

Mesure de l'état de santé de la population IC-21

- Connaître la définition des indicateurs de santé et des indicateurs démographiques, de l'espérance de vie, de l'espérance de santé
- Connaître les notions de base sur les indicateurs épidémiologiques
- Connaître la définition de la Standardisation
- Connaître les priorités de santé publique
- Connaître les différents critères qui sont mobilisés pour définir un problème comme une priorité de santé publique
- Connaître les définitions relatives au handicap
- Connaître l'espérance de vie sans handicap

Connaître la définition des indicateurs de santé et des indicateurs démographiques, de l'espérance de vie, de l'espérance de santé OIC-021-01-A

Définition : un indicateur permet d'évaluer la santé d'une population. Il s'agit de variables quantitatives qui diffèrents aspects de l'état de santé d'une population.

Un indicateur de santé doit présenter les propriétés suivantes :

- la **validité** : aptitude à mesurer correctement l'état de santé prévu ;
- la **sensibilité au changement** : aptitude à rendre compte des variations de l'état de santé;
- la **fiabilité** (ou **reproductibilité**) : aptitude à produire des résultats identiques dans des situations identiques (comparaisons inter-régionales ou internationales).

Objectifs : adapter l'organisation sanitaire et sociale d'une zone définie, répondre aux besoins de la population. Les indicateurs doivent permettre :

- de **décrire**, quantifier et surveiller l'état de santé de la population ;
- de **comparer** cet état de santé (dans le temps ou dans l'espace) ;
- **d'évaluer** les effets des politiques et actions de santé publique menées.

Types : il faut distinguer des indicateurs socio-**démographiques**, décrivant l'évolution de la population (espérance de vie et ses différentes déclinaisons, indicateurs de natalité et de fécondité, structures d'âge), et **épidémiologiques** (mortalité, morbidité).

Limites : Un seul indicateur de santé ne saurait résumer une situation sanitaire dans sa globalité. Il est ainsi nécessaire de disposer de **plusieurs** indicateurs et de les interpréter conjointement.

Les indicateurs de mortalité (description des causes de décès) informent peu sur les pathologies non létales et sur l'impact social, économique ou sur la qualité de vie des pathologies chroniques.

En outre, le poids des décès dans la population âgée rend le taux de mortalité globale peu utile pour rendre compte de la mortalité dans la population plus jeune.

D'autre part, les indicateurs de morbidité ne reflètent que partiellement l'impact des pathologies, notamment leur retentissement fonctionnel (incapacité, handicap) ou en termes de qualité de vie.

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année de naissance. Elle se calcule séparément pour les hommes et les femmes. Les écarts observés traduisent une différence de longévité entre les deux sexes.

Espérances de santé

Face à l'évolution de l'espérance de vie, il est important de s'interroger sur **l'état de santé** de la population aux âges extrêmes.

C'est pourquoi, en plus de ces indicateurs purement quantitatifs, il existe une déclinaison de l'espérance de vie qui intègre une **approche qualitative : les espérances de santé**.

Il s'agit d'une famille d'indicateurs correspondant au nombre d'années à vivre dans un état de santé déterminé, compte tenu des conditions de vie du moment. Il existe autant d'indicateurs d'espérance de santé que de mesures de la santé (maladie, incapacité, santé perçue, etc.).

Elles peuvent être calculées en fonction du sexe et à différents âges de la vie. Calculées régulièrement, les espérances de santé permettent d'estimer l'évolution de l'état de santé d'une population à mesure que l'espérance de vie augmente. Elles indiquent si les années de vie gagnées sont des années de vie en bonne ou en mauvaise santé.

