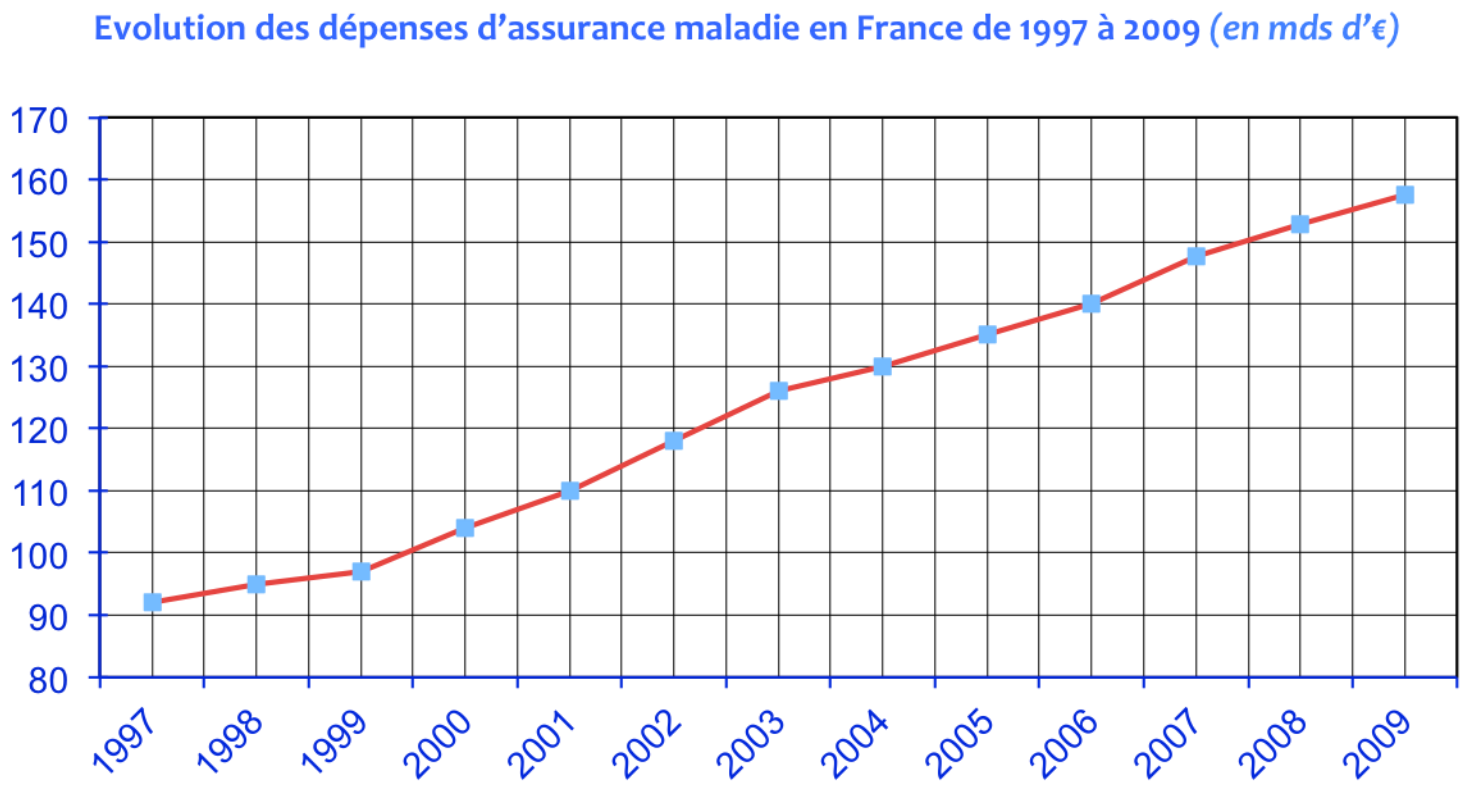
LA SANTE

Introduction DU ICSPA 2016-2017

Christophe Annat, M.Ost., M.Sc.
christopheannat@gmail.com

La Santé - Introduction

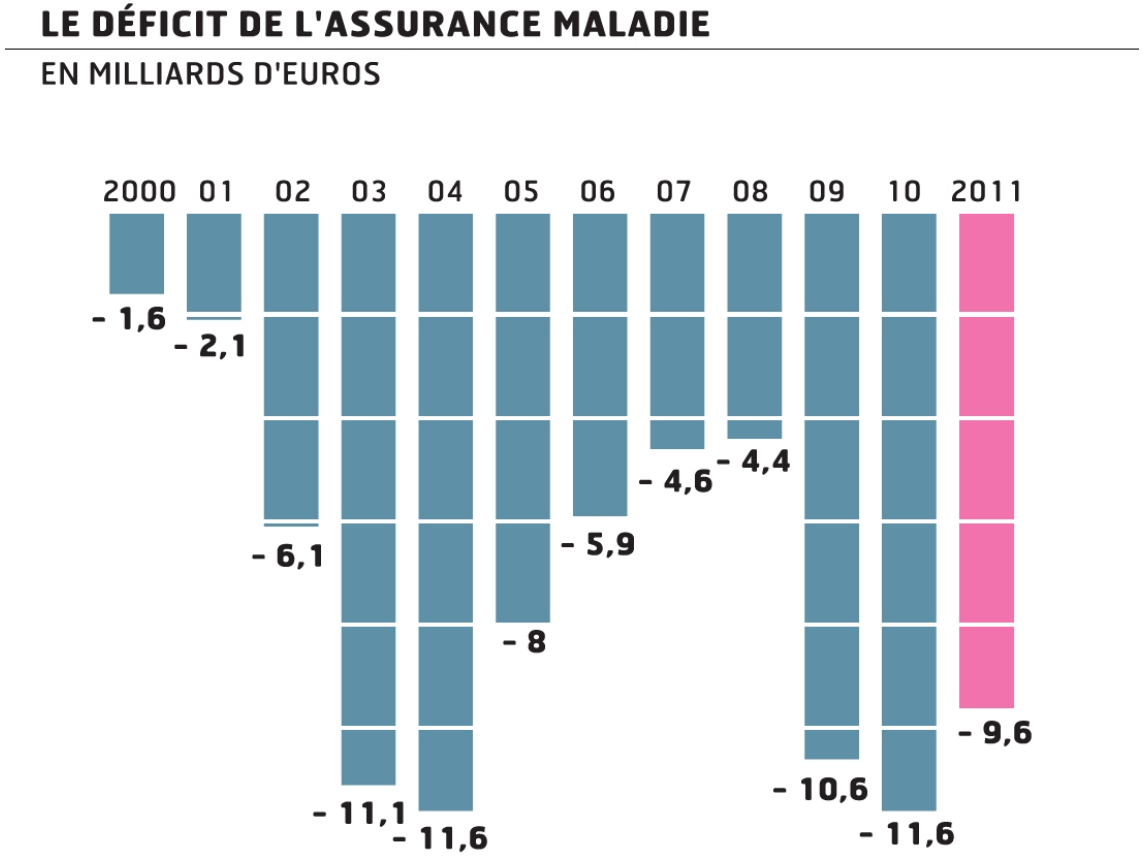
Nos dépenses de soins augmentent sans cesse.



Source : Comptes de la Sécurité Sociale

La Santé - Introduction

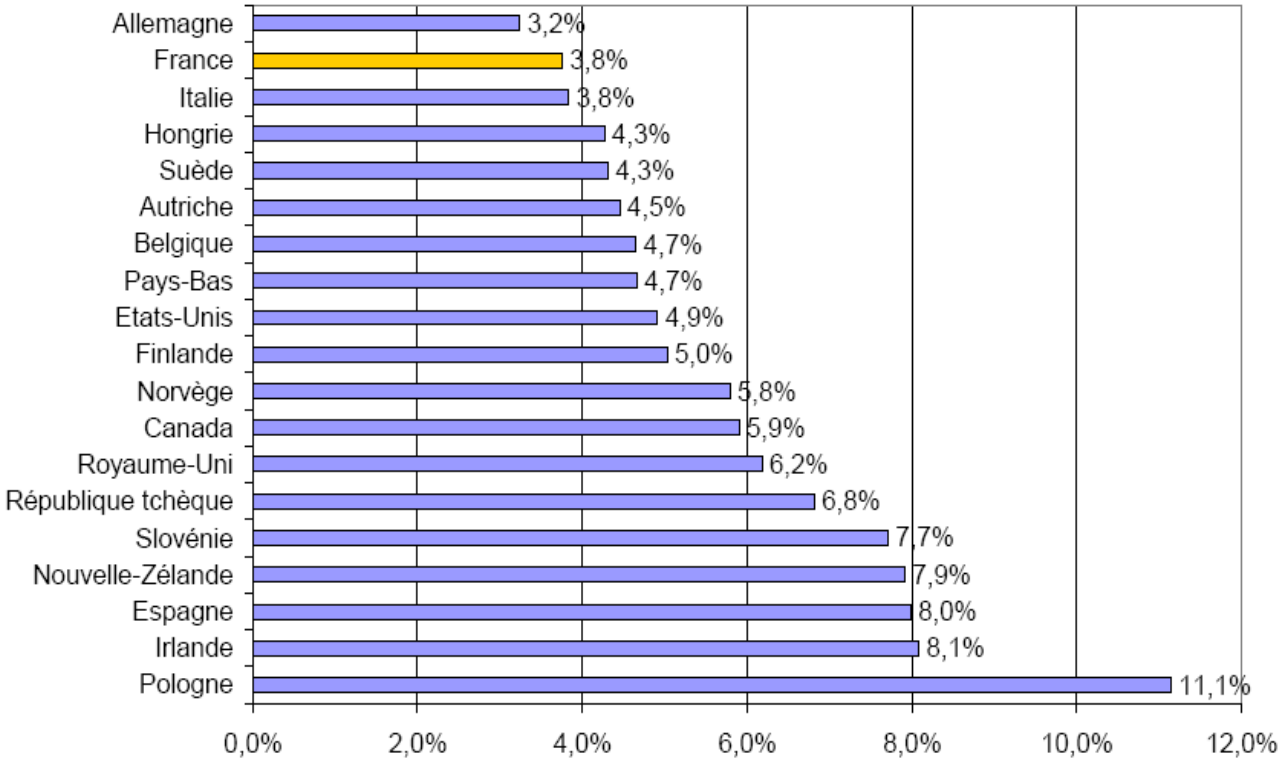
La situation de l'assurance maladie devient « extrêmement critique ».



La Santé - Introduction

Cet augmentation constante des dépenses de santé se généralise à l'ensemble des pays développés.

Accroissement annuel moyen des dépenses courantes de santé par tête de 2004 à 2008



Source : OCDE Health data

La Santé - Introduction

Mais pour des états de santé qui, souvent, diminuent…

Évolution du nombre de cancers sur vingt ans

Nouveaux cas de cancers en 2000 et évolution par rapport à 1980

Femmes			Hommes	
2 398	+ 73 %	Lèvre-bouche-pharynx	12 990	+ 1,5 %
16 826	+ 47 %	Colon-rectum	19 431	+ 55 %
962	+ 133 %	Foie	5 014	+ 224 %
4 591	+ 182 %	Poumon	23 152	+ 41 %
4 165	+ 182 %	Mélanome de la peau	3 066	+ 294 %
		Prostate	40 309	+ 271 %
41 845	+ 97 %	Sein		
2 987	+ 147 %	Rein	5 306	+ 113 %
2 602	+ 111 %	Système nerveux central	2 697	+ 84 %
2 890	+ 203 %	Thyroïde	821	+ 115 %
117 228	+ 60 %	TOUS CANCERS	161 025	+ 66 %

Source : Institut national de veille sanitaire

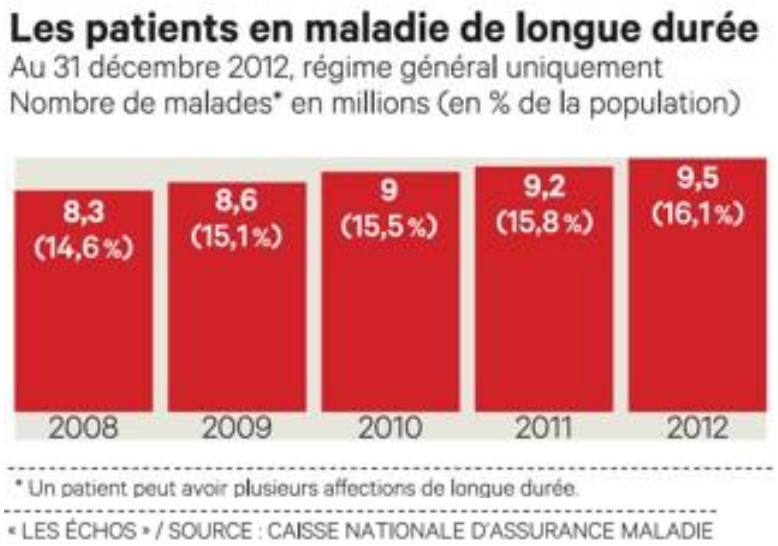
Pascal Lefeure

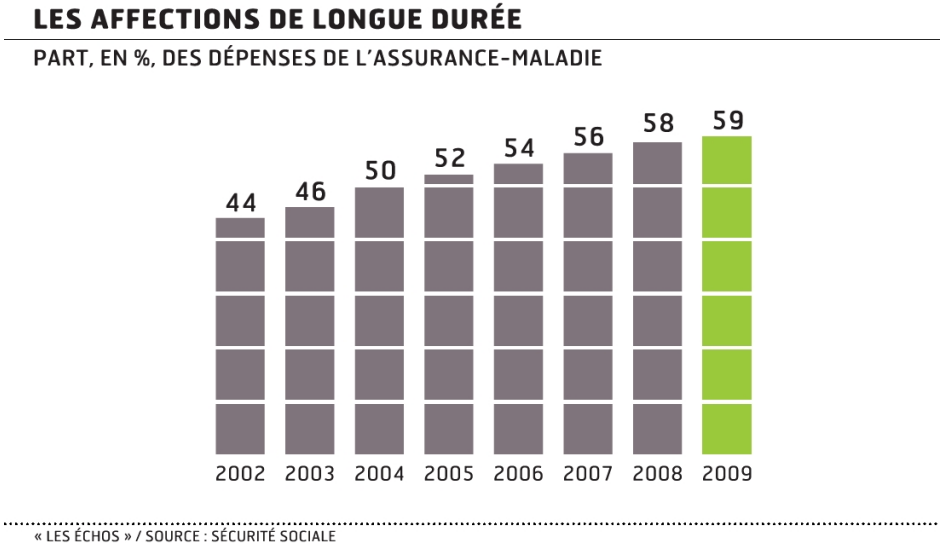
La Santé - Introduction

En 2012, près de 10 millions de patients sont en ALD (16% de la population) pour des maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou l'hypertension, soit + 1,5% entre 2008 et 2012.

Ces patients étant pris en charge à 100 % par la Sécu, leur augmentation représente aujourd'hui l'essentiel des dépenses de santé.

Les maladies chroniques deviennent « *une catastrophe imminente, pour la santé, la société et pour la plupart des économies nationales* » (Margaret Chan, 2011, OMS)





La Santé - Introduction

Autres problèmes de santé en augmentation constante :
- troubles mentaux
- alcoolisme
- toxicomanie
- suicides
- comportements violents
- stérilité
- douleurs du dos (devenues la seconde cause d'arrêts de travail)
- maladies nosocomiales : 2 fois plus de décès que les accidents de la route
- etc…

La Santé - Introduction

Malgré des dépistages et traitements de plus en plus performants…
Le nombre de pathologies ne cessent d'augmenter dont le coût des soins deviendra insupportable…

Une déduction s'impose : nos contemporains détériorent plus leur santé que les soins ne peuvent la rétablir.

Une questions se pose : quel avenir pour notre santé?

Plan de la Présentation

1. La sociologie de la Santé
2. L'économie de la Santé
3. Les systèmes de Santé
4. Les déterminants de la Santé
5. Santé/environnement
6. Vers une prévention de notre santé
7. Le futur de notre santé

Question

Qu’est-ce que la santé?

La Santé en Quête de Sens (1)

Des concepts différents…

La santé est un état précaire qui ne présage rien de bon. (J. Romain)
Je bois à merveille, je mange de même, voilà ma santé. (Marivaux)
On se porte bien avec de la sobriété et de l'exercice. (Voltaire)
La santé, c'est la vie dans le silence des organes. (R. Leriche)
La santé, c'est ce qui sert à ne pas mourir à chaque fois qu'on est malade. (G. Perros)

Les avis ne manquent pas…

La santé à la longue peut paraître un peu fade. Il faut pour la sentir avoir été malade. (J. d'Harville)
La santé dépend plus des précautions que des médecins. (Bossuet)
La santé est un don de la nature destiné à ceux qui en suivent les lois. (L. de Vinci)
Que ton alimentation soit ta première médecine. (Hippocrate)
Arrêtez le mal avant qu'il n'existe ; calmez le désordre avant qu'il n'éclate. (Lao Tseu)

La Santé en Quête de Sens (2)

LA SANTE

POUVOIR FAIRE CE QUE L'ON VEUT

QUAND ON VEUT

MARCHER - COURIR - SAUTER

SE ROULER PAR TERRE - MANGER - BOIRE

DORMIR - S'AMUSER - ETC...

UTILISER SES CAPACITES DE MOUVEMENT

EN ACCORD AVEC NOS SENS

VIVRE A ..... %

La Sociologie de la Santé

La Santé : un Enjeu de Société (1)

La santé est en 3ème position dans les préoccupation des français, après le chômage et le financement des retraites.

Elle conditionne la qualité de notre vie quotidienne et nos projet d'avenir.

Elle est trop souvent perçue comme une question technique alors qu'elle représente un champ immense aux multiples facettes :

- Diversité historique et culturelle des pratiques et des thérapeutiques
- Logiques sociales d'action des protagonistes
- Enjeux politiques et économiques.

La Santé: un Enjeu de Société (2)

Les pratiques visant à préserver la santé ont toujours existé et ne se limitent guère à l'usage de la médecine.

L'entretien du corps ou même l'attitude préventive envers le mal ne sont pas des phénomènes récents (ex: les pierres et élixirs du Moyen-Age, les saignées pendant la période classique). (*Vigarello, 1999*)

Le souci contemporain de la santé a cependant ses spécificités : **une exigence plus forte que jamais vis-à-vis de sa propre santé!**

L'Utopie de la Santé parfaite

La grande utopie d'une « grande santé » indéfiniment perfectibles grâce aux progrès scientifico-technique. (*Sfez, 1997*)

Vers une appréhension de tout ce qui peut mettre en péril notre santé:
•Lutter contre les maux extérieurs (bactéries, air impur, mode de vie,…)
•Mais aussi prévenir de ce qui nous menace à l'intérieur (prédisposition au cancer, à l'obésité, aux troubles de la circulation,…).

D'où:
•Un nouvel ordre moral derrière un hygiénisme général (alcool, tabac,…)
•Une médicalisation de l'existence toujours plus grande
•Le travail de cartographie des gènes
•L'obsession des régimes alimentaires vers une dictature du « nutritionnellement correct » et une alimentation qui nous maintiendra en bonne santé. (*Paillotin, 2001*)
•Une volonté de contrôler les effets de la biosphère sur l'organisme
•etc…

Cette grande santé dans sa volonté de maîtrise totale est à la fois santé du corps individuel et santé de la planète.

La Santé vs. L’ « Etat de Santé » (1)

Les frontières en sain et malsain se sont déplacées : le nombre des maladies déclarées s’est accru de plus de 75% entre 1970 et 1980 alors que l’espérance a crû sur cette même période.

Organisation mondiale de la Santé

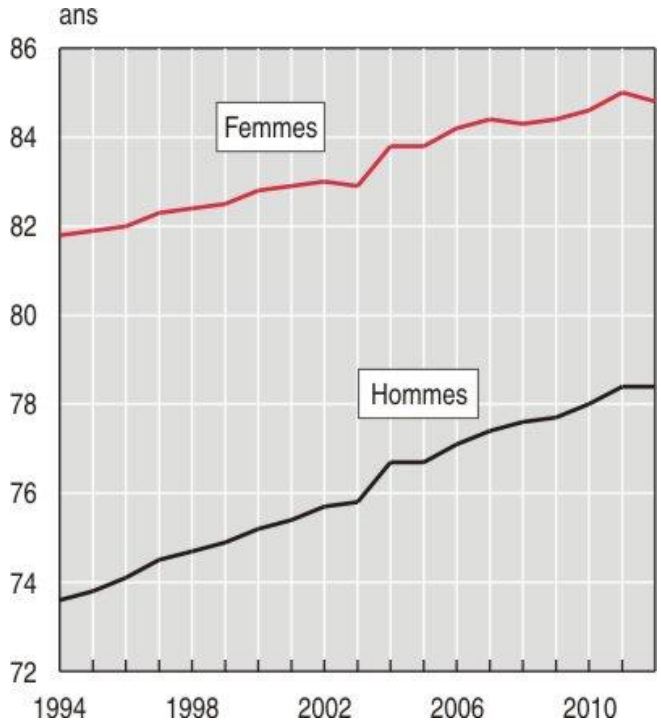
Définition de la santé par l’OMS : « *La **santé** est un **état de complet bien-être physique, mental** et **social**, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » *(préambule de 1946 à la Constitution de l’OMS)*

Cette définition insiste sur la pluralité des facteurs et notamment les déterminants non-médicaux (conditions de vie, de travail, environnement physique, …).

La Santé vs. L’ « Etat de Santé » (2)

Les progrès sont éloquents : l’espérance de vie ne cesse d’augmenter pour les hommes et les femmes en France depuis 1960.
En 2012, elle atteint 78,4 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes.

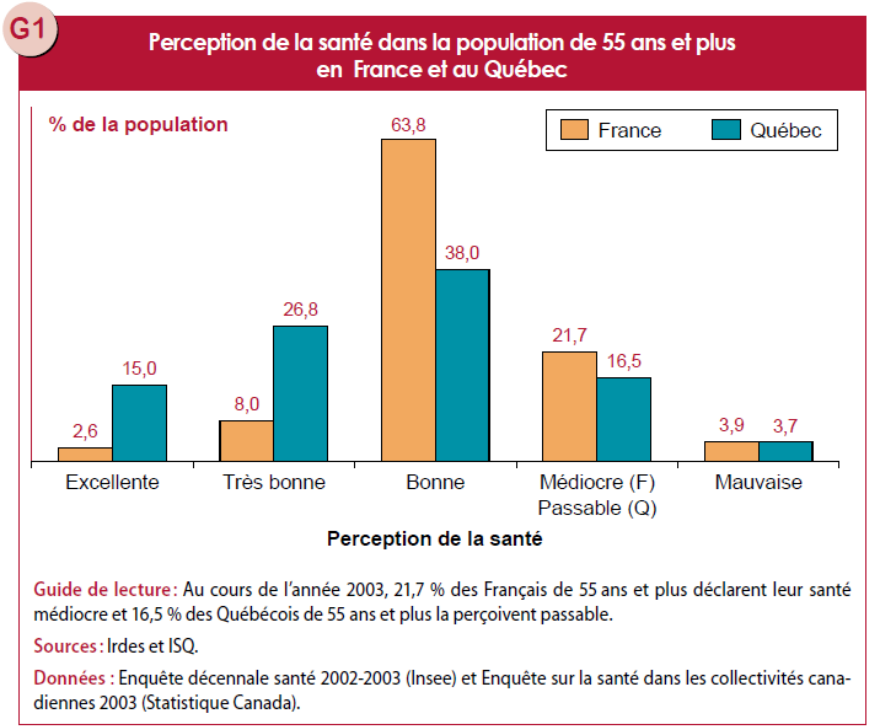
Évolution de l’espérance de vie



Source : Insee, estimations de population et statistiques de l’état civil.

La Santé vs. l' « Etat de Santé » (3)

Emergence de la **notion d'état de santé** dans la plupart des enquêtes de santé, qui est considéré comme un indicateur reconnu fiable, facile à comprendre et simple à recueillir.

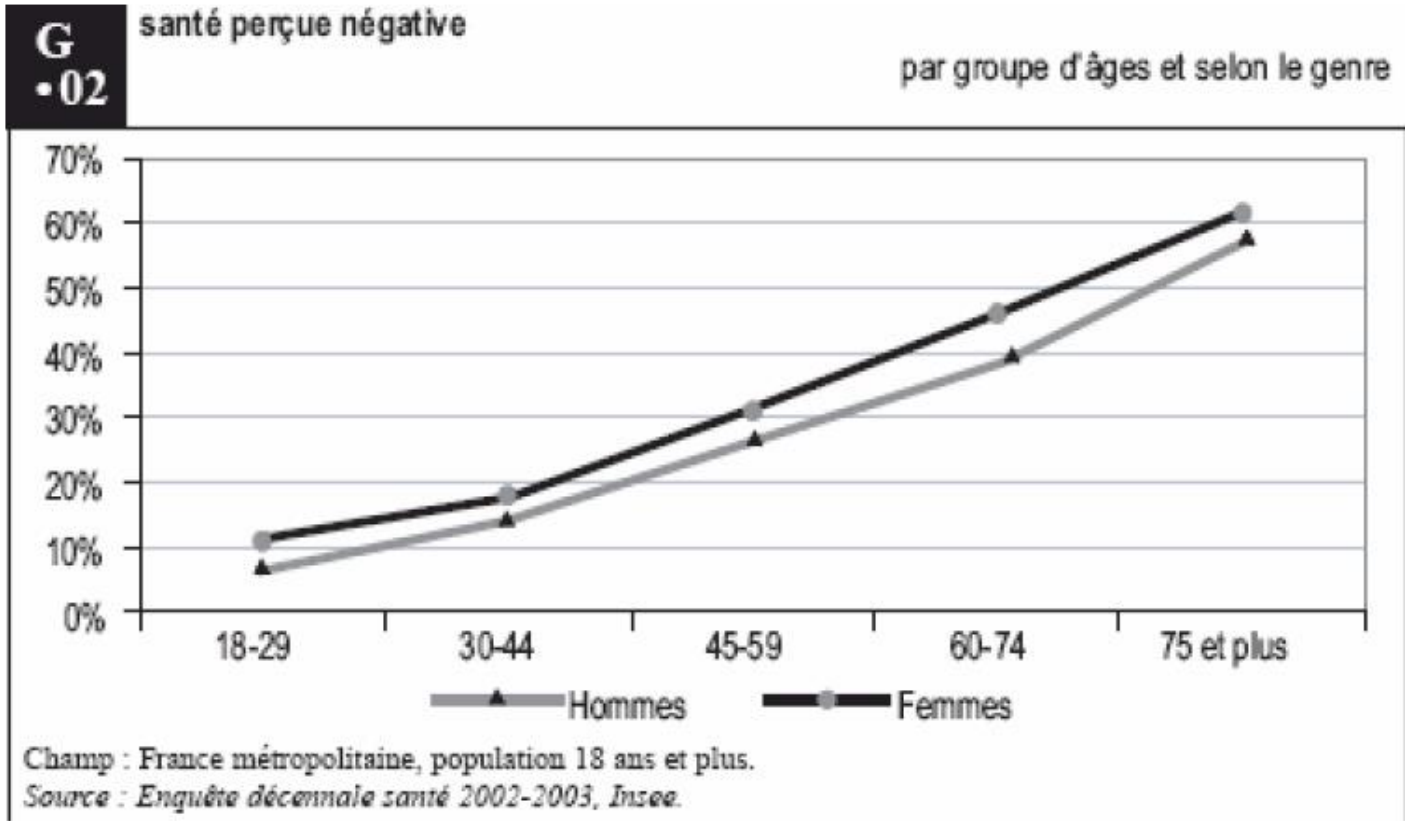


« La **promotion de la santé** est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand **contrôle** sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci »

Elle ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

1ère Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa 1986

La Santé vs. l' « Etat de Santé » (4)



Question

Qu’est-ce que la maladie?

