

Initiation à l'économie de la santé avec les logiciels Eco-Santé

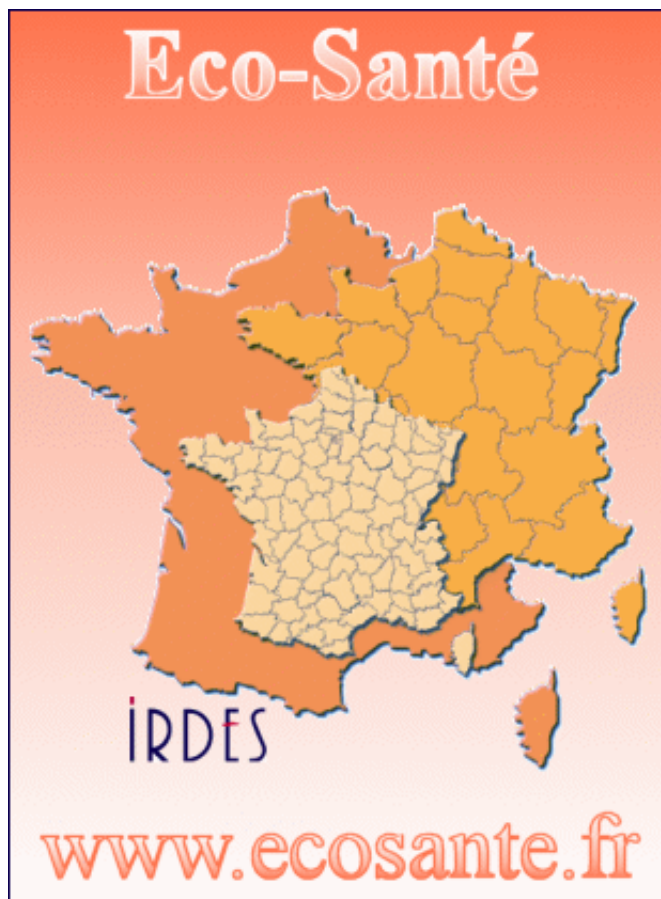
Avertissement à destination des enseignants : Les cahiers de TD ne sont plus mis à jour depuis quelques années. Nous les laissons sur notre site afin de vous permettre de trouver une trame d'appui à vos cours. Les données les plus récentes se trouvent dans nos bases de données [Eco-Santé](#) et sont présentées dans [nos données de cadrage](#).



Une production de

IRDES

www.ecosante.fr



En partenariat avec :



Partie 1 :
Démographie et état de santé de la population

Partie 2 :
Les producteurs du secteur de la santé

Partie 3 :
Consommations et dépenses de santé

Travaux dirigés destinés à l'enseignement des sciences médico-sociales

Note à l'attention des élèves

Qu'est-ce qu'Eco-Santé ?

Eco-Santé est un logiciel conçu pour faciliter l'analyse du système de santé par la mise à disposition, sur un même support, de bases de données uniques.

Ces bases :

- rassemblent de multiples séries statistiques décrivant le fonctionnement des systèmes de santé français (aux niveaux national, régional, départemental) et étrangers. Le choix des variables obéit à plusieurs critères : pertinence pour l'analyse des systèmes de santé et possibilité d'obtenir ou de reconstituer des séries cohérentes sur une longue période ;
- regroupent l'ensemble des sources statistiques officielles dans le domaine de la santé : CANAM, CNAMTS, IRDES, Direction Générale de la Santé, HCSP, INED, INSEE, INSERM, Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère des Transports, MSA, OCDE, Ordre des Pharmaciens, Sécurité Routière, DREES, SNIP ;
- sont mises à jour tous les ans avec les dernières statistiques disponibles et sont enrichies par de nouvelles variables.

Il convient de souligner la complémentarité des approches géographiques proposées :

- Eco-Santé Régional contient des données aux niveaux départemental et régional français,

- Eco-Santé France contient des données au niveau de la France entière,

- Eco-Santé OCDE contient des données au niveau des états membres de l'OCDE.

En 2002, les logiciels Eco-Santé ont été : « Reconnu d'Intérêt Pédagogique » (R.I.P.) par le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. Ils ont été jugés par un public d'enseignants comme répondant à des critères de qualité pédagogique et de simplicité d'utilisation.

Pour plus d'informations vous pouvez vous reporter à l'adresse suivante : <http://www.irdes.fr/ecosante/index.htm>

À quoi vous servent ces travaux dirigés ?

Étudiants en sciences médico-sociales, vous êtes destinés à travailler dans le secteur de la santé ou en liaison avec celui-ci, que ce soit dans un hôpital, dans un laboratoire, chez un médecin, ou chez un pharmacien. Ce secteur est en constante évolution. Votre formation va vous permettre d'accéder à des métiers où vous devrez connaître les données des grands domaines du secteur sanitaire et social, ou au moins savoir qu'elles existent et être autonomes dans leur recherche.

Ce cahier de travaux dirigés va vous permettre de trouver des données sanitaires et sociales afin de répondre aux questions que vous appréhendez en cours.

À partir de ces données, vous pourrez faire des tableaux, des graphiques ou des cartes.

Nous vous souhaitons d'en tirer le meilleur profit tout en passant d'agréables moments.

Qu'allez-vous étudier plus particulièrement à travers ce cahier de travaux dirigés ?

Comme tous les autres secteurs économiques, le secteur de la santé se caractérise par une demande : la population, une offre : les producteurs (les établissements hospitaliers, l'ensemble des professions médicales, paramédicales, les laboratoires, l'industrie pharmaceutique), et des flux financiers.

Ce cahier de travaux dirigés est organisé en trois parties :

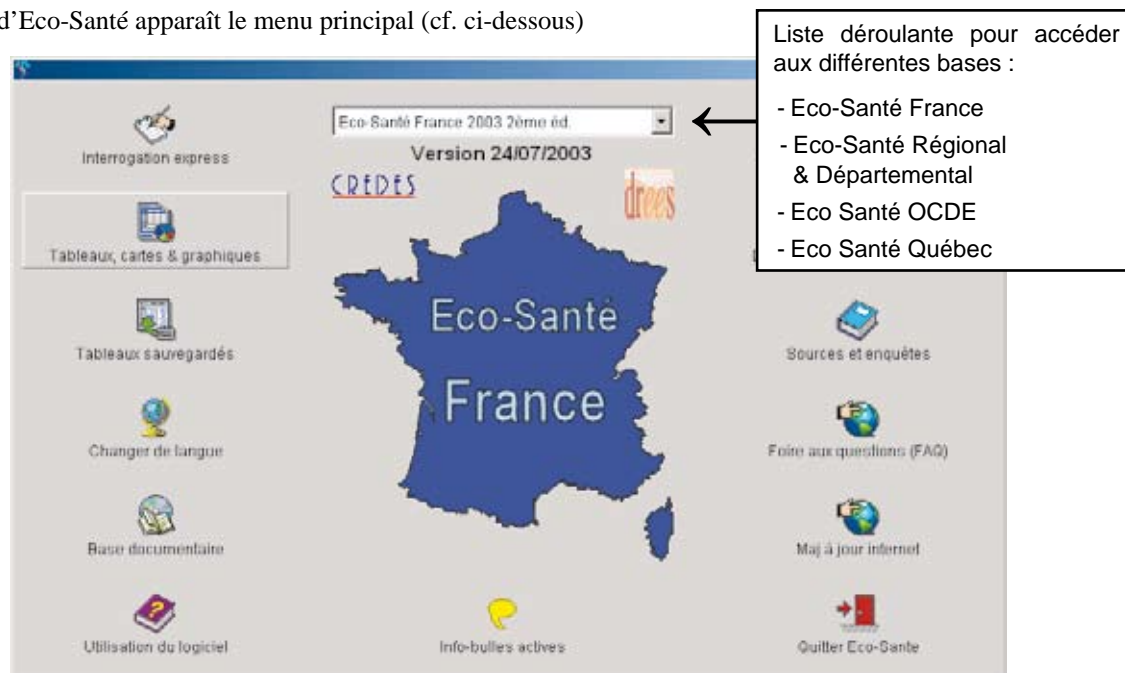
- la démographie et l'état de santé de la population ;
- les producteurs de soins (professions de santé et hôpitaux) ;
- les flux financiers (consommation et financement du système de soins).

Présentation de ce cahier de travaux dirigés

Pour chaque thème étudié, vous trouverez sur les pages de gauche des éléments de cours, des exemples de cartes, graphiques et tableaux obtenus par les différentes bases d'Eco-Santé. Les pages de droite sont consacrées aux exercices.

Aperçu rapide du maniement d'Eco-Santé

À l'appel d'Eco-Santé apparaît le menu principal (cf. ci-dessous)



Liste déroulante pour accéder aux différentes bases :

- Eco-Santé France
- Eco-Santé Régional & Départemental
- Eco Santé OCDE
- Eco Santé Québec

Pour accéder aux données, il vous faudra cliquer sur les boutons [Interrogation express] ou [Tableaux, cartes & graphiques]. Nous verrons plus tard les autres options. Des info-bulles vont vous renseigner tout au long de votre « navigation ». Vous pouvez toujours revenir sur vos choix par la touche [Esc] ou [Echap].

L'interrogation express vous permet d'obtenir rapidement une information concernant une variable sur une ou deux années.

- Vous choisissez la variable : cette procédure consiste à pointer dans trois menus différents : sélection du chapitre, de la variable et ensuite de l'unité.
- Puis vous introduisez les années pour lesquelles vous souhaitez obtenir les données. Cliquez sur le bouton « Résultat ». Si vous avez demandé plusieurs années, vous obtenez, outre les valeurs recherchées, le taux d'accroissement annuel moyen et le taux d'accroissement sur la période considérée.

- Il vous est possible de juxtaposer plusieurs fenêtres de résultat pour pouvoir les comparer.

La construction de tableaux, cartes & graphiques vous permet à la fois de créer un tableau et de le représenter sous forme de graphique ou de carte.

- Le choix de la variable : ici, les écrans sont légèrement différents, mais la procédure reste la même : comme en interrogation express, vous devez sélectionner tour à tour le chapitre, la variable et l'unité. La validation de chaque choix par un double clic vous permet de passer à la sélection suivante. Vous pouvez modifier n'importe lequel de ces trois niveaux en cliquant sur l'onglet de votre choix (chapitre, variable ou unité). Une ligne de confirmation de votre sélection apparaît sur la fenêtre de l'onglet « Variables ». Il vous faut alors, avant de construire votre tableau, sélectionner les années/périodes

pour lesquelles vous désirez voir les valeurs.

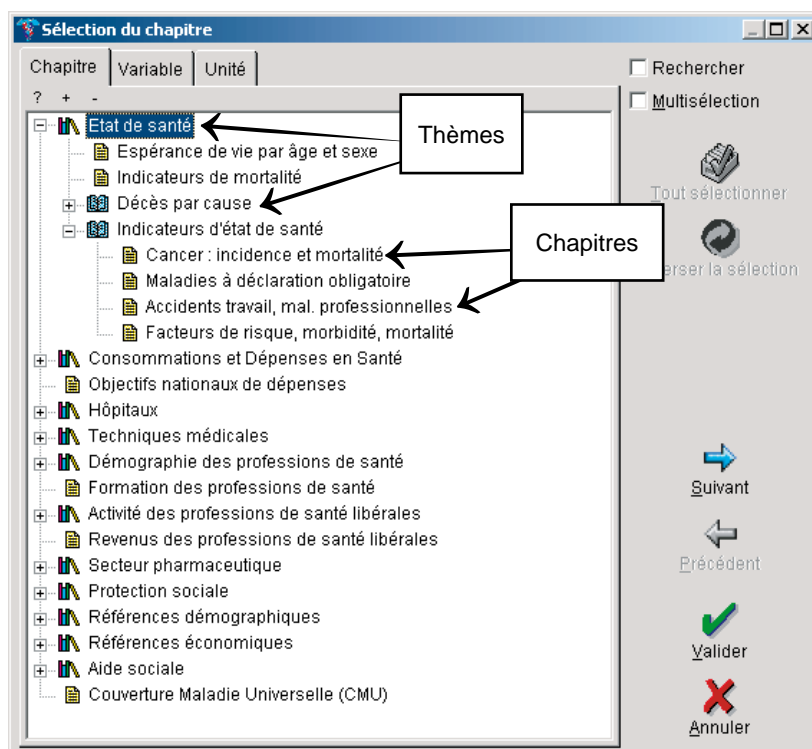
- Le choix des années s'effectue :
 - soit par un double clic sur chacune d'elles ;
 - soit par une sélection avec les touches Maj-clic, Ctrl-clic puis validation avec la touche « + » ;
 - soit par les tournettes situées au bas de l'écran ;
 - soit par l'option proposée à partir de l'écran appelé par la touche « Disponibilité ».²
- La visualisation du tableau : Vos années sélectionnées, cliquez sur l'onglet « Construction ». C'est à ce niveau que vous déterminerez la forme de votre tableau, à savoir variables et années (également unités géographiques dans Eco-Santé Régional ou OCDE) en lignes ou en colonnes et que vous lui donnerez un nom pour le sauvegarder ou/et le visualiser.

² Étape supplémentaire : Dans Eco-Santé Régional/OCDE/Québec où se trouvent plusieurs unités géographiques, il vous faudra également choisir la/les unités géographiques désirée(s).

Choix du chapitre

À l'aide des touches « Interrogation express » ou « Tableaux, cartes et graphiques » vous accédez aux différents chapitres, soit directement, soit par l'intermédiaire de thèmes qui regroupent plusieurs chapitres.

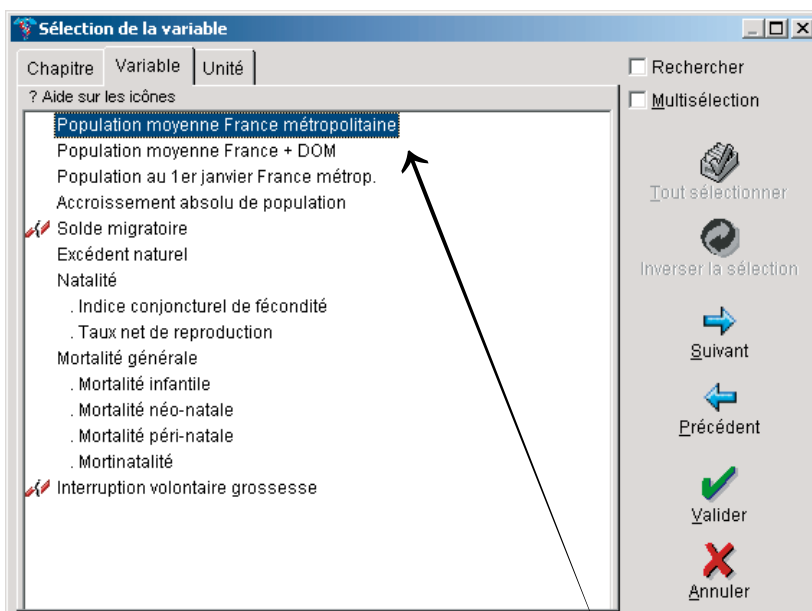
Les thèmes (ou chapitres parents) sont décomposés en chapitres. Ils ne contiennent pas de variables. Ils sont présentés précédés de livres juxtaposés sur une étagère ou d'un livre ouvert.



Choix de la variable

Double cliquez sur le chapitre pour arriver aux variables qu'il contient ou sélectionnez le chapitre et cliquez sur l'onglet « Variable ». Voici les variables du chapitre « Principaux indicateurs démographiques » que l'on trouve dans le thème « Références démographiques ».

