**Santé publique**

**Généralités**

# Qu’est-ce que la « santé » ?

## Notion d’équilibre relatif

**La santé est un équilibre entre l’absence de pathologie et la déclaration de la maladie,**

**cet équilibre est toujours remis en question :**

- nous sommes tous des malades en devenir

- possibilité d’ignorer la maladie ( ex : cancer )

## Interaction entre l’état biologique, psychique et social d’un individu et son environnement social

On retient aujourd’hui la définition de l’**OMS** : « **état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité** »

Équilibre économico-social = rythme de la croissance économique

état de santé rythme de la croissance démographique

L’environnement social d’un individu influe sur son état biologique, psychique et social :

on dit que l’individu est **sociétable**.

Mais l’état de cet individu, ramené à l’échelle collective, a en retour une incidence sur la société :

on parle alors de **santé publique**.

Ce n’est alors plus un problème concernant uniquement le corps médical, il doit être également pris en charge par l’état.

# Objectifs de la santé publique

1. « **donner des années à la vie** » : 🡭 espérance de vie
2. « **donner de la vie aux années** » :

🡭 espérance de vie sans incapacité

+ assurer un confort de vie aux personnes âgées ( pb social )

1. **lutte contre les inégalités** :

pbs : malnutrition , maladies professionnelles , ...

=> conséquences sociales : politiques & économiques

# Les moyens dont disposent les acteurs de santé publique

1. nécessité de structures sanitaires :

- organisation administrative de santé publique

- professionnels de santé

- hôpitaux, maisons de retraite

1. études :

- épidémiologie

- interférence santé/ économie

- groupes à risques ( ex : personnes âgées )

**Organisation sanitaire en France**

1. Colbert 🡪 création des pensions pour les marins ≈ retraite
2. retraite
3. Au moment de la révolution 🡪 beaucoup de discourt mais pas d’action réelle

sauf destruction des corporations

1. XIX° siècle 🡪 mise en place des hôpitaux & des hospices

ex : hôpitaux psychiatriques par PINEL

1. début XX° siècle 🡪 création du ministère de la santé associé au ministère de l’intérieur

⬄ prise de conscience politique de la nécessité de prendre en charge les malades

+ contrôle de l’enseignement médical

**Composition :**

1. Pouvoir politique :

= tête pour organiser une structure tendant vers l’amélioration de la santé

D’abord exclusivement rattaché au pouvoir exécutif ( gouvernement ), les projets de loi sont maintenant soumis au parlement par le vote du budget débloqués par l’Etat pour la santé ( DECRET JUPET, 98 )

! Ordonnance JUPET : 24 avril 1996

1. Administration : rôle de tutelle & de police pour appls des décisions du pouvoir politique
2. Institutions sanitaires = organisation hospitalière sous forme de plateau technique
3. Institutions médico-sociales
4. Professionnels de santé = distributeur de soins

rôle : apporter compétences et soulagements aux malades

contrôle : enseignement & diplôme

1. Système de protection social 🡪 permet à chacun d’accéder aux soins

## Administration

### Administration centralisée

**= MINISTERE DE LA SANTE**

C’est un ministère qui peut être regroupé avec d’autres :

Actuellement, c’est la **ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de**

**Ministre**:

Mme GIGOU

**Secrétaire d’Etat :**

Mr KOUCHNER

**Cabinet du ministre :**

personnes choisies en fonction de leurs compétences

ou de leurs connaissances au sujet de la Santé

**Directions :**

Direction générale de la Santé :

- service des politiques de santé et de qualité du système

- politiques & stratégies de santé

- qualité du système

- politique des produits de santé

- coordination des différents services

& problèmes juridiques

- service de prévention :

- pathologie

- société

- risque des différents milieux

Direction des Hôpitaux :

- service sur l’organisation des structures

- service sur le fonctionnement

- service sur les professionnels de santé

Direction de la Sécurité Sociale

Direction de la Pharmacie

Direction des affaires internationales

Direction des actions sociales ( récent )

**Structures consultatives :**

- agents ...

- Conseil Supérieur de l’Hygiène Publique

- Conseil Supérieur des Hôpitaux

- Comité National pour l’Evaluation Médicale

- Ecole Nationale de Santé Publique

🡪 encadrement du personnel hospitalier

- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

( INSERM )

🡪 valorisation de l’information scientifique et médicale

Direction des la population et des migrations ( récent )

## Les services déconcentrés de l’Etat

### Niveau régional

#### Préfet de région

Il a un rôle important dans la **santé** : planification des structures de soins & organisation,

mais son champ d’action a été réduit au profit de l’ARH ( DECRET JUPET, 1998 )

**Rôle actuel :**

- direction de la **DRASS**

- coordinateur des **programmes de Santé Publique** à travers une structure des **conférences régionales de santé**

- coordinateur des projets et des programmes ...

- **président** de droit de:

- **Commission Régionale Hospitalisation**

- **Commission Statutaire Régionale des Praticiens Hospitaliers**

- **Commission Régionale de Médecine du Travail**

- **Commission Régionale d’Agrément des Etablissement de Cure**

#### Direction Régionale de l’Action Sanitaire et Sociale (DRASS)

Elle a un rôle important dans l’**hospitalisation** : budget des hôpitaux publiques & détermination du nombre de lit,

mais son champ d’action a été réduit au profit de l’ARH ( DECRET JUPET, 1998 )

Elle est **responsable devant le préfet de Région** de :

- action de **développement économique et social**

**-** coordination des actions des **DDASS** ( ~~o~~ autorité directe )

! **DDASS** :

- **directeur** nommé par le préfet

- organisation **services médicaux** :

- **Médecins** Inspecteurs de santé publique Régionaux

- **pharmaciens** inspecteurs de santé publique

- **biologistes** ( surveillance épidémiologique )

- contrôle pédagogique des **écoles sociales & paramédicales**

- organisation des **examens et des concours paramédicaux**

**-** tutelle sur **organismes sociaux**:

- nomination postes

- compte

- remboursement

- contentieux général et technique de la **Sécurité Sociale**

ex : évaluation des accidents du travail par le tribunal du contentieux d’incapacité

#### Agence Régionale d’Hospitalisation (ARH )

🡪 issue du Décret JUPET ( 98 ) ?

**Structure :**

- **commission exécutive**

- **directeur** ( haut fonctionnaire ) nommé par le Conseil des Ministres

rôle :

- **présider** la commission exécutive avec

- vice-président provenant des **organismes sociaux**

- vice-président provenant de la **DRASS**

- prépare et exécute les **délibérations** de la commission

- arrêtele **Schéma Régional d’Organisation Sanitaire**

**Rôle :**

- définir et mettre en œuvre **la politique régionale de l’offre de soins hospitalier**

- **coordonner l’activité** des établissements publiques et privés

#### Conférence Régionale de Santé

🡪 issue du décret JUPET ( 98 )

**Rôle :**

fixe les priorités des programmes de santé publique au plan régional à partir des analyses et des données disponibles

+ formalise les priorités prise en compte par la DRASS.