La Maladie

La définition de la Maladie selon l'*OMS* : « Dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes. »

La maladie est un état affectant le corps d'un individu et perturbant son état de santé. Cependant sa perception a une certaine subjectivité, ce qui peut rendre la ligne de partage entre normal et pathologique difficile à définir : « c'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour déterminer ce qui est normal pour ce corps même. » (*Canguilhem, 1966*)

Ainsi la question de la délimitation ne se trouve pas dans la nature même des symptômes mais dans leur intensité, leur fréquence, leur durée et surtout l'adaptation de la personne.

La maladie et la santé se définissent donc en fonction des exigences et des attentes liées à notre environnement, à nos insertions et à nos relations, familiales et professionnelles.

L’Inscription existentielle et sociale de la Santé

Elle semble presque invisible et c’est lorsque nous tombons malade que nous l’apprécions réellement.

« Le propre de la maladie, c’est d’être une réduction de la marge de tolérance des infidélités du milieu ». (*Canguilhem, 1988*) – Etre en bonne santé, c’est donc plus qu’être normal, c’est pouvoir s’adapter aux changements de son milieu.

Définir la santé d’un point de vue purement organique n’a donc pas de sens.

Elle dépend aussi des attentes du sujet, de ses besoins, et de son environnement.

La santé a un sens existentiel.

Les Types de Maladie

On distingue de nombreuses variétés de maladies (liste non exhaustive) :

•Une maladie métabolique désigne une affection en rapport avec une perturbation du métabolisme.

•Les maladies immunitaires sont des pathologies en rapport avec une modification plus ou moins grave, une perturbation des moyens de défense d'un organisme.

•Les maladies professionnelles sont des maladies liées à l'activité professionnelle d'un individu. .

•Les maladies acquises sont des affections apparaissant après la fécondation, soit pendant la vie intra-utérine (à l'intérieur de l'utérus pendant la grossesse) soit après la naissance.

•Une maladie familiale est une affection qui touche, sans en modifier la forme, plusieurs personnes d'une même famille.

•La maladie moléculaire est une maladie dont le résultat est lié à un défaut (constitutionnel ou héréditaire) empêchant la synthèse d'un ensemble (d'un regroupement) de molécules nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme, en dehors d'une enzyme.

•La maladie médicamenteuse est une affection morbide due à l'utilisation de certaines substances utilisées dans un but thérapeutique.

Les Indicateurs de la Maladie

- Morbidité (fréquence de la maladie)
- Activité (maladie évolutive ou non)
- Gravité (stades)
- Conséquences fonctionnelles
- Complications
- Mortalité / Mortalité infantile
- Espérance de vie à la naissance ou à l'âge de 35 ans.
- Nombre de consultations
- Nombre et durée d'hospitalisations
- Coût…

Les Maladies dans l'Histoire des Sociétés : Le Temps des Epidémies

Pendant des siècles, les épidémies ont constitué les maladies dominantes au sein des sociétés.

Ces épidémies avaient les spécificités suivantes :

- La provocation de graves déséquilibres démographiques (peste noire, lèpre, syphilis, tuberculose, variole,...)
- Des conséquences politiques considérables
- Des expériences collectives de la maladie accompagnées de morts brutales survenant rapidement et entrainant la panique générale et la recherche de boucs émissaires
- L'apparition de marques extérieures sur le corps
- L'importance de la vision religieuse de la maladie et la notion de punition divine
- L'imbrication de la faim, de la misère et de la maladie.

Les Maladies d'aujourd'hui

Les maladies d'aujourd'hui se distinguent principalement de celles du passé par les points suivants :

•Raréfaction des maladies infectieuses et la maîtrise possible par les antibiotiques

•Prédominance des maladies chroniques et dégénératives non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète)

•Des expériences plus individuelles de la maladies

•Des symptômes souvent peu visibles

•Une hospitalisation prolongée rare

•La médecine ne les guérit pas mais le contact avec le monde médical est régulier.

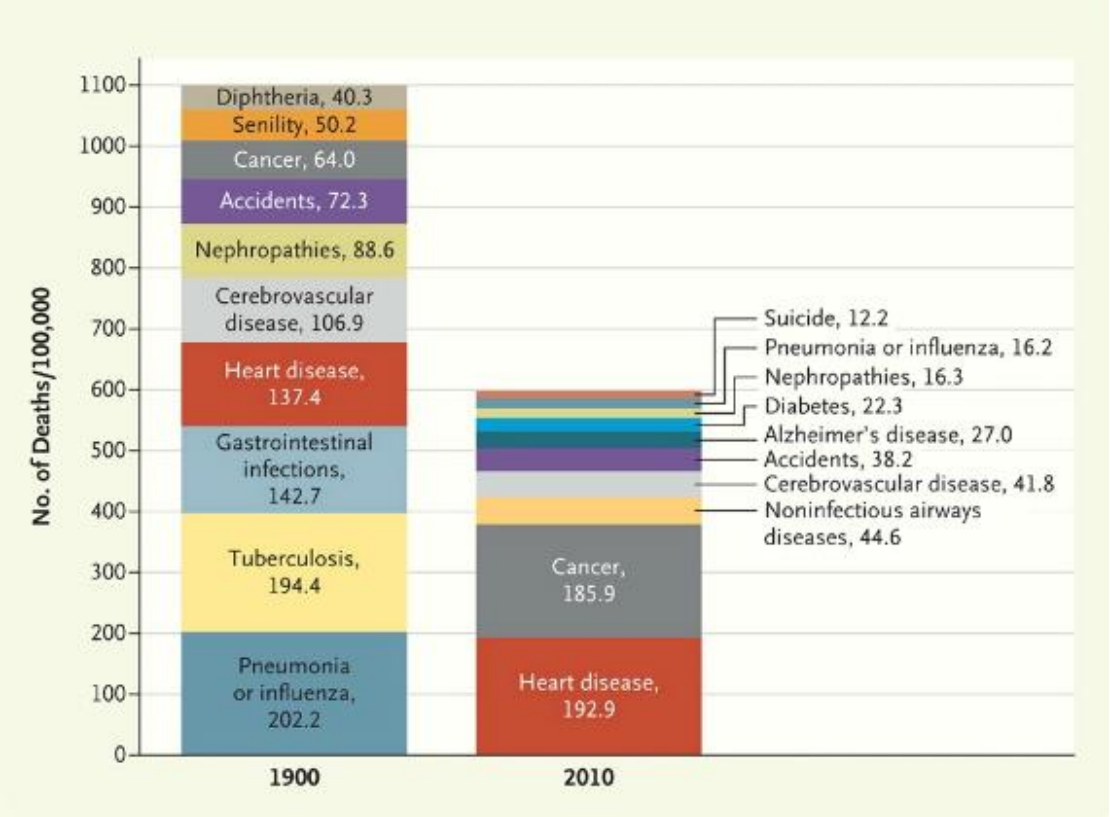
•Ne sont pas inquiétantes pour l'entourage sinon le plus proche

•Le malade doit apprendre à composer entre les limitations que son état lui impose et les contraintes de la vie sociale, professionnelle et familiale.

Cependant, l'apparition du sida brouille l'opposition entre les épidémies du passé et les maladies modernes…

L'Evolution des Causes de Décès

Les principales causes de décès entre 1900 et 2010



Source : The New England Journal of Medicine

Les Progrès sanitaires

Au cours du XVIIIe siècle, le cycle de la faim, de l'épidémie et du déséquilibre démographique commence à se rompre.

L'abaissement de la mortalité infantile a considérablement participé à la « transition démographique » : cette explosion démographique s'accompagne dans les pays européens d'un vieillissement de la population.

Les facteurs influant cette transformation sont extrêmement complexes et interagissent.

Le développement sanitaire s'est opéré grâce aux :

- Le progrès de l'administration des villes et de l'économie
- L'amélioration des techniques agricoles, des transports et du commerce
- Le progrès médical qui, au sens strict, n'y a eu qu'une part limitée.

La raréfaction de certaines épidémies s'est effectuée spontanément, en raison d'une sorte de « compétition » entre les germes de différentes maladies.

Le Sens de la Maladie dans nos Sociétés modernes

Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques.

Le malade, de son côté, possède son propre point de vue concernant son état de santé et s'est forgé, à son propos, un « modèle explicatif » qui peut être en partie individuel mais est aussi très enraciné dans la culture (« modelage culturel »). Les personnes s 'appuient sur des notions, des symboles et des schèmes de références intériorisés du fait de leur appartenances sociales et culturelles.

« Etre malade, c'est s'arrêter » (*Herzlich, 1992*) – dans le discours collectif, la maladie introduit une modification de la vie du malade et de son identité sociale, à la différence du discours médical qui est une énumération de symptômes et de processus corporels.

Le langage du corps est un langage du rapport de l'individu à la société : la maladie objective un rapport conflictuel avec l'ensemble de l'environnement social (« société agressive », rythme de vie trop rapide, bruit, air pollué, nourriture « chimique »).

L’Epreuve de la Maladie

L'expérience vécue de la maladie est souvent mise de côté par le monde médical - le malade y est souvent réduit au rôle de simple « patient ».

L'expérience de la colère est inextinguible face à une maladie qui « l'ampute de sa propre vie ». (*Marin, 2008*)
« Etre malade c’est vraiment pour l’homme vivre une autre vie .» (*Canguilhem, 1988*)
La maladie change le rapport au corps et « met à vif une mécanique corporelle jusque-là restée secrète ». Elle donne une nouvelle conscience du corps, aiguisant la sensibilité du sujet, intensifiant son vécu. (*Marin, 2008*)
La maladie peut être vécue comme une (re)découverte de soi grâce à une réflexion personnelle sur soi, élargie à une réflexion sur la société, ses ordres et son fonctionnement, et les représentations qu’elle véhicule sur le malade et la maladie.

Le développement d’outils de diffusion de l’information médicale (*via* Internet en particulier) d’associations d’usagers et de malades a également largement contribuer à faire valoir le « savoir profane » des malades. (*Barbot, 2002*)

L’Expérience de la Maladie chronique

Bien que certaines maladies chroniques ne constituent pas une menace vitale, les personnes ne peuvent pas être guéries et doivent apprendre à vivre avec leur pathologie.

L’expérience de la maladie chronique va avoir des implications très concrètes pour la vie des malades :

- L’incertitude sur les cours des évènements, les projets à long terme deviennent impossibles
- Faire face à la maladie, trouver un emploi plus adapté
- Gestion du stigmate.

Des Outils thérapeutiques pour mieux comprendre les Patients

Des approches thérapeutiques ont été développés pour accompagner les malades dans leur prise en charge et mettre en lumière leur vécu trop souvent occulté :

• L'apparition récente d'une médecine de la douleur a permis d'évaluer la douleur sachant que celle-ci est en partie subjective. La douleur peut varier en intensité et en qualité selon de nombreuses variables physiologiques et psychologiques.

•Peu connu du grand public, l'écriture thérapeutique est une démarche d'accompagnement dans la rédaction d'un livre. Cette discipline se définit comme un accompagnement, un coaching de la personne dans l'atteinte de son désir de dépassement d'un évènement douloureux ou d'un traumatisme.

•Venue des Etats-Unis, la médecine narrative valorise les récits des patients et tend une attention particulière à leur histoire.

Vers une Société Médicalisée

Les conséquences d'une double évolution : celle de la médecine et celle de la protection sociale.

Au XXème siècle, la notion de médicalisation de la société traduit que le « modèle médical » s'est imposé dans la définition et la prise en charge de nombreux problèmes publics contemporains.

Le Transhumanisme

Mouvement culturel et intellectuel international prônant l'usage des sciences et des techniques afin d'améliorer les caractéristiques physiques et mentales des êtres humains.

Considère certains aspects de la condition humaine tels que le handicap, la souffrance, la maladie, le vieillissement ou la mort subie comme inutiles et indésirables. (*Wikipedia*).

Ou **la volonté d'une santé inoxydable**!

Certains décrient les potentielles dérives de cette déshumanisation – « moins nous aimons l'humain, plus nous aimons les machines » (*Besnier, 2016*).

Les Systèmes de Santé

Les Systèmes de Santé (1)

Les systèmes de protection sociale en Europe ont deux origines différentes.

Système bismarckien : sur le modèle du système allemand institué par le chancelier Bismarck, ils sont accordés à celui qui travaille et, par "droits dérivés seulement", à sa femme et à ses enfants.

Système beveridgien : du nom de Lord Beveridge, père du modèle britannique, les droits (à une protection sociale de base) sont universels et accordés à l'individu.

Les Systèmes de Santé (2)

Système bismarckien ou assurantiel

- protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle ;
- protection obligatoire ;
- protection reposant sur une participation financière des ouvriers et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales ;
- cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques – comme dans la logique assurantielle pure – mais aux salaires. On parle ainsi de « socialisation du risque » ;
- protection gérée par les salariés et les employeurs.

Système beveridgien ou assistanciel

- universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population (ouverture de droits individuels) et de tous les risques ;
- uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque ;
- unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale ;
- financement basé sur l'impôt.

Systèmes nationaux de Santé (1)

	Systèmes nationaux de santé
Pays	Royaume-Uni, Danemark, Suède, Finlande, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande
Conditions d'accès aux prestations	- Royaume-Uni, Suède, Finlande, Italie : **tous les résidents** ont droit à l'ensemble des prestations et des services. - Il existe des restrictions plus ou moins nombreuses pour le Danemark, l'Espagne, le Portugal et la Grèce qui tiennent au caractère récent du passage au régime universel.
Financement	Les services nationaux de santé britannique, irlandais et scandinave sont presque entièrement financés par l'**impôt**. (Au Royaume-Uni et en Irlande, une fraction des cotisations sociales contribue à financer le service national de santé.) Dans les pays du sud de l'Europe, le passage d'un financement par cotisations à un financement fiscal a été imposé par les réformes qui ont mis en place les systèmes nationaux de santé, mais cet objectif n'a pas encore été atteint.
Organisation	Les services nationaux de santé intègrent à la fois l'organisation des soins et leur financement : en Irlande, au Royaume-uni, au Danemark, en Suède, en Finlande et en Italie, le pouvoir de décision appartient au ministère de la santé, la mise en œuvre relevant des autorités régionales ou locales dont le degré d'autonomie varie. L'Espagne, le Portugal et la Grèce sont ici aussi dans une phase de transition.

Systèmes nationaux de Santé (2)

	Systèmes d'assurance maladie
Pays	Allemagne, **France**, Belgique, Luxembourg, Pays-bas, Autriche, Suisse, Israël, Japon.
Conditions d'accès aux prestations	L'accès à la prise en charge des soins par la sécurité sociale est lié à **l'activité professionnelle**. Les personnes qui ne travaillent pas sont couvertes soit en qualité d' « ayant droit » d'un travailleur assuré, soit par une assurance privée, soit par un mécanisme d'assistance sociale. Toutefois les exceptions à la condition d'activité professionnelle et de paiement de cotisations sont devenues tellement nombreuses, notamment en France, que la généralisation de la protection maladie est pratiquement assurée. Les recettes du budget général sont parfois utilisées pour combler les déficits.
Financement	Les **cotisations d'assurance maladie** constituent la principale source de financement des caisses, bien que dans plusieurs pays les recettes du budget général soient parfois utilisées pour combler les déficits.
Organisation	Les systèmes d'assurance maladie ne s'occupent que du remboursement des soins aux assurés (ou du paiement direct au système de santé en cas de tiers payant.) Les ministères de la sécurité sociale et/ou de la santé sont responsables de l'organisation générale et du financement. Mais les caisses peuvent disposer d'une certaine autonomie d'organisation pour le service de prestation, voire pour son financement. Les caisses sont organisées sur une base territoriale et sont gérées par des conseils (organisations syndicale et patronale).

Le Système de Santé français

« Le système de santé français est un système bismarckien mâtiné de philosophie beveridgienne. » (*Halpern, 2010*)

S'appuyant sur le modèle allemand garantissant un accès à la Sécurité Sociale basée sur le travail, l'Etat s'est cependant gardé les principaux leviers au détriment des partenaires sociaux en fixant par exemple les taux de cotisations et les taux de remboursement.

« S'il faut sans doute un Etat fort pour la santé, il faut aussi qu'il soit aussi plus démocratique. Or pour la santé, la réorganisation du système de santé repose sur des schémas très centralisés et verticaux. » (*Chambry, 2009*)

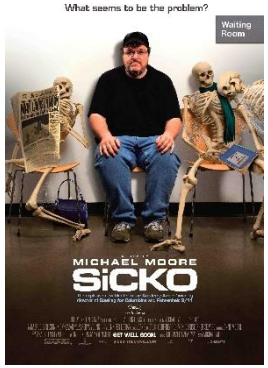
Les Politiques de Santé

Le plan Juppé (1995-1996) a tenté de reformer l'offre des soins en agissant directement sur l'offre, les médecins. Ce choix a fortement été payé électoralement aux législatives de 1997.

La réforme de l'assurance maladie de 2004 de Douste-Blazy rompt avec cette logique pour tenter d'agir sur les patients et leurs comportements.

L'assurance maladie tend aujourd'hui à se recentrer sur les plus malades et les plus démunis, ce qui ouvre *de facto* un boulevard aux assureurs.

Le désengagement de la Sécurité Sociale au profit des complémentaires santé est une impasse économique, sociale et sanitaire. L'exemple américain démontre bien ce point (*Sicko* de *Michael Moore*).



Difficultés d'implanter de nouvelles politiques de santé.

L’Economie de la Santé

Une Introduction à l'Economie de la Santé

La santé des populations influence la croissance économique et le revenu global.

« *l'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long-terme* ». (*OMS, 2001*)

Les systèmes de santé institutionnels se sont bâtis dans l'après seconde guerre mondiale pour prendre en charge la maladie en permettant l'accès aux soins médicaux. La croissance des besoins de santé et de soins médicaux a été rapide depuis cette création.

Pourquoi une Expertise en Economie de la Santé?

Les besoins d'une expertise économique sur les politiques de santé se développent dans les années 1980 afin de répondre aux questions de financement et de régulation.

Les systèmes de santé et leurs coûts sont aujourd'hui au cœur des débats politiques et économiques dans les pays développés, dans un contexte de croissance des dépenses de santé plus rapide que le PIB avec une mise en cause de l'efficacité de ces systèmes, de leur efficience, mais aussi de leur caractère équitable.

Cependant la nature particulière de l'objet santé rend le traitement de ses propriétés économiques difficile et représente un défi pour la robustesse des méthodes et outils de l'économie.

Les Spécificités économiques de la Santé (1)

Le marché des soins de santé s'éloigne de façon significative du modèle de concurrence walrassien de l'économie néoclassique. (*Arrow, 1963*)

Les spécificités du marché des soins :

1. La production ou la consommation des biens et services de santé est individuelle mais la collectivité est également concernée par leur production ou leur consommation.

La frontière entre les composantes collectives et privées des biens et services de santé dépend de critères politiques, culturels et économiques.

2. Le risque maladie et les imperfections du marché de l'assurance

La maladie est aléatoire et imprévisible tout comme son degré de gravité.
Les asymétries d'information entre assureur et assuré ainsi que le caractère de risque de long terme de la maladie mettent en échec la marché de l'assurance. (*Geoffard, 2000*)

Les Spécificités économiques de la Santé (2)

3. Les conditions particulières de l'offre

L'organisation du système de distribution de soins est caractérisée par une économie de monopoles et d'oligopoles, notamment géographique, dont le prix est souvent un prix administré et rarement un prix de marché.

4. La délicate question de l'évaluation de l'output du système de santé

La mesure du résultat des actions de soins est délicate car les soins ne constituent qu'un des déterminants de la santé et ce sont principalement des activités de services.

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (1)

Quatre agents participent au financement du système de santé :
1. L'Assurance maladie obligatoire
2. Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM)
3. Les ménages
4. et l'Etat, notamment par le biais des collectivités locales.

Leur part respective dans le financement du système de santé est très variable : c'est l'Assurance maladie obligatoire qui est l'agent principal de financement.

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (2)

1. **L'Assurance maladie obligatoire**

Les trois principaux régimes de base sont le régime général, le régime agricole et le régime des travailleurs indépendants. A ces trois régimes s'ajoutent une multitude de petits régimes spéciaux.

	Le régime général	Le régime agricole	Le régime des travailleurs indépendants	Régimes spéciaux
Bénéficiaires	Il couvre les salariés del'industrie, commerce services, certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés. Il est aujourd'hui la pièce maîtresse de la protection sociale en France.	Exploitants et salariés agricoles.	Commerçants, industriels et professions libérales.	Le régime des mines, de la Société Nationale des Chemins de fer Français (SNCF..), de la Régie Autonome des Transports Parisiens (RA TP), de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaire, des ministres du culte, etc.
% de la population couverte contre le risque maladie par chaque régime	84 % de la population française.	7%	5%	4%

Chacun de ces régimes s'adressent donc à une catégorie de travailleurs spécifiques, gèrent leur assurance maladie grâce à une organisation administrative qui lui est propre, tout en restant sous la tutelle de l'Etat.

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (3)

2. **Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM)**

L'Assurance maladie obligatoire ne remboursant pas tous les soins, le patient peut bénéficier d'une autre forme de financement de sa consommation de soins par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire privée. Trois types d'institutions :

- Les mutuelles

Acteur principal de la protection sociale complémentaire, la mutualité occupe une place considérable dans la protection contre le risque maladie.

- Les assurances privées

Elles interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (garantie santé, décès, invalidité et chômage) et opérations d'épargne (épargne retraite).

- Les institutions de prévoyance

Trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite supplémentaire, et les institutions de prévoyance.

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (4)

2. Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM)

Une majorité de la population française possède une assurance maladie complémentaire privée souscrite auprès de l'un de ces trois OCAM.

	Mutuelles	Assurances privées	Institutions de prévoyance
% de la population couverte hors CMU	67%	20%	15%

Souce : CREDES 2002.

Contrairement à ce qui se passe dans certains pays, l'assurance privée en France ne permet pas de couper les files d'attente dans le secteur public ou d'avoir accès à des prestations offrant des services « de confort » supplémentaires. Elle rembourse les co- paiements qui sont laissés à la charge du patient par l'Assurance maladie obligatoire et qui sont souvent importants pour certains soins comme les prothèses dentaires et les lunettes.

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (5)

3. **Les ménages**

Le financement du système de santé par les malades eux mêmes peut prendre différentes formes :

- **Le ticket modérateur**

Il représente la fraction des dépenses non remboursée par l'Assurance maladie obligatoire et qui reste donc à la charge de l'assuré social. Le taux du ticket modérateur, fixé par décret, varie selon les catégories d'acte («petit risque» - dépenses de médecine ambulatoire, « gros risque » - dépenses hospitalières, ALD).

- **Les dépassements d'honoraires**

Le dépassement d'honoraire est le supplément par rapport au tarif conventionnel réclamé par certains praticiens à honoraires libres (essentiellement les spécialistes) ainsi que pour les soins de réparation en dentaire et la lunetterie/optique.

- **Le forfait hospitalier**

Il s'agit d'un paiement uniforme payé pour chaque journée d'hospitalisation, sans aucun rapport avec l'intensité des soins.

- **L'avance des frais**

Il s'agit de l'avance que fait le malade en versant l'intégralité du montant d'une prestation, avant de demander un éventuel remboursement à l'Assurance maladie obligatoire ou à son assurance complémentaire (sauf si *tiers payant*).

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (6)

4. **L'Etat**

L'Etat contribue également au financement du système de santé. Il finance notamment l'Aide Médicale de l'Etat (AME) et une partie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

La Fiscalisation du Financement du Système de Santé (7)

Les prélèvements obligatoires sociaux affectés au financement de la protection sociale représentent environ les deux tiers de l'ensemble des prélèvements. Cependant leur composition s'est profondément modifiée depuis 25 ans au profit du financement fiscal.

Ce mouvement de réduction de la part des cotisations sociales dans les ressources de la protection sociale s'explique par :

•Un nouveau prélèvement fiscal sur les revenus des ménages affecté à la protection sociale, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) depuis 1997

•Une réduction du coût du travail par exonération de cotisations sociales employeurs.

Répartition des cotisations sociales pour la maladie entre 1990 et 2006 (%)

	1990	2006
Ménages	43	55
Entreprises	45	35
Administrations	12	10

Sources : Hennion, 2008

Les Dépenses de Santé en France (1)

Le montant total des dépenses de santé s'est élevé en France à 215 milliards d'euros en 2008, soit plus de 10% du PIB, contre 5,7% en 1970.

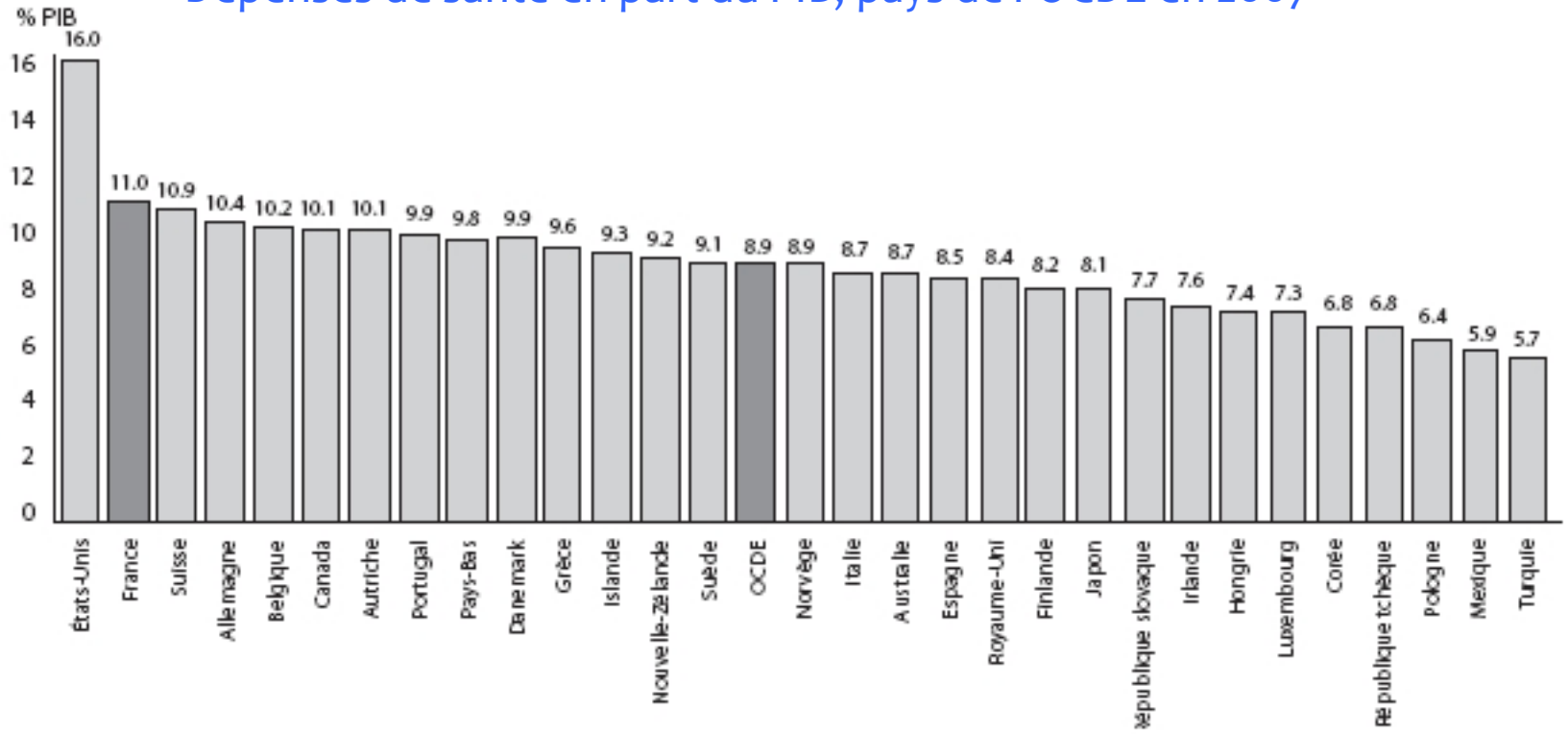
La croissance des dépenses de santé a touché l'ensemble des pays de l'OCDE.