Double cliquez sur la variable pour arriver à ses unités ou sélectionnez la variable et cliquez sur l'onglet « Unité ». Double cliquez sur « Effectif ».

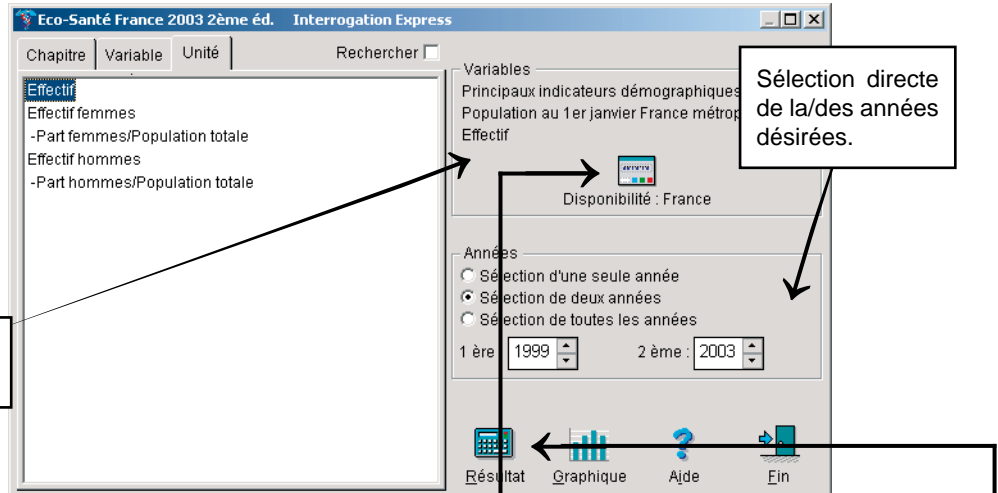


Je veux une aide sur cette variable ? Je la sélectionne en la surlignant et appelle l'aide d'un clic droit de ma souris.

Choix de l'unité

Double cliquez sur la variable pour arriver à ses unités ou sélectionnez la variable et cliquez sur l'onglet « Unité ». Double cliquez sur « Effectif ».

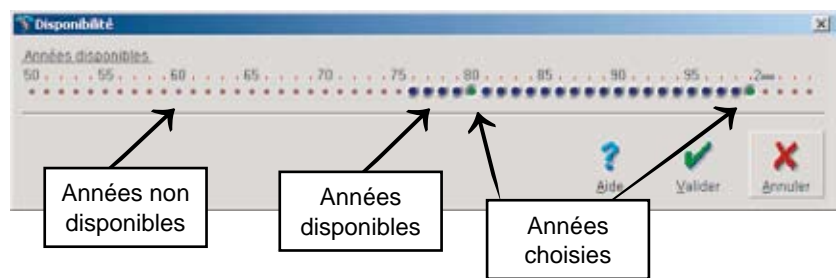
Le choix de votre variable est confirmé ici.



Choix de l'année

Si vous ignorez pour quelles années votre variable est disponible, vous ne pouvez donc les sélectionner directement tel qu'indiqué ci-dessus.

Cliquez sur le bouton « Disponibilité : France ». La fenêtre suivante apparaît vous indiquant les années disponibles. Vous avez également la possibilité d'y choisir vos années.

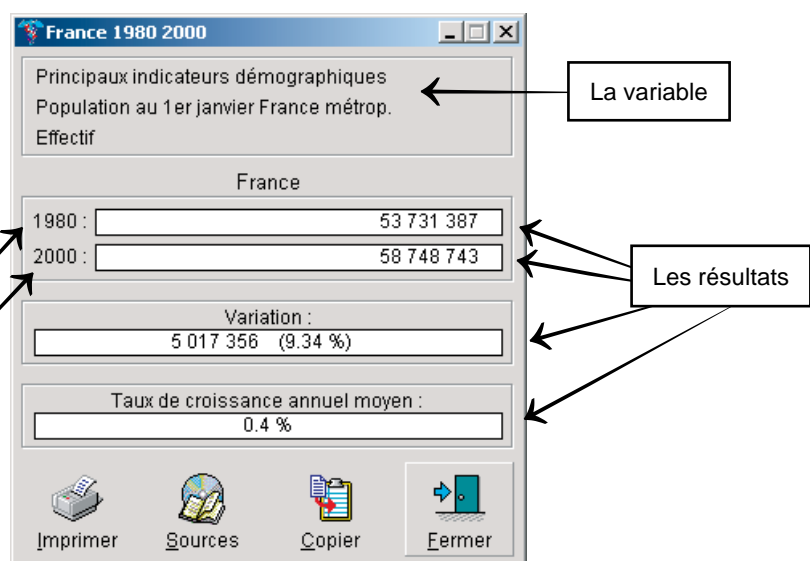


Visualisation du résultat

Cliquer sur le bouton « Résultat » vous permet de visualiser les données pour la variable choisie. Ici : « Références démographiques : Population au premier janvier France métrop. : effectif » pour les années 80 et 2000.

Le résultat apparaît dans la fenêtre suivante :

Les années choisies



Sommaire

Note à l'attention des élèves	5	Secteur pharmaceutique	83
Aperçu rapide du maniement d'Eco-Santé	6	Production de l'industrie pharmaceutique	83
PREMIERE PARTIE : DÉMOGRAPHIE ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	9	Recherche, innovation et promotion de l'industrie pharmaceutique	83
Références démographiques : principaux indicateurs démographiques	11	Principes actifs	85
Population totale	11	Emploi de l'industrie pharmaceutique	85
Population moyenne	11	Démographie des pharmaciens	87
Évolution de la population française	13	Médicaments : prix et marges	89
Écarts absolus et taux d'accroissement de la population	13	TROISIEME PARTIE : CONSOMMATION ET DÉPENSES DE SANTÉ	91
Répartition de la population	15	Montants de consommation de santé	93
Natalité 17	17	Remboursements du Régime général	93
Taux net de reproduction	17	Remboursements de la MSA et de la CANAM	97
Indice conjoncturel de fécondité	17	Consommation médicale totale (CMT)	99
Mortalité	19	Évolution de la Consommation médicale totale	99
Solde naturel	21	Composition de la CMT	101
Solde migratoire	21	Comparaisons internationales des dépenses de santé	103
Accroissement absolu de la population	21	Profil des consommateurs, données d'enquêtes	105
État de santé	23	Dépense courante de santé (DCS)	107
Espérance de vie par âge et sexe	25	DCS par poste	107
Indicateurs de mortalité	29	DCS par financeur	109
Indicateurs d'état de santé	39	La santé dans la comptabilité nationale	113
DEUXIEME PARTIE : LES PRODUCTEURS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	57	Place de la santé	113
Établissements hospitaliers	61	Évolution du poste de la santé	113
Structure du système hospitalier	61	Compte de la protection sociale	115
Activité hospitalière	63	Emplois	115
Facteurs de production	69	Ressources ¹	121
Personnel hospitalier	71	Couverture maladie universelle (CMU)	123
Professions de santé	73	Recettes et dépenses du fonds de la couverture complémentaire	123
Démographie des professions de santé	73	Liste des organismes cités	124
Activité des médecins libéraux	79	Liste des enquêtes citées	126
Actes	79		
Prescriptions	81		
Honoraires	81		
Revenu des médecins libéraux	81		

DÉMOGRAPHIE ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Exercices

Références démographiques : principaux indicateurs démographiques

■ Population totale

La population française est recensée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). La population totale est la population au 1^{er} janvier.

Sélectionnez l'effectif total de la population (ou effectif au 1^{er} janvier), et ce pour deux années : 1950 et 2004.

Elle est passée de _____ millions en 1950 à _____ millions d'habitants en 2004, soit une différence de près de _____ millions d'habitants (écart absolu), représentant un taux de croissance annuel moyen (ou TCAM) de _____ % entre ces deux dates (écart relatif).

Exercez-vous et demandez la population totale des hommes pour ces deux années. Réduisez la fenêtre. Puis, demandez la population totale des femmes pour ces deux années. Enfin, rappelez la fenêtre réduite et juxtaposez-la avec celle des femmes. Commentez :

■ Population moyenne

Cherchez à présent la définition de la population moyenne

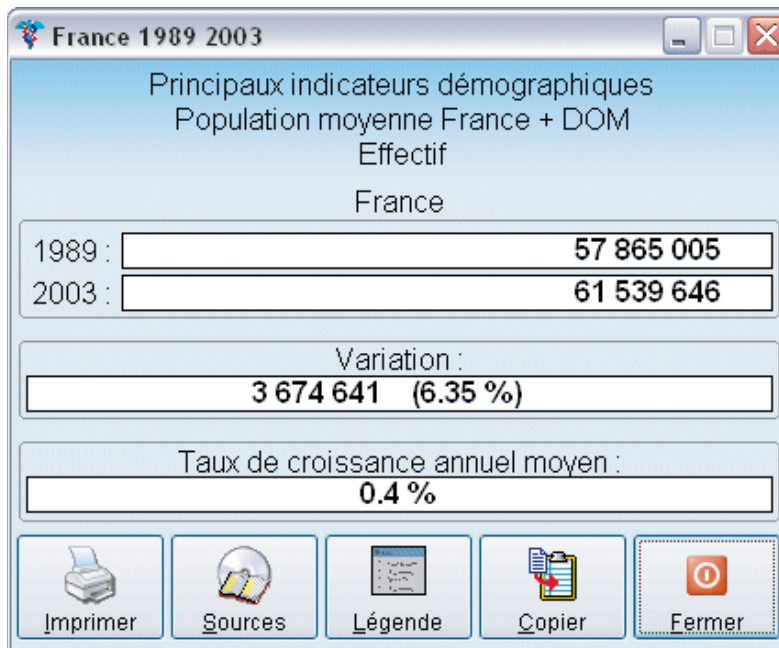
Exercez-vous: regardez et indiquez ci-dessous la signification de l'icône faisant face à « Solde migratoire » ou à « Interruption volontaire de grossesse » ?

Mais pourquoi cet icône apparaît-il, par exemple, face à « Interruption volontaire de grossesse » ? Pour le savoir, appelez l'aide de l'IVG (Voir page précédente comment procéder) et présentez ci-dessous les différences de sources des deux périodes.

Écart absolu, écart relatif, taux de croissance, taux de croissance annuel moyen

Il arrive très fréquemment de comparer deux valeurs d'une même grandeur à deux dates différentes.

Les variations en interrogation express



Une simple différence entre ces deux valeurs ne donne que l'**écart absolu**. Pour déterminer l'**écart relatif**, on divise cet écart absolu par la valeur de départ. On exprimera l'écart relatif en pourcentage en le multipliant par 100. Le **taux de croissance** exprime l'accroissement de la variable étudiée en % de la grandeur de départ. Le taux de croissance est donc égal au rapport : (valeur d'arrivée - valeur de départ) / valeur de départ * 100.

Source :
Eco-Santé France 2004, 2^e éd.

Les variations en « Construction de tableaux, cartes & graphiques »

	Indicateurs Démographie Pop.moyenne France+DOM Effectif
1989-1991 TCAM (%)	0.5
1991-1993 TCAM (%)	0.5
1993-1995 TCAM (%)	0.4
1995-1997 TCAM (%)	0.3
1997-1999 TCAM (%)	0.4
1999-2001 TCAM (%)	0.5
2001-2003 TCAM (%)	0.5

Vous pouvez obtenir des taux de croissance annuels moyens (ou TCAM). Il s'agit du taux moyen qu'il faudrait appliquer chaque année pour obtenir la variation totale observée sur la période.

Source :
Eco-Santé France 2004, 2^e éd.

Exercices

Recherchez les effectifs en milliers de la population moyenne pour les années qui se trouvent dans le tableau suivant. Imprimez votre tableau et remplissez ce tableau représentant l'évolution de la population moyenne. Attention à l'unité demandée !

■ Évolution de la population française

Années	Population moyenne (en milliers)
1950	
1960	
1970	
1980	
1990	
2000	
2003	

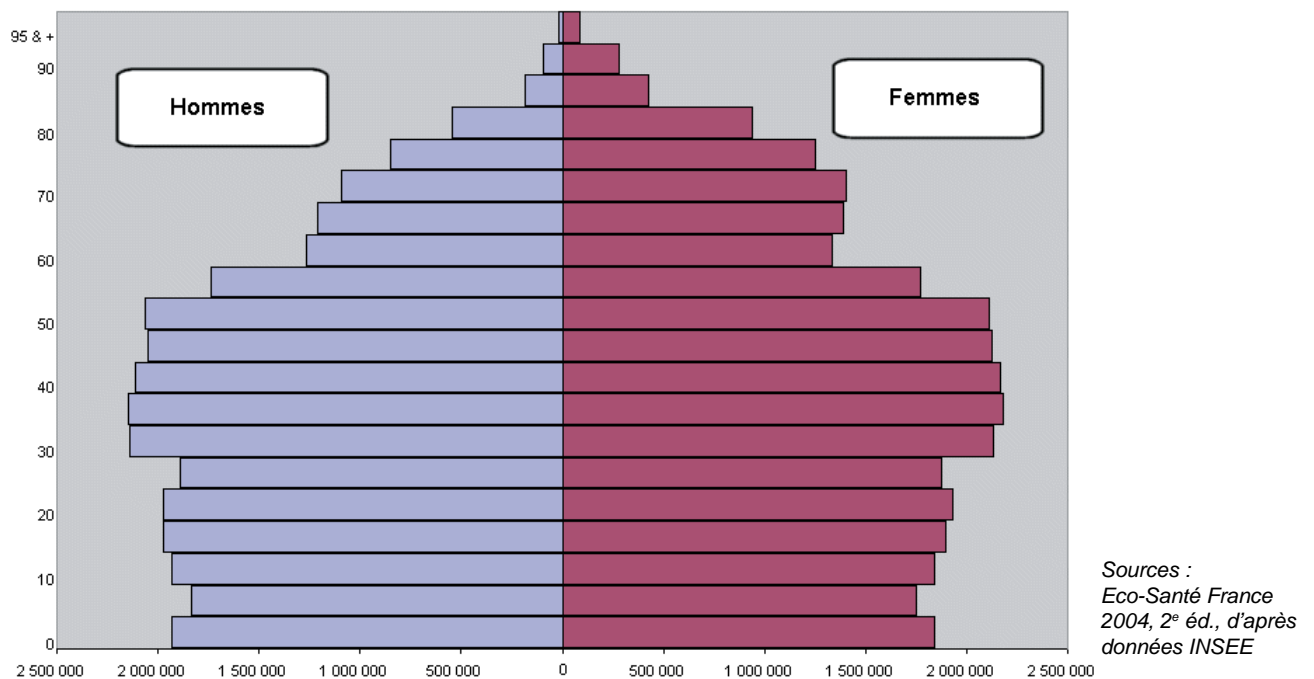
En fonction des données du tableau précédent, veuillez compléter les colonnes du tableau suivant de façon à indiquer entre les périodes suivantes :

- les écarts absolus,
- les taux d'accroissement annuels moyens (TCAM).