**Composée de représentants :**

- Etat

- collectivités territoriales ( communes et départements )

- organismes de protection sociale

- professionnels de santé

- associations ( usagers, handicapés, ... )

- établissements de santé

### Niveau départemental

#### Préfet du département

- pouvoir de **police spéciale** par capacité d’autorité pour faire des règlements ( ex : épidémie, urgence )

- **préside** :

- commission **d’aide médicale urgente** ( SMUR, SAMU )

- COmmission Technique d’Orientation et de REclassement Professionnel des adultes handicapés ( **COTOREP** )

#### Direction Départementale des Actions Sanitaires et Sociales ( DDASS )

🡪 mise en œuvre de **politiques d’intégration, d’insertion, de solidarité et développement social** :

- action de **prévention en cas d’épidémie**

- **protection sanitaire** au niveau de l’environnement

- contrôle des **règles d’hygiène**

- tutelle & contrôle **des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux**

- tutelle sur les **professions de santé**

## Collectivités locales ( ∉ état )

### Conseil de Région

🡪 aucune autorité en matière de santé

### Commune

🡪 rôle très ancien ( Code Napoléonien )

1. représenté par le **maire** :

rôle : police générale

par capacité à établir des **règlements sanitaires municipaux** :

- **salubrité** ( abattoir, restauration, ... )

- **tranquillité publique** ( bruit, ... )

- **sécurité**

+ **président de droit du conseil d’administration de l’hôpital**

1. il dispose de :

- **services communaux d’hygiène publique** pour contrôler :

- **eaux** ( potables, piscines, ... )

- hygiène des **habitations**

- lutte contre les **épidémies**

- **dispensaires & centres de santé** :

- **dépistage** des maladies ( tuberculose, MST, ... )

- protection **maternelle & infantile**

- actions sociales pour les **personnes âgées**

### Conseil Général

🡪 ∈ département

Il est chargé par le Département des Interventions Sanitaires & Sociales (DISS ) de :

1. lutte contre les **fléaux sociaux**( définis par les pouvoirs publiques ) :

- tuberculose

- alcoolisme

- cancers

- MST (sauf SIDA )

( sida 🡪 par les centres hospitaliers )

🡪 par des **dispensaires départementaux pour le dépistage et la surveillance des personnes malades .**

1. programme de **vaccination**:

- tétanos

- poliomyélite

- rougeole

- rubéole

- grippe ( pour les personnes âgées )

1. prise en charge des **maladies mentales** :

Le président du Conseil Général est le président de droit du Conseil d’administration du CHS

! Le département est divisé en secteurs psychiatriques ( zones géographiques ). Elles sont respectés dans les hôpitaux psychiatriques.

1. **Protection Maternelle & Infantile** ( PMI )

- prise en charge de la mère et de l’enfant après l’accouchement

- prise en charge de l’enfant pendant les 1° années de la vie ( 3-4 ans )

- suivie de la croissance de l’enfant

- crèches

1. **aide sociale vers les familles, à l’enfance ou vers les personnes âgées** : placement familiaux pour un ou plusieurs enfants ou pour les personnes âgées dépendantes
2. **établissements médico-sociaux** : fonction sociale et éducatrice souvent pour les enfants handicapés physiques ou mentaux

# Institutions sanitaires

**= établissements ayant pour vocation d’accueillir des malades ou supposés comme tels afin de leurs apporter la prise en charge médicale nécessaire**

## Composition

Ils sont de **2 types** :

- établissements **publics,**

- établissements **privés** motivé par la rentabilité de certains secteurs de santé => stratégie de prise en charge des soins**.**

Le malade a le choix entre ces 2 secteurs : c’est le **libre choix du praticien**.

Mais cette règle fondamentale est quand même limitée par le choix de l’établissement le plus proche.

**Missions générales** :

1. assurer le **diagnostic**, la **surveillance** et le **traitements** des malades, des blessés et des femmes enceintes, dans la mesure du possible et en tenant compte des aspects psychologiques du patient
2. participer à des **actions de santé publiques**, notamment en matière de **prévention** et d’**éducation**

**Différentes structures** :

1. **court séjour** => soins de courte durée pour des affections graves à la phase aiguë de la maladie

🡪 médecins ++

ex : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, odonto-stomatologie

1. **moyen séjour** ou **soins de suite** => réhabilité la santé des gens

🡪 kinésithérapeutes ++, orthophonistes ++ , ...

1. **long séjour** => assister des personnes ayant perdu leur autonomie en plus de leur problème de santé

🡪 aides-soignants ++

### Secteur public

#### Missions spécifiques

- **égal accès aux soins** à toutes les personnes dont l’état le requière

- **accueil continu** des malades de jour comme de nuit, et tous les jours de l’année

- participation à **l’enseignement universitaire et post-universitaire** des **personnels médicaux**

- participation à la **formation** **des personnels paramédicaux**

- participation à la **recherche**

- participation à **l’aide médicale urgente** ( SAMU, SMUR, centre 15 )

- participation à la **création d’un réseau de soins** entre le secteur public & privé

#### Statut et organisation

= **établissement de droit public** composé de :

1. **directeur**  de l’hôpital
2. **conseil d’administration**

dont le **président** est le plus souvent de droit le maire de la ville

( pour les petites villes : président conseil général )

**rôle :** choix stratégiques dans les limites fixées par la loi

- politique générale

- budget

- décision de grand travaux

- tableau des emplois ( essentiellement pour les plus importants comme les chefs de service )

#### Organes représentatifs

##### Commission Médicale d’Etablissement ( CME )

**Composition**:

- **président**

- représentants des **personnels médicaux**

**Rôle** :

1. élaboration du  **projet d’établissement**  avec le directeur

- objectifs généraux dans le domaine médical

et pour les soins infirmiers

- objectifs en matière de formation du personnel

🡪 établi en général pour 5 ans

🡪 soumis à l’ARH

1. préparation des **mesures d’organisation**  des activités médicales avec le directeur
2. choix des **nominations** des praticiens à l’hôpital

##### Commission Technique d’Etablissement ( CTE )

**Composition** :

- **directeur** de l’hôpital ou son représentant

- représentant du personnel paramédical (+ sage-femme )

**Rôle** :

- avis sur **projet d’établissement**

**-** installation de l’**équipement lourd**

- organisation des **conditions de travail**

- plan de **formation** continu ou promotionnel

- modification de **services**

#### Organisation des soins et fonctionnement médical

🡪 **services** ou **départements** :

- **création** par le conseil d’administration

- **sous l’autorité** d’un médecin nommé pour 5 ans renouvelable ( ~~o~~ mandarin )

- **constitution**:

- **unité fonctionnelle** = structure élémentaire

de prise en charge par une équipe

- **conseil** permettant l’expression du personnel pour

- favoriser les échanges d’informations

- participer à l’élaboration du projet d’établissement

- faire des propositions sur le fonctionnement du service

+ **service général des soins infirmiers** :

dirigé par un **infirmier général** qui organise :

- les **soins**

- la **mobilité** du personnel

- la **recherche** en soins infirmiers

+ représente personnel infirmier pour le **projet d’établissement**

#### Budget

problème : « trou » de la Sécurité Sociale

**Avant 1983 🡪Σ prix de journée**

à la fin de l’année 🡪 bilan ⬄ budget minimum pour l’année suivante,

mais les services gonflaient leurs budget pour ne pas avoir moins après.