Une menace pèse sur l'avenir de l'Etat-providence due à la croissance des coûts de santé et le manque d'efficacité de la médecine actuelle face aux maladies chroniques.

Les Dépenses de Santé en France (2)

En 2007, la France se trouvait parmi les pays dépensant le plus pour la santé derrière les Etats-Unis et juste devant la Suisse ou l'Allemagne.

Dépenses de santé en part du PIB, pays de l'OCDE en 2007



Source : Eco-Santé OCDE, juin 2009.

La répartition des Prestations de Protection sociale

Plus de 80% des prestations de protection sociale sont versées au titre de la vieillesse-survie et de la santé.

Evolution de la structure des prestations par risque entre 1970 et 2009.

En %	1970	1995	2009
Santé	35,9	33,2	34,9
Vieillesse-survie	39,8	42,7	45,6
Maternité-famille	21,2	15,3	9
Emploi (insertion et réinsertion professionnelles, chômage)	2	7,2	6,1
Logement, pauvreté et exclusion sociale	1,1	1,6	4,5

Source : reconstruit à partir de DREES, comptes de la protection sociale.

Le Montant des Prestations de Protection sociale

En 2011, chaque habitant a bénéficié en moyenne de 9836 euros provenant de la protection sociale.

Montant annuel moyen en euros par habitant des prestations de protection sociale en 2011.

Santé	3359
Vieillesse-survie	4466
Maternité-famille	866
Emploi	648
Logement	258
Pauvreté et exclusion sociale	239

Source : DREES, La Protection sociale en France et en Europe en 2011, Document de Travail, Série Statistiques n° 181, juin 2013.

Question

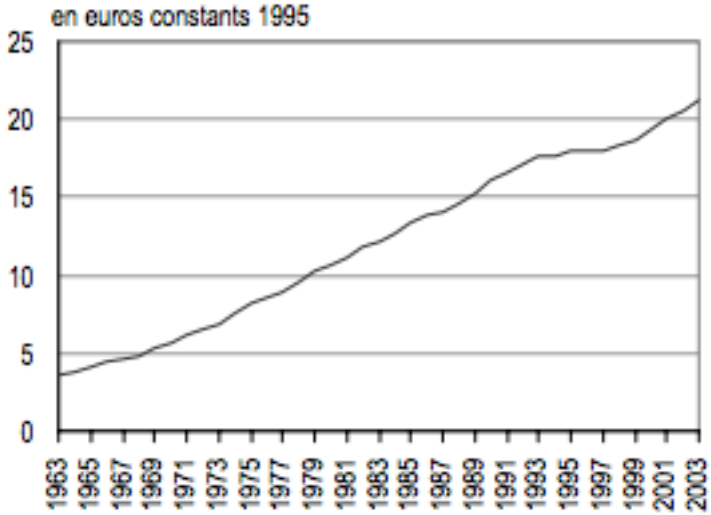
Comment expliquer l’augmentation des dépenses de santé?

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (1)

Les facteurs explicatifs de la structure et de l'évolution des dépenses de santé :

1.La démographie

évolution de la consommation de soins
et de biens médicaux par habitant en volume corrigée
du vieillissement



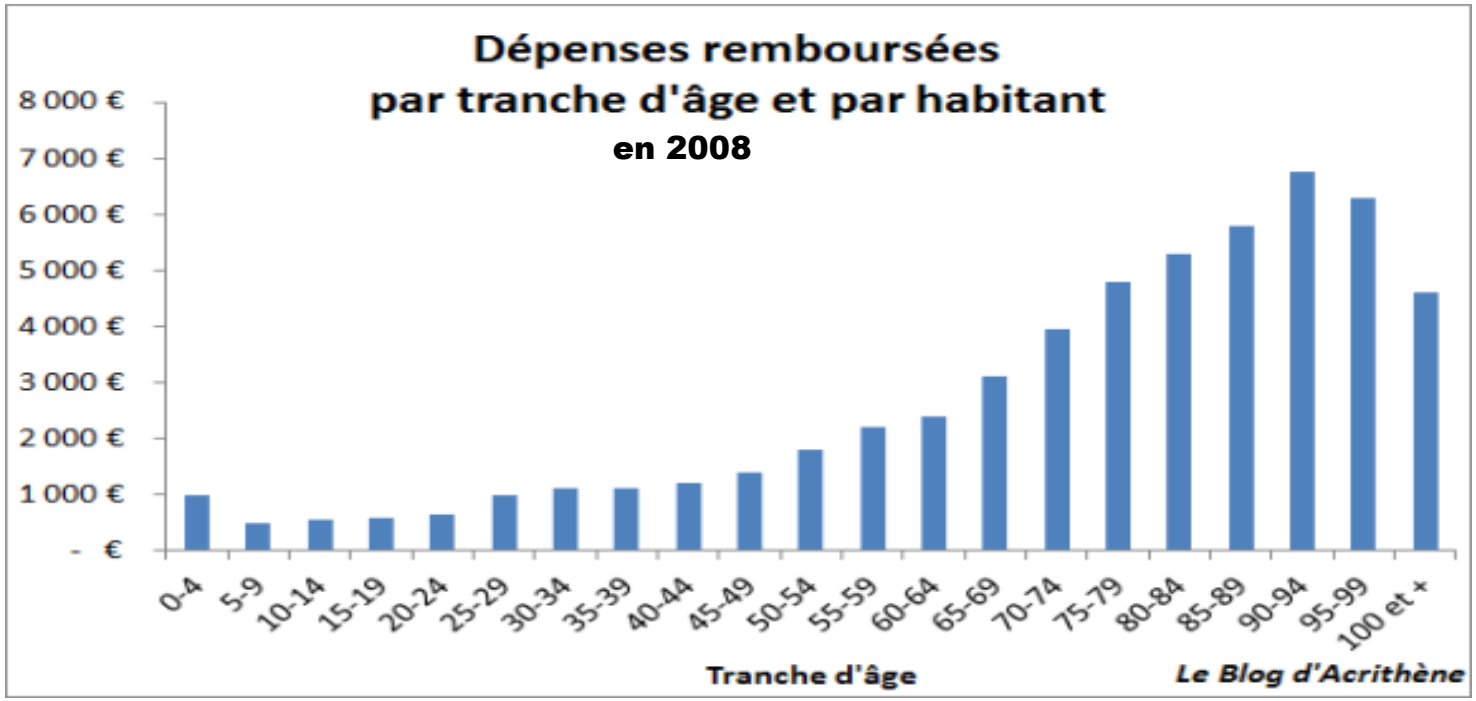
Source : Drees (Comptes nationaux de la santé) et Insee

Contrairement à l'idée reçue, le vieillissement de la population n'explique que pour une très petite part l'augmentation des dépenses de santé (*Dormont, 2009*) et son rôle devrait rester limité à l'avenir (*Oxley et MacFarlan,1995 ; Bac, Cornilleau, 2002*).

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (2)

1. **La démographie**

L' « effet âge » montre que la demande de soins n'est pas identiques durant toute la vie : très forte à la naissance et durant les premières années de la vie, la demande s'amenuise ensuite pour croître à nouveau vers 45 ans et très rapidement après 65 ans.

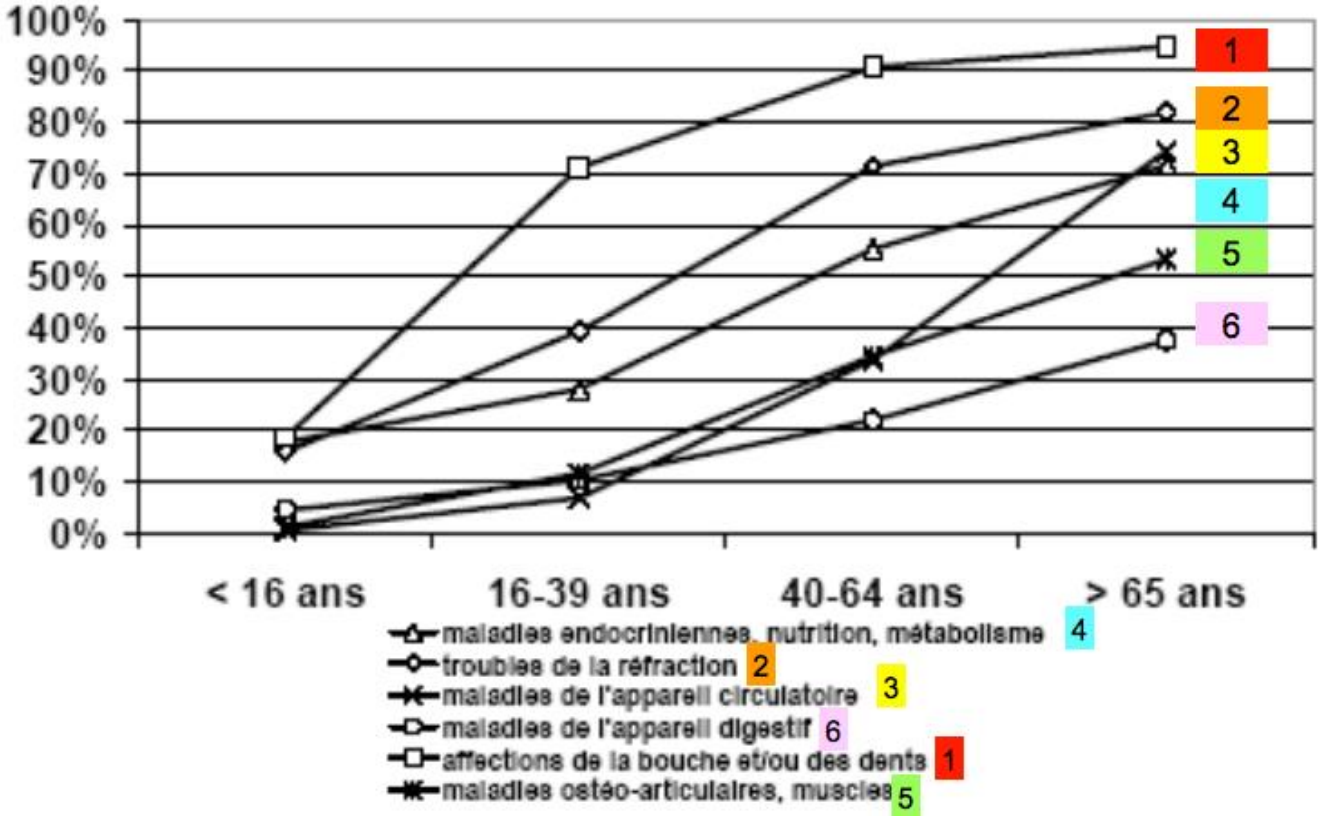


Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (3)

1. **La démographie**

La prévalence des maladies croît avec l'âge.

Prévalence des maladies en fonction de l'âge

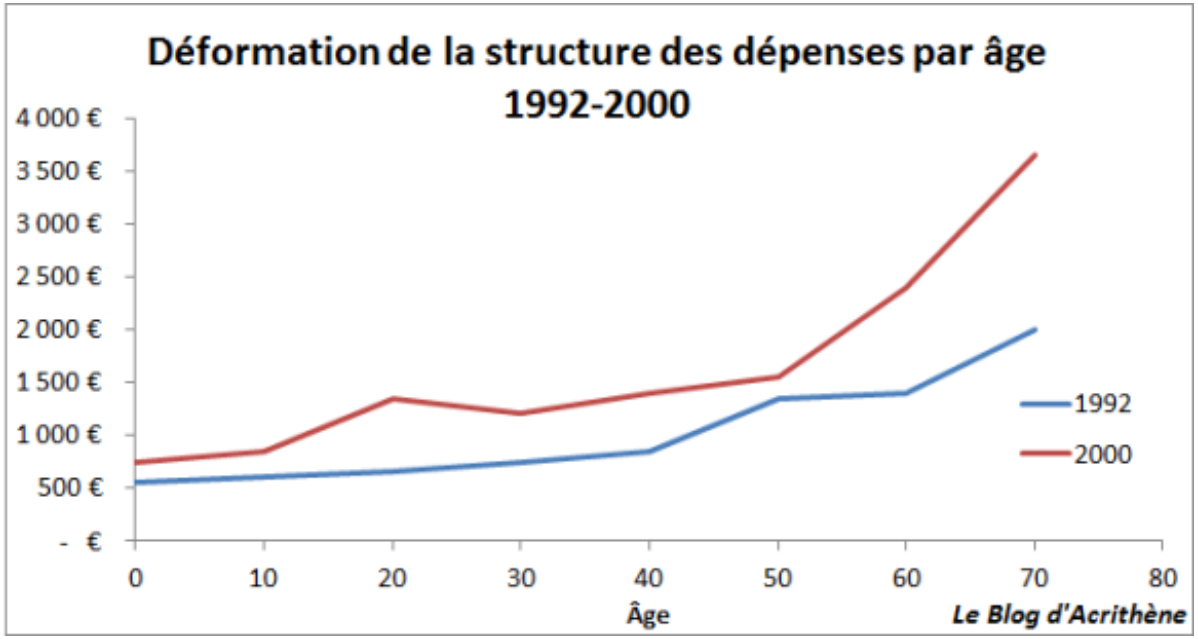


Source : CREDES

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (4)

1. La démographie

L « effet génération » montre que la demande de soins augmente depuis quelques décennies et ceci quelle que soit la tranche d'âge considérée.



Source : HCAAM, rapport 2010.

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (5)

2. **L'amélioration du niveau de vie**

La croissance des dépenses de santé est fortement corrélée au niveau de vie du fait :

- Des nouvelles habitudes de consommation
- La médicalisation de nos sociétés contemporaines.

Selon les estimations, environ 40% de la croissance des dépenses s'expliquerait par le revenu.

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (6)

3. **Le progrès médical et les changements d'habitudes de consommation**

L'innovation médicale et les progrès techniques représentent l'un des facteurs majeurs de l'évolution des dépenses de santé (environ 32%), car elles modifient :

- L'offre des soins, tout en améliorant ses résultats (mécanisme de diffusion)
- La demande, en changeant les habitude de consommation.

Trois types de progrès: (*Missègue et Pereira, 2005*)

- Le progrès général qui, en agissant sur la croissance économique, crée un effet d'augmentation des dépenses de santé
- Le progrès technique qui augmente les possibilité de production de services de santé en étendant la gamme de l'offre (l'imagerie médicale de pointe, …)
- Le progrès technique médical qui permet de diminuer le coût des traitements (la vaccination, …).

Les Facteurs explicatifs de l'Augmentation des Dépenses de Santé (7)

4. Les autres facteurs influant sur l'offre et la demande des soins

•L'augmentation du nombre de professionnels de santé et des équipements de soins
•L'augmentation du niveau de couverture assurantielle en France (adéquation entre les dépenses de santé et le prix perçu par les malades)
•Les facteurs institutionnels

- Les incitations et les règles données par le cadre institutionnel aux assurés et professionnels de santé
- Le modèle « à remboursement » (Etats-Unis et médecine de ville en France) serait le moins efficace en termes de maîtrise de coûts, derrière les systèmes « à contrat publics » (Allemagne, Pays-Bas) et « public intégré » (Royaume-Uni, Italie).

La maîtrise des Dépenses de Santé en France (1)

Les différentes techniques de régulation des dépenses de santé :

1. La régulation par la demande

La méthode consiste à utiliser la participation financière des malades à la fois comme mécanisme régulateur de la demande, mais également comme moyen de lever des fonds supplémentaires pour la santé. Cette technique de régulation s'est traduite en France par l'accroissement des tickets modérateurs, l'instauration du forfait hospitalier (le forfait journalier) et les dépassements d'honoraires du secteur 2. On note également le déremboursement de nombreux médicaments ou de procédures de soins n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité.

2. La régulation par le financement

Les enveloppes globales de dépenses (ou enveloppe limitées de dépenses : *cash limit*) ont été progressivement introduites en France à partir des années 1990. Leur objectif est de garantir le respect des grands équilibres, de confronter les dépenses de soins à celles affectées aux autres grandes fonctions collectives, et de lutter contre une expansion illimitée des dépenses de santé.

La maîtrise des Dépenses de Santé en France (2)

3. Le contrôle de l'offre

Le contrôle de l'offre de soins s'est traduit par plusieurs techniques de régulation :

- **la planification** : En France, elle a pris la forme d'une carte sanitaire et d'un numerus clausus à l'entrée des études de médecine et enfin des SROS, Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, expression de la planification régionale des équipements hospitaliers.
- **la répartition de l'enveloppe par spécialité médicale**
- **le médecin référent et les filières de soins intégrées** : La mise en place d'un médecin référent (médecin « sésame » ou *gate keeper*) à l'entrée de la filière de soins incite à la prévention, évite les actes redondants et supprime les incitations financières en faveur d'une médecine spécialisée et curative inutile.
- **la maîtrise médicalisée** (*managed care*) : Cette gestion des soins consiste à imposer les résultats de l'évaluation scientifique et économique dans la pratique médicale courante qui privilégie alors les soins les plus efficaces et/ou les moins coûteux.

La maîtrise des Dépenses de Santé en France (3)

Cependant…

Une maîtrise exclusivement comptable des dépenses de santé est impossible car la médecine travaillent à partir de cas singuliers et complexes, multidimensionnels, aux prises avec une forte incertitude. (*Chambry, 2009*)

Nécessité de prendre en compte les points de vue et expériences des soignants afin d'améliorer l'intelligence des politiques publiques de santé.

Un autre regard sur les Dépenses de Santé (1)

Le système de santé n'a aucune raison d'être en équilibre *a priori*.

Le système de santé et d'assurance maladie est un instrument essentiel de cohésion sociale. (*Cornilleau, 2005*)

Les dépenses sociales ont un effet amortisseur des effets du ralentissement de l'activité économique. Elles permettent de soutenir la demande et évitent ainsi un ralentissement encore plus fort de l'activité économique (rôle des systèmes de protection sociale en France pendant la crise jusqu'en 2011).

Un autre regard sur les Dépenses de Santé (2)

Les gains en bien-être obtenus en contrepartie de ces dépenses semblent gigantesques (formidable accroissement de la longévité, …). Ces dernières ne se limitent pas qu'à un coût mais représentent un investissement sur le long-terme. La Sécurité Sociale a bouleversé la vie des individus, leur rapport à la vie, à la vieillesse, elle a favorisé l'accès aux soins. (*Schnapper, 1989*)

Les gains en santé et en espérance de vie peuvent contribuer à la richesse du pays. Aux Etats-Unis, ces gains auraient ajouté chaque année une valeur équivalente à environ 32% du PIB entre 1970 et 2000. Autrement dit, l'apport annuel des dépenses de santé serait ainsi très supérieur à leur coût, qui est de 15% du PIB en 2000. (*Murphy et Topel, 2006*)

Le vrai Débat sur les Dépenses de Santé

Maintenant des questions se posent par rapport à l'augmentation des dépenses qui peut être économiquement poisitive :

•Si l'évolution des ressources consacrées à la santé est connue et mesurée, qu'en est-il de leur contrepartie en matière de gains en santé? L'efficacité productive du système de santé est-il assuré?

•Est-il plus judicieux d'investir dans les technologies *high-tech*, ou plutôt dans les déterminants sociaux de la santé comme les conditions de travail, les logements sociaux ou le logement social? (*Dormont, 2009*)

•Le supplément de bien-être obtenu correspond-il aux souhaits de la population?

•Quelle proportion de nos resources nationales souhaitons-nous consacrer à nos dépenses de soins aux dépents d'autres domaines pouvant également contribuer à notre bien-être (logement, éducation,...) ? (*Cornilleau, 2012*)

Défis actuels et futurs de la Réforme des Systèmes de Santé

- Maîtrise des coûts
- Définition du périmètre des soins pris en charge par la collectivité
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Réduction des inégalités d'accès aux soins
- Promotion de modalités plus collectives d 'exercice de la médecine.

Les Déterminants de la Santé

Question

Quels sont les déterminants de la santé?

Les déterminants de La Santé (1)

Les déterminants de la santé englobent une gamme de facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent le statut de la santé de l'individu ou de la population (*Nutbeam, 1988*). Ils sont :

- le revenu et le statut social
- les réseaux de soutien social
- l'éducation et l'alphabétisme
- l'emploi et les conditions de travail
- les environnements sociaux
- les environnements physiques
- les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle
- le développement de la petite enfance
- le patrimoine biologique et génétique
- les services de santé
- le sexe
- et la culture.

Source: Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Population Health, Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians. Ottawa: Ministry of Supplies and Services Canada, 1994.

Les Déterminants de la Santé (2)

Facteurs endogènes : hérédité, génétique, immunité naturelle…

Facteurs environnementaux : géographiques, lieux de travail et de vie, toxiques, bruits, lumière, CEM, influences cosmo telluriques, micro-organismes, parasites, pollens…

Facteurs liés au mode de vie : alimentation, activité physique et sportive, accidents, chutes et chocs, gestes répétitifs, hygiène, tabac, alcool, drogues, sommeil, rythmes de vie…

Facteurs psycho-sociaux : estime de soi, amour, sexualité, relations avec les autres, management, conditions de travail, comportement, réaction au stress, recherche de mal être ou de bien-être, niveaux de vie…

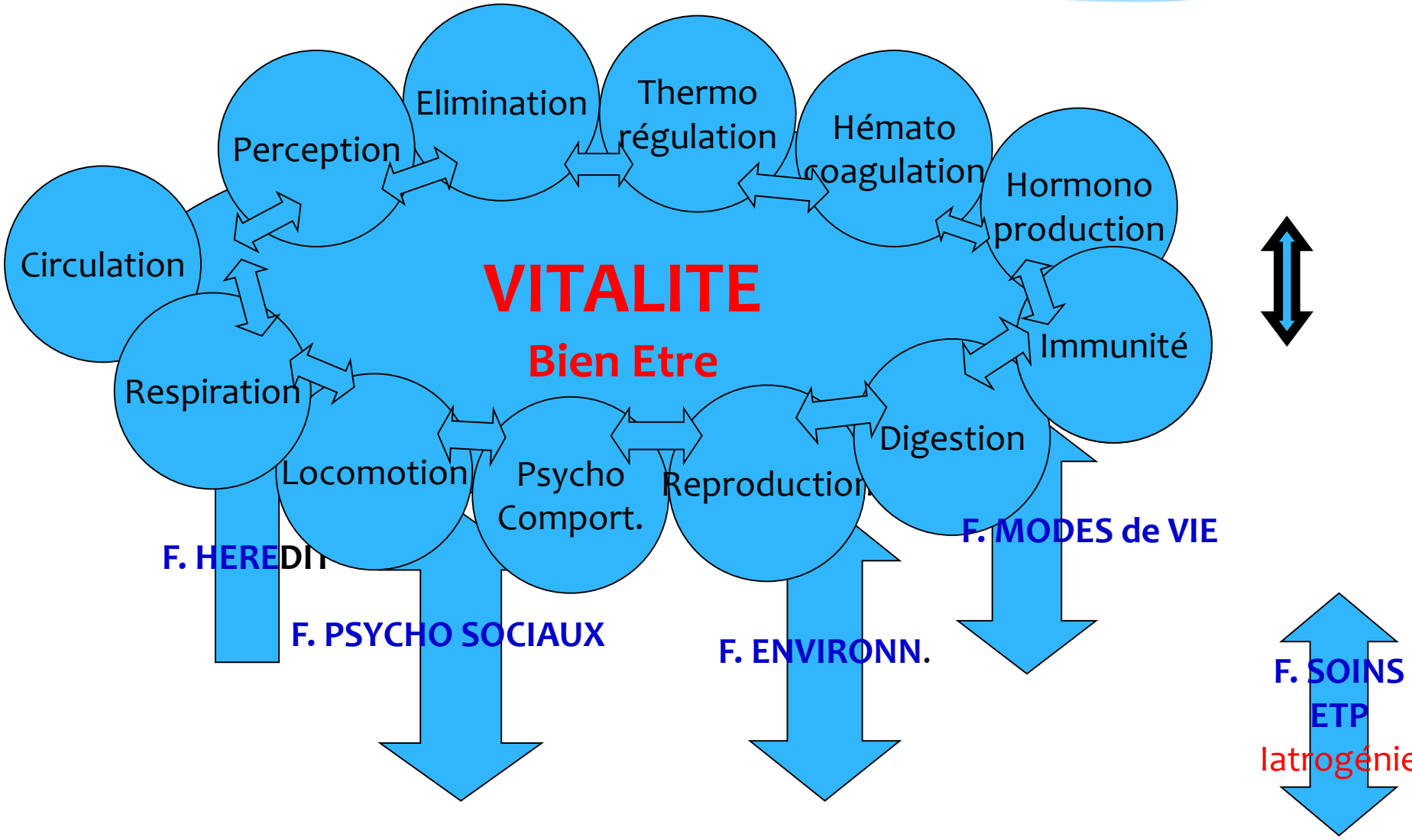
Facteurs liés au système de santé : soins chir. et médicaux, médicaments/iatrogénie, prévention, vaccinations, dépistage, etp, observance des prescriptions, kiné, ostéo, phyto…

Les Déterminants de la Santé (3)

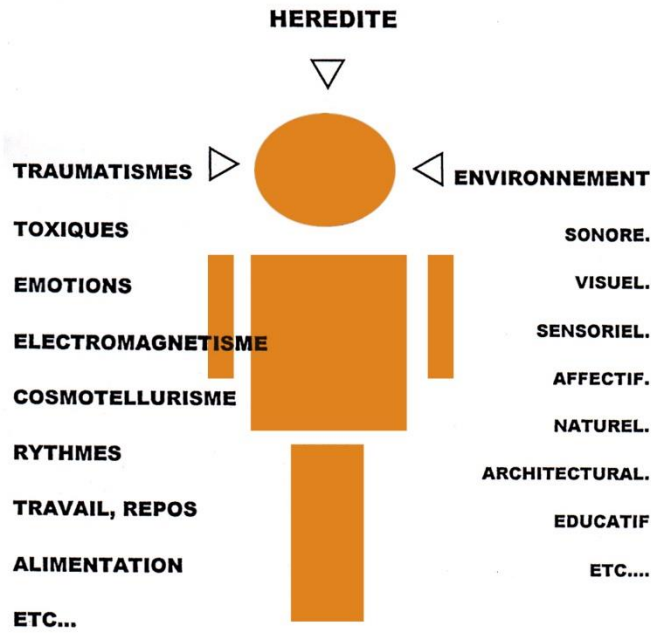
Les déterminants peuvent être :
•positifs ou déterminants positifs de la santé
•négatifs ou cofacteurs d'altération de la santé