■ Écarts absolus et taux d'accroissement de la population

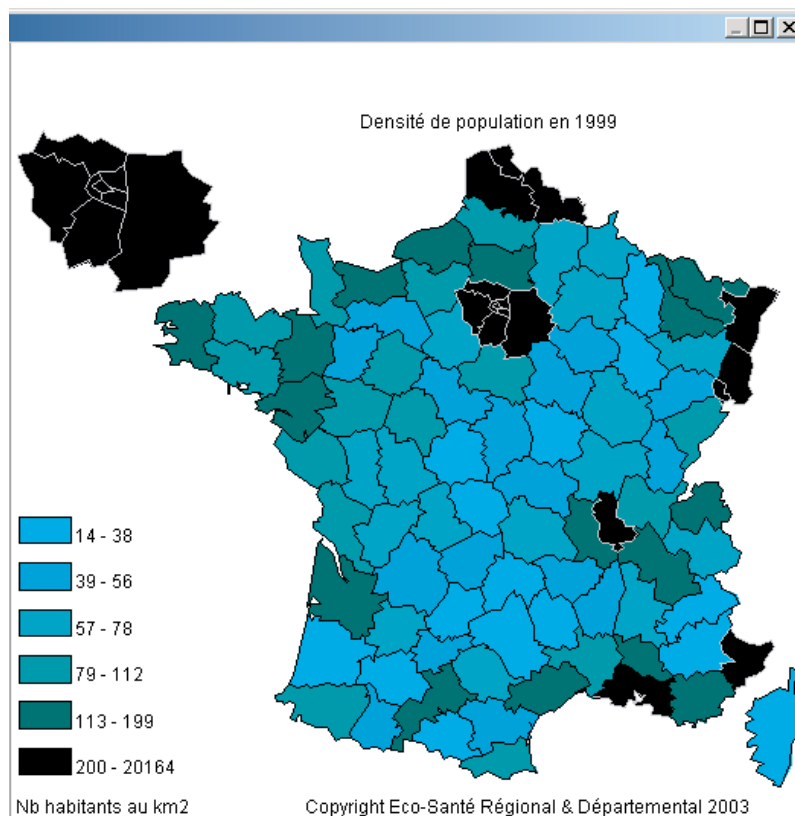
Périodes	Écarts absolus	TCAM
1950-1960		
1960-1970		
1970-1980		
1980-1990		
1990-2000		
2000-2003		

Pyramide des âges en 2003, France



Exemple de graphique réalisé sous Excel à partir des données exportées d'Eco-Santé.

Effectifs de la population totale en France en 1999 par département



Dans Eco-Santé Régional & Départemental, deux sources sont présentées pour les données de population par âge et sexe : le recensement et les estimations localisées de population.

Nous avons choisi de présenter la densité de la population et non les données brutes de population car il faut pouvoir comparer la population de départements à superficie identique.

Ainsi, le Bas-Rhin, qui est un petit département par sa superficie, a peu d'habitants dans l'absolu. Si l'on rapporte cette donnée à sa superficie, le Bas-Rhin est très peuplé.

Sources :
Eco-Santé Régions & Départements 2004,
2^e éd., d'après données INSEE

Exercices

■ Répartition de la population

Par âge et sexe

En 2003, la population moyenne est de 59 763 094 personnes, soit : 29 041 889 hommes et 30 721 205 femmes. Une répartition par âge et sexe (chapitre « Population moyenne par âge et sexe »), de 5 ans en 5 ans, donne la pyramide des âges ci-contre.

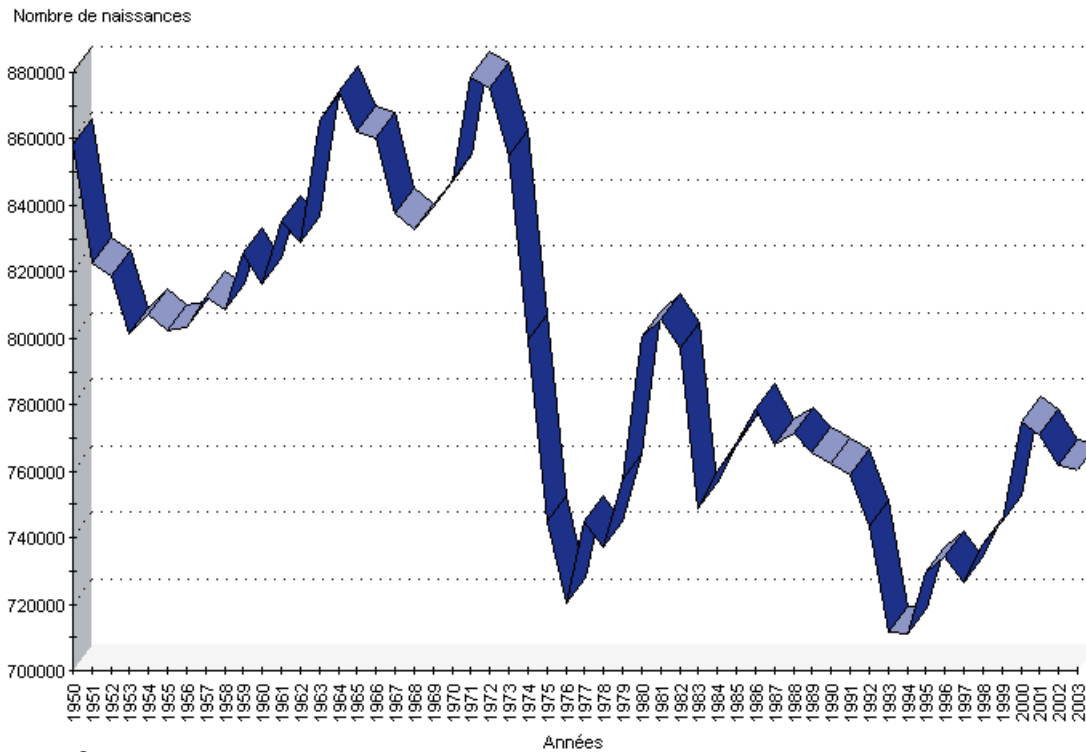
Commentez la répartition de la population par âge et imaginez ce qu'a été et ce que peut devenir cette pyramide.

Par département

La carte ci-contre présente la densité de population (Effectifs estimations localisées de population ou ELP) en 1999.

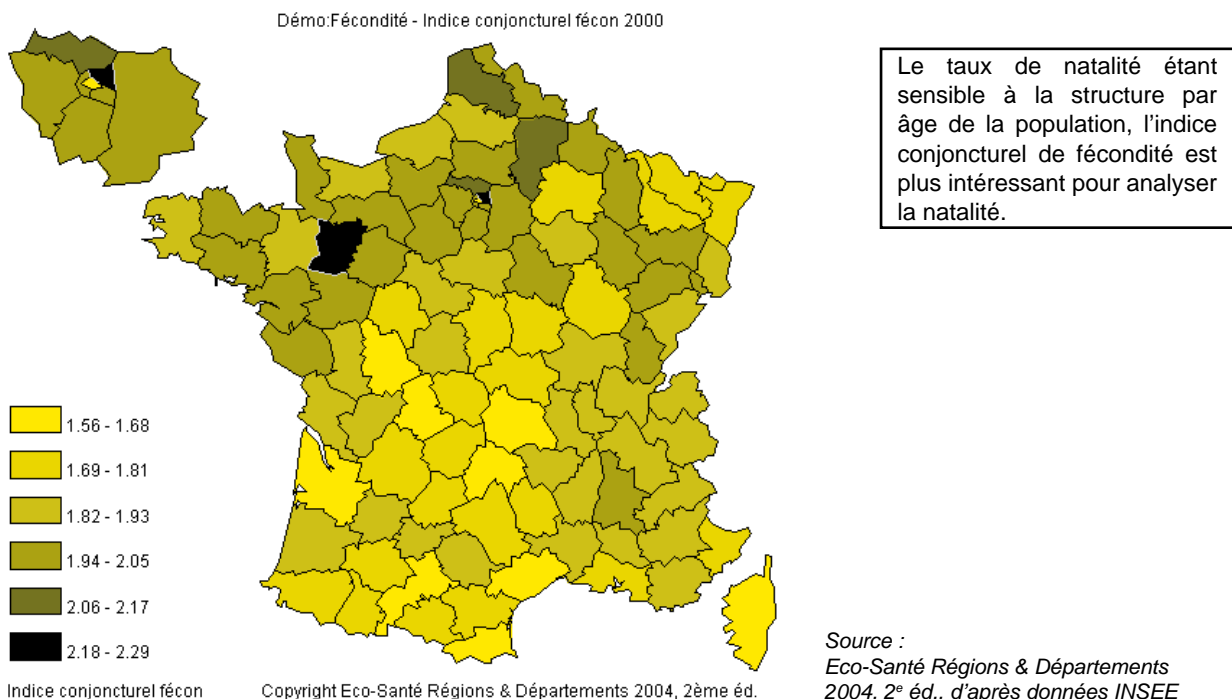
Commentez :

Évolution de la natalité entre 1950 et 2003



Source :
Eco-Santé France 2004, 2^e éd., d'après données INSEE

Indice conjoncturel de fécondité en 1999



Exercices

■ Natalité

La natalité représente l'ensemble des naissances vivantes constatées sur une période donnée (en général une année).

En 1950, il y a eu 858 124 naissances vivantes et en 2003, 760 300. Le nombre de naissances en 2002 est donc en régression par rapport à 1950. Regardez sur le graphique ci-contre si cette évolution est uniforme et commentez (chocs pétroliers, récession, année 2000...).

■ Taux net de reproduction

Le taux net de reproduction est le nombre de naissances de filles par femme. Il tient compte de la mortalité féminine afin d'apprécier la proportion des femmes survivantes à l'âge de la fécondité (le taux brut n'en tient pas compte). Cet indice mesure dans quelles conditions se fait le remplacement des générations.

Quel est le taux net de reproduction pour la dernière année disponible ?

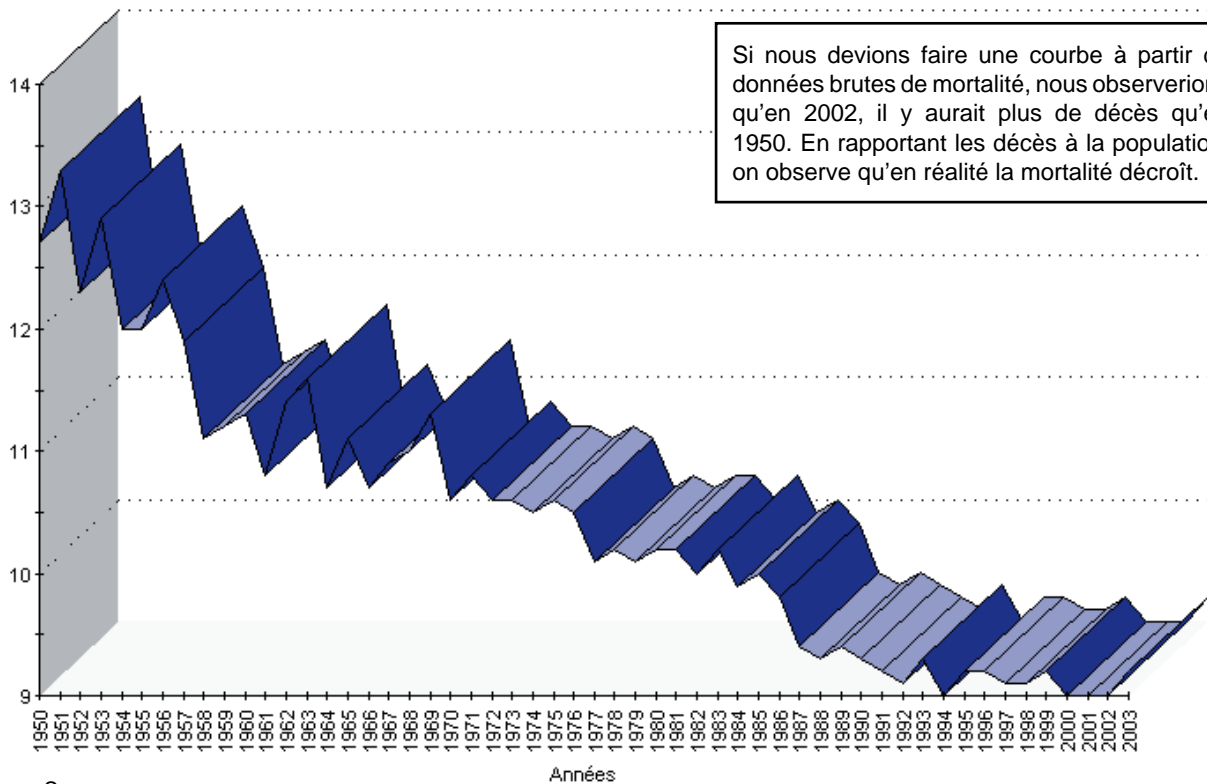
■ Indice conjoncturel de fécondité

Sachant que l'indice conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer et que le remplacement des générations peut être assuré si ce nombre est supérieur à deux, indiquez depuis quelle année le remplacement des générations ne s'effectue plus.

Regardez la carte d'indice conjoncturel de fécondité et commentez :

Évolution du taux de mortalité de 1950 à 2003

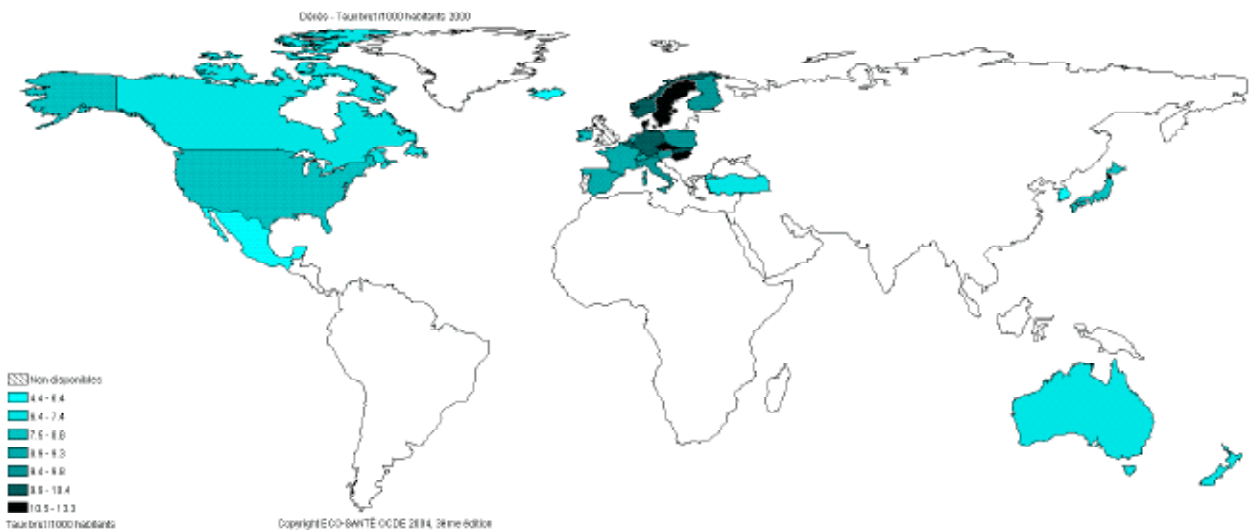
Taux pour 1 000 habitants



Source :

Eco-Santé France 2004, 2^e éd., d'après données INSERM

Taux brut de mortalité dans les pays de l'OCDE en 2001



Source :

Eco-Santé OCDE 2004, 2^e éd.