Connaître les notions de base sur les indicateurs épidémiologiques OIC-021-02-A

Indicateurs de mortalité

Indicateur	Définition	France
Taux brut de mortalité	(Effectif des décès pendant l'année/population moyenne de l'année) × 1 000	9,9/1 000 en 2020 ¹

Taux brut de mortalité pour une cause de décès	(Effectif des décès dus à une cause pendant l'année/population moyenne de l'année) × 1 000	Par cancer solide en 2018 ² : 123,8 pour 100 000 hommes, 72,2 pour 100 000 femmes
Taux spécifiques de mortalité : – par âge – par sexe	Calcul du taux de mortalité stratifié (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, etc.) : (effectif des décès pendant l'année dans un groupe d'âge/population moyenne de ce groupe d'âge de l'année) × 1 000 (effectif des décès pendant l'année par sexe/population moyenne par sexe de l'année) × 1 000	En 2019 : TSpM groupe d'âge ≥ 90 ans : 183/1 000 par an ³ TSpM H : 9,4/1 000 par an ³ TSpM F : 9,0/1 000 par an ³
Taux de mortalité prématurée	(Effectif des décès survenus avant 65 ans pendant l'année/population moyenne de moins de 65 ans de l'année) × 1 000	En 2020 H : 2,40/1 000 par an ⁴ F : 1,24/1 000 par an ⁴
Mortalité évitable	– par modification des habitudes de vie (comportements à risques et contexte de vie : sida, alcool, suicides, accidents de la voie publique, cancers bronchopulmonaires et des voies aérodigestives supérieures) – par une meilleure réponse du système de soins (actions curatives et préventives : cardiopathies ischémiques, accident vasculaire cérébral lié à l'hypertension artérielle, cancer du sein et de l'utérus)	Effectif de décès évitables en France en 2013 : 31 963 ⁵ Taux de mortalité évitable en 2013) : – hommes : 290,0 pour 100 000 – femmes : 143,3 pour 100 000 Mortalité évitable en France liée au tabac en 2015 (nombre de décès) ⁶ : 75 320
Taux de létalité par cause	(Effectif des décès dus à une cause pendant l'année/nombre de sujets atteints de la même cause de l'année) × 1 000	

F : femme ; H : homme ; TSpM : taux spécifique de mortalité.

Indicateurs de mortalité infantile

Indicateur	Définition	France
Taux de mortalité infantile	(effectif d'enfants décédés avant l'âge de 1 an pendant l'année/nombre total de naissances vivantes de l'année) × 1 000	3,79/1 000 par an en 2019 ¹
Taux de mortalité néonatale	(Effectif des enfants décédés pendant les 28 premiers jours de vie pendant l'année/nombre total de naissances vivantes de l'année) × 1 000	2,74/1 000 par an en 2019 ¹
Taux de mortalité postnéonatale	(Effectif des enfants décédés entre le 28 ^e jour et le 365 ^e jour de vie pendant l'année/nombre total de naissances vivantes de l'année) × 1 000	1,05/1 000 par an en 2019 ¹
Taux de mortalité périnatale	(Effectif d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée) × 1 000	10,2/1 000 par an en 2019 ²
Taux de mortinatalité	(Effectif des morts fœtales après 22 semaines d'aménorrhée ou poids de l'enfant supérieur à 500g et jusqu'à la naissance pendant l'année/nombre total de naissances vivantes de l'année) × 1 000	8,5/1 000 (IMG compris) par an en 2019 ²

Taux de mortalité foeto infantile

Le taux de mortalité foeto-infantile est le rapport (nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de un an) / l'ensemble des nés vivants et nés sans vie.

L'Insee ne le calcule plus.

Connaître la définition de la Standardisation OIC-021-03-B

Les enquêtes descriptives peuvent donner lieu à des comparaisons entre deux ou plusieurs populations différentes (dans le temps ou l'espace). Toutefois, cela n'est possible **que si les populations sont comparables**. En effet, les caractéristiques propres des populations (structure en âge, répartition par sexe) conditionnent fortement la survenue des problèmes de santé et interdisent d'emblée toute comparaison.

Cette **comparabilité** des observations **s'obtient par la standardisation des données qui peut être directe ou indirecte**.

- La **standardisation directe** (méthode de la population type) consiste à appliquer aux effectifs par classe d'âge de la population de référence les taux de mortalité spécifiques par âge de la population étudiée.

On obtient alors le nombre total de décès correspondant puis le taux global, appelé taux standardisé de mortalité (**TSM**).