Ainsi :
l'alimentation / malbouffe
les soins / iatrogénie
l'activité physique / traumatismes
la sérénité / stress
etc…

Les Déterminants de la Santé (4)

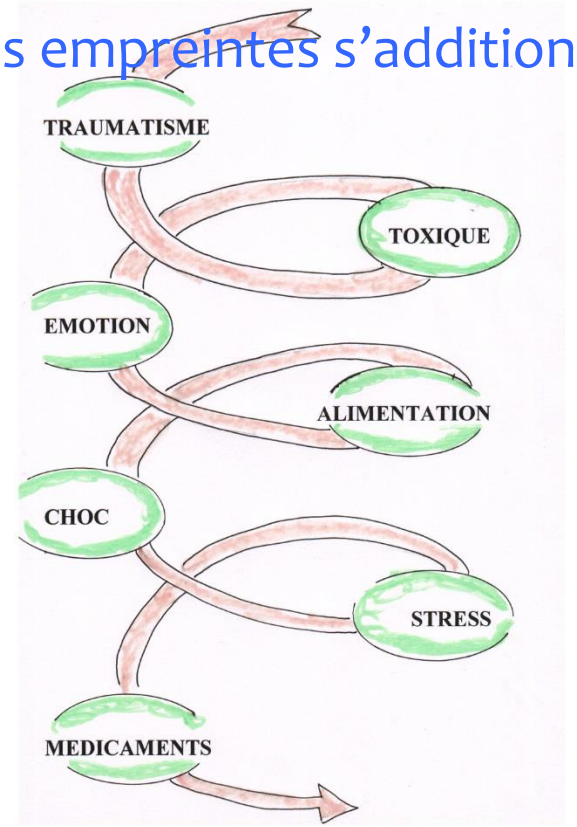


Les Déterminants de la Santé (5)

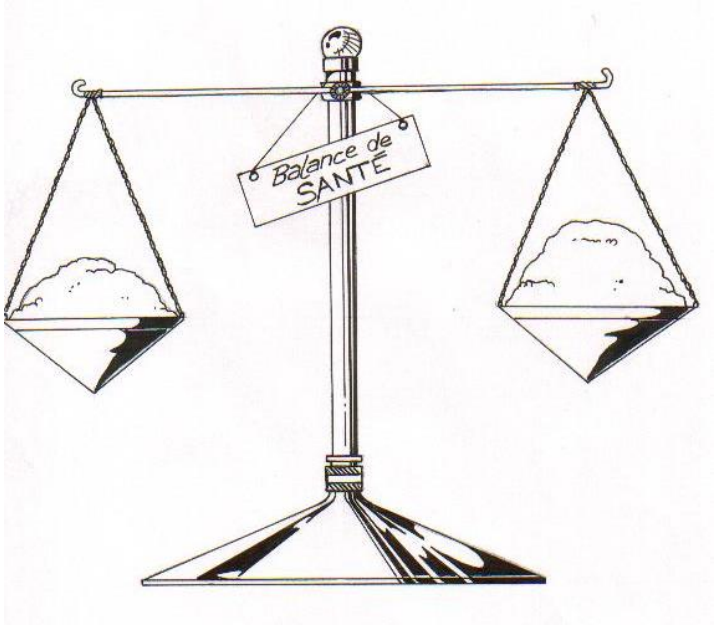


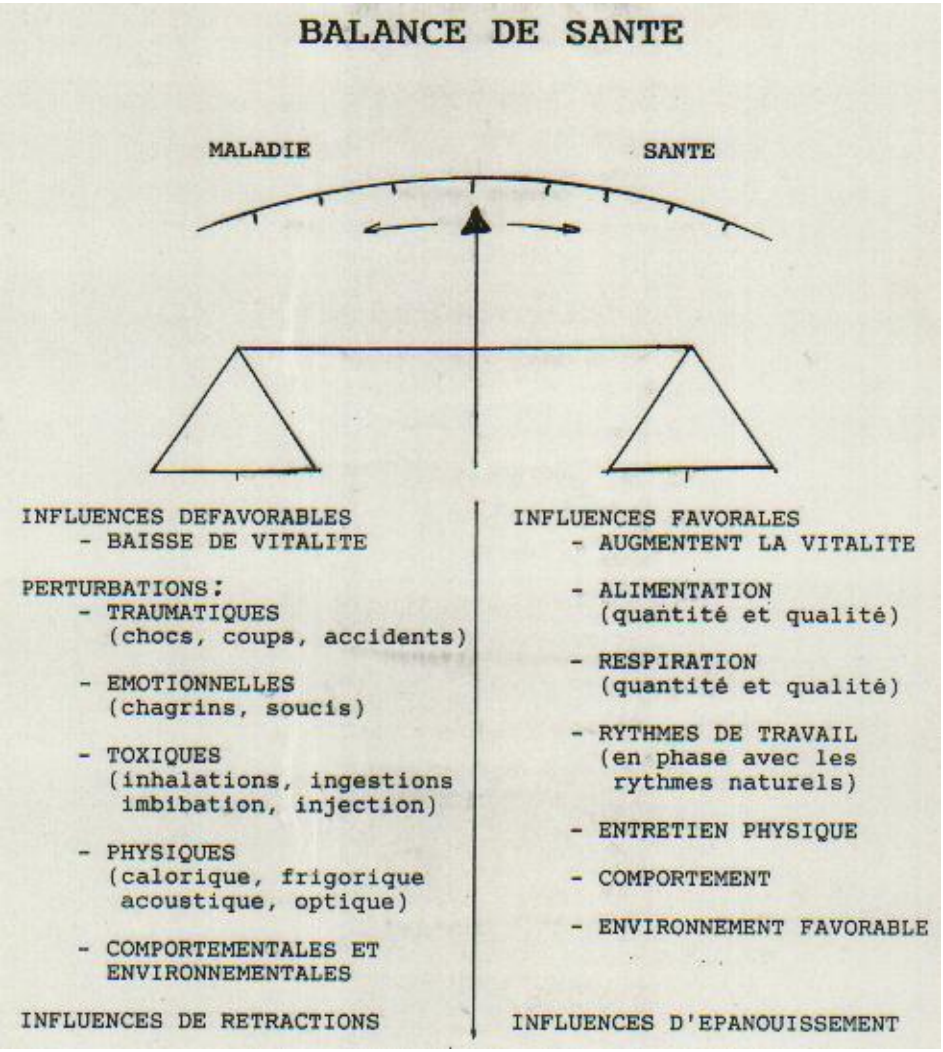
NOUS SOMMES TOUS DES ETRES SI SENSIBLES !

Ces empreintes s'additionnent



Les Déterminants de la Santé (6)





Santé et Environnement

Les Modifications environnementales

- Modifications des écosystèmes
- Déplacement des populations
- Croissance démographique urbaine mal contrôlée
- Modification des pratiques agricoles
- Modifications de l'environnement socio-anthropologique.

Rapport de l'Homme à son Environnement

L'homme vit en symbiose avec la nature mais son attitude envers son environnement n'a pas été à la hauteur de son intelligence.

Nous modifions considérablement tous les cycles de la nature dont nous subissons les effets boomerang en retour.

Ces effets peuvent être répertoriés sur les constatations suivantes:

- La santé des populations animales et végétales : perte de la biodiversité
- La santé des groupes sociaux et politiques : guerre de l'eau, du pétrole, déplacement massif de population du fait de la désertification et de la famine
- La santé humaine : les pathologies environnementales.

Les Pathologies Environnementales (1)

Augmentation des pathologies respiratoires, bronchiolite, asthme, allergies, hypoféconfation, stérilité, cancer, malformation néonatales, maladies dégénératives du système nerveux…

Quelques symptômes d'intoxication : nausées au réveil, bouche pâteuse, fatigue, migraines, dystonies neurovégétatives, fibromyalgies, anxiété, vertiges, palpitations, douleurs erratiques, raideurs musculaires, infections…

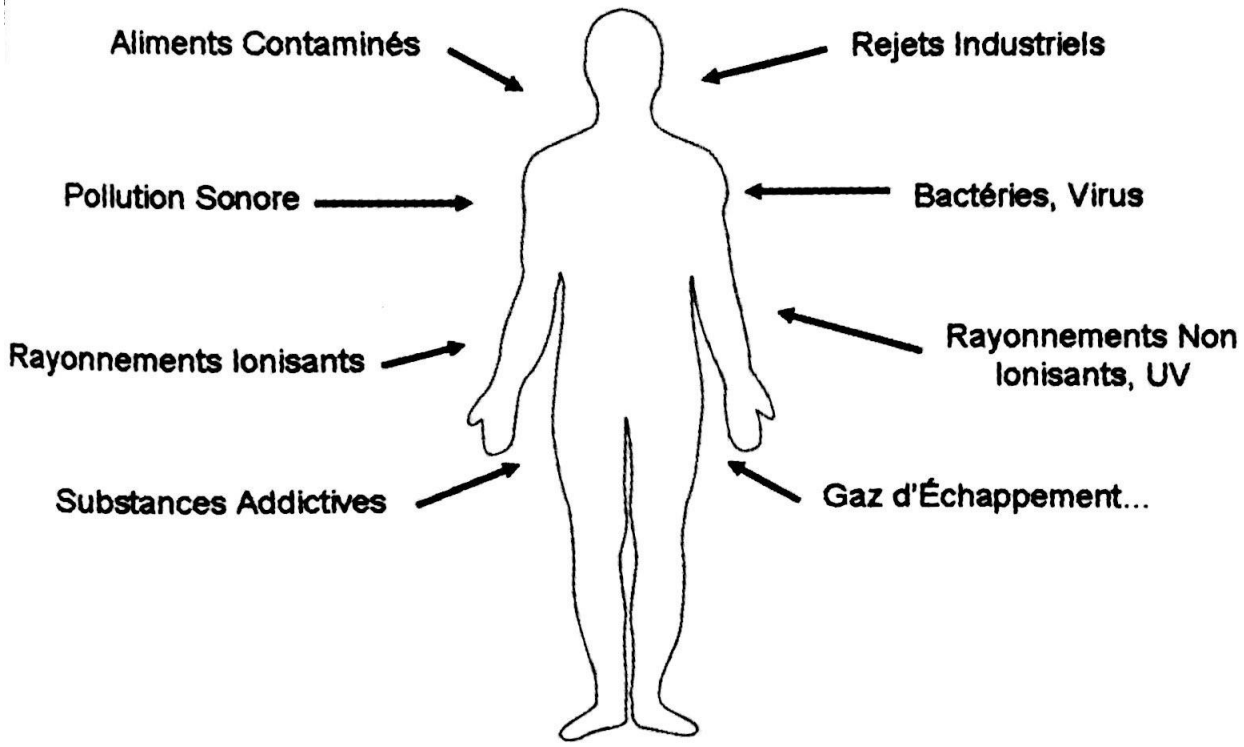
Caractéristiques :

Multicausalité et multifactorialité de ces pathologies

Pas de relation linéaire entre un produit et une action mais **x produits ou x facteurs écologiques aboutissent à une ou plusieurs pathologies à court, moyen ou long terme.**

Effets de bioaccumulation et bioamplification dans les chaînes trophiques dont l'homme est le dernier maillon.

Les Pathologies Environnementales (2)



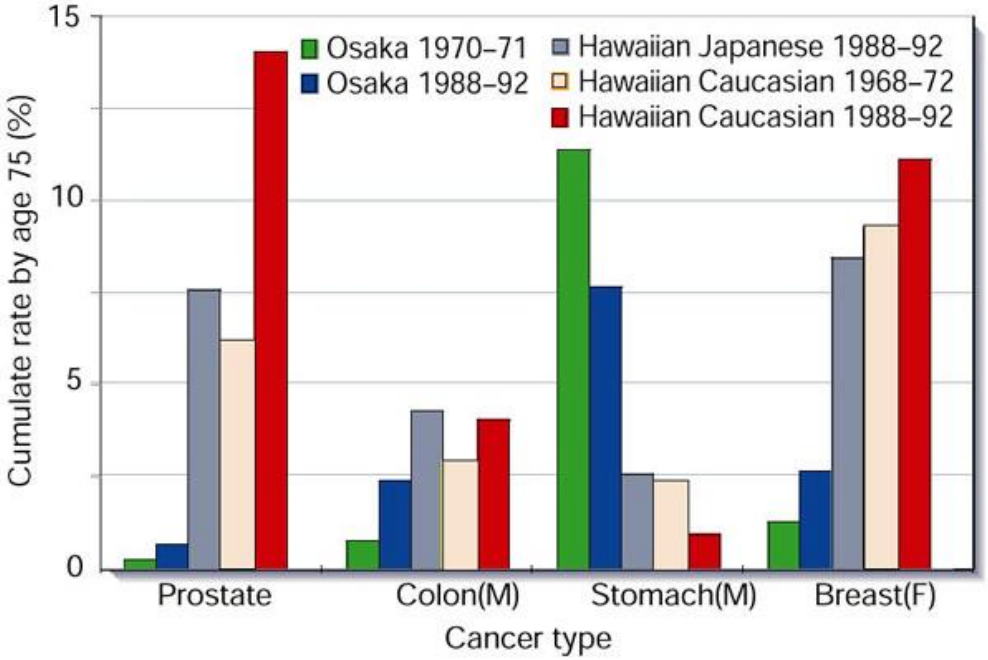
Genèse Multifactorielle des Pathologies

Source : Pathologies environnementales, Spiroux.

Les Pathologies Environnementales (3)

L'exemple du cancer :

- deux cancers sur trois sont liés à l'environnement (*Belot, 2005*, et *NCI, 2003*)
- « on change de cancer en changeant de pays » (Maskarinec, 2004).



Source : Nature 411, 390-395(17 May 2001.

Les Toxiques (1)

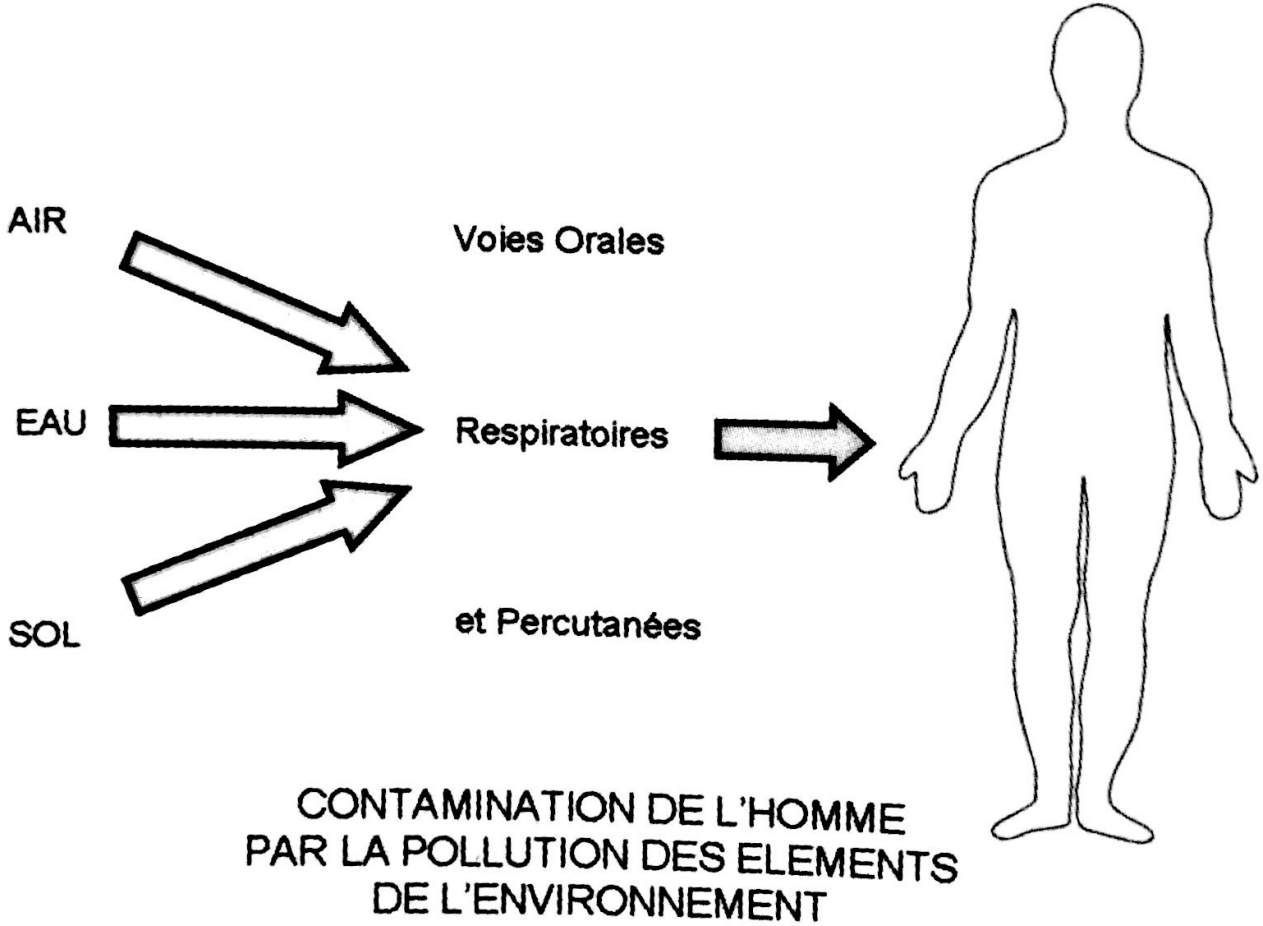
- 31 millions de composés chimiques
- 100.000 produits au dessus de la tonne
- 98% de produits insuffisamment évalués selon l'Union Européenne
- 4 millions de cosmétiques + nano technologies non évaluées
- **La production mondiale de substances chimiques est passée d'un million de tonnes en 1930 à 400 millions de tonnes en 2004** (*AFSSE, Plan National Santé Environnement, 2004*).

Les Toxiques (2)

Les principaux polluants chimiques :

1 - Fumée de tabac
2 - Oxydes d'azote (NOx)
Monoxyde de carbone (CO)
3 - Composés organiques volatils: COV (50 en moyenne) +++
4 - Divers: pesticides, phtalates,
5- Matières en suspension: particules et fibres
(Tout nouveau: les nanoparticules….).
Logements vétustes: plomb (saturnisme enfants).

Les Toxiques (3)



Source : Pathologies environnementales, Spiroux.

Les Toxiques (4)

www.6om.fr/produits-menagers

Le Devenir des Toxiques dans le Corps (1)

Une fois absorbées, ces substances sont :

- Métabolisées (plus difficile pour les substances chimiques non naturelles)
- Détoxifiées
- Concentrées
- Stockées et accumulées.

Le Devenir des Toxiques dans le Corps (2)

VOIES de PENETRATION

Voies Respir, Peau, Muqueuses, Bouche, Système digestif, Yeux…

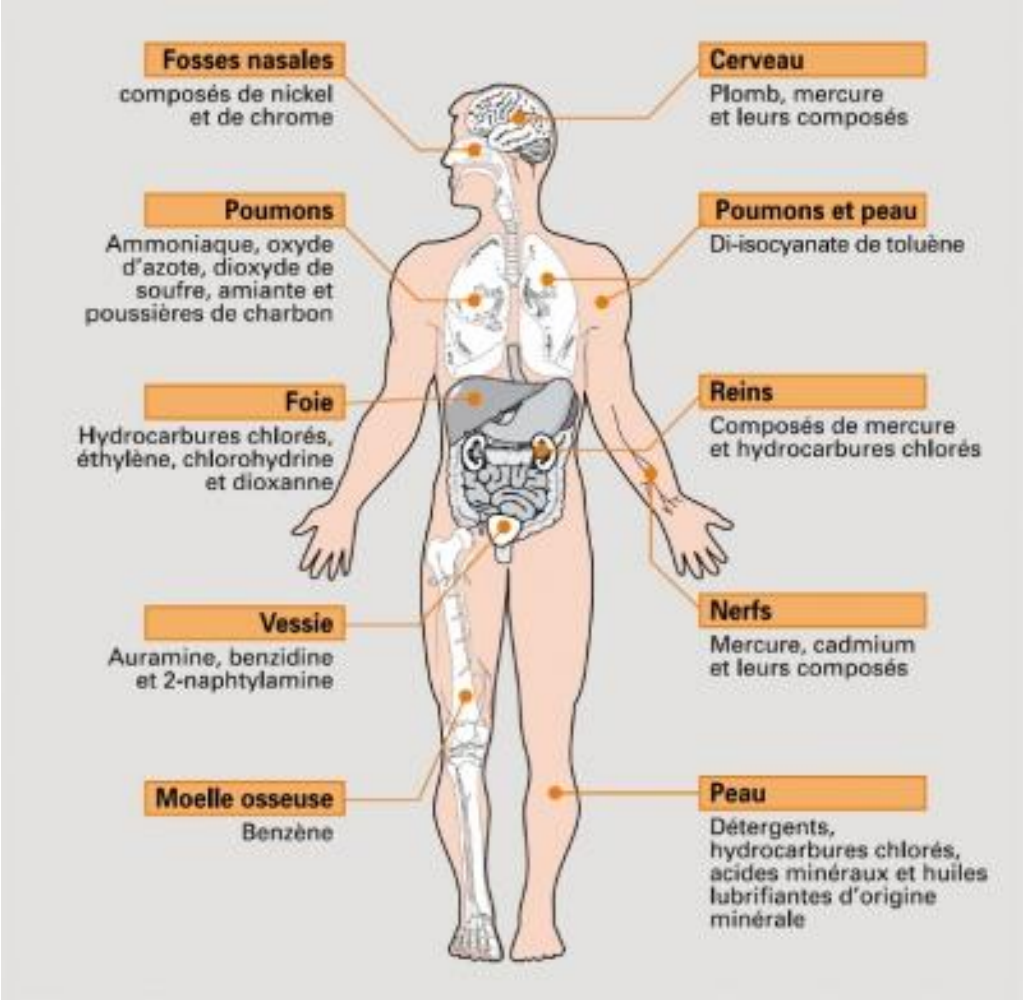
DISTRIBUTION

CERVEAU. Dépend de la liposolubilité
FOIE. Fortes concentrations
REINS. Id
TISSUS ADIPEUX. Stockage des liposolubles : DDT, Dieldrine, PCB…
OS. Stockage Plomb ; Fluor, Strontium

ELIMINATION

REINS : mais peut être réabsorbé
BILE : excrétion par fèces
POUMONS : liquides volatils
INTESTINS : mineur
SUEUR : mineur

Le Devenir des Toxiques dans le Corps (3)



Source : www.air-rhonealpes.fr.

Le Drainage des Toxiques

Quelques chélateurs :

•Pissenlit

•Bardane

•Epine vinette

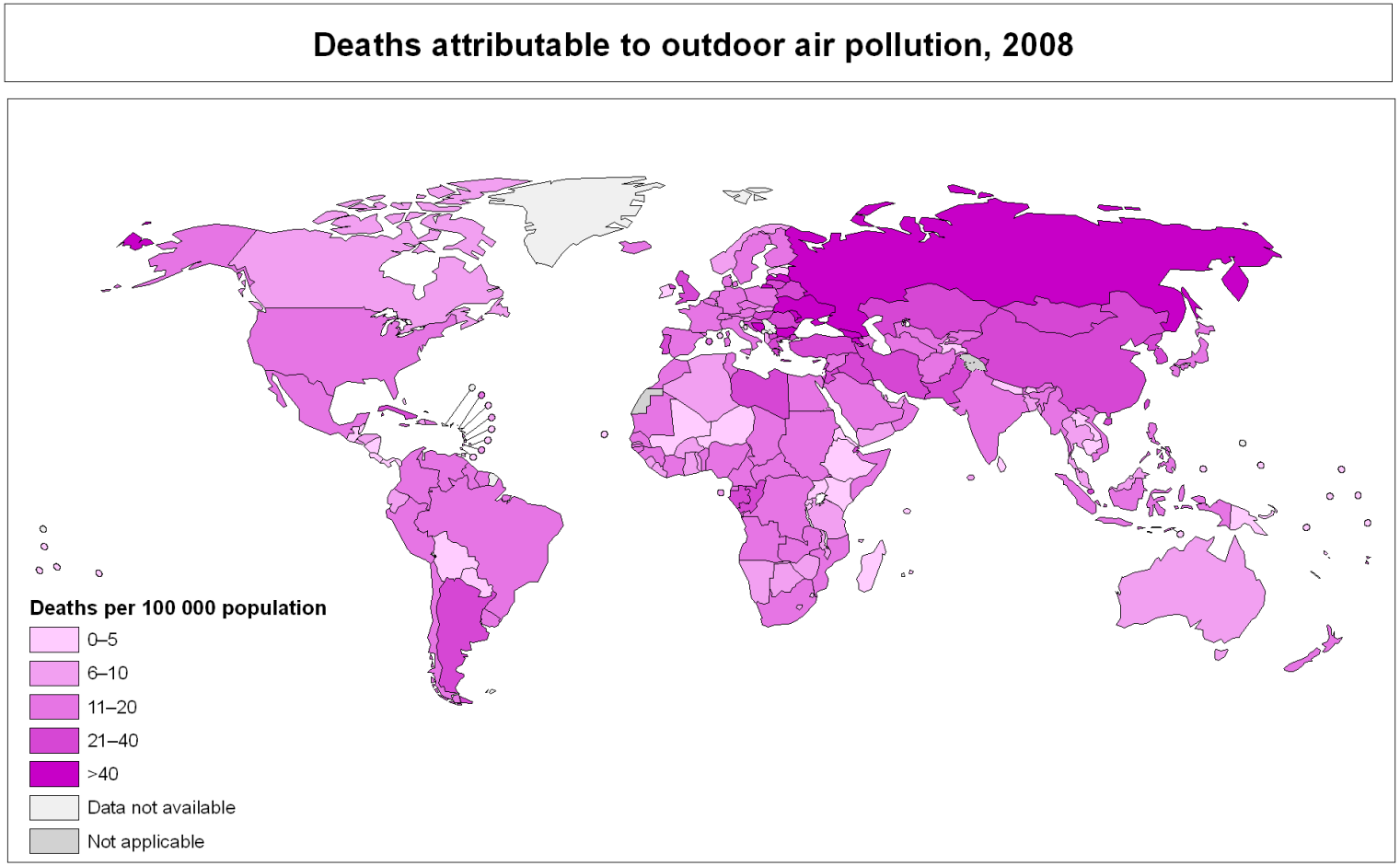
•Mélange « Digeodren » évite la mort cellulaire (Pr Séralini Labo de biologie moléculaire de Caen)

•Pectine de Pommes : fixe les métaux lourds et draine le césium 137

•Artichaut, Chardon Marie, Fumeterre, radis noir, gingko, boldo, chrysantellum, desmodium, vigne rouge, vergerette…

Et l'activité physique !

Pollution atmosphérique



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

World Health Organization

© WHO 2011. All rights reserved.