Exercices

■ Mortalité

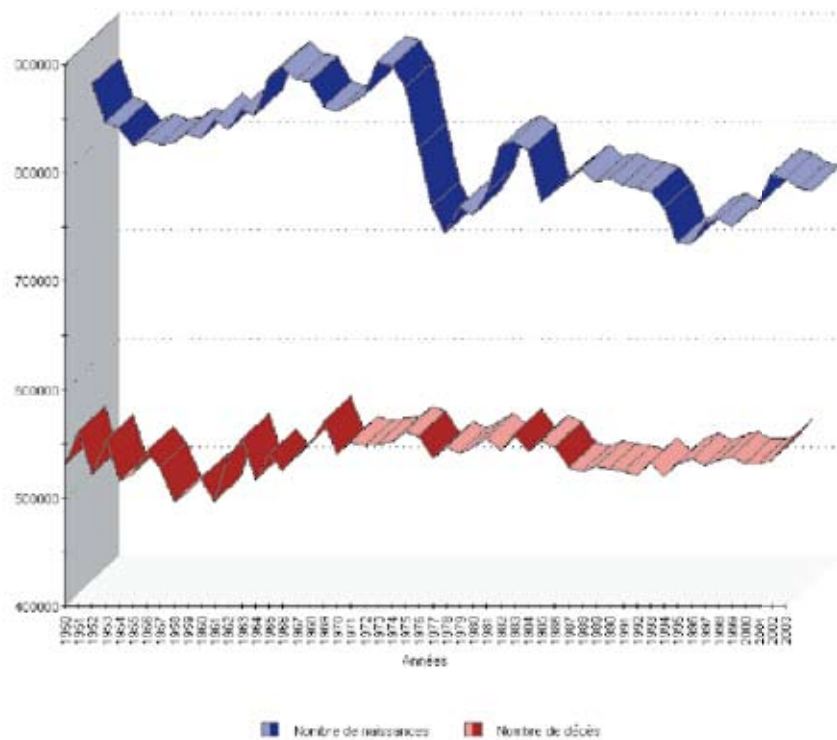
La mortalité étudie les décès dans la population au cours d'une période (en général d'une année). Deux organismes publient en France les données concernant les taux de mortalité : l'INSEE (http://www.insee.fr/fr/home/home_page.asp) et l'INSERM (<http://www.inserm.fr>).

Le taux de mortalité exprime la fréquence de décès dans une population donnée, sur une période déterminée. Il est en général exprimé pour 1 000 personnes. Le nombre de décès pour 1 000 habitants est égal au rapport : (Nombre de décès enregistrés au cours d'une période / Population moyenne) x 1 000.

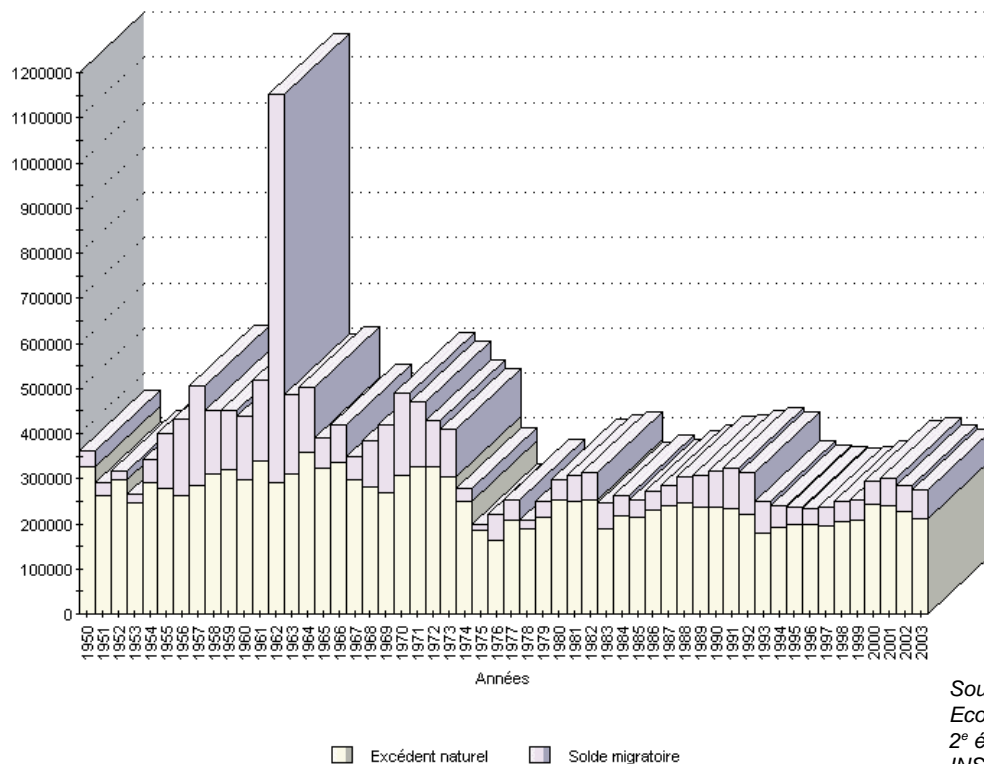
Ce taux brut de mortalité est très sensible à la structure par âge de la population. Un pays dont la population est jeune, tel que la Corée, a en 2002 un taux de mortalité plus faible (5,2 ‰) qu'un pays dont la proportion de personnes âgées est élevée (Belgique : 10,3 ‰), ce qui ne veut pas dire que l'état sanitaire du premier soit meilleur que celui du second. Le taux de mortalité général est donc un mauvais indicateur de l'état de santé. C'est pourquoi on calcule, entre autres, les taux de mortalité à différents âges, ou bien un taux de mortalité standardisé (à structure d'âge de la population identique).

Regardez la carte obtenue dans Eco-Santé OCDE et comparez les différents taux de mortalité dans les différents pays de l'OCDE.

Évolution du solde naturel de la population



Évolution du solde absolu de la population



Exercices

■ Solde naturel

La différence entre les naissances de l'année et des décès de l'année donne le solde naturel de la population que nous pouvons visualiser sur le graphique ci-contre. Une baisse de la natalité entraîne-t'elle une baisse de la population ?

Voyons à présent si cet effet peut être augmenté ou annulé par les flux migratoires.

■ Solde migratoire

Le solde migratoire français représente la différence des mouvements d'émigration (vers l'étranger) et d'immigration (vers la France). Ce solde peut être positif ou négatif. Il est calculé chaque année à partir des données fournies par l'OMI (Office des Migrations Internationales) et depuis 1990 en collaboration avec l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides). En 1950, ce solde migratoire était de + 35 000. A partir du deuxième graphique ci-contre regardez les pics ou les diminutions importantes. Indiquez ce qui a pu se produire à ces dates.

■ Accroissement absolu de la population

L'accroissement absolu de la population représente son solde naturel, augmenté ou diminué de son solde migratoire. Il représente la différence absolue d'effectifs d'une population d'une période à une autre (d'une année à une autre). (Attention ! Cette formule ne s'applique pas à la période 1990-1999. En effet, le solde migratoire présenté dans Eco-Santé correspond à l'estimation de l'INSEE fondée sur le recensement de 1990 et n'a pas été révisée avec les données du dernier recensement de 1999).

Comment définir le terme « État de Santé » ?

L'OMS donne une définition très large : « État complet de bien-être physique, mental et social et qui ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ».

Comment mesurer cet état de santé ?

L'état de santé d'une population résulte d'un grand nombre de facteurs indépendants, tels que le mode de vie, l'héritage génétique, le niveau culturel, les conditions climatiques... Il résulte aussi de la qualité des soins qui dépend elle-même de l'efficacité de notre système de soins.

La connaissance de l'état de santé d'une population est une information indispensable pour les décideurs. Sa mesure permet d'estimer les besoins de soins d'un pays, d'évaluer l'efficacité de ces soins et d'orienter la politique sanitaire. Aussi, l'état de santé d'une population d'un pays donné est-il le reflet du niveau de développement économique et social de celui-ci.

Pour mesurer l'état de santé d'une population, deux indicateurs sont disponibles : ce sont les indicateurs de mortalité et les indicateurs de morbidité que nous étudierons successivement. L'observation de l'état de santé d'une population porte aussi sur l'étude des facteurs comportementaux que nous analyserons dans un troisième chapitre.

L'accès aux soins est un choix

« 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 aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ».

Constitution française de 1946

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la Sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

Constitution française de 1958

Exercices

État de santé

Nous avons vu qu'il y a augmentation, plus ou moins importante mais continue, de la population. Mais quel est donc l'état de santé de cette population ? Nous allons successivement voir comment peut être défini l'état de santé et comment le mesurer.

Eco-Santé France présente le thème « État de santé ». Ce thème regroupe les chapitres suivants :

- « Espérance de vie par âge et sexe »,
- « Décès par cause » (et par tranche d'âge),
- « Indicateurs d'état de santé » qui se décompose en sous-chapitres :
 - « Cancers : incidence et mortalité »
 - « Maladies à déclaration obligatoire »
 - « Accidents du travail, maladies professionnelles »
 - « Facteurs de risque, morbidité, mortalité »

Qu'est ce que l'espérance de vie ?

L'espérance de vie est également un indicateur de mortalité. Elle est calculée par l'INED, à partir de la table de mortalité, en comptant les survivants à chaque âge.

L'espérance de vie à l'âge x est le nombre moyen d'années restant à vivre aux personnes d'une génération fictive, soumises aux conditions de mortalité de l'époque considérée et ayant atteint l'âge x.

Évolution de l'espérance de vie des femmes à différents âges (de 1956 à 2000)

France		Espér. vie /âge & sexe				
	à la naissance Femmes Années	à 25 ans Femmes Années	à 45 ans Femmes Années	à 65 ans Femmes Années	à 85 ans Femmes Années	
1956	71.7	49.9	31.3	14.9	4.2	
1958	73.2	51.1	32.4	15.6	4.6	
1960	73.6	51.1	32.4	15.6	4.4	
1962	73.9	51.4	32.5	15.7	4.5	
1964	74.8	52.2	33.3	16.4	4.9	
1966	75.2	52.4	33.5	16.6	5.0	
1968	75.2	52.4	33.4	16.4	4.8	
1970	75.9	52.8	33.9	16.8	5.0	
1972	76.2	53.1	34.1	17.0	5.1	
1974	76.7	53.4	34.4	17.2	5.1	
1976	77.2	53.7	34.7	17.4	5.1	
1978	77.9	54.3	35.2	17.9	5.3	
1980	78.4	54.7	35.7	18.2	5.4	
1982	78.9	55.1	36.0	18.5	5.5	
1984	79.3	55.5	36.4	18.8	5.6	
1986	79.7	55.8	36.7	19.0	5.6	
1988	80.5	56.5	37.3	19.6	6.0	
1990	81.0	56.9	37.8	19.9	6.1	
1992	81.5	57.4	38.2	20.4	6.3	
1994	81.9	57.7	38.6	20.7	6.5	
1996	82.1	57.8	38.6	20.7	6.5	
1998	82.4	58.1	38.9	20.9	6.6	
2000	82.8	58.4	39.1	21.2	6.7	
2002	83.0					

Copyright Eco-Santé France 2004, 2^e éd. d'après données Insee

Exportation d'un
tableau Eco-
Santé au format
Excel.

Pour mesurer l'état de santé d'un pays, on utilise le plus souvent l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans, représentant respectivement la moyenne de durée de vie d'une nouvelle génération et celle des personnes âgées.

Exercices

■ Espérance de vie par âge et sexe

L'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon spectaculaire de 1950 à 2003 : elle est passée de ____ ans à ____ ans pour les femmes et de ____ ans à ____ pour les hommes. (A chercher dans Eco-Santé).

Commentez l'évolution de l'espérance de vie de la femme à chacun des âges ci-contre.

Des inégalités selon le sexe

Recherchez dans Eco-Santé et inscrivez dans le tableau ci-dessous les espérances de vie à la naissance et à 65 ans des hommes et des femmes aux dates inscrites dans le tableau. Calculez l'écart entre l'espérance de vie des femmes et des hommes ou cherchez-le dans Eco-Santé France.

Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance et à 65 ans

	Femmes		Hommes		Ecart femmes - hommes	
	Naissance	65 ans	Naissance	65 ans	Naissance	65 ans
1960						
1980						
2000						

Donnez quelques facteurs expliquant la surmortalité masculine et l'amélioration d'espérance de vie chez la femme à 65 ans. Commentez l'évolution de l'écart de l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes (mode de vie, suivi médical...) :

Espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance dans différents pays industrialisés en 2002

Pays	Femmes	Hommes	Femmes - hommes
Australie	82.6	77.4	
Autriche	81.7	75.8	
France	83	75,8	
Hongrie	76.7	68.4	
Islande	82.3	78.5	
Japon	85.2	78.3	
Mexique	77.1	72.1	
Norvège	81.5	76.4	
Pays-Bas	80.7	76	
Pologne	78.7	70.4	
République Tchèque	78.7	72.1	
Suède	82.1	77.7	
Turquie	70.9	66.2	

Espérance de vie à la naissance en 2002

Pays	Femmes	Hommes
Koweït	76.9	75.8
Chine	72.7	69.6
Egypte	69	65.3
Cambodge	57.1	51.9
Afrique du Sud	52.6	48.8
Soudan	52	50
Kenya	51.9	49.8
Sierra Leone	35.7	32.4

Source : OMS

Exercices

Des différences marquées entre pays

Les femmes françaises sont parmi celles qui vivent le plus longtemps dans les pays industrialisés. Par contre, la place des hommes est moins bonne.

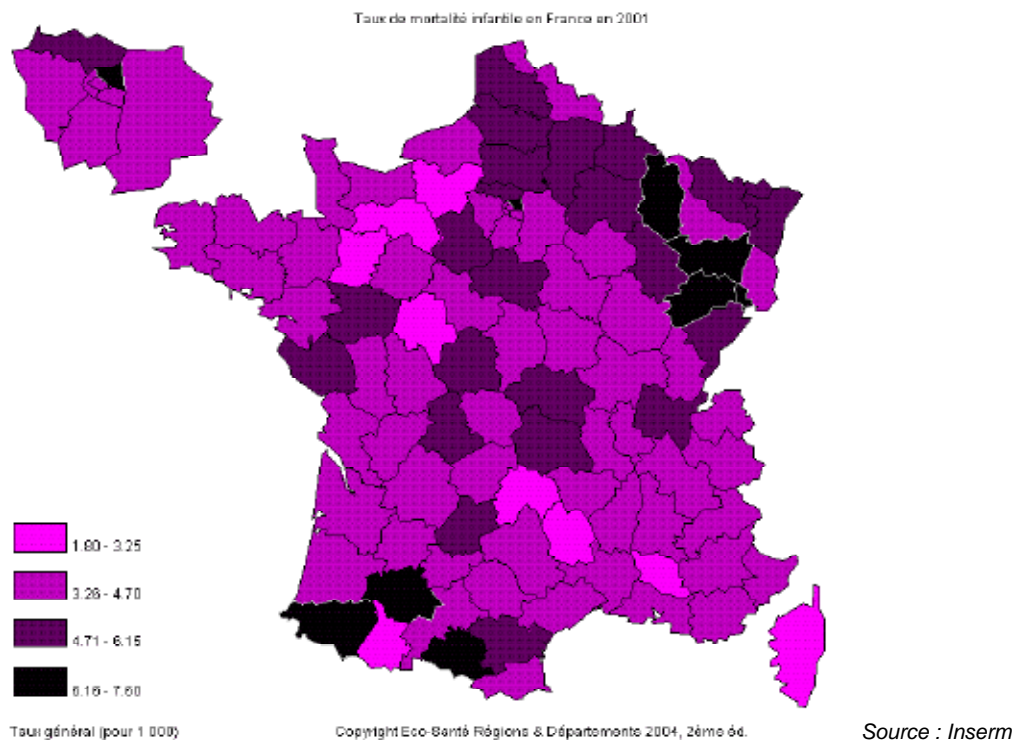
Le tableau ci-contre, obtenu à l'aide d'Eco-Santé OCDE, indique l'espérance de vie des hommes et des femmes à la naissance en 2002 pour quelques pays industrialisés.