**Après 1983 🡪** mise en place d’un **budget globale**, somme forfaitaire à laquelle l’hôpital doit se tenir

**Avantages** :

- rupture de l’effet de spirale

- responsabilisation du corps médical

**Inconvénients** :

- quand le budget est dépensé, l’hôpital ne peut plus recevoir de patient

- plus possibilité d’aller de l’avant

**=>** mise en place d’un **taux directeur**: 🡭 budget de 1%

**Réalisation du budget de l’hôpital** :

1. **Au sein de l’hôpital** : acte administratif établissant les **recettes** et les **dépenses** afin de les réguler
2. **Au sein de l’ARH** : fixation du **budget** de l’hôpital à partir :

- comptes de l’hôpital

- masse d’argent qu’elle reçoit des pouvoirs publics

Elle répartit l’argent en :

- **dotation globale** fixée à partir de :

- taux directeur national

- Indice Synthétique d’Activité ( ISA )

- **tarif des prestations**

⬄ démarche de **décentralisation**

#### Différents types

##### Centre Hospitalier

Ils sont classés en fonction : plateau technique & personnel

1. **CHR :**

- chirurgie cardio-vasculaire et thoracique

- neurochirurgie

- neuroradiologie interventionnelle

- ...

🡪 souvent couplé à des unités d’enseignement et de recherche : ce sont alors des CHU

1. **CHD** ou **hôpital général** :

- médecine

- chirurgie

- gynéco-obstétrique

- pédiatrique

- urgence

- plateau radiologique ( scanner, IRM )

- ...

🡪 ~~o~~ de plateau technique hautement spécifique

1. **Hôpitaux locaux** :

🡪 dispersés dans le département

- service de médecine

- service de moyen et long séjour

- maternité 🡮

- chirurgie 🡮

=> s’inscrit dans un système de réseau c-a-d contractualiser l’accueil du malade avec les CHR

##### PSPH ( Participant au Service Public Hospitalier ) :

- fonctionnement proche de celui des CH

- montage juridique différent

ex : GAUDUCHAU, centre régional de lutte contre le cancer

### Secteur privé

#### Constitution

- service de **court séjour** à vocation **chirurgicale ++**

- service de **long séjour** : surtout dans le sud de la France à cause du nombre important de personnes âgées

#### Missions

accueillir les malades mais elle peut en refuser ( ex : **horaire** )

! non-assistance à personne en danger

#### Organisation et statut

- **caractère lucratif** reconnu par le loi

- **né de l’initiative privée** :

- personne privée

- plusieurs personnes sous forme d’une société

- congrégation

- groupe financier

- caisses de sécurité sociale ( ex : centre de rééducation fonctionnel )

- soumis à l’**autorisation** limité dans le temps de l’état pour l’ouverture & les modifications à partir de **visites de conformités**

=> harmonisation : nombre de lit & ambulatoire

- **direction** : conseil d’administration + directeur

- **personnel médical** :

- principe du payement à l’acte

- pas d’organisation hiérarchique

- Conférence Médicale d’Etablissement ( CME )

- évaluation : qualités soins & évolution établissement

- mise en place d’un projet d’établissement

- **personnel paramédical** salarié de l’établissement

#### Financement

- ~~o~~ de dotation globale

- **activité contingentée** : au niveau du **coefficient d’actes opératoires** par le pouvoir public

- pour chaque malade , **facture** :

**Pour la clinique** : hébergement & soins 🡪

- **prix de journée** ( lit, infirmiers, matériel )

- prix de journée **pharmacie**

- **frais de salle d’opération** :

en relation avec le type d’opération

( coefficient opératoire )

**Pour le praticien** :

cotation des actes

# Politique de santé

**Objectifs** :

- allongement de la **durée de vie**

- retarder ou éradiquer les formes **d’incapacité ou de handicaps** surtout en fin de vie

- retarder l’apparition de **maladies chroniques** surtout en fin de vie

+ **évaluation besoins** grâce à des **sciences d’information** comme l’épidémiologie

## Pour le système hospitalier

1. **Planification** : mise en place de carte sanitaire ( 1970 )

⬄ physionomie géographique en fonction des équipements que l’on y met

=> permet la mise en place d’un parc hospitalier

L’hôpital devient le pivot de l’organisation des soins

problème : difficulté de connaître la demande au niveau national

1. **Régionalisation** :

- **Agence Régionale d’Hospitalisation** ( ARH )

🡪 organisation du dispositif hospitalier régional en répartissant le budget

- **Schéma Régional d’organisation Sanitaire** ( SROSS )

= plan d’organisation du dispositif hospitalier régionalisé en fonction des besoins

- **Conférence sanitaires de secteurs** regroupant les secteurs publiques et privés

afin d’harmoniser les complémentarités de chacun notamment pour les équipements lourds ( scanner, IRM )

! **Notion d’efficience**( introduite dans la loi 1991) c-a-d bon malade dans le bon lit

! **Notion d’accréditation** ( introduite en 1991, renforcée en 1996 )

🡪 **Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé** ( ANAES )

= réseau d’expert établissant des recommandations médicales

sur bases scientifiques consensuelles ( ~~o~~ aspect humaniste ) :

- publication de manuels

- délivrance des accréditations

=> démarche volontariste d’obtention d’un label quand à la prise en charge du malade

qui permet d’avoir une plus grande importance vis-à-vis de l’ARH

1. **Contractualisation**:

repose sur la **complémentarité** des structures

afin de permettre un **accès rationnel** aux soins & **coordination**

=> formation de **réseaux de soins**

ex : mise à disposition du matériel radiologique un certain jour de la semaine

par un clinique pour l’hôpital publique ;

répartition des services de court et de long séjour

## Pour la pratique libérale

🡪 par le système de **protection sociale :**

1. **non étatisé** : domaine public géré par le secteur privé :

- gestion par représentants des partenaires sociaux

- tutelle de l’état :