La Pollution intérieure (1)

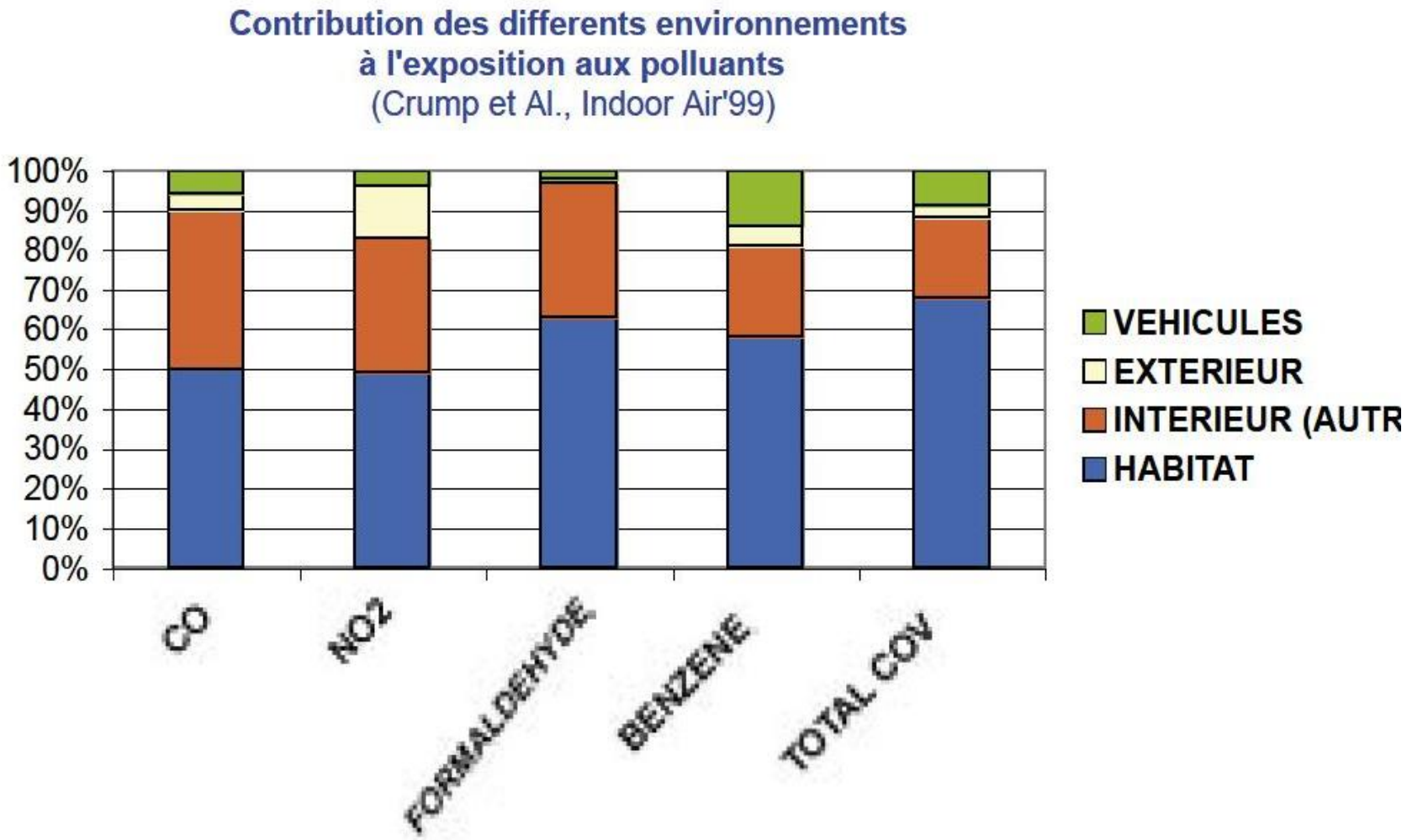
Combustion
Chauffage,
Cuisine, tabac

Matériaux construction, décoration,
mobilier, colles, peintures, équipt technique…..

Polluants extérieurs

Activités
Toilette, cuisine, lessive….
Entretien,
Bricolage…

La Pollution intérieure (2)



Les Composés organiques volatils (1)

- très nombreux et présents dans la plupart des logements: 50 à 300 dans l'habitat (certains sont peu étudiés)
- volatils à température normale (volatilisation accrue par la chaleur)
- absorption respiratoire et cutanée
- impact potentiel ou avéré sur la santé.

Les Composés organiques volatils (2)

Quelques types de COV :

•Aldéhydes: substances particulièrement réactives (irritation+++) : formaldéhyde,….

• Benzène: risque de leucémie

•Garage +++

• Dérivés du benzène: toluène non cancérigène mais irritant, neurotoxique (mousse de polyuréthane des sièges et matelas), …

• Ethers de glycol (peintures « à l'eau ») : certains sont toxiques pour le sang et la reproduction (dérivés de l'éthylène-glycol)

Les Composés organiques volatils (3)

Peut-on respirer un air sain quand on installe une commode en bois aggloméré dans sa chambre? La réponse est formelle, c'est non. (*Que Choisir, 2006*)

< FORMALDEHYDES

Irritants, allergisants, inducteurs de perte de vision et de pathologies pulmonaires (pneumonies),

cancérogènes (Ex : K Cavités buccales et nasales

< et autres COV

Pentabromo diphényléther (ignifugeant des matelas),

Urée formol (mousses, isolants),

Ethers de Glycol (diluants peintures)

Nonylphénols(shampoings, détergents)

CFC, encres, produits nettoyages, prod. de combustion

> Irritations, diminution capacité respiratoire, effets mutagènes ou cancérogènes…

Les Perturbateurs endocriniens (1)

Substances qui, même à très petites doses, altèrent les fonctions du système endocrinien et en mimant, de bloquant ou de modifiant l'action d'une hormone.

Ils constituent une notion assez récente et pour laquelle, une définition consensuelle n'est toujours pas établie.

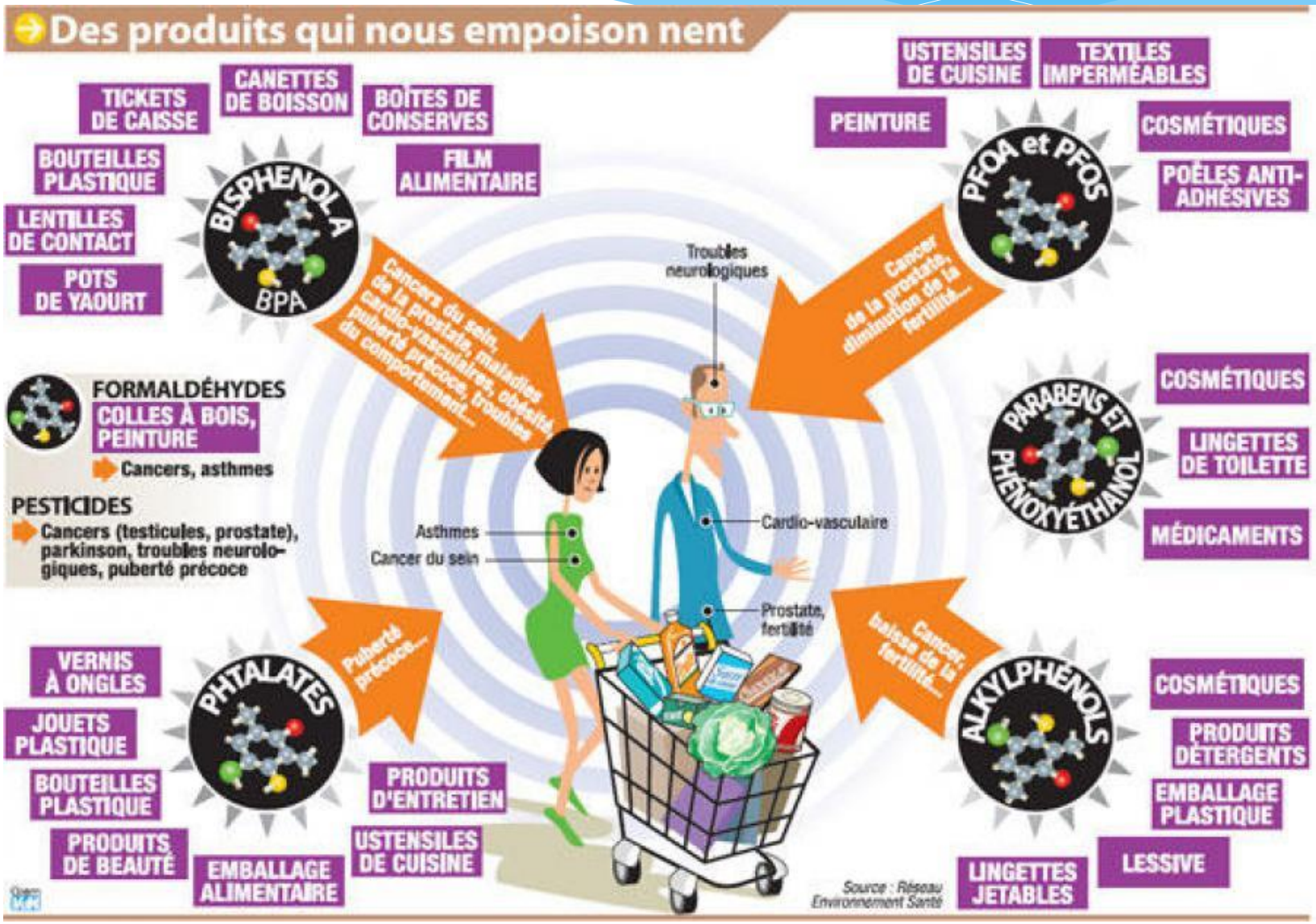
Seule leur origine fait consensus. On distingue ainsi :

•Les substances d'origine naturelle comme les phyto-oestrogènes ou les myco-oestrogènes produits par des plantes, des champignons ou des moisissures.

•Les hormones naturelles comme les oestrogènes d'origine naturelle (humaine, végétale ou animale) ou synthétique (contraceptifs).

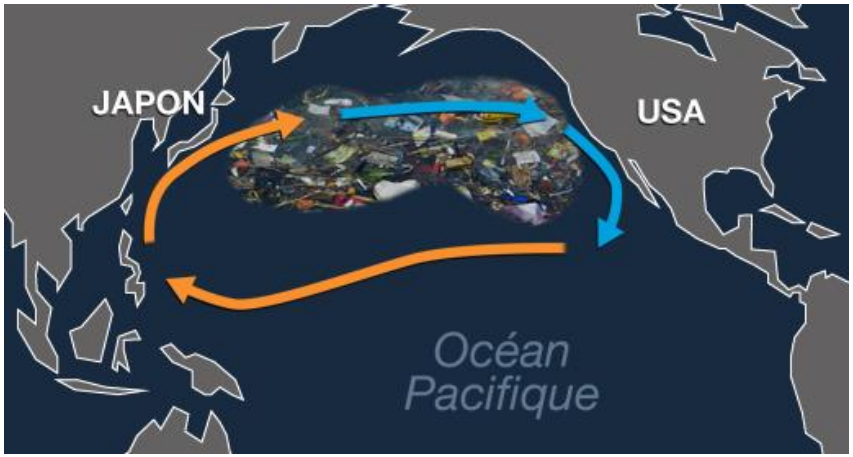
•Les substances synthétiques comme celles issues de l'industrie chimique (phtalates, perfluorés, bisphénol A), agricole (fongicides, insecticides, etc.) ou issues de l'incinération des déchets (dioxines, dibenzofuranes).

Les Perturbateurs endocriniens (2)



Source : http://www.wedemain.fr/Les-perturbateurs-endocriniens-sont-partout-comment-les-eliminer-de-nos-vies

Les Perturbateurs endocriniens (3)



Source : http://www.rts.ch/decouverte/sciences-et-environnement/environnement/dechets/5052801-le-septieme-continent.html, http://podbete.lvnh.fr/wp-content/uploads/2013/03/continent-plastique.jpg, http://www.123boutchou.com/alimentation-bebe/biberon-bebe.html

Changement climatique et Santé (1)

Le changement climatique influe sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé: air pur, eau potable, nourriture en quantité suffisante, sécurité du logement.

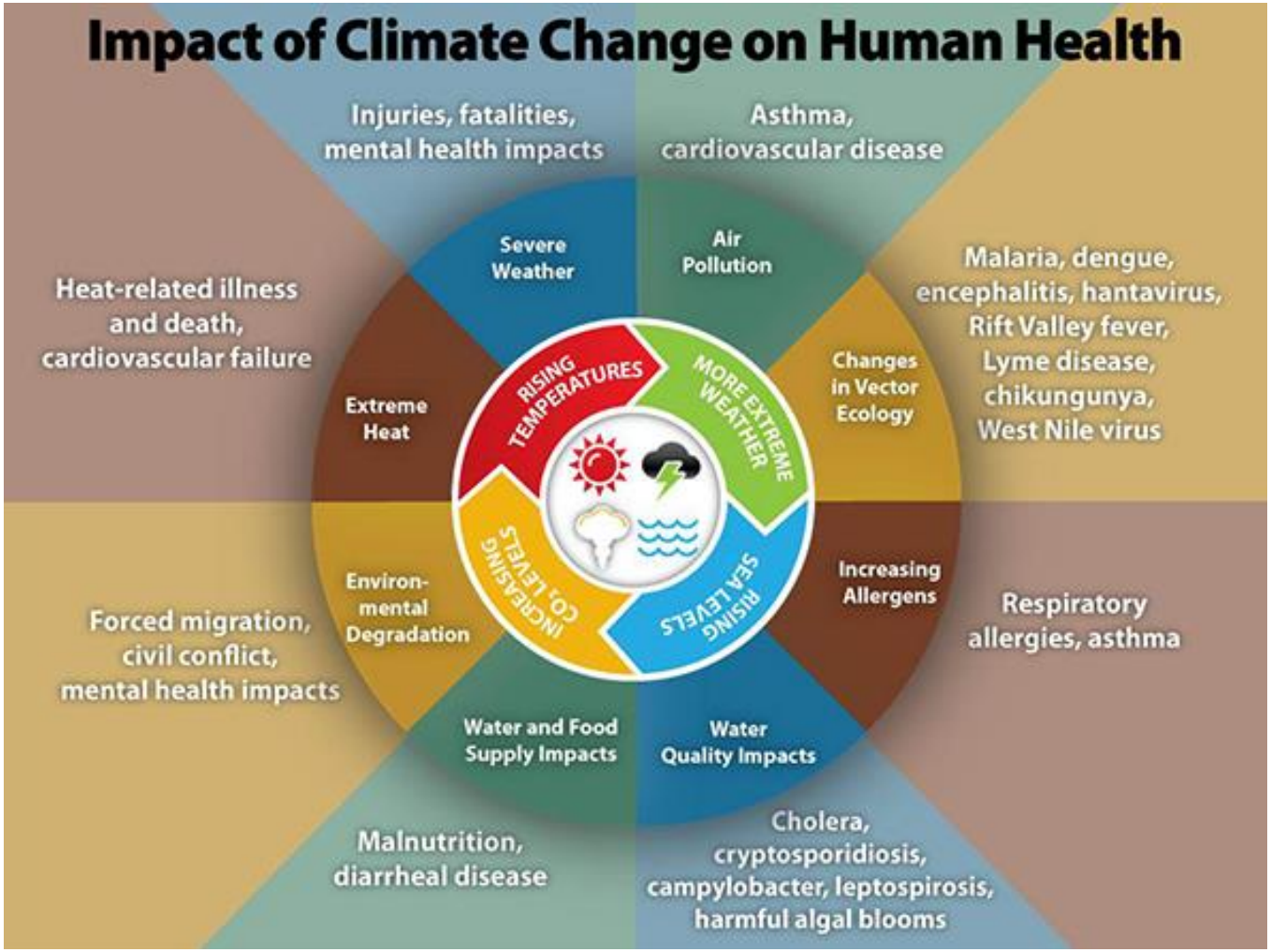
Entre 2030 et 2050, on s'attend à ce que le changement climatique entraîne près de 250 000 décès supplémentaires par an, dus à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress lié à la chaleur.

On estime que le coût des dommages directs pour la santé (à l'exclusion des coûts dans des secteurs déterminants pour la santé tels que l'agriculture et l'eau et l'assainissement) se situe entre 2 et 4 milliards USD par an d'ici 2030.

Les zones n'ayant pas de bonnes infrastructures de santé, pour la plupart dans les pays en développement, seront les moins en mesure de se préparer et de faire face à la situation sans assistance.

La réduction des émissions de gaz à effet de serre, en élargissant le choix des transports, de l'alimentation et des énergies, peut entraîner une amélioration de la santé.

Changement climatique et Santé (2)



Source http://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/

Le Stress

La pression des stress est :

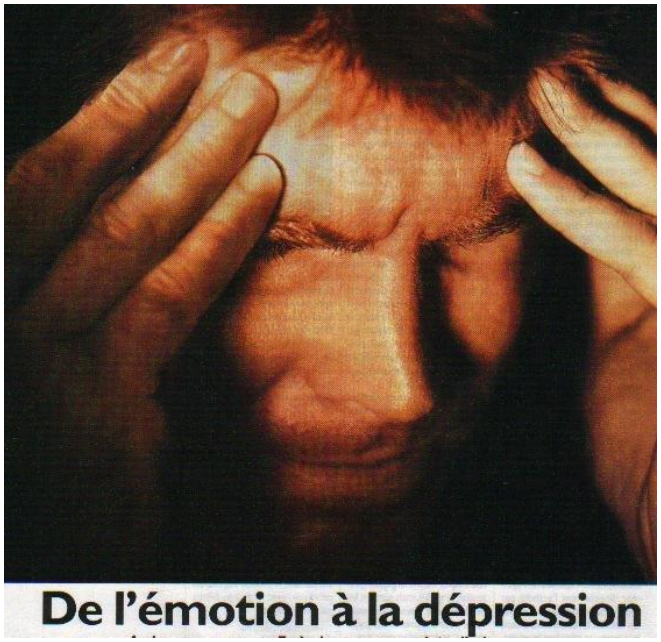
•De plus en plus fréquents
•De plus en plus présent
•De plus en plus mis en cause dans l'apparition de pathologies : TMS, HTA, douleurs du dos, dépressions, asthme…

Le stress peut être:

•Bref et violent > défenses insuffisantes > mort

•Prolongé et assez fort > troubles sévères

•Constant > épuisement physique et psychique.



Les Facteurs de Stress

- Organisation du travail
- Incertitude face à l'avenir
- Relations de travail
- Bruit, chaleur, éclairage inadapté, manque d'espace, CEM…
- Nutrition
- Rythmes
- Etc…

Les Symptômes du Stress

Principaux symptômes dus à un état de stress chronique	
Symptômes physiques	Douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sueurs inhabituelles…
Symptômes émotionnels	Sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse…
Symptômes intellectuels	Difficultés de concentration, erreurs, oublis, difficultés à prendre des initiatives…
Symptômes comportementaux	Modification des conduites alimentaires, comportements violents et agressifs, isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer), consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques…)…

La Sensibilité au Stress (1)

La sensibilité au stress peut avoir de multiples origines :
- Hérédité
- Emotions, chagrins, décès, pression au travail
- Traumatismes physiques : chocs sur la tête, chutes sur le dos, les côtes ou le coccyx, souffrances à la naissance
- Carences alimentaires : en oméga 3, en magnésium ou lithium… en tryptophane, en vitamines B, en choline (graisses +alcool), en vitamine C (tabac),
- Toxiques : ex. cuivre > irritabilité
- CEM, bruits…
- Fatigue latente par infection méconnue ou douleurs chroniques
- Epuisement par désynchronisation des rythmes biologiques
- Etc…

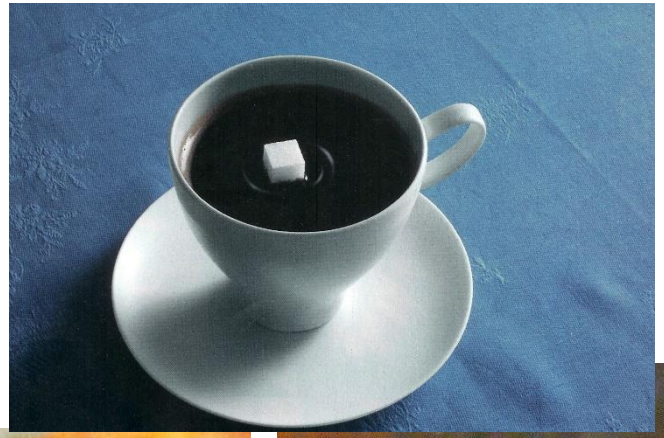
Il faut donc d'abord agir sur les causes…

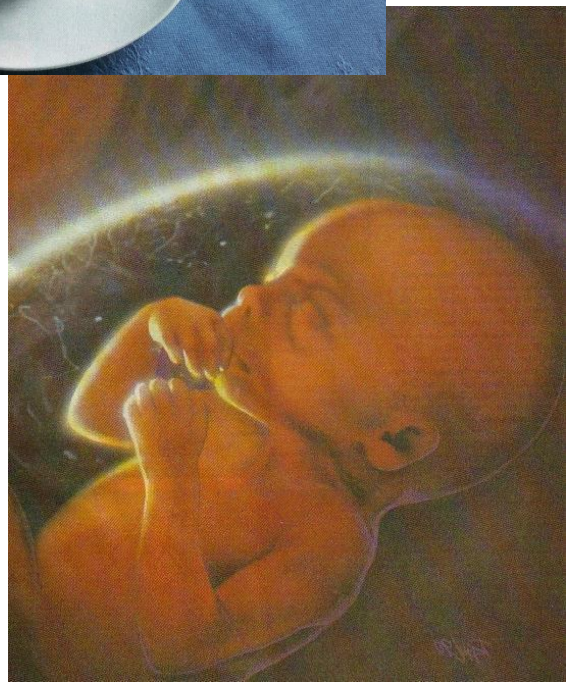
La Sensibilité au Stress (2)

Cafés pour lutter contre la fatigue

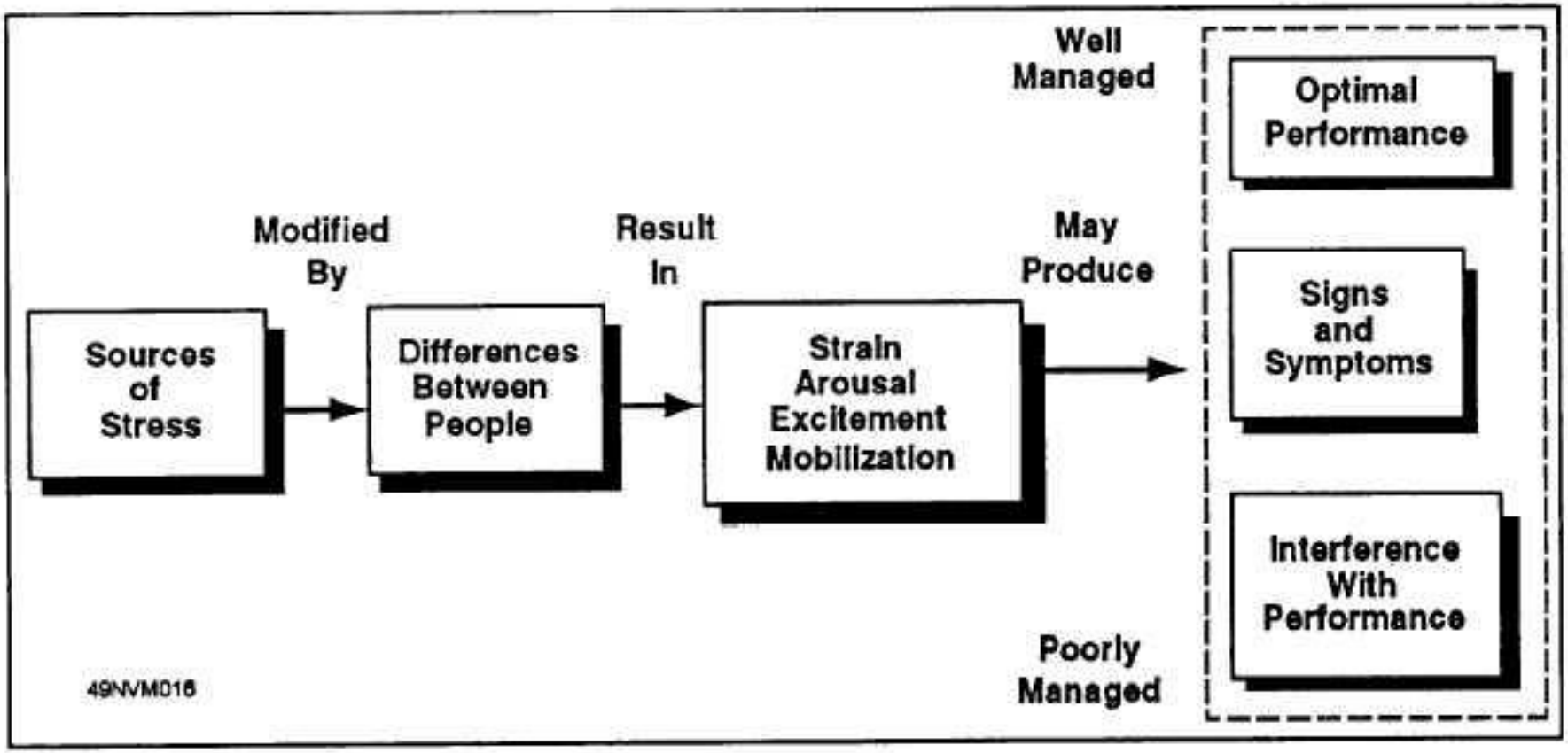
Alimentation : Steak-frites le midi

Une grossesse « stressante »

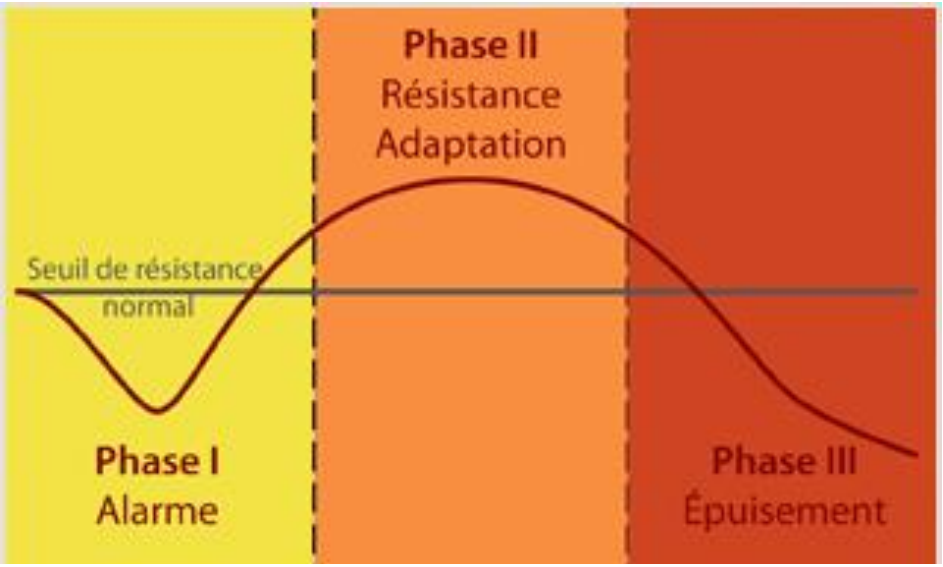




Le Stress


Well Managed
Optimal Performance
Modified By
Result In
May Produce
Sources of Stress
Differences Between People
Strain Arousal Excitement Mobilization
Signs and Symptoms
Interference With Performance
Poorly Managed
49NVM016

La Théorie de Selye (1)



Source : Wikipedia.