Calculez l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes et notez vos résultats dans la dernière colonne du tableau. Pour quel pays est-il le plus élevé ? le plus faible ?

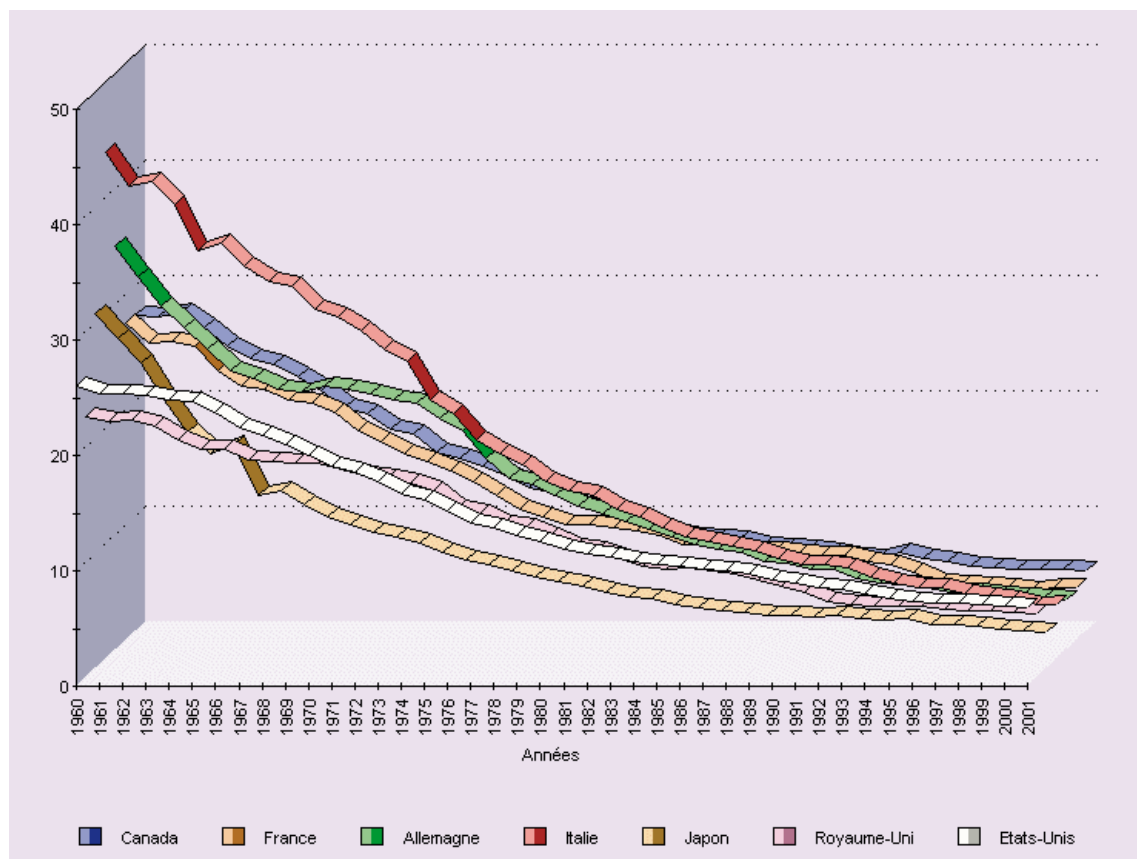
Comparez les résultats du tableau précédent avec l'espérance de vie en 2002 dans quelques autres pays hors OCDE que vous trouverez dans le deuxième tableau ci-contre. Pensez-vous que la santé soit un des objectifs prioritaires dans certains de ces pays ?

Commentaires :

Taux général de mortalité infantile en 2001



Évolution des taux de mortalité infantile dans certains pays du G8



Source : OCDE

Exercices

■ Indicateurs de mortalité

Les indicateurs de mortalité sont parmi les indicateurs les plus couramment utilisés pour mesurer l'état de santé d'une population.

Outre l'espérance de vie que nous venons de voir, les autres indicateurs de mortalité sont la mortalité infantile, la mortalité générale, les décès par cause.

La mortalité infantile

Inégalités géographiques (dans les départements français)

Les taux de mortalité infantile ne sont pas très différents d'un département à l'autre. Par contre, pour un même département, le taux de mortalité infantile peut varier considérablement d'une année sur l'autre. En effet, il ne faut pas oublier que le ratio s'effectue sur le nombre de naissances (qui est faible et relativement variable à l'échelle des départements). Par contre, en faisant le calcul de la mortalité infantile dans les départements sur longue période, on constate que les départements de l'Ouest ont un taux inférieur à la moyenne nationale. On retrouve le même phénomène pour la mortalité périnatale.

Inégalités géographiques (G8)

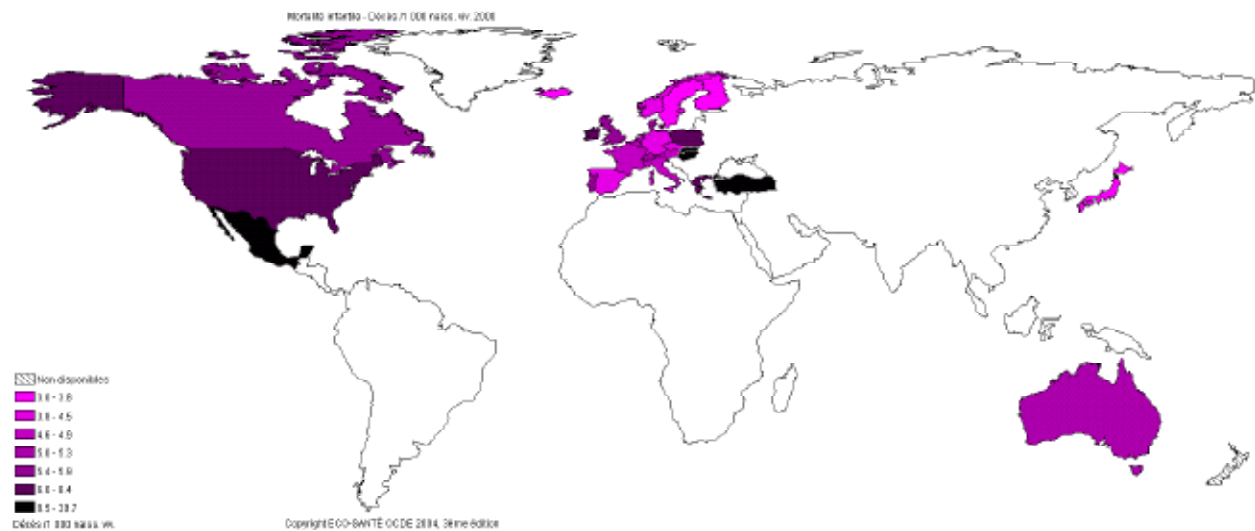
La diminution des décès infantiles a été importante dans les pays industrialisés. Essayez d'analyser cette évolution, pour certains des pays du G8 à partir du graphique ci-contre obtenu à l'aide d'Eco-Santé OCDE ¹. Quel pays bénéficie du taux de mortalité infantile le plus faible ? Quel est celui qui a le taux le plus élevé ? Quel pays depuis 20 ans a enregistré la plus grande chute de son taux de mortalité infantile ?

Commentaires :

Cherchez dans Eco-Santé la définition du taux de mortalité infantile (clic droit de la souris sur la variable pour laquelle vous désirez accéder à une aide).

¹ Voir page 129.

Taux de mortalité infantile en 2000 dans les pays de l'OCDE



Source : OCDE

Taux de mortalité juvénile (pour 1 000) en 2000 (extrait d'un tableau de l'UNICEF¹)

Pays	Taux de mortalité juvénile
Islande, Japon, Norvège, Suède, Singapour	4
France, Allemagne, Slovénie, Finlande	5
Etats-Unis	8
Pologne	10
Fédération de Russie	22
Chine, Cap Vert, Philippines	40
Algérie	65
Afrique du Sud	70
Congo	108
Irak	130
Somalie	225
Afghanistan	257
Niger	270
Angola	295
Sierra Leone	316

¹ http://www.unicef.org/french/specialsession/about/sgreport-pdf/01_InfantAndUnder-FiveMortality_D7341Insert_French.pdf

Exercices

Inégalités géographiques (niveau OCDE)

En 2001, la France occupe une place moyenne dans les pays de l'OCDE : elle se trouve au 10^e rang avec un taux de mortalité infantile de 4,5 pour mille. Regardez les extrêmes. Commentez :

Inégalités géographiques (niveau mondial)

Poursuivant sa baisse dans les pays industrialisés, la mortalité infantile reste cependant très inégale : elle demeure très élevée dans les pays en voie de développement, particulièrement dans les zones rurales éloignées. Les principales causes de décès y sont la malnutrition (pour environ 50 %), les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole.

Certains organismes tels l'OMS, l'Unicef, la Croix-Rouge Internationale, le Croissant Rouge... donnent des chiffres **de mortalité juvénile**, à savoir le taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes (ou TMM5).

« Ce taux mesure la santé nutritionnelle et les connaissances des mères en matière de santé, le taux de vaccination, l'accès aux services de santé maternelle et infantile (y compris les soins prénatals), le revenu et la présence de nourriture au foyer, l'approvisionnement en eau salubre et un assainissement sûr, de même que la sécurité globale de l'environnement de l'enfant » (www.unicef.org/french/sowc02summary/table8intro.html).

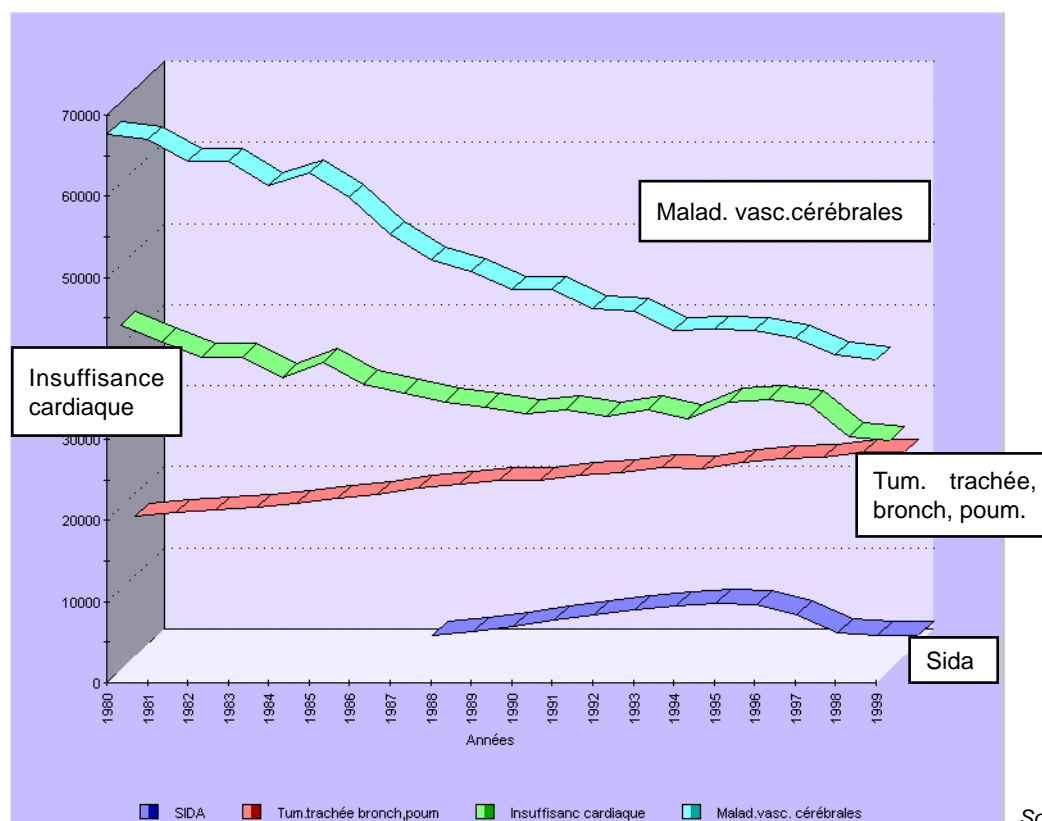
Regardez et analysez les résultats des taux de mortalité juvénile. Indiquez les raisons des taux les plus bas.

Pourcentage de mortalité par sexe et cause en 1980 et 1999

Variables	Hommes		Femmes	
	1980	1999	1980	1999
Maladies infectieuses, parasitaires/Décès même sexe (%)	1,3	1,5		
Tumeurs/Décès même sexe (%)	26,9 2 ^e cause	32,4 1 ^{re} cause		
Maladies endocriniennes, nutrition/Décès même sexe (%)	1,8	2,5		
Maladies du sang/Décès même sexe (%)	0,4	0,5		
Troubles mentaux/Décès même sexe (%)	1,5	2,3		
Maladies du système nerveux, sens/Décès même sexe (%)	1,9	2,6		
Maladies de l'appareil circulatoire/Décès même sexe (%)	33,3 1 ^{re} cause	27,7 2 ^e cause		
Maladies de l'appareil respiratoire/Décès même sexe (%)	6,7 5 ^e cause	8,2 4 ^e cause		
Maladies de l'appareil digestif/Décès même sexe (%)	7,0 4 ^e cause	4,9 5 ^e cause		
Maladies des organes génito-urinaires/Décès même sexe (%)	1,8	1,4		
Maladies de la peau/Décès même sexe (%)	0,2	0,3		
Maladies du système ostéo-articulaire/Décès même sexe (%)	0,2	0,4		
Anomalies congénitales/Décès même sexe (%)	0,5	0,3		
Affections de la période périnatale/Décès même sexe (%)	0,5	0,3		
Causes extérieures/Décès même sexe (%)	10,7 3 ^e cause	9,4 3 ^e cause		

Source : Inserm

Évolution de 1980 à 1995 du nombre de décès dus à certaines maladies



Source : Inserm

Exercices

Décès par cause

Les causes de décès sont classées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM, 9^e révision) de l'OMS ¹, qui distingue 17 grands groupes de maladies. Les données sont exploitées par l'INSERM ², chargé de la codification des diagnostics portés sur les certificats médicaux de décès établis par les médecins.

Le tableau page ci-contre présente les taux de mortalité pour les hommes en 1980 et 1999. Complétez les deux dernières colonnes du tableau ci-contre concernant les femmes et identifiez les 5 premières causes.

Déduisez les principales évolutions des causes de mortalité par sexe ainsi que l'apparition de quelques phénomènes nouveaux.

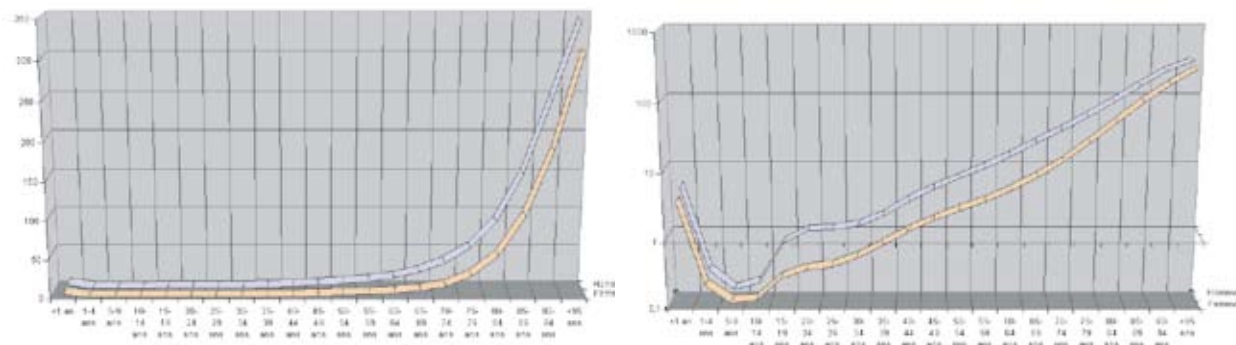
Regardez le graphique ci-contre représentant l'évolution du nombre de décès dus à quelques maladies posant un problème de santé publique d'actualité.

