021)
- Amélioration du cadre de vie en EHPAD (100 M€ investis dès 2019 pour rénover les établissements)

Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels du médico-social :

- Soutien des professionnels par l'achat de matériels et le financement de formations (16 M€ en 2018)
- Création d'un Observatoire national de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé, intégrant le secteur médico-social
- Définition d'une stratégie dès 2019 concernant la QVT dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en concertation avec les acteurs du secteur

Accroître la qualité des soins en EHPAD et généraliser les astreintes de nuit des infirmières :

- Généralisation de l'astreinte des infirmier(e)s de nuit mutualisés en EHPAD pour améliorer la prise en charge nocturne des résidents et réduire les hospitalisations en urgence (10 M€ dès 2019)
- Développement des enquêtes de satisfaction afin de garantir une amélioration continue de la qualité en EHPAD et une meilleure information du public
- Définition d'un plan d'action de lutte contre la maltraitance pour renforcer la protection de nos aînés (2019)

L'hébergement à domicile et les aidants

- Faciliter le répit des aidants en expérimentant dès la fin 2018 les relayages de l'aidant ou des séjours de répit aidants-aidés (loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance) pour permettre aux aidants de s'absenter plusieurs jours en confiant leur proche à un professionnel
- Développer l'habitat intergénérationnel : définition de l'habitat inclusif et création d'un forfait (loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et la transition numérique). Un cadre sécurisé permet aux personnes âgées d'héberger des jeunes à un coût modéré, en échange d'une entraide solidaire.

L'accès aux soins

Faciliter l'accès aux soins grâce à la stratégie « Ma Santé 2022 » :

- La généralisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des hôpitaux locaux, permettra le développement de véritable parcours de soins pour nos aînés

Préserver la continuité des soins à domicile :

- Une meilleure articulation entre l'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une réelle continuité des soins, tout en stabilisant l'équipe soignante
- Refonte des modes de financement des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) pour améliorer leur accessibilité (100 M€ entre 2019 et 2020).

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier-participant-grand-age-def.pdf>