- vote du budget par le parlement

- répartition de ce budget par le gouvernement

1. mise en place de **convention** avec les professionnels de santé

quant aux procédures de prises en charge des malades :ce sont les **références médicales.**

# Institutions médico-sociales

## Définition

= institutions **publiques** ou **privées**,

qui a titre **principale** ou de manière **permanente**,

**accueille**, **héberge** ou **place** dans des familles

des personnes dont l’état **requiert une protection particulière**

**Rôle** :

- pour les mineurs : éducation spéciale

- pour les majeurs : adaptation ou réadaptation professionnelle

- pour les personnes âgées dépendantes : prise en charge fin de vie

## Loi du 30 juin 1975

= **lutte contre l’exclusion** des personnes handicapés

+ donner des **moyens de subsistance**

mais distinction entre mineurs et majeurs

## Différentes structures

### Pour les enfants et les adolescents

1. **Institut Médico-Educatif ( IME )**

= structure **médicalisée** ( 1 médecin attitré + infirmiers )

**but :** donner un **bagage social** pour les handicapés **physiques** ou **mentaux**

1. **Institut Médico-Pédagogique ( IMP )**

🡪 enfants de **3 à 14 ans**

**but** : bagage **scolaire**

1. **Institut Médico-Professionnel ( IMPro )**

🡪 jusqu'à **18 ans**

**but** : bagage **professionnel**

**2. Institut pour handicapés Moteurs & Cérébraux ( IMC )**

🡪 pour **handicapés lourds**

causes : traumatisme cérébral, réanimé avec des séquelles lourdes, ...

**3. Centre Médico-PsychoPédagogique ( IMPP )**

🡪 accueil **en journée**

pour enfants ayant des troubles **psychiatriques** ou **de développement**

et nécessitant un **traitement** psychiatrique ou psychologique.

**4. Centre d’action médico-sociale précoce ( CAMSP )**

🡪 **prise en charge** du déficit ( souvent jusqu'à **6 ans** ) tout en laissant **l’enfant dans sa famille**,

souvent après dépistage en pédiatrie d’1 déficit physique ou mental.

**5. Placement familial**

+ suivi par un **pédopsychiatre** de l’enfant et de la famille d’accueil

Cause :

- **milieu défavorisé**

- **maltraitance**

- **troubles psychologiques graves** ( ex : autisme )

**6. Centre spécialisé pour déficits sensoriels**

🡪 déficits auditif ou visuel

but : palier au déficit par une scolarisation plus adaptée

### Pour les adultes

🡪 ~~o~~ assez de structures

**1. Maison d’accueil spécialisé**

🡪 accueil handicapés **neurologiques** ( tétraplégie, myopathie, ... )

but : prise en charge + occupations

**2. Longs séjours**

🡪 pour les personnes de **plus de 65 ans** ayant perdu leur autonomie

mais charge forfaitaire d’hébergement ≈ 2 000 euros/ mois

### Commission Départementale d’Education Spéciale ( CDES )

= commission **pluridisciplinaire** formée de :

- travailleurs sociaux

- représentants des familles

- pédopsychiatres

- ...

Elle décide de :

- **placement** de l’enfant dans 1 structure

- délivrance de **l’allocation d’éducation spéciale.**

### Commission Technique d’Orientation et de Replacement Professionnel ( COTOREP )

= structure départementale qui octroie :

1. **Allocation pour Adulte Handicapé** (AAH ) :

payée par la caisse d’allocation familiale si :

- **handicap > 80 %**

- **~~o~~ de droit ouvert** à la sécurité sociale ( autrement invalidité )

1. **statut de travailleur handicapé** :

pour les entreprises > 50 personnes 🡪 **cotât de handicapés**

dont le salaire dépend du handicap

1. **reclassement professionnel** :

avec stage de reclassement **rémunéré**

# Les professionnels de santé

🡪 prestataires de services :

plus il y a d’offres, plus il y a de demande

🡪 exercice réglementé par un code de santé publique

## Les médecins

Il faut être titulaire d’une diplôme : **doctorat d’état en médecine**.

L’exercice est contrôle au moment de l’installation par :

- la DDASS

- l’Ordre des médecins

### Conseil de l’Ordre des médecins

🡪 naissance tardive en **1945**

#### Rôle

- maintien des principes de **moralité**, de **probité** et **dévouement** indispensable à l’exercice de la médecine

- veiller à l’observation par tous les membres des **devoirs professionnels**

ainsi qu’au respect des règles dictées par le **code déontologiques**

- défend l’**honneur** et l’**indépendance** de la profession

#### Moyens

1. **tableau d’inscription** des personnes qui appartiennent à l’ordre
2. **cotisation annuelle** sauf pour les médecins militaires
3. **pouvoir de juridiction** :

🡪 sur **conditions légales d’exercice** & **déontologie**

- **démarche :** **interne** ou **suite à la plainte d’un tiers**

- **sanctions**:

- **avertissement**

- **blâme** inscrit dans un dossier

- **interdiction d’exercer** : qq. jours 🡪 plusieurs années

sans possibilité de remplacement

et avec un affichage sur la porte du cabinet

- **radiation**

#### Organisation

1. **conseil départemental** :

- mise à jour du **tableau des inscriptions**

- peut se porter **plaignant** vis-à-vis d’un confrère

- veille au respect de la **non-publicité**

ex : réglementation des plaques

- veille à **l’application des sanctions**

- vérifie **les contrats d’exercice d’activité des médecins salariés**

- vérifie les **licences de remplacement** (notamment si étudiant )

1. **conseil régional** :

= compétence disciplinaire de I° instance

- **section disciplinaire** ⬄ déontologie & qualité des soins

- **Section des Assurances Sociales** ( SAS ) ⬄ convention

( présidé par un magistrat car sanction pénale )

1. **conseil national** :

- participe à l’élaboration du **code déontologique** ( sur demande )

- fixe le montant de la **cotisation**

- surveille la **gestion des conseils régionaux et départementaux**

- **instance juridictionnel d’appel**

### Académie de médecine

- nomination par le gouvernement

- sollicité pour des **avis** d’ordre technique en matière de **Santé Publique**

par toute structure qui en fait la demande

### Sociétés savantes

ex : société française de gastro-entérologie

🡪 publie des études spécifiques 🡭 le savoir de leurs membres

### Syndicats médicaux

🡪 défense des intérêts matériel de la profession

Ceux qui sont habilités sont ceux qui sont reconnus par l’Etat.

## Les pédicures-podologues

L’ordre des pédicures-podologues existe dans la loi ( Loi du 4 fev. 95, pas de décret ) mais pas dans la réalité.