La Théorie de Selye (2)

Phase I - la phase d'alarme : il s'agit de la première phase après le stress, ce que Selye décrit comme une phase « de mobilisation des ressources hormonales », on constate durant cette phase que le niveau de stress descend sous le niveau normal, tout simplement car l'organisme réagit à l'agent stressant et va préparer une réponse psychomotrice comme par exemple la fuite ou le combat. L'agent stressant peut être de tout type (objet, personne animal, évènement etc...), il va demander à la personne de s'adapter à cet évènement, ce qui va la fragiliser et la rendre vulnérable.

Durant cette première phase la personne est particulièrement exposée, mais une réponse de l'organisme va lui permettre de reprendre le dessus, ce qui nous emmène à la seconde phase.

La Théorie de Selye (3)

Phase II - La phase d'adaptation ou de résistance au stress : Durant cette phase les résistances de la personne vont passer largement au dessus du seuil normal, c'est un phénomène de compensation. L'individu résiste à l'agent stressant, cette phase va dépendre de la durée d'exposition à l'agent stressant ainsi que de la capacité individuelle de résistance. La personne qui reste dans cette phase maitrise son sujet mais perd de l'énergie, ce qui contribue à l'usure de l'organisme.

La Théorie de Selye (4)

Phase III - La phase d'épuisement : il s'agit du moment à partir duquel les ressources biologiques et psychologiques deviennent insuffisantes. Le niveau de résistance de l'individu tombe inexorablement sous le seuil normal. Cette phase à lieu lorsque l'agent stressant persiste par sa durée ainsi que par son intensité et que la personne s'obstine à y faire face. L'individu doit puiser une énergie considérable dans ses réserves profondes pour y faire face et s'en suit des dommages irréparables tel que la dépression ou différentes maladies psychosomatiques, cette étape peut conduire jusqu'à la mort à partir du moment ou toutes les réserves sont épuisées.

La Théorie de Selye (5)

Stage One: ALARM

When stressors are threatening or perceived to be threatening, the body activates physiological changes that ready it for fight or flight.

↓

Stage Two: RESISTANCE

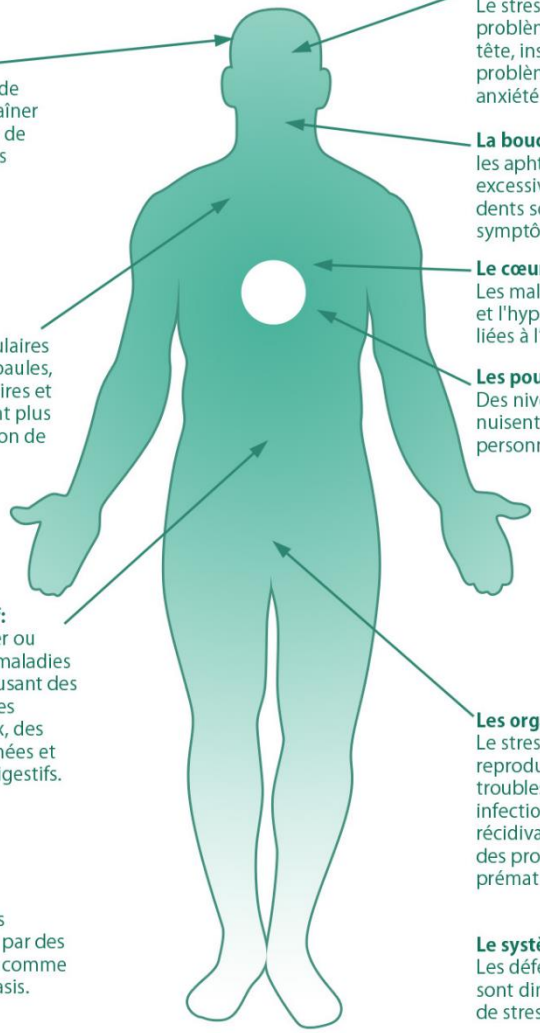
The fight-or-flight response occurs. Long-term coping with stressors depletes adaptive energy, resulting in exhaustion.

↓

Stage Three: EXHAUSTION

When the body has used up its adaptive energy and can no longer cope with stressors, it breaks down in disease, collapse, or death.

L'Impact du Stress sur notre Santé



Les cheveux:
Des niveaux élevés de stress peuvent entraîner une perte excessive de cheveux et certaines formes de calvitie.

Les muscles:
Des douleurs musculaires dans le cou et les épaules, des douleurs lombaires et des tics nerveux sont plus fréquents en situation de stress.

Le système digestif:
Le stress peut causer ou aggraver certaines maladies du tube digestif, causant des nausées, des brûlures d'estomac, du reflux, des constipations/diarrhées et autres problèmes digestifs.

La peau:
Certaines personnes réagissent au stress par des problèmes de peau comme l'eczéma et le psoriasis.

Le cerveau:
Le stress déclenche des problèmes tels que maux de tête, insomnie, irritabilité, problème de concentration, anxiété et dépression.

La bouche:
les aphtes, la sécheresse excessive et le grincement des dents sont souvent des symptômes du stress.

Le cœur:
Les maladies cardiovasculaires et l'hypertension sont souvent liées à l'accumulation de stress.

Les poumons:
Des niveaux élevés de stress nuisent particulièrement aux personnes asthmatiques.

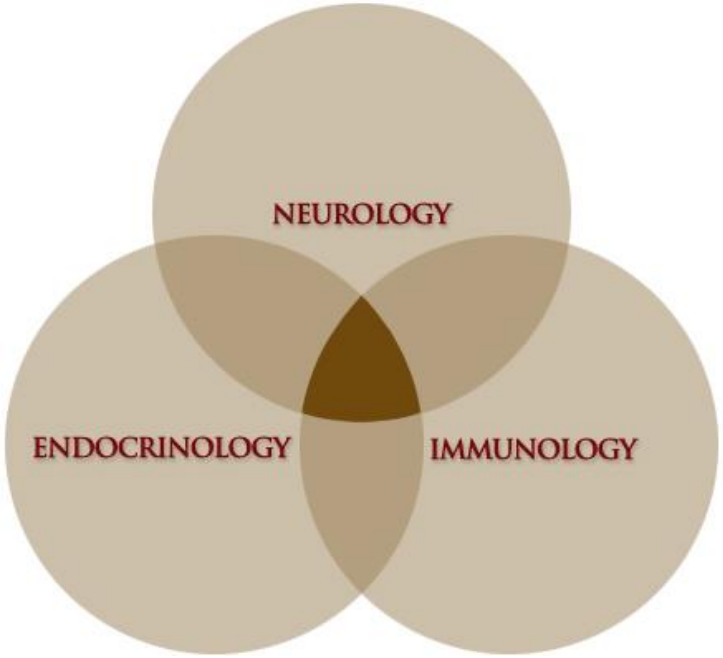
Les organes reproducteurs:
Le stress affecte le système reproducteur provoquant des troubles menstruels et des infections vaginales récidivantes chez la femme et des problèmes d'éjaculation prématurée chez l'homme.

Le système immunitaire :
Les défenses de l'organisme sont diminuées en situation de stress.

Psycho-Neuro-Immunologie

La psycho-neuro-immunologie étudie l'impact des événements psychiques sur le système immunitaire. Le champ de la psychoneuroimmunologie repose sur la mise en évidence d'interrelations entre système nerveux central, système neuroendocrinien et le système immunitaire sensibles à des facteurs psychologiques et environnementaux.

« Integrated Health Systems »



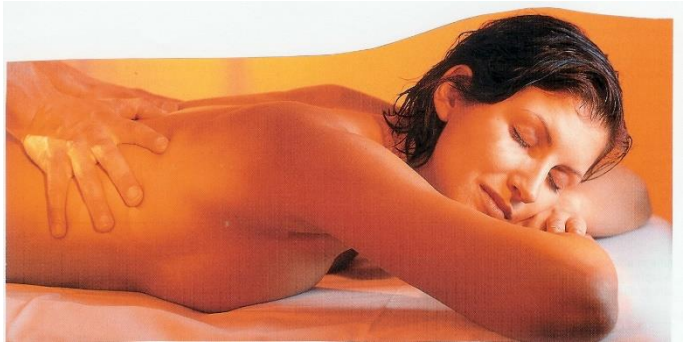
Gérer son Stress (1)

Par une alimentation équilibrée…

Les médiateurs chimiques sont préfabriqués à partir
=> d'acides aminés :
- Sérotonine (sérénité) <= tryptophane (dattes, bananes…)
- Dopamine (libido) <= tyrosine <= phenylalanine (pois chiches, soja…)
- Histamine (émotions) <= histidine (Céréales complètes)
- Méthionine (neurostransmetteurs) <= (ail, oignons)
=> de Vitamines (B) et minéraux : Mg, Li

Gérer son Stress (2)

Par des massages, de la sophro, du sport,…



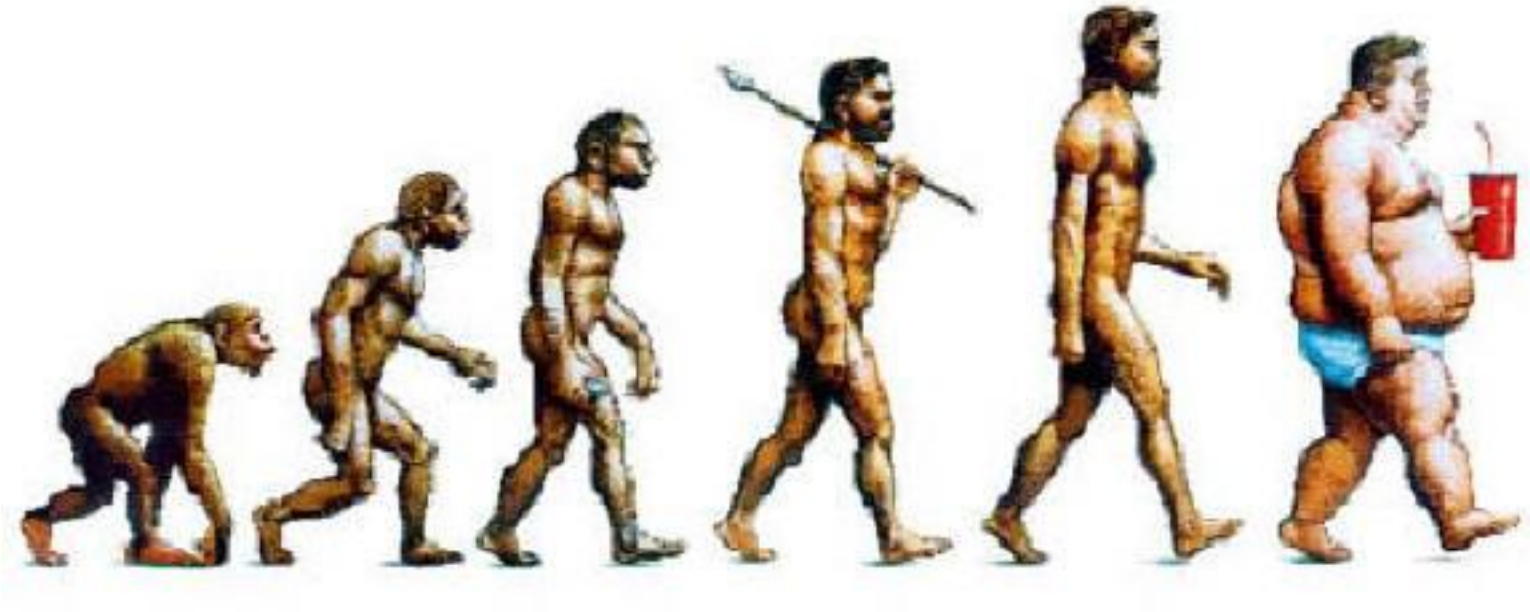
L’Alimentation (1)

Les grandes clés de la nutrition est de répondre aux questions simples de la vie de tous les jours :

- Maintenir une bonne énergie
- Réguler son poids
- Préserver ses articulations
- Renforcer son immunité
- Soutenir son cœur
- Nourrir son cerveau
- etc…

L'Alimentation (2)

L'Alimentation (3)



Une alimentation de moins en moins qualitative
Culture grandissante de la *junk food*, carencée en antioxydants et augmentant le rapport oméga 3/6.

L'Alimentation (4)

Les intolérance alimentaires, les additifs, les contaminations, les OGM…

Une Alimentation équilibrée

Source : Tedx avec Kent Thornburg.

Les Champs Electromagnétiques (1)

Quelques mesures :
Une ligne T.H.T de 400 000 Volts produit un champ électrique de 1000 à 6 000 V/m et un champ magnétique de 1 à 30 µT sous les câbles situés à 12 m de hauteur.

Une cafetière électrique produit un champ électrique de 15 à 250 V/m suivant la qualité de la mise à la terre et un champ magnétique de 0,1 à 0,4 µT, à 30 cm de distance.

À 1m d'un plancher électrique chauffant en fonctionnement, le champ magnétique est de 1µT.

Devant un ordinateur, à 10cm, 2µT.
à 60cm, 0,1µT.

Les Champs Electromagnétiques (2)

Dans une maison
- le champ électrique varie normalement entre 1,5 et 10 V/m
- le champ magnétique entre 0,05 et 0,10 µT

mais on peut retrouver des champs
- électriques de 10 à 200 V/m
- magnétiques de 0,05 à 2,7 µT

Effets constatés des CEM (1)

- Perturbations physiologiques de la glande pinéale : avec diminution de la sécrétion de la mélatonine.

- Perturbations des défenses immunitaires : les lymphocytes T perdent 25% de leur capacité à détruire les cellules cancéreuses.

- Au niveau du système nerveux : les expériences réalisées montrent des effets sur les neurotransmetteurs, la dopamine et la sérotonine.

- Modifications génétiques : perturbations dans la synthèse de protéines impliquant des modifications dans la transcription de l'ADN et de l'ARN.

Effets constatés des CEM (2)

Surdoses de champs magnetiques

Les preuves par les études épidémiologiques

Pathologies cancéreuses Leucémies

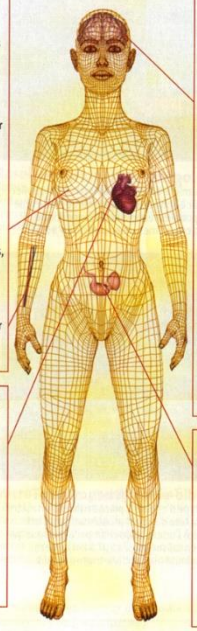
Réfutées ou contredites pendant des années, les études concernant l'apparition de pathologies cancéreuses chez les sujets exposés aux champs magnétiques sont aujourd'hui avérées.

Leucémies infantiles
Le Centre international de recherche sur le cancer (Lyon) reconnaît, dans le cadre du programme de recherche de l'OMS, un risque multiplié par deux des leucémies infantiles parmi les enfants exposés à des champs magnétiques d'au moins 0,4 µT *(lire p. 65)*.

Cancer du sein
Une étude suédoise de 1998 démontre que, chez les femmes réceptrices positives aux œstrogènes, le risque de cancer du sein avant 50 ans est 7,4 fois plus élevé en cas d'exposition à des champs magnétiques d'extrêmement basses fréquences.
Feychting M, « Magnetic fields and Breast Cancer in Swedish Adults Residing Near High Voltage Power Lines », *Epidemiology*, 9 (1998).

Pathologies cardio-vasculaires irréversibles

Cœur et faibles champs magnétiques
En 1999, l'étude du Dr Savitz a montré que l'exposition professionnelle à des champs magnétiques entre 0,65 et 1,1 µT dans cinq compagnies d'électricité américaines pouvait être mise en relation avec un taux plus élevé de mortalité par maladies cardio-vasculaires.
Savitz D. A., « Magnetic Field Exposure And Cardiovascular Disease Mortality Among Utility Workers », *American Journal of Épidemiology*, 149 (1999).



Troubles neurologiques Dépressions et suicides

Immeubles d'habitation
L'étude britannique du Pr Perry montre qu'il y a plus de dépressions nerveuses et de suicides chez les personnes exposées aux champs magnétiques de câbles d'alimentation – dans les cages d'ascenseur et d'aération – que chez les résidants non exposés.
Perry F. S., « Environmental PowerFrequency Magnetic Fields and Suicide », *Health Physics* 41 (1981).

Riverains de lignes électriques
Plus récemment, l'étude finlandaise du Pr Verkasalo note 4,7 fois plus de dépressions nerveuses parmi les sujets exposés à des champs magnétiques de plus de 0,1 µT à proximité de lignes électriques.
Verkasalo P. K., « Magnetic Fields of Transmission Lines and Depression », *American Journal of Epidemiology*, 146 (1997).

139 000 employés dans l'électricité
En 2000, une étude épidémiologique sur 139 000 employés de compagnies d'électricité américaines a montré que les sujets exposés à des champs électromagnétiques intenses ont 3,6 fois plus de tendances suicidaires que les autres. Van Wijngaarden, *Occupational and Environmental Medicine*; 57 (2000).

Avortements spontanés

Femmes enceintes sensibles aux pics magnétiques
Publiée en janvier 2002, l'étude du Dr De-Kun Li sur 1000 femmes enceintes montre que celles qui ont croisé des champs avec des pics de l'ordre de 1,6 µT ont 80 % de chances en plus de faire des fausses couches, avec un risque accru durant les 10 premières semaines de leur grossesse.
De-Kun Li, « A Population-based Prospective Cohort Study of Personal Exposure to Magnetic Fields During Pregnancy And The Risk of Miscarriage », *Epidemiology*, 13 (2002).

INFOGRAPHIE : CHRISTIAN BAO-DUC

VINGT ANS D'ÉTUDES EN LABORATOIRE

Impossible de citer toutes les études réalisées en laboratoire sur les effets biologiques des champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence: outre le fait que leur nombre avoisine aujourd'hui – depuis les premières entreprises il y a vingt ans – la centaine, la plupart sont réfutées par certains scientifiques. Ces derniers s'acharnent à démontrer qu'elles sont difficilement reproductibles ou que les modèles animaux (souris, rats, mouches ou embryons de poulet) sur lesquelles elles reposent présentent une résistance aux rayonnements en cause bien moindre que celles des êtres humains.

Ces études scientifiques ont mis en évidence chez les animaux des problèmes de perméabilité de la membrane cellulaire, de dysrégulation et/ou de multiplication cellulaire, différentes perturbations des réponses immunitaires et des modifications immunologiques. Sans oublier la promotion tumorale ou la carcinogenèse par étapes. ❑

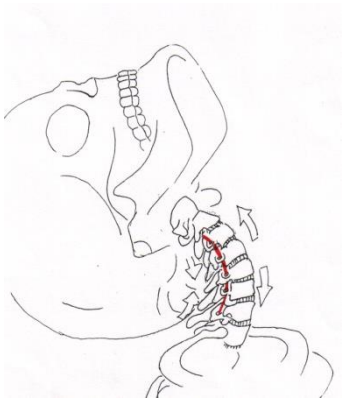
Le Bruit

Risques pathologiques du bruit :

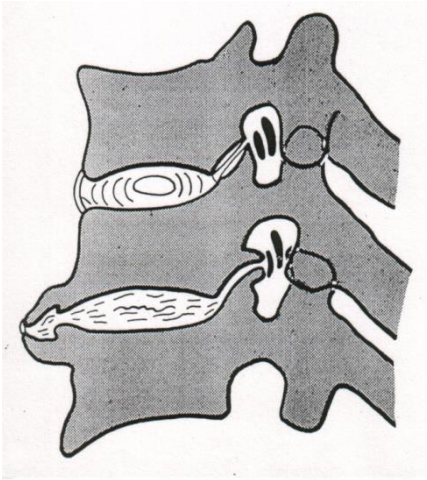
- HYPERTENSION ARTERIELLE
- ACCELERATION DU RYTHME CARDIAQUE
- AUGMENTATION DES HORMONES DU STRESS
- TROUBLES INTESTINAUX
- TROUBLES DIGESTIFS
- CONTRACTURES MUSCULAIRES
- DIMINUTION DE LA VIGILANCE
- CRISES DE TETANIES
- CRISES DE SPASMOPHILIES
- DEREGLEMENTS NEUROVEGETATIFS
- AGRESSIVITE
- STRESS
- ANGOISSE
- EXASPERATION
- DIMINUTION DES PERFORMANCES INTELLECTUELLES
- PERTURBATION DU SOMMEIL
- DEPRESSION ou CRISE DEPRESSIVE

Les Traumatismes (1)

Choc violent à l'école: Simple contusion ?



Si, depuis ce choc, cervicalgies ou maux de tête rebelles… Est-ce uniquement « Psy » ?
Quelques années plus tard… Devant la persistance des douleurs… Petit passage à la radio… Diagnostic = arthrose



Pourquoi cette arthrose?
Pourquoi cette détérioration
alors que la mémoire, très souvent, a oublié le choc ?...

Traumatisme > souffrance tissulaire > nécessité d'immobilisation pour réparer (attelles, plâtre…)

Si Mouvement > rétraction des tissus périphériques > raideur > fibrose > sclérose > arthrose

Les Traumatismes (2)

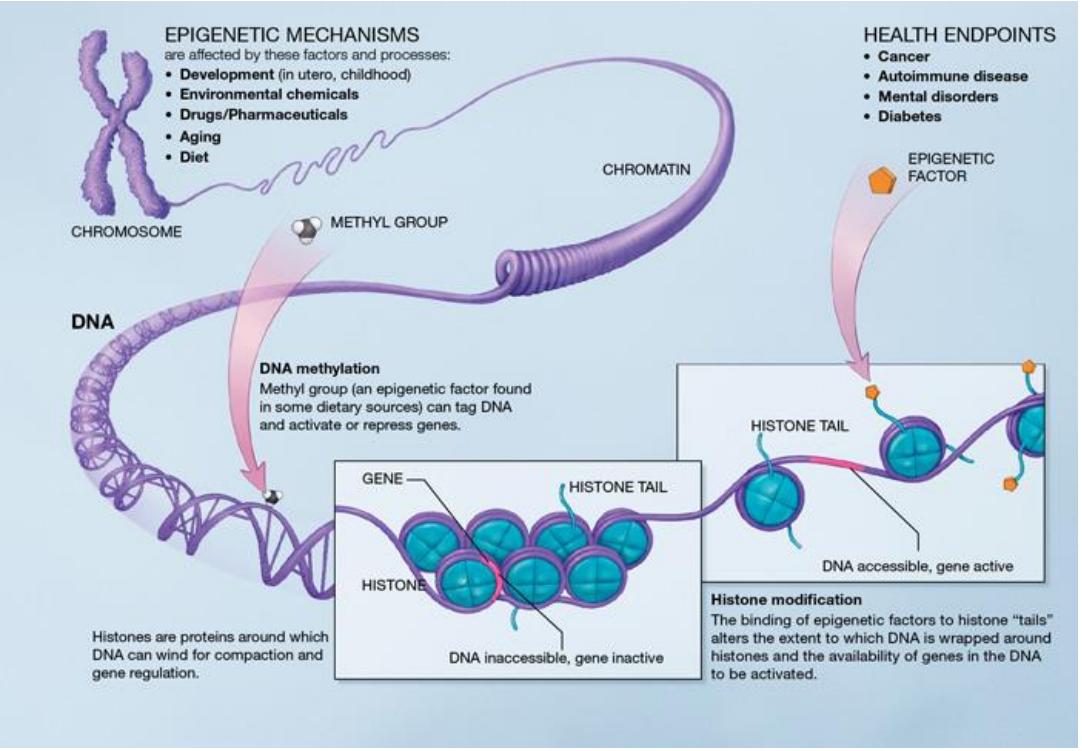
Les traumatismes violents même sans fracture sont un des cofacteurs d'altération de la santé…

Et pourtant en agissant à temps, il serait aisé d'éviter leurs effets nociceptifs

L'Epigénétique (1)

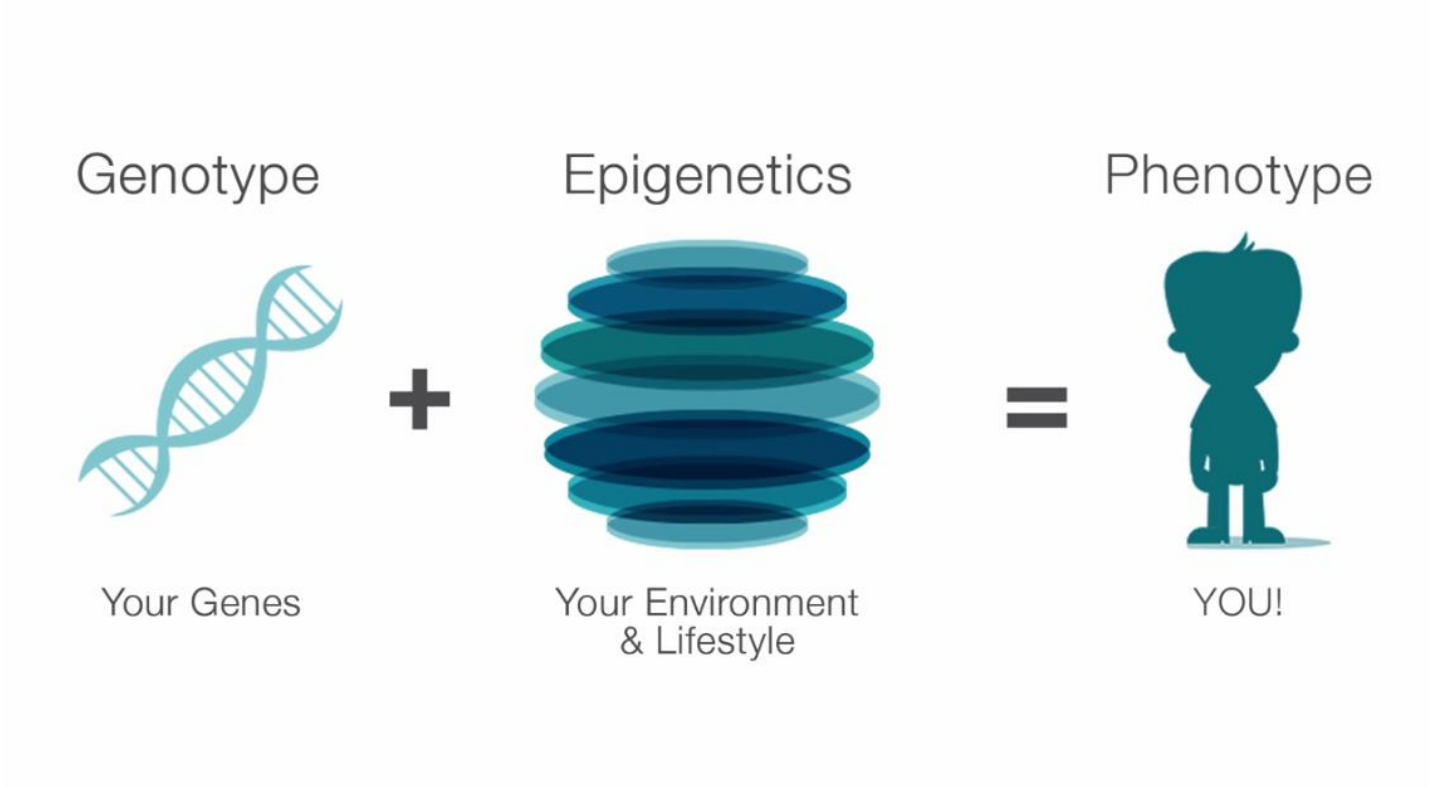
Notre santé ne dépend des gènes qu'à hauteur de 30 % car chacun des gènes dont nous héritons peut s'exprimer plus ou moins fort, ou bien se taire, sous l'influence de notre mode de vie.