- La **standardisation indirecte** (méthode de la mortalité type) permet de comparer la mortalité entre une petite population étudiée et une grande population de référence. Elle consiste à **comparer le nombre de décès attendus** dans la petite population si on lui applique les taux de mortalité de chaque classe d'âge de la grande population (considérée comme population de référence) au **nombre de cas observés** dans cette petite population.

Le ratio nombre de cas observés/nombre de cas attendus dans la petite population est appelé ratio standardisé de mortalité ou d'incidence, appelé souvent **SMR** (*standardized mortality ratio*) ou **SIR** (*standardized incidence ratio*).

- Si le SMR vaut 1, la mortalité dans la population étudiée est **identique** à la référence

- s'il est inférieur à 1, la mortalité est **plus faible** dans la population étudiée ;
- s'il est supérieur à 1, elle est plus **forte**.

Par convention, on multiplie le résultat par 100 pour obtenir un pourcentage des décès observés par rapport aux décès attendus. Par exemple, un SMR de 150 % indique une surmortalité de 50 % dans la population étudiée par rapport à la population de référence.

Connaître les priorités de santé publique OIC-021-04-A

Si le décideur politique valide la priorité de santé publique, pour qu'elle puisse être développée, il est nécessaire qu'elle soit soutenue par une institution (ministère de la Santé, agence sanitaire, etc.) qui s'assurera du maintien des financements, de la gestion des moyens mis en œuvre, de la mobilisation des professionnels de santé, etc. Sans cela, une priorité de santé publique aussi pertinente soit-elle n'est jamais menée à son terme et n'atteint pas ses objectifs.

Connaître les différents critères qui sont mobilisés pour définir un problème comme une priorité de santé publique OIC-021-05-B

Définition : Une priorité de santé publique n'est pas fixée unilatéralement par les autorités sanitaires, les experts ou les patients. Elle repose sur la combinaison de trois logiques :

- une **logique médicale et scientifique** :
 - la gravité (morbidity et/ou mortalité importantes) ;
 - la fréquence (incidence élevée).
- une **logique économique** :
 - l'impact socio-économique ;
 - la faisabilité (coût, etc.).
- une **logique sociale** :
 - perception du problème ;
 - acceptabilité.

Elle est la résultante d'un travail associant l'ensemble de la société civile (adhésion de tous) mais c'est le **décideur politique** qui validera au final la priorité de santé publique.

Connaître les définitions relatives au handicap OIC-021-06-A

L'OMS a proposé en 2001 une *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) qui reformule le modèle précédent avec une terminologie plus neutre pour décrire les plans d'expérience du handicap – selon les fonctions et structures corporelles, les activités de la vie courante et la participation sociale (accomplissement des rôles sociaux) –, et qui propose un modèle dans lequel le handicap résulte d'une interaction entre un problème de santé et des facteurs contextuels, personnels ou environnementaux.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, OMS, 2001

Niveau	Fonctionnement	Handicap
Organe	Fonctions et structures corporelles	Déficiência
Individu	Activité	Limitation
Société	Participation	Restriction
Les facteurs environnementaux interagissent avec ces différents niveaux de fonctionnement pour créer ou remédier aux situations de handicap		

Au niveau français, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit pour la 1ère fois une définition officielle de la notion de handicap de la façon suivante :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le deuxième apport essentiel de ce texte est d'avoir défini le droit à la compensation du handicap de la façon suivante : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficiencia, son âge ou son mode de vie ». Ce droit à la compensation est individuel. Il doit prendre en compte le projet de vie de la personne en situation de handicap. En conséquence, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), créée par la loi pour permettre ce droit à la compensation, peut être versée en espèces (pour le paiement des aides humaines par exemple) ou en nature (pour le financement d'aides techniques, l'aménagement du logement...)

Connaître l'espérance de vie sans handicap OIC-021-07-B

L'espérance de vie sans incapacité (EVS) ou sans handicap correspondant au nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus d'un groupe dans les conditions de mortalité d'une période donnée (espérance de vie retranchée des années de vie en incapacité). L'espérance de vie sans incapacité est aussi parfois appelée "espérance de vie en bonne santé" ou "espérance de santé".

En France, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance est de 64,6 ans pour les femmes, et de 63,7 ans pour les hommes en 2019