🡪 ordre aménagé avec les mêmes fonctions que l’ordre des médecins mais avec des différences dues aux nombres moindres des pédicures-podologues :

- l’ordre regroupe obligatoirement tous les pédicures-podologues habilités à exercer en France

- ~~o~~ de conseil départemental prévu

### Rôle

- maintien des **principes de moralités** indispensables à l’exercice des professionnels

- veille au respect du **code de déontologie**

- assure la **défense** & **l’honneur** de la profession

- organise toute œuvre d’**entraide** aux bénéfices de des membres ou ayant-droit ( ex : conjoint )

- **organisme consultatif** pour le ministère de la santé

### Organisation

#### Conseil régional ( = général )

🡪 cumule des **attribution** du conseil départemental & régional de l’ordre des médecins :

- établir le **tableau** des membres de l’ordre

- faire rentrer les **cotisations annuelles**

- rôle de **conciliations** entre les membres

- **mission disciplinaire** au sein de l’ordre des médecins

🡪 **constitution** : uniquement des podologues

- 9 **membres titulaires**

- 9 **membres supplémentaires**

↵ élus par des podologues **pour 6 ans** & renouvelés par **1/3** tous les **2 ans**

sauf le **président** qui est élu tous les 2 ans

🡪 **réunion** :

- **5 personnes** minimum

- **nombre impair** : autrement le plus jeune se retire

↵ le ressort territorial des conseils régionaux fait l’objet d’un décret.

! **Pour être inscrit sur le tableau**, il faut :

- en faire la demande par **lettre recommandée avec accusé réception**

- accompagné d’un **extrait de naissance**

- **copie certifiée conforme du diplôme**

#### Conseil national

- fixe la **cotisation annuelle**

- participe à l’élaboration du **code de déontologie**

- **rôle disciplinaire d’appel** au sein de l’ordre des médecins

**L’organisation sanitaire internationale**

# L’Organisation Mondiale de la Santé ( OMS )

🡪 rattaché à l’Organisation des Nations Unies ( ONU )

## Constitution

1. date : 1946
2. siège : Genève
3. mission : amener tout les peuples au niveau de santé le plus élevé possible

cf. conférence d’Alma-Ata

## Structure

### Assemblée

1. composée de délégués des différentes nations qui adhèrent à l’OMS
2. réunion en session ordinaire ( au moins 1 fois / an )

+ réunion extraordinaire si demande du conseil ou de la majorité des membres

1. rôle :

- fixation de la politique générale

- étude de recommandations devant être appliquées dans tous les états membres

- nomination du directeur général

- choix des représentants de l’organisation

- vote du budget

1. pouvoir : adopter 🡪

- recommandations ( ex : standart diagnostic )

- règlements obligatoires ( ex : vaccinations, nomenclature des maladies )

- normes concernant les produits biologiques

### Conseil

1. membres :

- nombre : 30

- élus par l’assemblée tout les 3 ans

1. réunions : 2 / ans
2. rôle :

- appls des décisions de l’assemblée ( exécutif )

- propositions à l’assemblée

- en cas d’urgence : habilité à prendre des mesures

### Secrétariat

1. composition :

- directeur général : élu par l’assemblée

- **fonctionnaires**

### Régionalisation

🡪 6 régions sanitaires :

Afrique, Amérique, Asie du Sud Est, Europe, Méditerranée Orientale,Pacifique Oriental

## Rôle ?

🡪 accomplit des projets :

1. assurance technique aux états membres qui en font la demande
2. rôle statistique et épidémiologique

# L’Europe de la Santé

🡪 pour l’instant : pas d’« eurosanté »

## Bref historique

but initial CE : économique avec l’établissement d’un marché commun

1° appls sanitaire : pb des radiations ionisantes des travailleurs

Depuis :

- traité de Rome ( 1972 ) : relèvement du niveau de vie

- acte unique européen ( 1986 ) : développement environnement & recherche

=> rapprochement des législations nationales en Santé

## Rouage

🡪 pas de politique de santé européenne en tant que tel

mais actes communautaires comprenant :

1. règlements communautaires :

- obligatoire pour tous les états membres

- de portée générale

- publié au journal officiel de la communauté européenne

1. directives communautaires :

- fixation d’objectifs

- marge de manoeuvre

1. recommandations :
2. élaboration actes communautaires :

- au niveau de la commission européenne

- rôle :

- proposition au conseil politique de santé

- mise en œuvre de ces politiques lorsqu’elles sont décidées par le conseil

## Différentes structures

1. Conseil :

- ministre des états membres

- organe décisionnel

- pouvoir de légiférer

1. Parlement :

- émet des avis sur les textes proposés par la commission

=> regard politique sur la commission européenne

## « l’Europe des médicaments »

= pb économique

🡪 4 directives :

- distribution en gros des médicaments

- statut légal des médicaments

- règles de publicité

=> mise en place d’une agence européenne pour l’harmonisation des règles d’autorisation d’une médicament

## « l’Europe blanche »

🡪 harmonisation des diplômes, de la durée des études

## Protection des travailleurs

- dès 1960 🡪 mise en place d’un fond européen sur les problèmes des emplois

- 1989 🡪 Chartres des personnes ( principes & droit ) au regard du travail

## Politiques communautaires

🡪 en filigrane

1. Environnement :

plus de 200 directives en matière de nuisances sonores & de pollution, déchets, biotechnologie, ...

1. Recherche :

actuellement 6 programmes de recherche dont seulement 1 sur la santé

1. Protection des consommateurs :

actuellement : tout produit légalement fabriqué dans un état doit être admis dans tous les autres états, sauf si la législation internationale l’interdit pour des raisons de Santé Publique

1. Lutte :

- contre le cancer :

dès 1985, les chefs d’Etat européen ont admis un schéma européen de lutte contre le cancer

1° plan d’action ( 1990 ) : prévention, campagne d’information, éducation sanitaire

- contre le SIDA :

1986 : coopération en matière de SIDA

depuis : 15 actes communautaires adoptés

mais chaque pays garde sa spécificité en la matière

- contre la toxicomanie :

🡪 comité européen de lutte contre la drogue :

- action de coordination au niveau des états membres

- observateur européen sur le phénomène

- répression accrue sur le marché illicite

- action au niveau international

**Epidémiologie**

# Définition

🡪 très nombreuses définitions dont :

**définition OMS :**  étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines ainsi que des influences qui déterminent cette distribution.

↵ notion de maladies ( et pas de phénomène de santé )

+ phénomène d’interaction entre les maladies dans une population

=> **épidémiologie descriptive** = la plus répandue

On peut considérer qu’il y a aussi :

- une **épidémiologie clinique** : la plus simple

- une **épidémiologie sociologique** : très balbutiante

=> est-ce la maladie qui est à l’origine de la population ou l’inverse ?

**EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE** :

on distingue :

- **é. descriptive**: voir, analyser & décrire les maladies

but : surveillance de la maladie pour très rapidement déceler la propagation de la maladie

- **é. étiologique** : étude des causes des maladies plurifactorielles

but : traitement ne se limitant plus à l’aspect médical

ex : éviter les comportements néfastes

- **é. d’évaluation** : évaluation de l’impact d’une action

🡪 permet de remettre en cause les interventions déjà faites

# Objectifs

- connaître **l’état de santé** de la population

- **rôle de sentinelle** :alerter lors de l’apparition d’un phénomène de santé

ex : apparition méningite dans le centre de la France

Cela nécessite un certain nombre de **structures** :

↵ **centres d’informations « de routine » obligatoire**

pour déceler l’apparition des pathologie et de collecter les informations par :

1. déclaration des **décès** :

nécessaire à l’inhumation de la personne

🡪 conditions du décès

1. déclaration des **maladies contagieuses** ( rougeole, méningite cérébro-spinal, tétanos, SIDA, ... )

🡪 pas nominatif seulement type de maladie

1. déclaration des **accidents du travail** & des **maladies professionnelles**

nécessaire pour la prise en charge par la sécurité sociale :

- en général : ticket modérateur normal

- pour les maladies comprises dans le cahier de décharges et sur arrêté ministériel ( ≈ 30 ) :

exonération de ticket modérateur

🡪 nature de l’accident ou de la maladie occasionnés par le travail

↵ **autres systèmes de registres** :

1. **ancien service militaires** : permettant de faire des prévisions
2. **services des hôpitaux** : registre des diagnostics réalisés
3. **registre des cancers** : cas de cancer pris en charge

↵ **réseau sentinelle** :

= personnel qui étudie dans la population d’apparition des maladies & l’évolution de l’avancé de la maladie c-a-d **enquête épidémiologique**

ex : épidémie de grippe

# Moyens : indicateurs

**déf. Indicateur** : outil qui permet de déceler un état de fait,

variable qui peut être mesurée pour étudier l’état de la population

## Indicateur de mortalité

🡪 **taux de mortalité brut** : nombre de décès / population

Ex : 🡮 taux dans tranche d’âge > 60 ans ⬄ pb social des retraites

🡪 **taux de mortalité spécifique** : taux brut ramené à une cause spécifique, ou à un âge

ex : % âge lors d’un décès causé par une tuberculose sur 1an

🡪 **taux de létalité** : nombre de décès pour une maladie donnée / nombre de déclaration de la maladie

🡪 **taux proportionnel** : nombre de décès pour une maladie / ensemble des décès

ex : 1° cause de mortalité en France : maladies cardio-vasculaires

=> **propabilités de décès** = évaluer le risque de mourir d’une population dans un temps donné :

ex : risque plus important de mourir pour les hommes que pour les femmes

## Indicateur de morbidité

**déf. Morbidité** : taux de présence d’une maladie dans une population

1. **morbidité ressentie** : perception personnelle d’une personne

🡪 permet de connaître le nombre de personnes allant se faire soigner

1. **morbidité objective** : définie par le corps médical à partir d’un diagnostic clinique

🡪 permet de vérifier la morbidité

## Indicateur de prévalence

**déf. Prévalence** : appréciation de la présence d’une maladie dans une population

🡪 plus projective que le taux de morbidité

# Enquête épidémiologique

🡪 très lourd : peu demander plusieurs années, préparation très importante

## Différents types

### Enquête prospective

🡪 étude dans le temps d’un groupe de personnes sur un critère donné.

### Enquête rétrospective

🡪 étude à posteriori

### Enquête transversale

🡪 état des lieux à un moment donné ( la plus répandue )

## Déroulement

### Etude du problème de santé

= 1° temps essentiel très long ( parfois jusqu'à 1 an )

1. définition du problème : bibliographie 🡪

livres & articles concernant le problème

afin de connaître les différentes facettes, conclusions et recommandations

= BILAN

1. fixation du cadre :

- population

- cadre géographique

- cadre réglementaire

1. obtention des autorisations administratives
2. définition des moyens dont on va disposer :

- financier

- humain

- informatique

### Fixation du type d’enquête

🡪 prospective, rétrospective ou transversale

### Réalisation d’un échantillonnage ou d’un sondage

🡪 recourt à des statisticiens :

il faut éviter d’introduire des biais (éléments faussant les statistiques )

but : définir un critère ( ex : diagnostic, professionnel, territorial )

### Voire l’accessibilité et l’acceptabilité de la population évaluée

### Recueil des données

🡪 précision +++

### Traitement des données

On peut alors :

- savoir si on a atteint l’objectif

- déduire des décisions à caractères de santé publique afin de faire progresser l’état de santé de la population

- appliquer cette décision

# Un problème de santé publique : le tabagisme

1. vraie toxicomanie : accoutumance & état progressif de dépendance

## Terrain

1. d’abord ( 2° guerre mondiale ) : hommes adulte d’une couche sociale élevée,

maintenant : plutôt femmes

1. élément émancipateur :

- détachement par rapport à la génération précédente

- image valorisante du fumeur : contenance, dynamisme, intégration dans un groupe

1. pb pour expliquer le tabagisme des adolescents
2. mais la population évolue : les non-fumeurs ne veulent plus être enfumés.

## Coût social

≈ 80 milliard de francs

- coût direct : dépenses de santé

- coût indirect : arrêt du travail, indemnité, ...

1. taux de mortalité chez les fumeurs : 🡭 cte
2. risque de décès avant 65 ans : x2 pour 20 cigarettes / jour
3. espérance de vie d’un homme de 25 ans fumant 1 paquet / jour : 🡮 4ans

## Intoxication tabagique

1. goudrons ( = hydrocarbures aromatiques ) : facteurs favorisant les cancers
2. fumées : composantes irritantes pour les muqueuses de l’arbre respiratoire

- 🡮 échange & ventilation au niveau des poumons

- inflammation chronique => cancer

1. nicotine : dépôt graisseux sur les parois des vaisseaux => athérosclérose

## Prédisposition pathologique

### Cancers

1. localisation :

- vessie

- poumons

- bouche, pharynx, larynx

- voie aérodigestive sup.

- oesophage

1. gravité : selon la localisation 🡪

- oesophage : ttt difficile => mort par dénutrition

- vessie : 🡪 amputation

### Incidence sur le système cardio-vasculaire : athérosclérose

1. au niveau du cœur :

- angine de poitrine

- infarctus du myocarde

1. au niveau du cerveau :

- troubles cognitifs

- troubles de la mémoire

- AVC : hémiplégie, coma, ...

1. au niveau des membres inférieurs = artérite :

- claudication intermittente

- pied froid 🡪 amputation

1. au niveau aortique :

- anévrisme aortique => mort subite

### Incidence sur les voies respiratoires

🡪 irritation des voies aériennes sup. :

- trachéites,

- inflammation chronique ( trachée, bronches, ... si tout = broncho-pneumopathie chronique obstructive ),

- insuffisance respiratoire chronique

! Quand on arrête : possibilité de retrouver des poumons ≈ sains au bout de qq années.