Qu'en déduisez-vous ?

¹ Voir page 129.

² Voir page 128.

Taux de mortalité par âge et sexe en 1999 (échelle logarithmique)



Source : Inserm

Attention : une échelle de graphique a son importance : dans le premier des deux graphiques, où l'échelle des taux est à intervalles égaux (échelle arithmétique), il est difficile de voir l'évolution des taux des premières tranches d'âge, trop écrasés dans les valeurs basses. Il est donc plus pertinent, pour pallier cet inconvénient, de choisir un graphique ayant une échelle logarithmique (apportant un effet de zoom sur les données les plus faibles en bas de l'échelle).

Probabilité (exprimée en pourcentage) de décéder entre 35 et 65 ans par sexe et PCS¹ (Période 1982-1996)

Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes
Cadres, professions libérales	13,0	6,5
Cadres de la Fonction publique, prof. intellect. et artistiques	12,0	6,0
Cadres d'entreprise	13,5	nd
Professions libérales	15,0	nd
Agriculteurs exploitants	15,5	8,0
Professions intermédiaires	17,0	7,0
Prof. interméd. enseignement, santé, fonction publique et assimil.	16,0	7,0
Techniciens	16,5	nd
Contremaîtres, agents de maîtrise	16,5	nd
Prof. interméd. administr. et commerciales des entreprises	19,0	6,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	18,5	7,5
Chefs d'entreprise	12,5	nd
Artisans	18,5	7,0
Commerçants et assimilés	19,5	8,0
Employés	23,0	8,5
Personnel des services directs aux particuliers	33,0	10,0
Ouvriers	26,0	10,5
Ouvriers qualifiés	24,5	10,0
Ouvriers agricoles	27,0	11,5
Ouvriers non qualifiés	29,0	11,0
Actifs	21,5	8,5
Inactifs (hors retraités)	41,5	12,5
Ensemble	22,0	9,0

¹ Tableau tiré de « Données sociales La Société française », INSEE, 1999.

Exercices

Les causes de décès varient également selon l'âge et le sexe. Les décès dus aux accidents de la route sont relativement plus nombreux pour les hommes de 15 à 24 ans. Parallèlement, la mortalité par cancer, et notamment par cancer du poumon touche beaucoup plus les hommes. La mortalité due au sida concerne essentiellement les hommes jeunes.

Des inégalités importantes

La baisse de la mortalité n'a pas profité d'une manière égale à tout le monde. Celle-ci varie non seulement selon l'âge et le sexe, selon les départements mais aussi selon les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS).

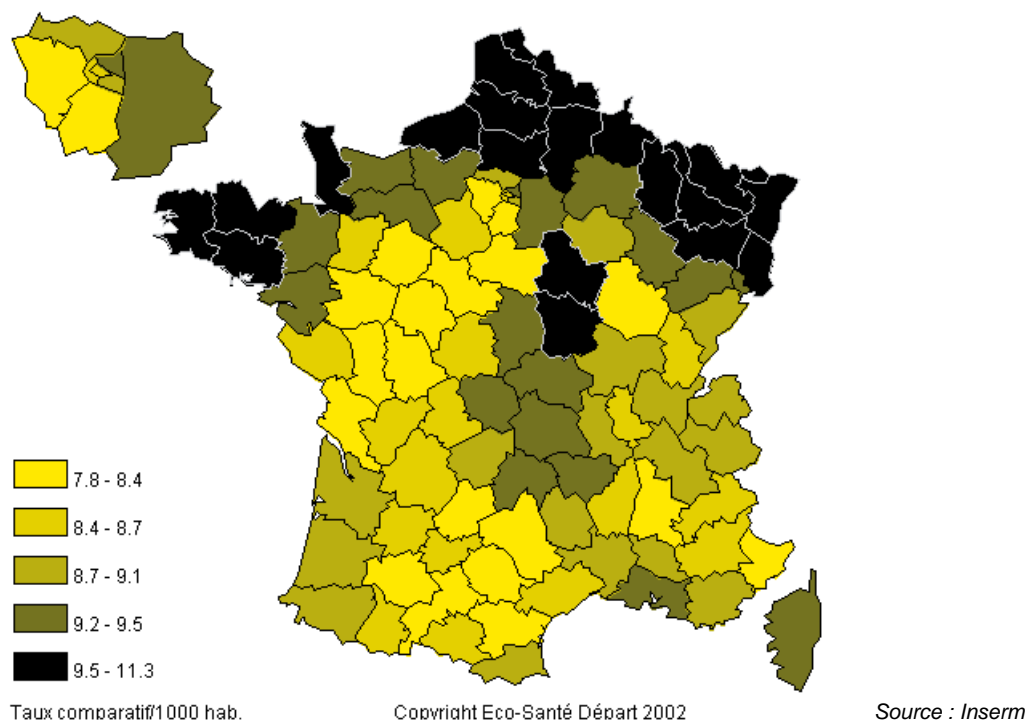
Selon l'âge et le sexe

Regardez les graphiques sur les taux de mortalité par sexe et âge ci-contre et commentez (à votre avis, quel sexe et quelle tranche d'âge sont plus particulièrement touchés par les accidents de la route, par la mortalité due au cancer du poumon et par le sida ?).

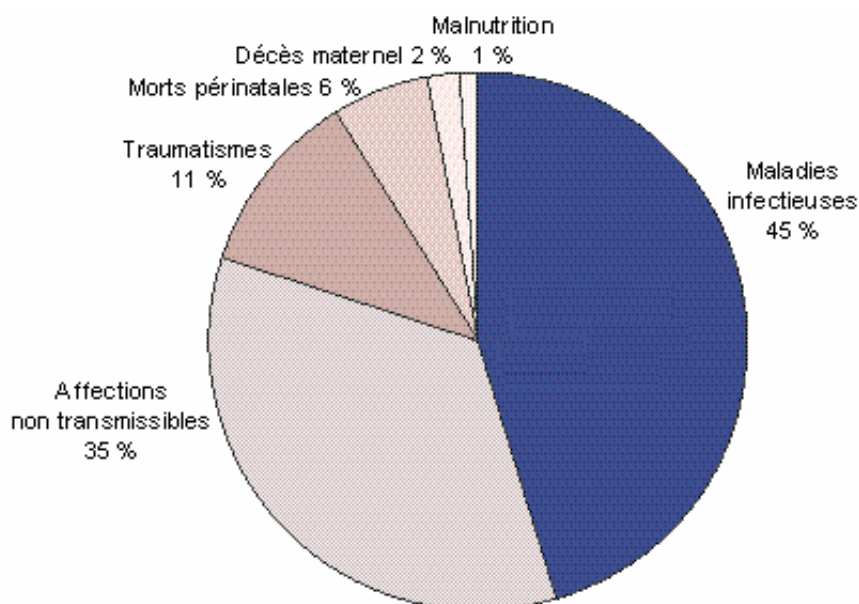
Selon le milieu social

Observez dans le tableau ci-contre, les différences de mortalité par PCS, par sexe puis entre les sexes.

Taux comparatif de mortalité par département en 1990



Principales causes de décès dans les pays à faible revenu (estimations pour 1998)



Source : OMS 1999

Exercices

Des inégalités géographiques en France

Des différences importantes au sein du territoire ne manquent pas de surprendre alors que l'accès aux soins est devenu plus facile.

Comparez, à partir de la carte ci-contre, obtenue avec Eco-Santé Régional & Départemental, les grandes oppositions géographiques déterminées par la mortalité française.

Vous pouvez également rechercher la définition du taux comparatif de mortalité :

Inégalités géographiques selon les pays

Parmi les décès dus aux maladies infectieuses, se trouvent au premier plan le sida, la tuberculose, le paludisme, la rougeole, les maladies diarrhéiques, la pneumonie.

Faites quelques remarques :

Nous voyons que les indicateurs de mortalité, comme indice de l'état de santé d'une population, ont certaines limites car ils ne permettent pas d'appréhender l'ensemble des problèmes de santé que peut connaître une population. Un diagnostic de cet état de santé à partir des indicateurs de morbidité donne une image complémentaire des problèmes de santé d'un pays.

Quelques définitions de la morbidité

La morbidité est l'« état d'un individu ou d'une population jugé comme n'étant pas celui de bien-être physiologique et/ou psychologique ».

On distingue plusieurs types de morbidité :

- la morbidité diagnostiquée, traitée par le corps médical,
- la morbidité ressentie, interprétée par les individus...
- ...dont une partie constitue la morbidité déclarée,
- la morbidité infra-clinique, non décelable, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles,
- la morbidité réelle comprenant la totalité des affections existant chez un individu,
- la morbidité prévalente, nombre de cas d'une maladie donnée dans une population donnée et à un moment donné,
- la morbidité incidente représentant le nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans une population donnée et pendant une période donnée.

« La mesure de la morbidité d'une population se heurte d'une part au « concept même de maladie, du normal et du pathologique » et à la subjectivité des réponses de l'individu ».¹

Taux d'incidence et taux de mortalité des cancers en 2000

	Taux d'incidence	Taux de mortalité
Cancer du sein	45.73	10.13
Cancer du colon	31.64	12.25
Cancer du poumon	29.77	27.6
Cancer de la vessie	10.07	3.63
Lymphomes	10.47	4.32
Leucémies	7.15	4.02
Cancer de l'estomac	6.12	4
Cancer de l'oesophage	5.29	4.54
Cancer du rein	8.86	3.11
Mélanomes	8.58	1.34

En dehors du cancer du sein dont le taux d'incidence est le plus important des cancers en 1995, nous avons délibérément choisi de présenter des cancers communs aux deux sexes..

Source : Francim, InVS

L'**incidence** est le nombre de nouveaux cas à un moment donné, ici l'année.

Taux d'incidence et **taux de mortalité** sont standardisés sur la population européenne permettant ainsi de comparer les taux d'une même population sur différentes périodes (ou plusieurs populations à une même date) en s'affranchissant des changements (ou des différences) de structure d'âge et sexe de la population.

¹ Sandier (S.), Duriez (M.), *Le système de santé en France : organisation et fonctionnement*. Paris : SICOM, 1994 :06.

Exercices

■ Indicateurs d'état de santé

Eco-Santé France présente différents chapitres de morbidité à l'intérieur du thème « Indicateurs d'état de santé », à savoir :

- les cancers (incidence et mortalité),
- les maladies à déclaration obligatoire,
- les accidents du travail et maladies professionnelles,
- les facteurs de risque, morbidité, mortalité.

Cancers

En 2000, le plus grand nombre de nouveaux cas de cancers (et le plus grand taux d'incidence) concerne le cancer du sein (de plus, ces données ne sont actuellement proposées que pour les femmes, bien que ce cancer touche les deux sexes), immédiatement suivi du cancer du colon. Ces deux cancers sont un vrai problème de santé publique.

Observez le tableau ci-contre des taux d'incidence et des taux de mortalité de différents cancers puis commentez :

L'institut de veille sanitaire (InVS) et ses missions

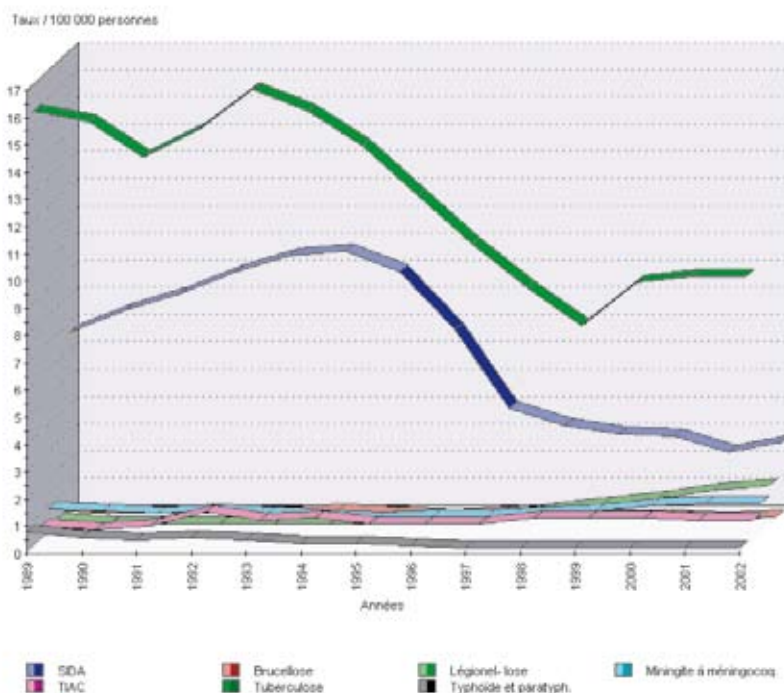
Cet institut est placé sous la tutelle du Ministère chargé de la santé. Il est chargé « de surveiller l'état de santé de la population et son évolution », de gérer « de nombreuses informations sur les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé au travail, les maladies chroniques, les traumatismes ».

Il recense également des données saisonnières ou ponctuelles : ainsi sont sortis en août 2003 des points sur les **noyades**, les cas groupés de **légiionellose** à Montpellier, l'épidémie de syndromes respiratoires aigus sévères ou **SRAS**. Il a été chargé par le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées de mettre en place un système de recueil et d'analyse des cas de **décès par coup de chaleur** des personnes hospitalisées survenus à partir du vendredi 8 août 2003.

Liste et définitions des maladies à déclaration obligatoire (www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm)

- **Brucellose** : signes cliniques de brucellose associés à un isolement de *brucella* ou une conversion sérologique.
- **Choléra** : seuls les cas de choléra pour lesquels un vibrion cholérique a été identifié et confirmé par le centre national de référence des vibrions doivent être déclarés.
- **Diphtérie** : isolement de *corynebacterium* et mise en évidence de la toxine.
- **Fièvre typhoïde ou paratyphoïde** : hémoculture positive à salmonella typhi, paratyphi A ou paratyphi B.
- **Légionellose** : pneumonie associée à l'isolement de *legionella* dans les sécrétions respiratoires ou à une élévation (x4) des anticorps sériques contre *legionella*.
- **Méningite à méningocoque et méningococcémie** : isolement de méningocoque dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien (LCR) ou bien, présence d'antigène soluble dans le LCR, le sang ou les urines.
- **Poliomyélite antérieure aiguë** : poliomyélite paralytique ou méningée.
- **Tétanos** : uniquement les tétanos généralisés.
- **Toxi-infection alimentaire** : apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Evolution du taux d'incidence de quelques maladies à déclaration obligatoire



Exercices

Maladies à déclaration obligatoire

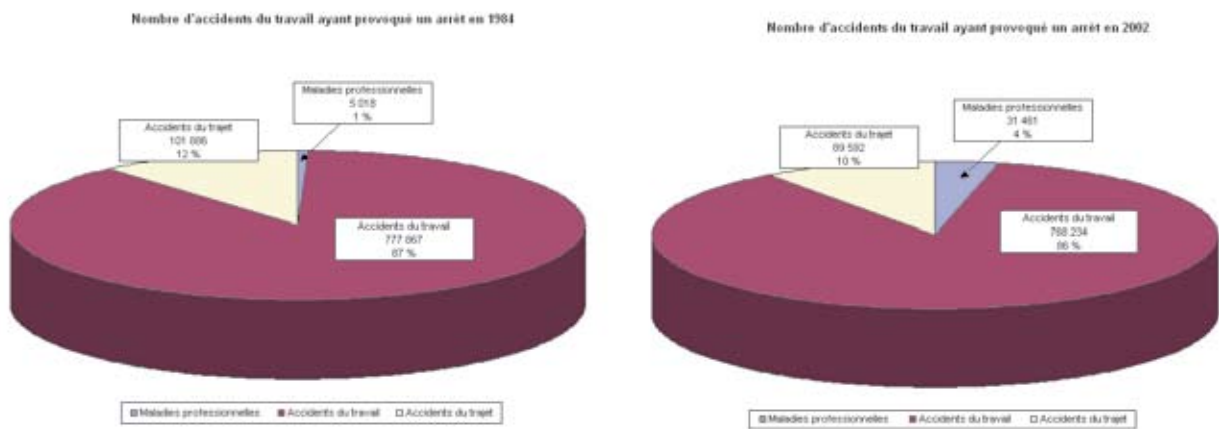
Les données de maladies à déclaration obligatoire sont stockées dans une base de données gérée par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Observez le graphique de la page précédente présentant l'évolution de la fréquence pour 100 000 personnes de certaines maladies à déclaration obligatoire.