L'épigénétique étudie l'influence de notre environnement sur nos gènes. Les toxiques que nous respirons dans l'air, les aliments que nous ingérons, le stress, l'activité physique que nous pratiquons retentissent tous sur nos gènes.



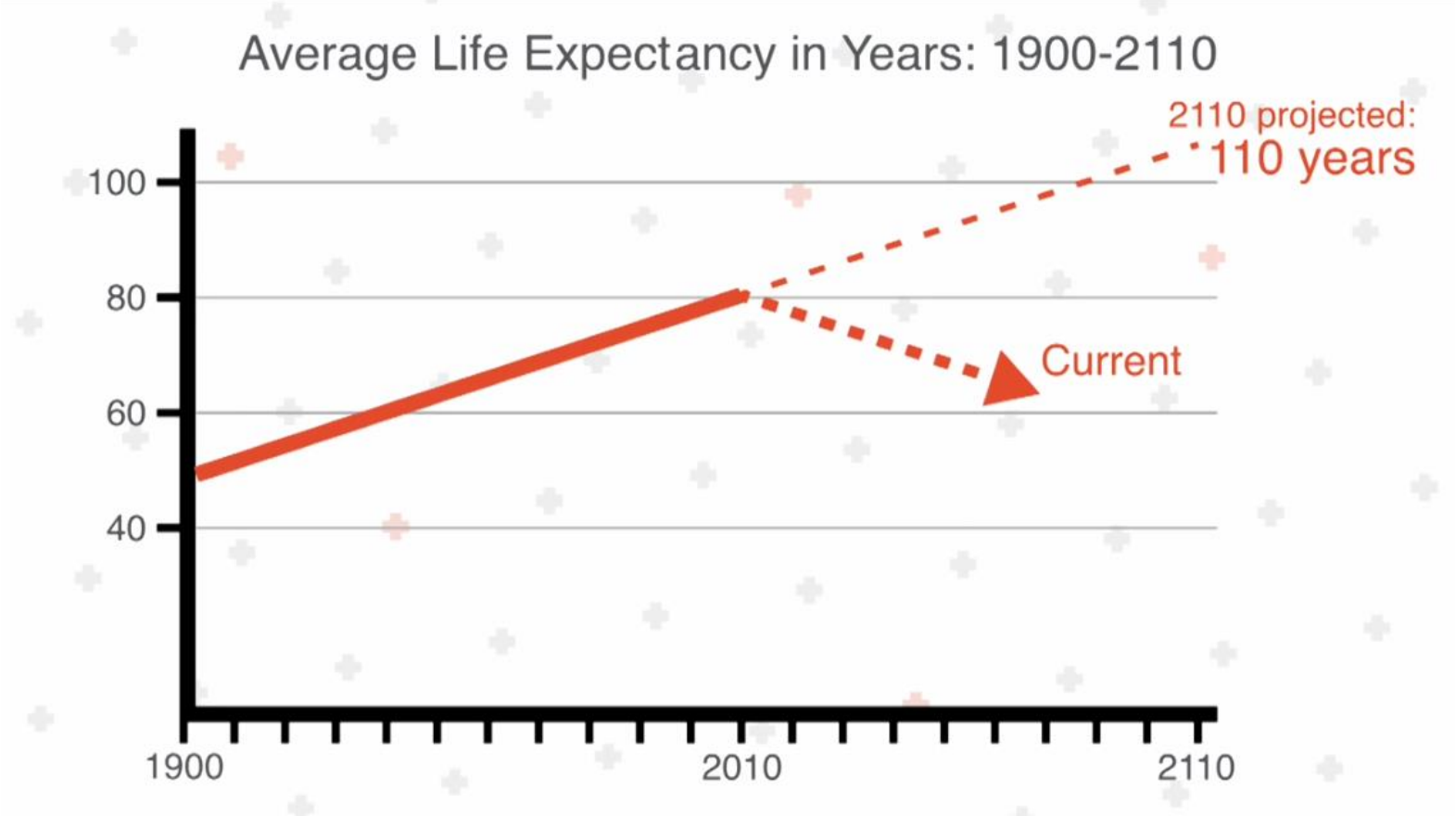
Source : Wikipédia.

L'Epigénétique (2)



Source : Tedx avec Matt Riemann.

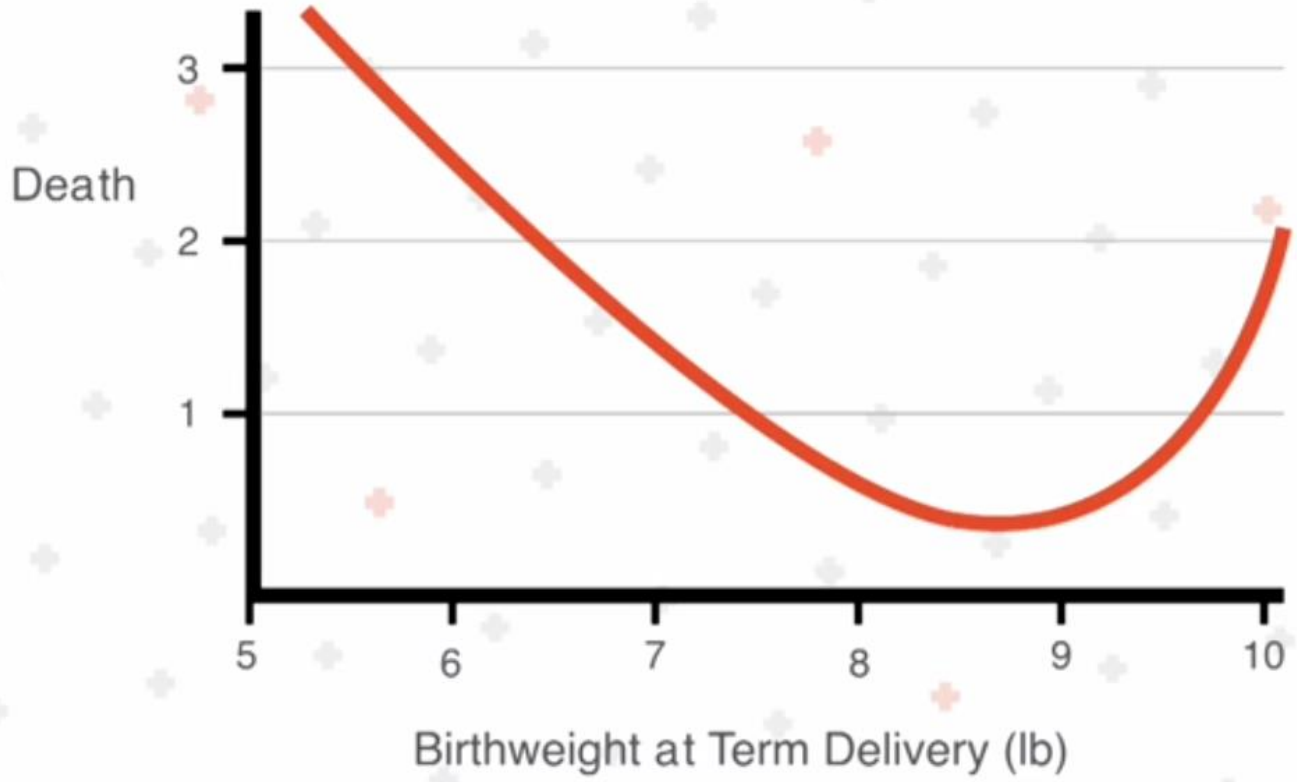
L'Epidémie des Maladies chroniques et l'Epigénétique



'100 year effect – our children are the third generation from process food'.

Source : Tedx avec Kent Thornburg.

L'Epidémie des Maladies chroniques et l'Epigénétique

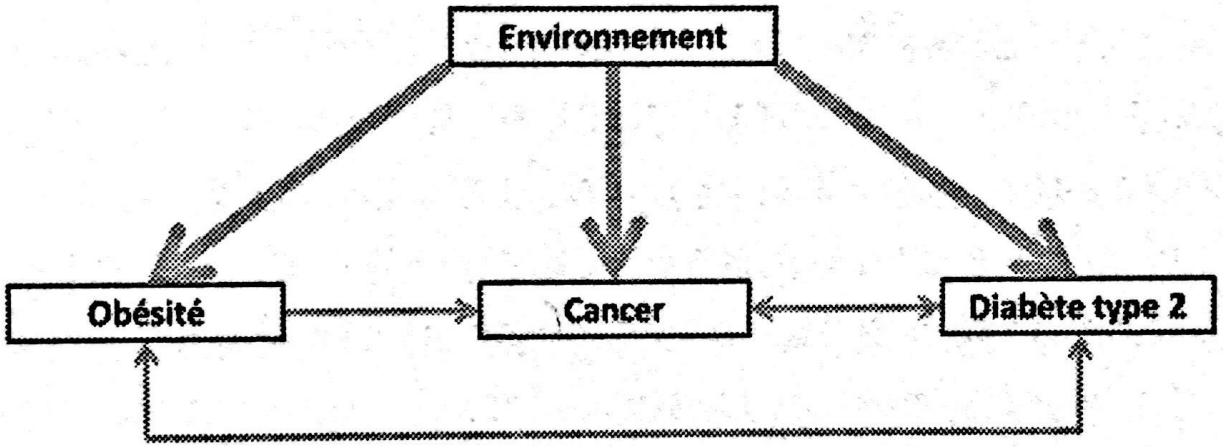


'How you grow before you are born matters.'

Source : Tedx avec Kent Thornburg.

Inter-relation des Pathologies chroniques et l'Environnement (1)

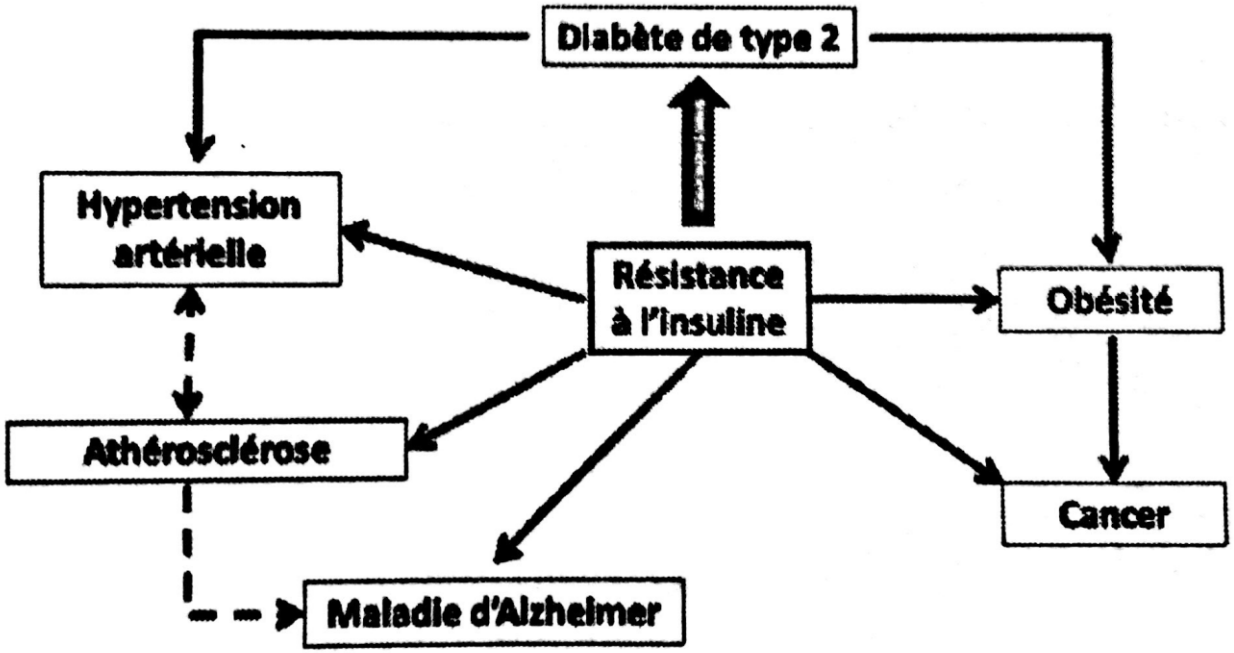
Figure 2 : Rôle de l'environnement dans l'émergence du triplet paradigmatique, en association aux mécanismes endogènes.



Source : Belpomme, 2016.

Inter-relation des Pathologies chroniques et l'Environnement (2)

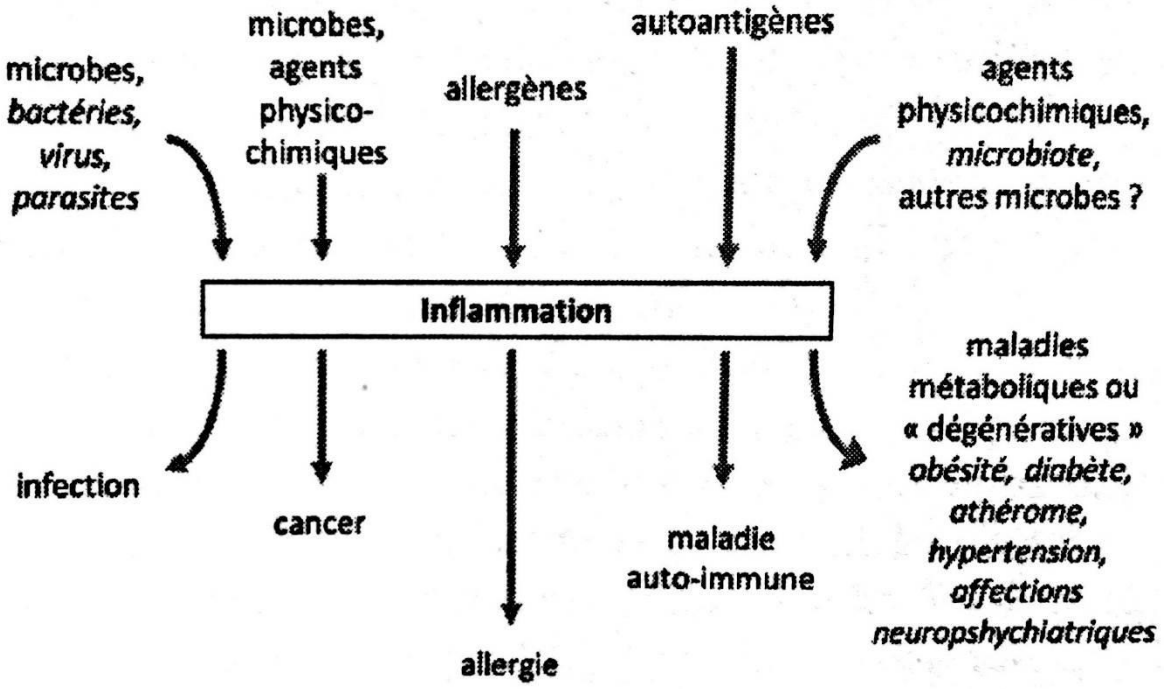
Figure 3 : La résistance à l'insuline en tant que mécanisme commun à la constitution progressive de la plupart des grandes pathologies et pandémies de notre époque



Source : Belpomme, 2016.

Le Rôle de l'Inflammation de 'bas grade'

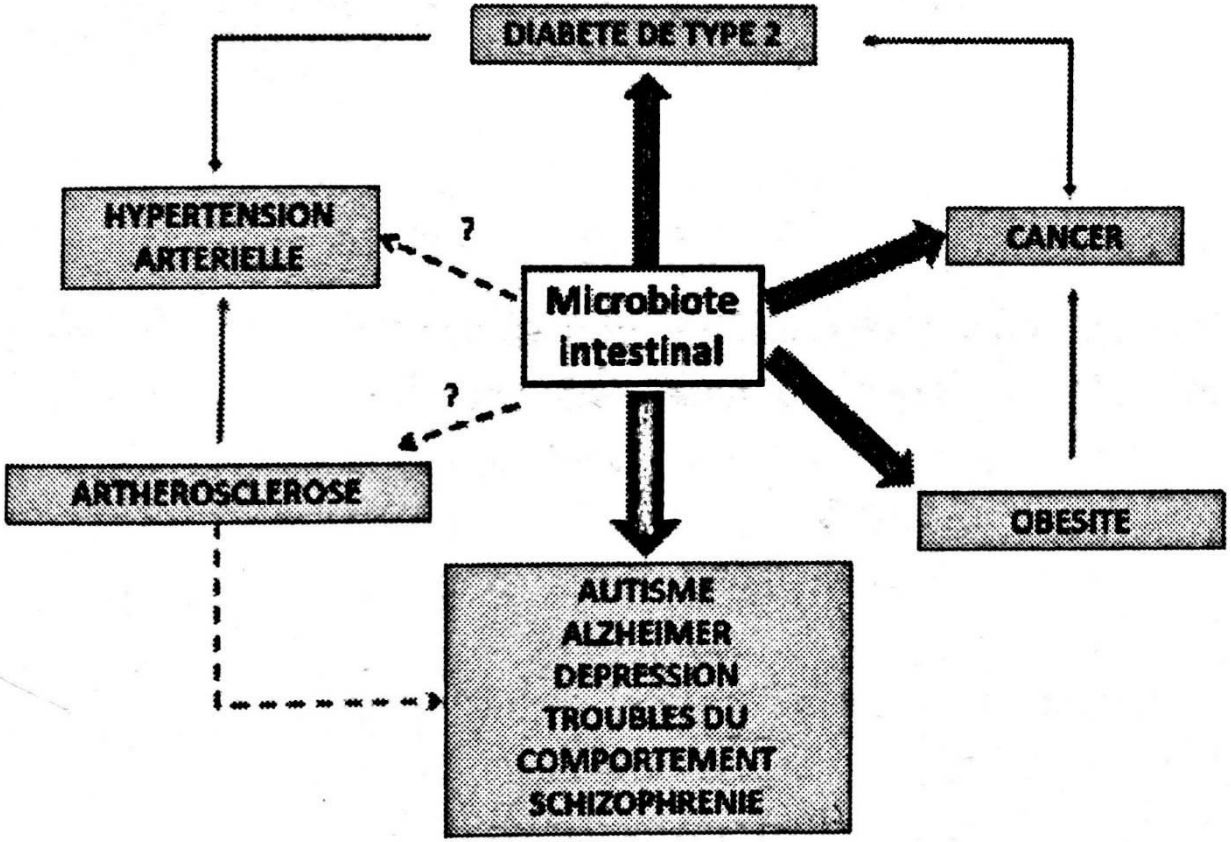
Figure 1 : Agents exogènes inducteurs d'inflammation de bas grade et classification des pathologies en 5 groupes, selon les types d'agents et mécanismes moléculaires en jeu.

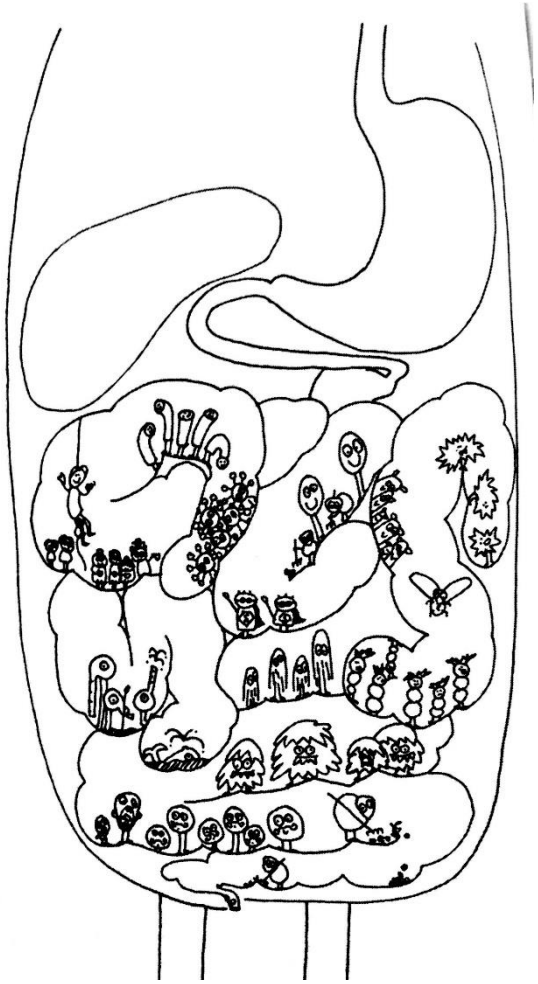


Source : Belpomme, 2016.

Le Microbiote intestinal

Figure 4 : Hypothèses concernant le rôle de la flore intestinale dans la survenue de différentes pathologies.

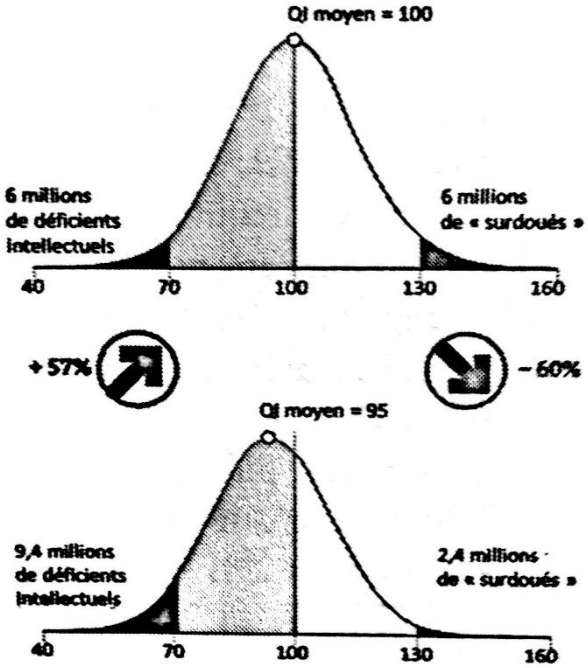




Source : Belpomme, 2016 et Enders, 2014.

L'Intelligence en péril des prochaines Générations

Figure 3 : Conséquences socio-économiques d'une perte hypothétique de 5 points du QI moyen dans la population américaine[49]

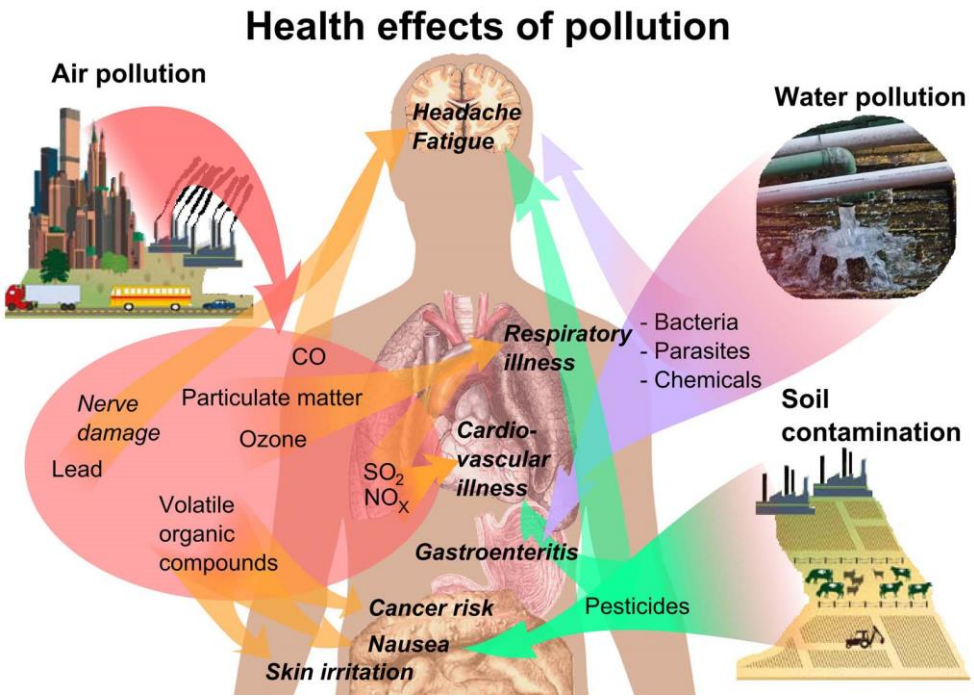


Sources : adapté de Weiss 2009.

Source : Belpomme, 2016.

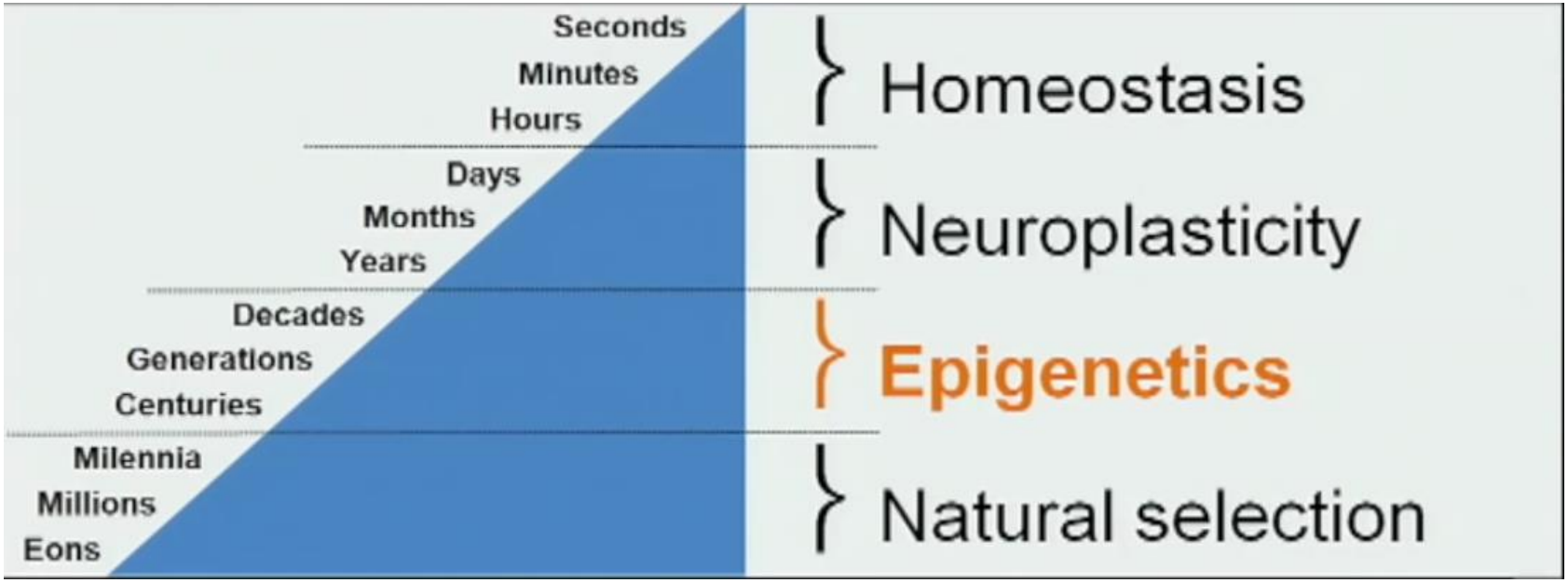
Les Effets de la Pollution sur notre Santé

Vers une crise sanitaire mondiale (*Cicolella, 2013*).
« Ce qui affecte votre santé n'est pas nécessairement ce qui vous tue » (*Murray, 2012*).
La preuve épidémiologique est maintenant indiscutable que l'enfant et le fœtus y sont particulièrement sensible. Sans oublier que l'embryogénèse n'est plus considéré comme linéaire mais plastique.