### Incidence chez les femmes enceintes

↵ risque présent mais moindre si arrêt avant la grossesse :

- retard de croissance du foetus par mauvaise oxygénation

- naissance avant terme +++ ( enfants de petits poids )

- mort subite du nourrisson ++

## Prévention

🡪 législation antitabac depuis 1976 :

1. interdiction de faire de la publicité ou de la propagande

( interdiction de sponsoriser des manifestations sportives )

1. obligation pour les fabricants d’indiquer sur les paquets :

- « abus dangereux pour la santé ... »

- taux de nicotine & de goudrons

1. interdiction de l’usage du tabac dans les locaux :

- collectifs

- scolaires

- avec jeunes de moins de 16 ans

- à vocation sanitaire

- transport urbain

- ascenseur collectif

1. obligation de ménager des espaces non-fumeurs dans transports : routier, aérien, maritime
2. **Notions de risque**
3. **C’est la probabilité de survenue d’1 évènement (maladie ou décès) à l’intérieur d’1 population définie et pendant 1 période donnée**
4. Le risque n’est pas le même pour tous les individus, il **varie avec l’exposition à un certain nombre de facteurs**. Les études épidémiologiques vont chercher à préciser la relation entre 1 ou plusieurs facteurs, et l’apparition d’une pathologie.
5. ex : risque du K du poumon est plus augmenté si on est exposé au tabac que si on ne l’est pas
6. On parle alors de groupes à risque : population exposée qui a 1 probabilité élevée de survenue d’1 maladie (ex : enfants face aux accidents domestiques)
7. Ce sont des personnes qui du fait leur **état**, de leur **comportement** ou de la **situation** dans laquelle elles se trouvent, sont **exposées à des risques particuliers** susceptibles de **porter atteinte à leur état de santé**, avec 1 fréquence anormale.
8. **Les Groupes à risque**
9. 1°)en raison d’un état particulier
10. **a)Etat Physiologique**
11. Ce sont essentiellement : - les **prématurés**
12. - les **personnes âgées** : sont le plus souvent atteintes de maladies chroniques et qui présentent 1 risque élevé de traumatismes (ex : fracture du col du fémur) lié à 1 certain degré d’impotence fonctionnelle et aux troubles sensoriels et de l’équilibre fréquents chez le 3e âge
13. **b)Etat Pathologique**
14. - Les **grands malades cardiaques**, **respiratoires** et **rénaux** sont particulièrement menacés en cas d’épidémie de grippe
15. - Les patients qui présentent une **fragilité particulière aux infections** et surtout à la **tuberculose** (ex : les malades du SIDA, personnes sous Tt immunosuppresseur = greffés ou corticoïdes et à moindre degré les diabétiques)
16. - Les **handicapés** et les **malades mentaux** en raison de leur vulnérabilité aux diverses agressions que peut comporter le milieu environnant
17. 2°)en raison du comportement
18. **a)Comportement Alimentaire**
19. - La **suralimentation** 🡺 surcharge pondérale voire obésité avec risque de développement d’1 Diabète , d’1 hypertension artérielle, d’1 maladie cardio-vasculaire, etc.
20. Le risque est d’autant plus grand si la suralimentation est associée à d’autres facteurs tels que la sédentarité ou le tabagisme
21. - La **consommation abusive** d’**alcool** peut être aggravée par l’apparition d’1 état de dépendance avec le risque de retentissement sur l’organisme : cirrhose du foie, K, complications nerveuses voir de démence, accidents de la route, etc.
22. **b)Consommation Excessive de Tabac**
23. Risque accru de développement de MCV = maladie cardio-vasculaires et de K des voies respiratoires (poumons, Larynx)
24. **c)Toxicomanie**
25. Entraîne une dégradation de l’organisme :
26. - **somatique** : risque de SIDA, hépatite virale, septicémies, décès par overdose (surtout chez héroïnomanes qui s’injectent la drogue par voie IV) et dénutrition
27. - **psychique avec troubles mentaux** parfois aigus, très sévères et pouvant conduire au meurtre ou au suicide.
28. Cette dégradation est liée à la dépendance qui tôt ou tard, sera la cause d’1 déchéance sociale grave parfois irréversible
29. **d)Comportement à Risques Face aux MST**
30. Absence de protection lors des rapports sexuels, partenaires multiples et prostitution
31. 3°)en raison de la situation des individus
32. **a)Situation Sociale**
33. \_ Chômeurs en fin de droits ou de longue durée
34. \_ RMIstes
35. \_ SDF : souvent affectés par la dénutrition, la tuberculose, l’alcoolisme, voire la toxicomanie et l’infection due au VIH (Virus de l’Immunodéficience Humaine)
36. **b)Situations Professionnelles**
37. \_ Cancer du poumon (chez les goudronneurs ou lié à l’amiante)
38. \_ Pb de dos
39. \_ Silicose chez les mineurs des mines de charbon
40. Ces groupes à risque doivent être pris en charge par la société ds des **structures sanitaires adaptées** (centres de cures et de post-cures pour les toxico) et par le **système de protection sociale** (prise en charge à 100 % du SIDA par la Sécurité Sociale)
41. La **santé publique** avec l’aide du **système de santé** et des **associations** s’occupera de la **prévention** visant à **limiter l’extension du phénomène**, mais surtout essaiera d’**éviter la survenue du risque** essentiellement par le biais du **dépistage** précoce de certaines affections et par l’**éducation sanitaire** (ex : les campagnes dans la lutte contre le SIDA : incitation à l’usage du préservatif)
42. Le SIDA
43. **Maladie Transmissible, Non Contagieuse**
44. **I)Généralités**
45. Elle évolue en 2 étapes :
46. - **Séropositivité** : apparaît en moyenne quelques semaines après la date de contamination et qui peut durer plusieurs année et pouvant atteindre 10 à 15 ans (d’autant + longue qu’il n’y a ps de nvelle contamination du patient)
47. - **Installation de la maladie elle-même** : caractérisée par la survenue de tumeurs (lymphomes, Kaposi) et d’infections essentiellement respiratoires (pneumonie), digestives (diarrhées), neurologique (paralysies, troubles de l’équilibre, visuels, convulsions, désorientation, confusion, dépression, etc), et cutanéo-muqueuses en raison d’agents bactériens, viraux ou parasitaires opportunistes (normalement présents et inoffensifs) devenus pathogènes du fait du déficit immunitaire. Celui-ci est lié à l’action destructrice du virus sur les lymphocytes, c’est pourquoi on appelle cette infection le **Syndrome d’Immuno-Déficience Acquise** = SIDA
48. Le SIDA sévit à l’état **endémique** sur l’ensemble de la planète, mais il frappe plus particulièrement les pays en voie de dvpt et surtout : Afrique, Haïti, Brésil, Asie du Sud est. La propagation de ce fléau est aggravée par l’absence de politique de Santé publique adaptée contrairement au pays dits dvpés ds lesquels les mesures adéquates ont été rapidement mises en œuvre par les autorités responsables