Commentez :

Lors de la sélection de la variable du sida vous avez pu constater qu'elle était précédée d'un icône de rupture de série. Appelez l'aide à cet endroit et indiquez ci-dessous en quoi consiste cette rupture :

Accidents du travail ayant provoqué un arrêt : évolution du type d'accidents



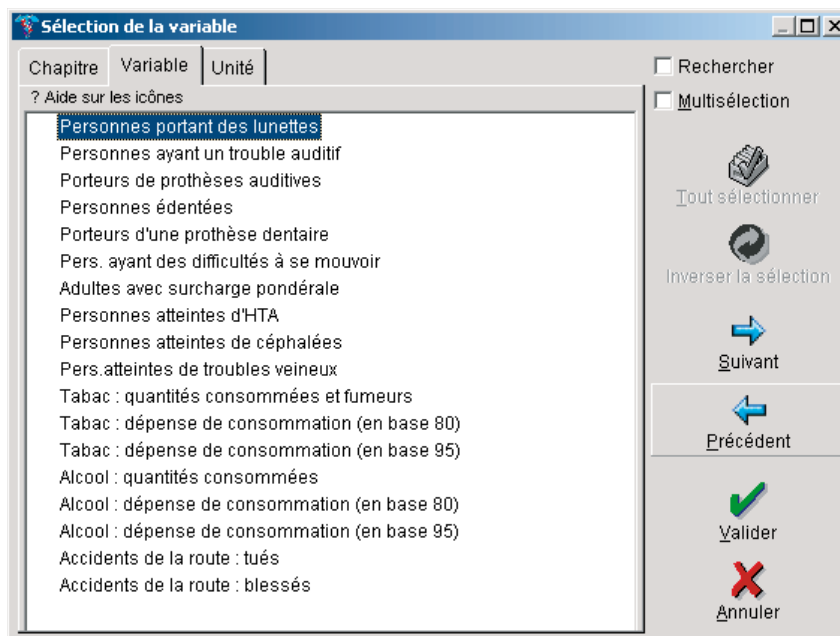
Source : Cnamts

Facteurs de risque, morbidité, mortalité

Ce chapitre présente des données de différentes sources :

- Le centre de documentation et d'information sur le tabac (CDIT) ainsi que l'INSEE pour la consommation de tabac.
- L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) ainsi que l'INSEE pour la consommation d'alcool.
- L'Observatoire interministériel de Sécurité routière (ONISR) pour les accidents de la route.
- L'enquête ménages de l'IRDES (Enquête sur la santé et la protection sociale ou ESPS ¹) pour toutes les autres données.

Les différentes variables du chapitre « Facteurs de risque, morbidité, mortalité »



Source : Données de l'enquête ménage ESPS, Insee, Cnamts, Cdit, Anpaa, Onisr

¹ Page 130.

Exercices

Accidents du travail, maladies professionnelles

Les statistiques nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles sont le résultat de l'exploitation des documents des 16 caisses régionales d'assurance maladie du Régime général concernant 15 branches d'activité industrielles et commerciales.

Cherchez dans Eco-Santé les données disponibles concernant le total accidents du travail+accidents du trajet+maladies professionnelles, à savoir : le nombre de cas avec arrêt, le nombre de cas avec incapacité permanente (IP), le nombre de journées de travail perdues (IJ), le nombre de décès. Complétez le tableau ci-dessous.

	Ensemble des accidents du travail et maladies professionnelles			
	Nombre cas avec arrêt	Nombre cas avec IP	Journées travail perdues	Nombre de décès
1985				
1990				
1995				
2000				
2002				

Commentez :

Cherchez dans Eco-Santé le taux d'accroissement annuel moyen de blessés par accidents de la route pour chaque année sur la période 1960-2003.

Indiquez les années où les baisses sont les plus importantes. Cherchez-en les raisons.

Législation anti-tabac en France

Loi du 9 juillet 1976

- Interdiction de la publicité et de la propagande (surtout dans les publications destinées à la jeunesse),
- information à l'école et à l'armée,
- mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes, indication du taux de nicotine et de goudron,
- pas de patronage de manifestations sportives par des firmes de cigarettes.

Décret du 12 septembre 1977

Interdiction de fumer dans les locaux

- à usage collectif,
- scolaires,
- accueillant des jeunes de moins de 16 ans,
- à vocation sanitaire,
- où des denrées alimentaires sont entreposées, manipulées, préparées ou proposées à la vente (exception pour la consommation),
- dans les transports urbains publics,
- dans les ascenseurs collectifs.

La moitié au moins des places doit être réservée aux non-fumeurs dans les véhicules de transports ferroviaires, routiers, aériens et maritimes.

Décret du 29 mai 1992

Interdiction de fumer dans :

- tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent les lieux de travail,
- les moyens de transport collectif (cependant 30 % des places sont réservées aux fumeurs et, dans la région parisienne des places leur sont réservées dans des voitures distinctes),
- les écoles, collèges et lycées publics et privés : dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves pendant cette fréquentation.

Des emplacements spécifiques ou limités sont mis à la disposition des fumeurs, en tenant compte de leur volume, disposition, condition d'utilisation, d'aération et de ventilation et de la nécessité de protéger les non-fumeurs (les mineurs de moins de 16 ans n'ont pas accès à ces emplacements et ces emplacements sont modulables dans les locaux commerciaux où sont consommés des denrées alimentaires et boissons).

Un plan d'aménagement de ces espaces est actualisé tous les deux ans par consultation des instances représentatives.

Une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer dans ces lieux.

Depuis le 10 janvier 1993, en application des décrets de la Loi Evin, toute publicité directe ou indirecte, incitant à la consommation du tabac, est interdite.

De plus, le projet de budget 2003 prévoit une hausse des taxes sur le tabac d'au moins 10 %. Ainsi, la hausse des prix du tabac pourrait atteindre 15 % en 2003, après 8 % d'augmentation en 2002.

Exercices

L'état de santé d'une population est étroitement lié à son alimentation, son revenu, son cadre de vie, mais aussi à des comportements à risques, tels que la consommation d'alcool, de tabac et de drogue. Nous nous limiterons ici à l'étude des consommations d'alcool de tabac qui peuvent être analysées à partir du logiciel Eco-Santé France.

Le tabac

La relation entre l'usage du tabac et l'augmentation de diverses maladies n'a été mise en évidence, scientifiquement, que dans les années 50. Selon les prospectives indiquées dans le rapport général sur la Santé en France du Haut Comité de la Santé Publique ¹, 165 000 décès pourraient être imputables au tabac en 2025 contre 60 000 de nos jours.

90 % de ces décès surviennent chez les hommes. La moitié est due aux cancers, le tiers aux maladies cardio-vasculaires et le reste notamment aux maladies de l'appareil respiratoire. Quelle est l'évolution de la consommation de tabac entre 1970 et 1994 ?

Construisez graphiquement l'évolution de cette consommation sous forme de courbe.

Évolution de la consommation de cigarettes par personne de 1950 à 2002

Faites votre graphique et collez-le ici.

¹ Page 128.

Que représente la dépense de consommation des ménages ?

La dépense de consommation des ménages représente la part de revenu disponible brut des ménages consacrée à l'achat de biens et services, en vue de la satisfaction immédiate des besoins entraînant soit la disparition, soit la destruction, soit la transformation de ces biens et services.

Elle se limite aux dépenses que les ménages supportent directement. Elle comprend la part des dépenses de santé, d'éducation, de logement restant à leur charge, après remboursements éventuels. Son champ est donc plus restreint que celui de l'ancienne Consommation Finale des Ménages de la base 80 dans la mesure où ne sont pas pris en compte les remboursements et prestations. Comme dans la consommation finale des ménages, on y inclut aussi les loyers imputés, que les ménages propriétaires de leur résidence principale se versent implicitement à eux-mêmes.

France		Indicateurs de santé		
	Tabac dép conso Valeur rel. Mos EUR 95	Alcool dép conso Valeur rel. Mos EUR 95	Tabac dép conso Ind.px.rel. (100=1995)	Alcool dép conso Ind.px.rel. (100=1995)
1978	5 089.59	10 540.07	57.9	99.1
1979	5 340.98	10 701.75	57.5	99.7
1980	5 545.94	10 740.83	58.2	98.2
1981	5 805.47	11 005.90	60.1	101.3
1982	6 389.39	11 152.66	64.7	102.4
1983	6 587.19	11 094.91	64.8	102.7
1984	6 771.81	10 733.27	64.3	101.3
1985	6 695.29	10 721.33	60.3	101.0
1986	6 790.70	10 848.42	61.1	100.5
1987	7 000.22	10 743.81	62.4	99.3
1988	7 397.24	10 772.27	66.3	97.7
1989	7 607.65	10 907.66	67.0	98.0
1990	7 622.51	11 102.42	65.7	100.5
1991	7 670.97	11 189.35	64.6	101.8
1992	8 277.95	11 270.81	70.2	102.7
1993	9 213.13	11 653.92	81.7	100.9
1994	10 283.79	11 360.83	93.6	100.3
1995	10 801.32	11 427.73	100.0	100.0
1996	11 261.39	11 568.55	106.1	100.4
1997	11 587.31	11 603.19	113.1	101.3
1998	12 074.07	11 945.47	115.4	101.7
1999	12 603.69	12 373.55	119.8	103.2
2000	12 898.23	12 228.92	124.1	103.3
2001	13 463.01	12 371.99	128.3	102.8
2002	13 766.46	12 286.91	136.0	101.5
2003	13 460.09	12 145.81	153.2	101.9

Exercices

Complétez le tableau ci dessous :

Montant en millions d'euros de certains postes de la dépense de consommation des ménages en 2003

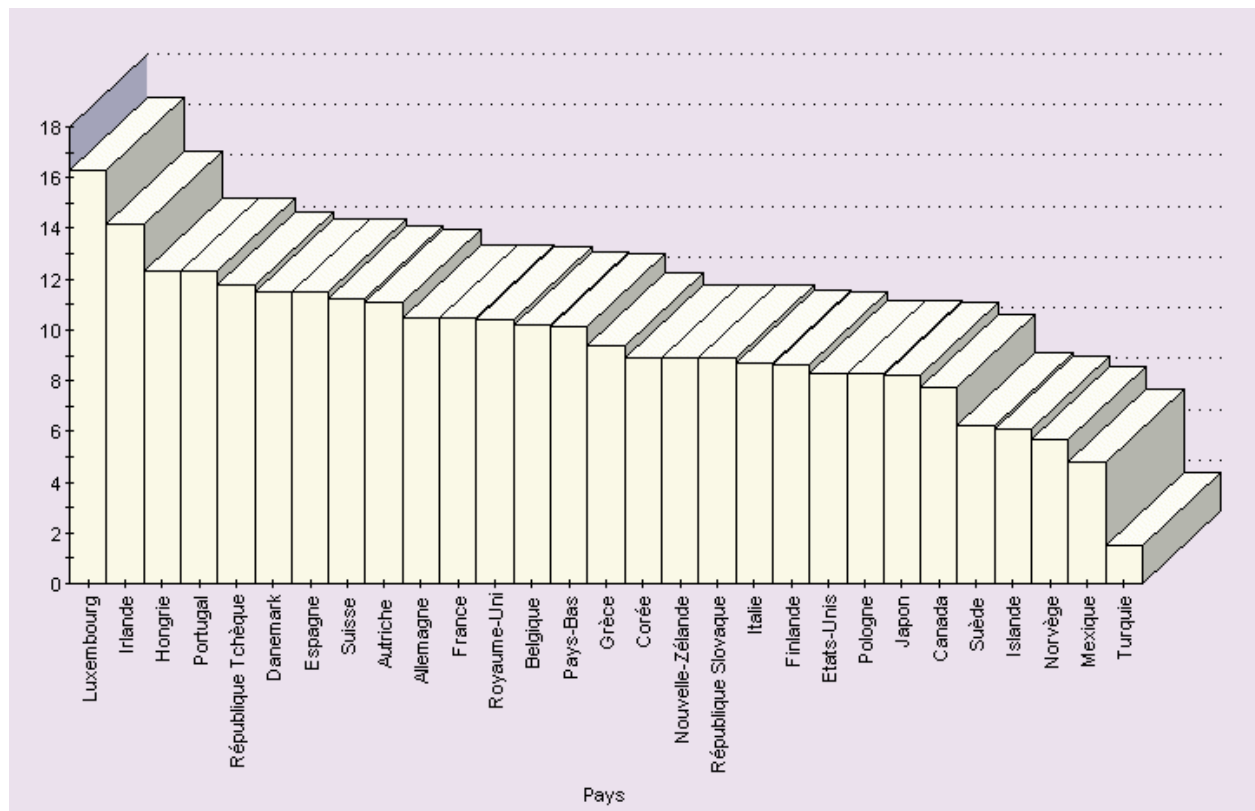
Valeur à prix courants en millions d'euros	2003
Logement, chauffage, éclairage	
Transports	
Alimentation et boissons non alcoolisées	
Loisirs, culture	
Autres biens & services	
Hôtels, café, restaurants	
Meubles, matériel ménagers	
Habillement, chaussures	
Santé	
Boissons alcoolisées, tabac	
Communications	
Education	

Copyright Eco-Santé France 2004 2^e éd.

Depuis 1950, et jusqu'en 1985, la consommation de tabac n'a cessé d'augmenter. Elle est effectivement passée pendant cette période de 764 à 1 750 cigarettes consommées par personne. Depuis, une lente mais certaine diminution de la consommation a eu lieu jusqu'à nos jours (1 401 cigarettes en 2000). Pouvez-vous expliquer ce qui s'est passé ?