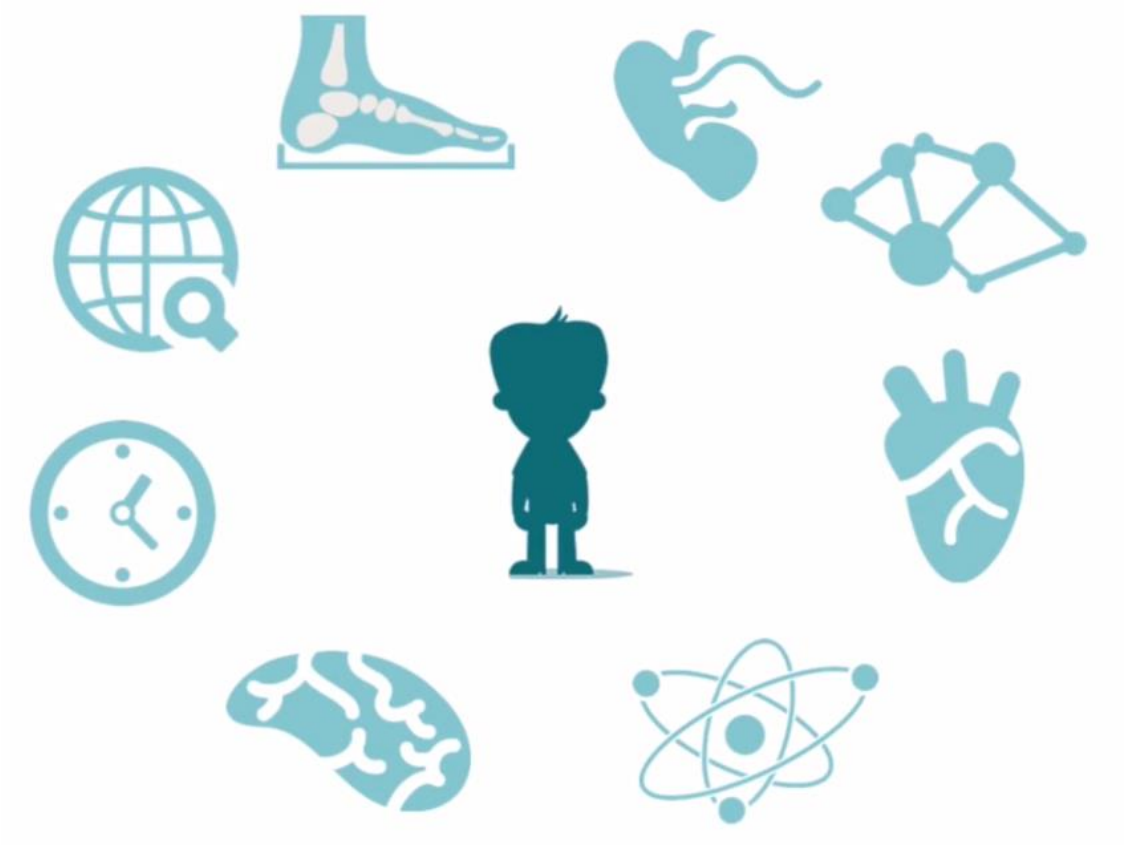
Source : http://chiejinaalex.blogspot.fr/2015/10/new-report-identifies-four-ways-to.html.

Les Processus d'Adaptation du Corps



Source : TEDx avec David Shenk.

L’Epigénétique comme outil



Source : Tedx avec Matt Riemann.

Médecine évolutionniste

La médecine évolutionniste ou médecine darwinienne est l'application des principes actuels de la théorie de l'évolution aux questions concernant la santé et les maladies.

Le but de la médecine évolutionniste est de comprendre pourquoi on tombe malade, et pas seulement comment on tombe malade.

L'espèce humaine a évolué pendant très longtemps avec le style de vie et l'environnement des chasseurs-cueilleurs vivant en petits groupes puis des premiers agriculteurs, ce qui est très différent des modes de vie contemporains (*Lieberman, 2014*).

L'approche évolutionniste a conduit à des avancées importantes de notre compréhension de la résistance aux antibiotique, du cancer, des maladies auto-immunes, et de l'anatomie.

Source : Wikipédia.

Les Déterminants sociaux des Etats de Santé

A partir des années 1970, des travaux se sont portés sur les aspects psychosociaux pouvant influencer l'état de santé et ont montré l'imbrication entre les phénomènes biologiques et sociaux.

L'existence d'un processus de sélection sociale prédisposant à la maladie et à la mort prématurée est globalement admis, mais trop grossier pour expliquer ce phénomène très complexe. (*Renaud, 1994*)

Les Modèles psychologiques et sociaux et leurs Implications pour les Politiques de Santé

Le stress et les évènements de vie stressants, le type de personnalité, la capacité à faire face (*locus of control, coping behaviors*), ou encore le support social, sont autant de concepts qui tentent d'expliquer par lesquels le psychosocial et le social peuvent influencer le biologique.

Les politiques de santé devraient donc se donner pour objectif non pas uniquement le développement de nouvelles technologies médicales et l'adoption par les individus de comportements sains, mais plus largement, d'investir dans l'amélioration du lien social. Même s'il est difficile d'en mesurer très précisément les effets, des aménagements dans les domaines de la protection de l'enfance et de l'éducation, des milieux de travail et de l'environnement urbain pourraient avoir un impact bénéfique sur les états de santé de la population.

Les Déterminants des Inégalités sociales de Santé

Les inégalités sociales de santé résultent de processus complexes au-delà des facteurs de risques et l'approche culturaliste.

Elles résultent d'un processus continu et cumulatif :

•Elles ont à voir avec l'ensemble des éléments de la vie sociale depuis l'enfance mais sont aussi liées à des facteurs qui ont pris naissance à un âge plus avancé.

•Elles sont d'autant plus importantes que les inégalités dans les autres domaines sont grandes et que règne donc l'injustice sociale.

Les désavantages sociaux et psychologiques vont tout au long de la vie participer à l'apparition plus ou moins précoce des maladies et à leur évolution plus ou moins grave.

Les Inégalités nuisent à la Santé

Les inégalités psycho-sociales comme facteurs de risque pour l'obésité, le surpoids, le diabète, les comportements à risque…

Plus que le PIB comme facteur de santé,

- le coefficient de Gini est une mesure des inégalités (la France se situe à 0,33 contre 0,41 aux USA)
- La cohésion sociale.

L'impact des Inégalités sociales de Santé

Les inégalités en santé ont un coût financier non négligeable pour la société.
Le Parlement européen a estimé que, dans l'Union européenne, les pertes liées aux inégalités en matière de santé se chiffraient à près de 1,4% du produit intérieur brut (PIB), soit presque l'équivalent du budget de la défense de l'Union (1,6% du PIB). Cela s'explique par les pertes de productivité et de recettes fiscales et par des dépenses sociales et de santé plus élevées.

La persistance des inégalités freine le développement.
Plus de 800 millions de personnes dans le monde vivent dans des conditions d'habitat précaires, ce qui représente près d'un tiers de la population urbaine mondiale. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est compromise en raison du manque de services de santé desservant ces populations difficiles à atteindre.

En France, réduire les inégalités sociales de santé est devenu récemment un objectif explicite des politiques de santé.

Le travail – « l'Epidémie cachée »

1er rang des facteurs de risque au monde.

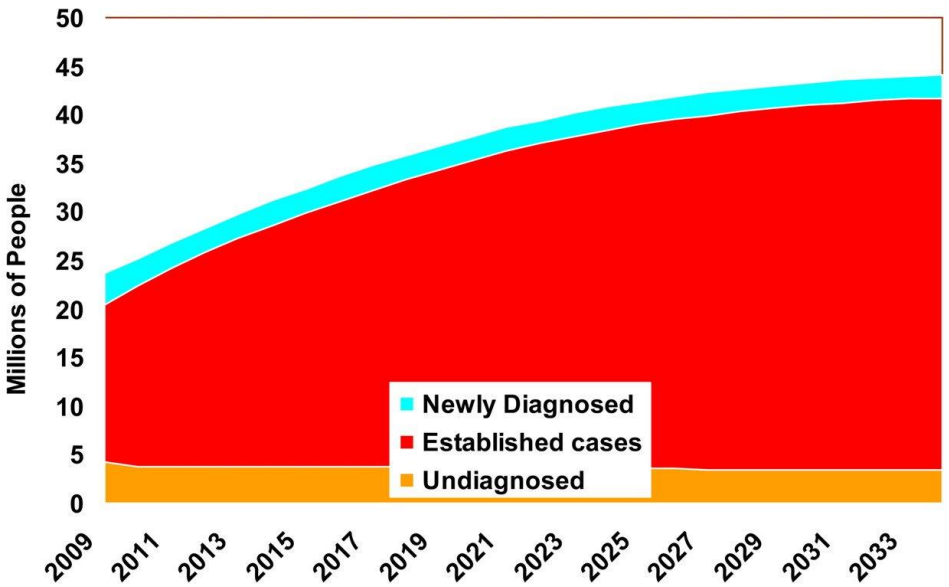
L'OMS Europe en a fait une des 7 priorités en matière de santé publique.

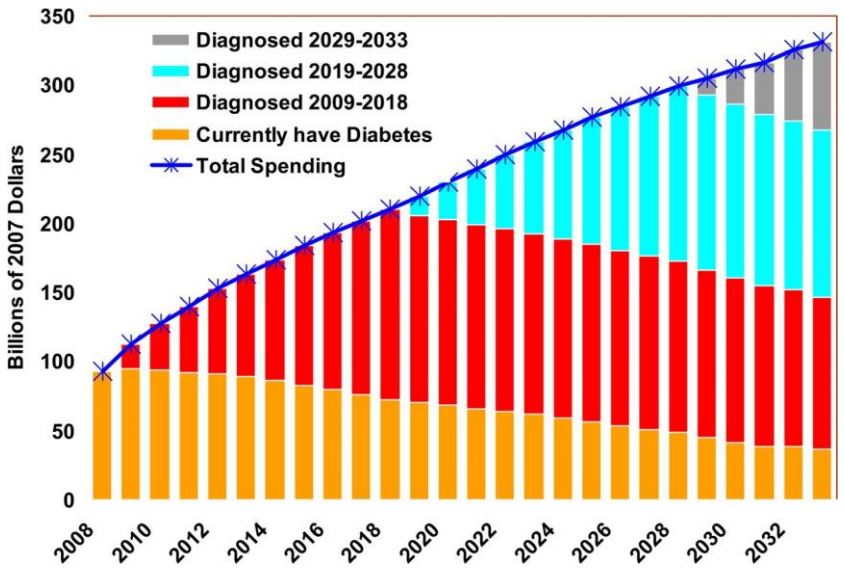
2 risques émergents selon l'OIT:

- Les TMS
- Les risques psychosociaux.

L'impact économique des Maladies chroniques

L'exemple du diabète…





Source: Diabetes Population Cost Model

Vers une Prévention de la Santé

Vers une Prévention de la Santé

LA SANTE AUJOURD'HUI : le combat contre la maladie
Vaccinations, Dépistage, Médecine, Chirurgie, Soins Paramédicaux et autres…
Total : 16 % (OMS)

LA SANTE DEMAIN : plus de responsabilité : Réduction des risques + optimisation de la santé => « santé active »
1/ DIMINUTION des COFACTEURS D'ALTERATION :
Alimentaires, toxiques, émotionnels, bactériens, viraux, traumatiques, sonores, lumineux, électromagnétiques, rythmiques, sociaux, culturels, etc…

2/ OPTIMISATION DES DETERMINANTS positifs :
nutrition, activité physique, rythmes, mental et comportement, habitat, etc… :

Total : 84 % (OMS)

Vers une Prévention de la Santé

Actuellement, pour la plupart de nos contemporains, et pour nombre de praticiens :

- une chute violente ? S'il n'y a pas de fracture : ce n'est qu'une contusion, donc rien !
- les toxiques ? Le risque n'existe-t-il pas que dans l'industrie ?… donc négligeable…
- l'alimentation ? L'essentiel n'est-il pas de calmer sa faim ?
- des stress répétés ? : qui n'en n'a pas, alors quelle importance ?
- etc…

Vers une Prévention de la Santé

Le système de santé en France est marqué par une approche médicale de la santé, hospitalo-centrée et curative, qui laisse peu de place à la prévention et à l'action sur les déterminants non médicaux de la santé.

L'évolution de la situation sanitaire et des causes de décès, qualifiée de « transition démographique », où les maladies infectieuses diminuent alors que les maladies chroniques et dégénératives augmentent, indiquent que le système sanitaire et social :

•ne peut se restreindre à la prise en charge des seules phases aiguës de la maladie

•et doit penser ses actions comme un *continuum* de l'action sur les déterminants de la santé jusqu'à la gestion des conséquences médicales et sociales de la maladie. (*HCSP, 2002*)

L'Education thérapeutique du Patient

Cette approche naît de l'opposition d'une médecine « réparatrice » à une médecine « humaniste » au CHU de Genève en 1975.

Les patients apprennent à mieux comprendre et à gérer leur maladie et leur traitement grâce à des ateliers organisés par une équipe pluridisciplinaire.

Malgré des effets très positifs (diminution des complications, amélioration de la qualité de vie,…), on observe de sérieuses limites (démotivation, rechutes,…) décourageantes pour nombre de soignants.

De plus, le personnel médical pense trop souvent qu'il suffit pas de dire, de montrer ou de faire faire des activités pour faire passer un message et induire un changement dans les comportements des patients.

Devant ces obstacles, est née l'éducation thérapeutique du patient à 5 dimensions (l'émotionnel, le cognitif, le perceptif, le métacognitif et « l'infra ») afin de :

- Travailler les ressentis et les comportements préexistants du patient
- Elaborer un nouveau comportement sans choc émotionnel ou affectif trop important
- Créer un « environnement motivationnel »

Pour que le malade devienne « auteur » de son traitement.

Le Futur de notre Santé
La Prise Conscience

Prise de conscience (1)

La prise de conscience que les relations santé/environnement sont incontournables est relativement récente.

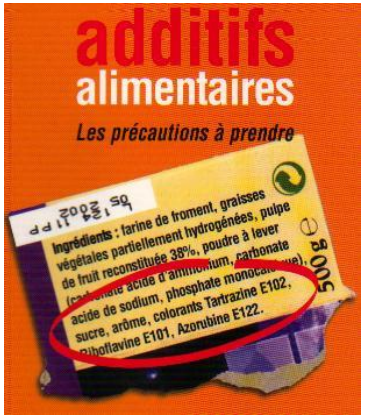
PLAN CANCER 2014-2019

PARIS2015
UN CLIMATE CHANGE CONFERENCE
COP21·CMP11

pptox III
(Programmation Prénatale et Toxicité)
14 au 16 Mai 2012
Paris, France

Prise de conscience (2)

Fin du modèle de la nourriture ultra-transformée et l'agriculture ultra-productiviste vers une « transition nutritionnelle » et une « agro-écologie » (*Cicolella, 2013*) pour changer : les contaminations chimiques volontaire (additifs) et involontaire (pesticides), la diminution des valeurs nutritives des aliments.



L'importance d'encourager le suivi des règles d'éthique et de déontologie dans les études épidémiologiques et de protéger les lanceurs d'alerte.

Réf : Loi n 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceur d'alerte.

REACH
REGISTRATION, EVALUATION AND AUTHORIZATION OF CHEMICALS

Prise de conscience (2)

Fiscalité basée sur pollueur-payeur.

« L'Hygiène chimique » - RES et SIN list « Substitute It Now »

Http://chemsec.org/what-we-do/sin-list

L'importance des mouvements associatifs.

Source : http://www.takepart.com/article/2015/05/19/bee-plan-white-house.

Prise de conscience (4)

Promouvoir la santé, c'est une dynamique mise en œuvre dans le développement du mouvement Villes-Santé (http://www.villes-sante.com/).

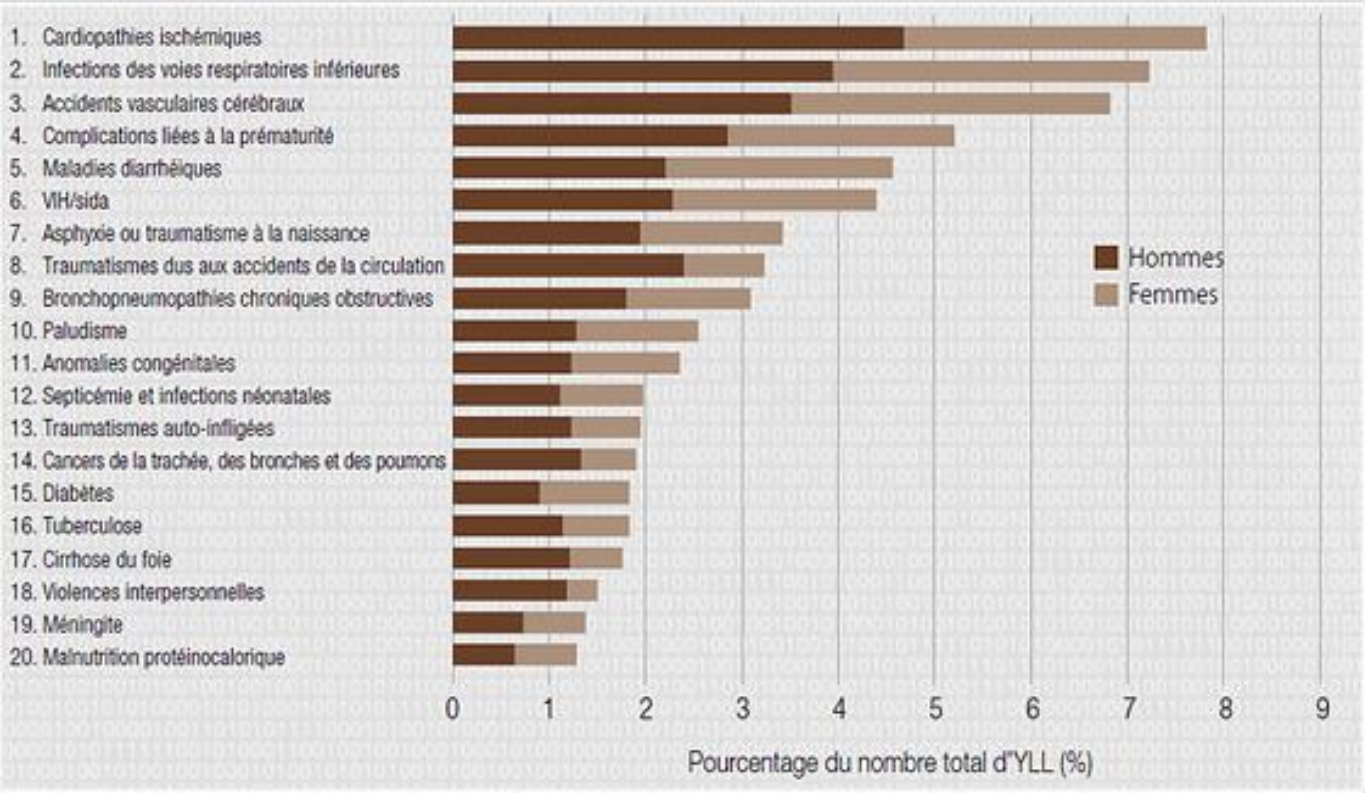
Source : http://www.66millionsdimpatients.org/wp-content/uploads/2015/12/Politique-ville-sante.jpg.

« Global Health »

La notion de « santé globale », apparue à partir des années 1990, concerne la santé des populations du monde entier (Nord comme Sud), en proposant des solutions intégrées (incluant prévention et soins) qui requièrent une collaboration au niveau international entre acteurs issus de disciplines variées.

La « santé globale » prend en compte le fait que les problèmes de santé transcendent aujourd'hui les frontières étatiques (du fait des déplacements humains accrus) et que les problèmes de santé s'uniformisent à l'échelle de la planète (les maladies du Nord touchant désormais aussi les pays du Sud, et des maladies des pays du Sud réapparaissant dans les zones pauvres des pays du Nord).

Les 20 premières causes de décès prématuré à l'échelle mondiale en 2012



Source : OMS, 2014.

« 10 global health issues to watch in 2015 »

10. *Mental health.*
9. *Cancer*
8. *AIDS*
7. *Family planning*
6. *Mobile tech*
5. *Global health security and surveillance*
4. *War and unrest*
3. *Ebola*
2. *New sustainable development goals*
1. *People-centered health systems.*

Organisation mondiale de la Santé

« Grand Challenges »

« Solving global health and development problems for those most in need. »

Grand Challenges in Global Health

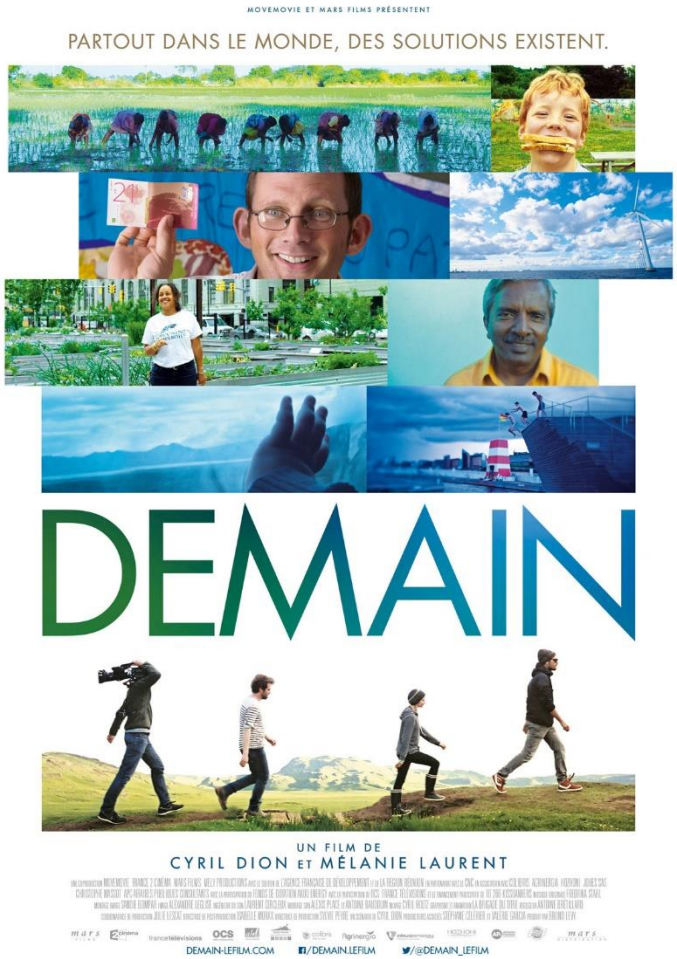
BILL & MELINDA GATES foundation

Un Exemple de Projet de Recherche sur les Inégalités de Santé

Malgré une diminution très nette du taux de mortalité périnatale entre 1985 et 2000 (de 10,7 à 6,6 pour 1000 naissances), ce taux a tendance à augmenter de manière inquiétante ces dernières années.
Cette augmentation ne peut s'expliquer seulement par les facteurs de risques déjà identifiés.

Dans ce contexte, le programme de recherche Equit'Area s'intéresse aux relations entre la distribution spatiale de la mortalité infantile, de la pollution atmosphérique, du bruit, de la proximité d'industries polluantes, pour tenter d'expliquer ces inégalités de santé.

Les médias


MOVEMOVIE ET MARS FILMS PRÉSENTENT
PARTOUT DANS LE MONDE, DES SOLUTIONS EXISTENT.
DEMAIN
UN FILM DE
CYRIL DION ET MÉLANIE LAURENT
DEMAIN-LEFILM.COM
/DEMAIN.LEFILM
/@DEMAIN_LEFILM

By far the most terrifying film
you will ever see.
aninconvenienttruth
A GLOBAL WARNING

Objectif du DU ICSPA

- Réactualiser les connaissances sur les déterminants de la santé.
- Préciser le diagnostic par une recherche des cofacteurs d'altération de la santé.
- Apporter de nouvelles solutions en agissant sur les déterminants positifs.
- Montrer comment chacun peut mieux préserver sa santé.
- Agir concrètement pour diminuer les charges d'assurance maladie

Ingénierie et Conseil en Santé active

Science qui consiste à :
•analyser les cofacteurs de perturbation qui sont à l'origine de multiples altérations de la santé
•conseiller des actions concrètes sur les déterminants positifs.

Ceci afin que chacun puisse participer plus activement à sa santé et sa vitalité mentale et physique.

L'objet final étant, conformément aux incitations de l'OMS, « de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. »

Conclusion

Une approche médicale, hospitalo-centrée et curative de la santé est réductrice/mal adaptée, et son efficacité remise en cause notamment dans la gestion des maladies chroniques.

Même si les mesures de santé publique sont actuellement basées sur le comportement de l'adulte, les gains de santé à attendre sont beaucoup plus élevés si on cible plus spécifiquement la protection de l'embryon et le fœtus.

L'évolution d'une logique d'assurance maladie vers une logique d'assurance santé.

Une vision plus globale de la santé, à l'échelle de l'individu et de la société/planète, s'avère nécessaire pour la prévention et l'action sur les déterminants non médicaux de la santé et la relève des futurs challenges.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Questions?

Références (1)

P. Adam, C. Herzlich, Sociologie de la maladie et de la médecine, Armand Colin, 1994.
J. Barbot, *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Balland, 2002.
A. Belot, *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*, 2005.
D. Belpomme, *Comment naissent les maladies*, LLL, 2016.
J.M. Besnier, *Accepter la vulnérabilité*, interview dans l'Express, août 2016.
G. Canguilhem, « *La Santé : concept vulgaire et question philosophique* », Cahiers du Séminaire de Philosophie, 1988.
A. Cicolella, *Toxique Planète*, Seuil, 2013.
G. Enders, *Le charme discret de l'Intestin*, Actes Sud, 2014.
G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, PUF, 1966.
F. Champy, *Sociologie des professions*, Puf, 2009.
B. Dormont, *Les dépenses de santé, une augmentation salutaire*, Editions Rue d'Ulm, 2009.
V. Fargeon, *Introduction à l'économie de la santé*, Pug, 2014.
C. Halpern, *La Santé, un enjeu de société*, Editions Sciences Humaines, 2010.
C. Herzlich, Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Editions de l'EHESS, 1992.
D. Lieberman, The Story of the Human Body: Evolution, Health, and Disease, Vintage, 2014.
C. Marin, *Hors de moi*, Allia, 2008.
C. Marin, *Violences de la maladie*, Colin, 2008.
G. Maskarinec, The *effect of migration on cancer incidence on among Japanese in Hawaï*, Ethnicity and Disease, vol. 14/3, 2004.
C.J.L. Murray, *Global Burden of Disease 2010*, The Lancet, vol.380/9859, 2012.
N. Missègue, C. Pereira, *Dossiers solidarité et santé, étude sur les dépenses de santé*, dossiers solidarité et santé n° 1, 2005.

Références (2)

NCI et NIEHS, *Cancer and the Environment*, 2003.
G. Paillotin , « *L'Utopie du nutritionnellement correct* » in L. Sfez, *La Santé parfaire*. Seuil, 1997, Colloque de Cerisy, Puf, 2001.
M. Renaud, *Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé*, Interface, 1994.
L. Sfez L., *La Santé parfaire* , Seuil, 1997.
J. Spiroux, *Pathologies environnementales*, Lyon, 2007.
G. Vigarello, *Histoire des Pratiques de Santé,* Seuil, 1999.