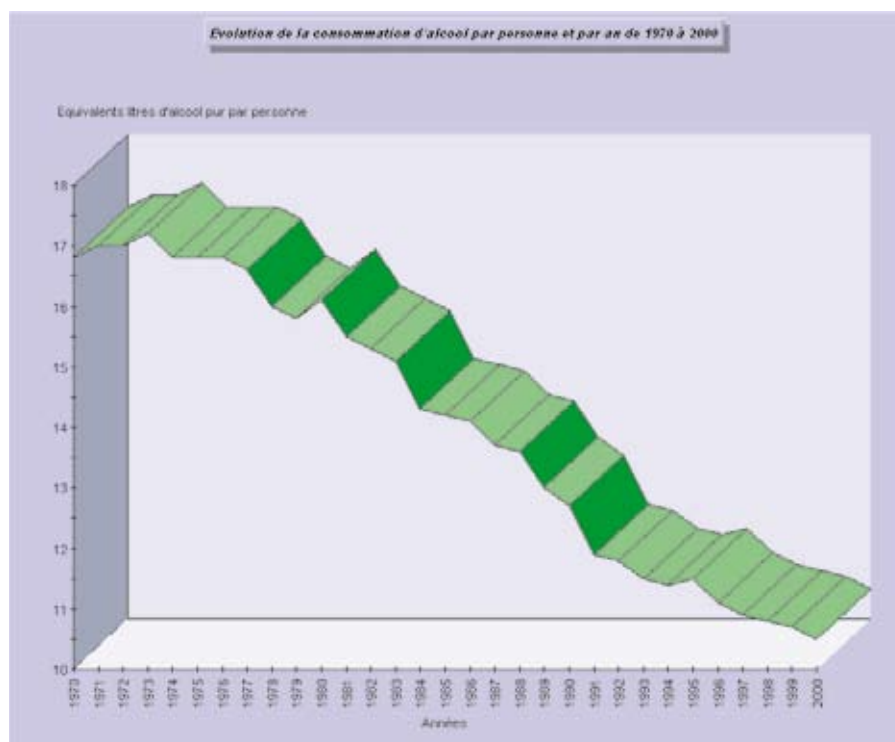
Regardez le tableau ci-contre de consommation d'alcool et de tabac. Regardez l'évolution de leur consommation ainsi que celle de leur indice de prix. Commentez :

Consommation d'alcool par personne dans les pays de l'OCDE en 2000



Source : OCDE

Évolution de la consommation d'alcool pur par personne et par an en France de 1970 à 2000



Source : Anpa

Exercices

L'alcool

Observez dans le graphique ci-contre la consommation d'alcool par personne par an. Commentez :

En France, la consommation d'alcool ne cesse de diminuer depuis 1970 et n'est plus jamais remontée à ce niveau. Elle est aujourd'hui (en 2000) de 10,5 litres d'alcool pur par personne et par an.

Regardez le deuxième graphique décrivant la quantité consommée d'alcool par personne depuis 1970. On peut se demander si cette diminution de la consommation d'alcool provient de facteurs économiques comme, par exemple, une augmentation des prix. Il est, en effet, classique en matière d'analyse économique d'expliquer la variation d'une quantité consommée d'un produit par une variation des prix. On compare sur un même graphique l'évolution de l'indice de prix relatif du produit à l'évolution de la quantité consommée. Voyons auparavant ce que sont un indice de prix et un prix relatif.

Qu'est ce qu'un indice de prix ?

Un indice de prix est un nombre qui mesure la variation de prix d'un produit entre deux dates différentes (indice simple) ou de plusieurs produits entre deux époques différentes (indice synthétique).

- Un indice simple est égal au rapport des deux valeurs (la valeur constituant la période de base se trouvant au dénominateur).
- L'INSEE utilise l'indice synthétique de Laspeyres dans le calcul de l'indice général des prix (IGP) qui reste l'indicateur officiel de la hausse des prix à la consommation et qui mesure l'inflation de notre pays. Les produits sont regroupés en 295 postes (essence, fromage...). Pour chaque poste, les prix de plusieurs articles sont relevés.

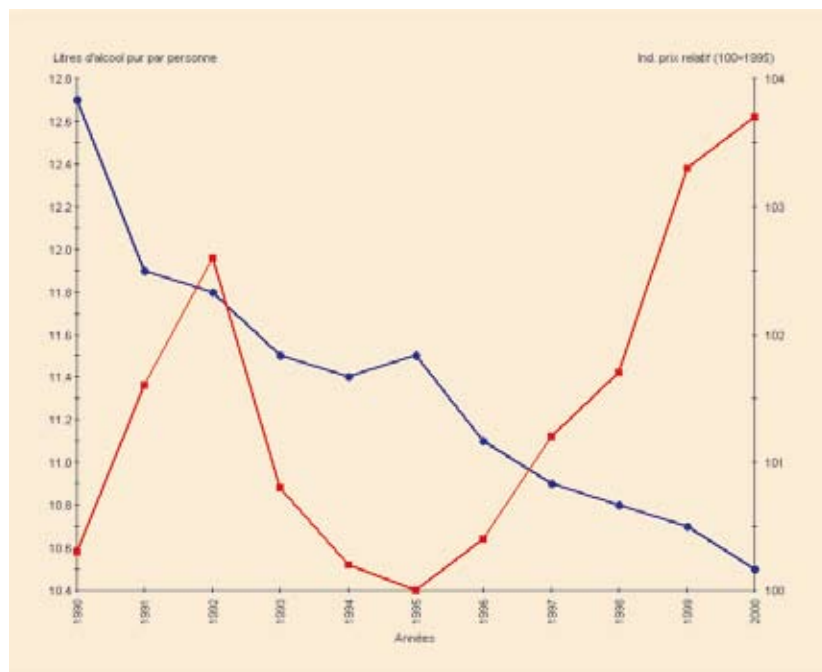
Ainsi, en 1985, l'INSEE a calculé que l'IGP était de 85,7 (base 100 en 1990). En 1996, il est passé à 114,7. On peut donc dire que le taux d'accroissement des prix entre ces deux dates a été de 33,84 %.

Pour résumer l'évolution de plusieurs produits, l'INSEE fait la moyenne pondérée des indices simples. Le principe de la pondération est d'accorder plus de poids aux produits auxquels les ménages consacrent une partie importante de leur budget. Cet indice de Laspeyres pondère selon les quantités consommées à l'origine (ou année de base).

Soit t : année de base, et $t + 1$: année de base + 1. L'indice de Laspeyres est égal au rapport suivant :

$$\frac{\sum (\text{des prix unitaires de biens au prix } t + 1 * \text{les quantités de ces biens, achetées en } t)}{\sum (\text{des prix unitaires des biens en } t * \text{les quantités achetées en } t)} * 100$$

Évolution de la quantité consommée d'alcool pur comparée à l'évolution de son indice de prix relatif (base 95¹)



Source : Anpa, Insee

Qu'est ce qu'un prix relatif ?

On utilise un prix relatif pour éliminer l'influence de l'inflation sur l'évolution des valeurs d'un bien. Il est calculé en déflatant le prix courant de ce bien par l'Indice général des Prix (IGP) (ou indice de prix de la consommation finale des ménages), indicateur officiel de la hausse des prix.

Le prix relatif est donc différent du prix nominal ou prix courant qui correspond au prix observé de l'année considérée.

¹ C'est la raison pour laquelle les données ne remontent pas en deça de 1990.

Exercices

Regardez sur le graphique ci-contre, l'incidence de l'indice de prix de l'alcool sur sa consommation.

Commentez :

La mortalité due à la consommation d'alcool

Selon le Haut Comité de Santé Publique, en 2000, plus de 45 000 décès sont entièrement dûs ou très liés à une imprégnation éthylique chronique parmi lesquels plus de 16 000 personnes sont décédées de cancers VADS (voies aérodigestives supérieures) le plus souvent dûs à la consommation associée alcool-tabac.

Sur le plan national, on constate, depuis le début des années 80 une nette diminution du nombre de décès par alcoolisme/psychose et par cirrhose et ceci aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cependant, les hommes décèdent, pour l'ensemble des classes d'âge, en 1999, deux fois plus de cirrhose alcoolique que les femmes, et quatre fois plus de psychose alcoolique.

Regardez, à partir des données copiées d'Eco-Santé France en Excel dans le tableau ci-dessous, la répartition des décès en 1999, par classe d'âge et par sexe, pour l'ensemble de ces deux causes :

Décès dus à la consommation d'alcool en 1999

1999	Psychose alcoolique+cirrhose alcoolique	
	Hommes	Femmes
1-4 ans	-	-
5-9 ans	-	-
10-14 ans	-	-
15-19 ans	3	-
20-24 ans	8	-
25-29 ans	28	6
30-34 ans	91	23
35-39 ans	304	98
40-44 ans	682	226
45-49 ans	1 016	333
50-54 ans	1 258	458
55-59 ans	947	316
60-64 ans	1 192	397
65-69 ans	1 223	368
70-74 ans	900	369
75-79 ans	683	263
80-84 ans	196	96
85-89 ans	142	95
90-94 ans	41	27
>95 ans	5	4

Source : Inserm

Les campagnes de prévention

Des actions de communication de masse ne peuvent faire évoluer de façon tangible les comportements à risque. Néanmoins, elles y contribuent et ceci d'autant mieux qu'elles s'accompagnent d'actions éducatives sur le terrain et de nouveaux textes législatifs. Le but de ces campagnes est de sensibiliser, informer, prévenir, éduquer le public et récolter des dons en faveur de la recherche ; il est également de lutter contre l'exclusion.

Les campagnes de prévention portent sur différents thèmes :

- lutte contre le tabagisme,
- lutte contre l'alcoolisme,
- lutte contre le sida (campagne d'utilisation des préservatifs, test gratuit du sida),
- lutte contre les cancers,
- prévention des accidents de la vie domestique,
- pour une meilleure nutrition.

Elles peuvent se présenter sous la forme de :

- programmes nationaux de dépistage de masse de certains cancers (ex : du cancer du sein avec une mammographie gratuite tous les trois ans...),
- spots télévisés et d'affiches (au niveau de la consommation d'alcool : « Un verre ça va, trois verres... bonjour les dégâts », « Tu t'es vu quand t'as bu ? » ; au niveau de la consommation de tabac : « Prenons la vie à plein poumon », « L'énergie, c'est pas fait pour partir en fumée »),
- soirées « show » à la télévision faisant évoluer la recherche et la prise en charge des malades (Sidaction, Téléthon...).

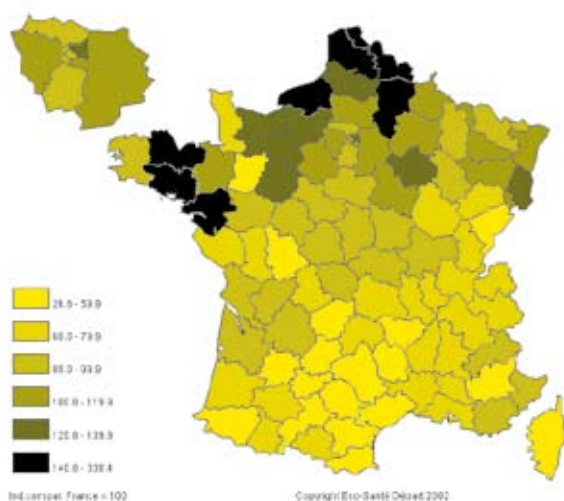
À propos, qu'est ce que la santé publique ?

La santé publique est une discipline qui se consacre à la protection de la santé d'une collectivité et des personnes qui la composent.

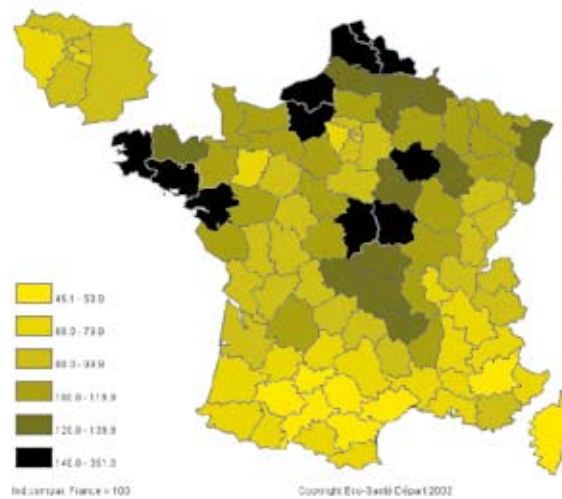
Elle intervient dans un nombre croissant de domaines : hygiène du milieu, de l'eau, de l'habitat, du travail, de l'alimentation, sécurité des appareils, jouets... protection contre les catastrophes naturelles, organisation du système de santé et des secours d'urgence, lutte contre les grands fléaux, vaccinations collectives, etc. Elle se préoccupe donc autant de la prévention des maladies que de leurs traitements.

Exercices

Décès des femmes dus à l'alcoolisme en 1993. Indices comparatifs de mortalité (France = 100)



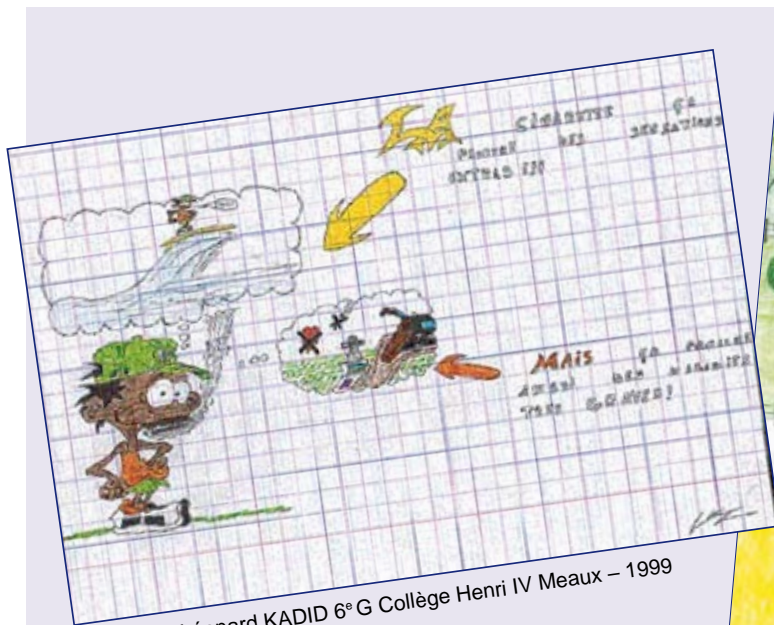
Décès des hommes dus à l'alcoolisme en 1993. Indices comparatifs de mortalité (France = 100)



Source : Inserm

Comment la mortalité due à l'alcoolisme se répartit-elle au niveau départemental ? Regardez les deux cartes ci-dessus obtenues grâce à Eco-Santé Régional & Départemental.

**Groupe de Travail sur le tabagisme du Centre Hospitalier de Meaux
(dessins et poèmes d'enfants) (<http://mvst.free.fr/>)**



Léonard KADID 6^eG Collège Henri IV Meaux – 1999



Jérôme Chamois 6^e5 Collège Camus Meaux – 1998

Le tabacco

*Le tabacco c'est pas beau
Je préfère mieux manger des gâteaux
A la noix de coco*

*Le tabacco c'est zero
Je préfère mieux faire des bobos
A des gens qui me disent de fumer du tabacco*

*Le tabacco c'est dingo
Je préfère mieux aller à Meaux
A des compètes de J.O.*

*Mais alors, ça sert à quoi le tabac ?
On n'use pas une brique pour moucir
Le tabac c'est du caca
Moi je préfère mieux jouer, rire et vivre*

Aymar 6^e 5 Collège Camus Meaux – 1998

**Affiches du Centre de Documentation
et d'Information sur le Tabac (<http://www.cdit.fr/>)**



Texte et affiche de la Sécurité routière

(http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/alcool_ete2002/alcool_ete2002.htm)



« Parce que l'alcool au volant est impliqué dans près d'un tiers des accidents mortels, la Sécurité routière a lancé durant l'été 2002 une nouvelle campagne sur ce risque mal apprécié. Sensibiliser tous les conducteurs en cette période de vacances d'été propice à une consommation d'alcool qui peut s'avérer fatale sur la route, et faire comprendre qu'une consommation d'alcool même jugée faible est dangereuse si on conduit, tels sont ses objectifs ».

Union départementale des Mutuelles de la Martinique

(http://www.udmm.com/prev_4par3.htm)