49. Ces mesures de Santé Publique visant à enrayer la diffusion de la maladie reposent sur 1 bonne connaissance des mécanismes de sa transmission
50. **II)Modes de Transmissions**
51. 1)Réservoir du Virus
52. Il est humain et la transmission de la maladie est inter-humaine. Elle se fait à partir des porteurs asymptomatiques (séropositivité isolée) tout autant que par des malades avérés
53. Il y a plusieurs voies de transmission
54. 2)Contamination par Voie Sexuelle
55. Les pers les plus exposées sont celles ayant des partenaires multiples qui ne prennent pas les précautions qui s’imposent lors des rapports sexuels (hétérosexuels autant que homosexuels)
56. Virus présent ds le sang, le sperme et à moindre degré ds les sécrétions vaginales
57. ***Rque*** : rôle favorisant des infections génitales de la femme ds la transmission de la maladie, càd, les MST autre que le VIH
58. 3)Contamination par Voie Sanguine
59. Se fait partir du sang contaminé, dans des circonstances diverses :
60. - transfusions sanguines, produits dérivés du sang pour les hémophiles, greffe d’1 organe provenant d’un donneur infecté (avt les mesures préventives)
61. - toxicomanes s’administrant la drogue par voie IV aux occasions d’échange de seringues
62. - en milieu médical lors d’un acte professionnel
63. 4)Contamination d’Origine Maternelle
64. Elle peut avoir lieu pendant la grossesse (surtout à la fin de celle-ci) par passage transplacentaire du virus de la mère à l’enfant
65. Mais surtout au cours de l’accouchement, mais aussi pendant l’allaitement
66. **III)Mesures de Prévention**
67. 1)Voie Sexuelle
68. L’usage du préservatif reste le moyen le + sûr, et est encouragé par les campagnes d’information sans cesse répétées et par la mise à disposition du public gratuitement ou par les distributeurs automatiques (surtout chez les jeunes)
69. 2)Voie Sanguine
70. a)Transfusions
71. le dépistage systématique des AC anti-viraux sur le sang du donneur constitue une sécurité quasi absolue.
72. De même pour le chauffage des produits anti-hémophiliques qui a supprimé le risque de contamination des hémophiles traités par ces produits
73. b)Toxicomanes
74. mesures visant à leur faciliter l’acquisition d’une seringue stérile (vente libre, distribution de seringues stériles en échange de seringues souillées notamment ds des antennes servant de points d’accueil et de prise en charge des toxicomanes)
75. c)Contamination des Professionnels de Santé
76. - recommandations consistants par exemple à ne pas réintroduire 1 aiguille qui vient d’être utilisée dans son étui protecteur initial, ou à déposer systématiquement ds des boîtes spécialement conçues à cet effet le matériel à usage unique venant d’être utilisé
77. - port de gants, masque, lunettes pour certains actes médicaux à risques
78. - rigueur avec laquelle doit être désinfecté et stérilisé le matériel non jetable utilisé à pour le diagnostic (fibroscope par ex) ou thérapeutique (instruments chirurgicaux, respirateurs artificiels, etc)
79. 3)Maternelle
80. Elle peut être réduite par le **Tt systématique de la mère par l’AZT**
81. L’**allaitement est proscrit** si la mère est infectée
82. 4)Autres Mesures
83. - **dépistages anonymes et gratuits** : ds des centres agréés et financés par l’Etat
84. - **prise en charge à 100% par la sécurité sociale** des frais médicaux occasionnés par les soins nécessaires aux malades, prises en charge en milieu hospitalier ds des unités adaptées, prise en charge au domicile des patients éventuellement selon la formule de l’appartement thérapeutique avec l’aide d’associations spécialisées
85. - **protocoles de Tt préventifs par l’AZT** qui visent à retarder la survenue de la maladie chez les personnes séropositives
86. - **subventions aux associations** ayant vocation à lutter contre la maladie de la part des collectivités publiques (Etat, collectivités territoriales) et des organismes de Sécurité Sociale
87. - dvpt de la **lutte contre les autres MST** qui favorisent la transmission de la maladie
88. - **financement de la recherche médicale sur le SIDA**
89. Cancer
90. Généralités
91. Il pose l’1 des + grave pb de santé publique
92. Il est caractérisé par la **multiplication d’1 lignée de cellules qui échappent à la régulation de l’organisme** auquel elles appartiennent et aboutit ainsi à leur **prolifération anarchique** = constitution d’1 **tumeur maligne** qui par opposition à 1 tumeur bénigne entraînera tôt ou tard la mort par extension locale, régionale et surtout par dissémination générale = **métastases** ds l’organisme
93. Cette **tumeur maligne** = Cancer (K) peut être :
94. \_ **solide** : Elle constitue, alors, 1 tumeur d’abord localisée sous la forme d’1 masse qui peut secondairement, se propager à distance par essaimage (K des poumons, du sein ou de la prostate, par ex)
95. \_ **liquide** : touche alors la circulation sanguine = **Leucémies**
96. Le K est assez svt d’**évolution relativement longue**. Il existe, en effet :
97. \_ **1 ∅ initiale latente** = **Infra-clinique**, càd, **sans symptômes** et donc muette, pendant laquelle seul le dépistage systématique peut mettre en évidence la tumeur.
98. \_ **∅ patente** (suit la ∅ initiale) : marquée par des symptômes qui conduisent les patients à consulter où se pose avt tt la question du **caractère curable ou non** par les moyens actuels (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie essentiellement) lié au degré d’extension loco-régional et général de la tumeur
99. Le K est responsable de **¼ des décès** survenant **chaque année en France**. Plus précisément de :
100. \_ 30% des décès chez l’homme
101. \_ 20% des décès chez la femme
102. Les K les plus fréquents : \_ K des poumons = K bronchiques
103. \_ K des voies respiratoires sup = K du Larynx
104. \_ K du sein
105. \_ K de l’intestin = K du colon
106. leur incidence est variable. Si certains K tendent à 🡮 (estomac, ovaire, corps de l’utérus par ex) d’autres sont en très nette 🡭 :
107. \_ K du poumon surtout chez la femme épargnée jusqu’à 1 époque relativement récente
108. \_ K du col de l’utérus, en raison notamment de la fréquence accrue des MST chez la femme jeune et qui est responsable de lésions chroniques précancéreuses du col
109. \_ K du pancréas
110. Facteurs Prédisposants Ils st extrêmement variés
111. Liés à l’Individu Lui-même
112. **Facteurs Généraux**
113. \_ **génétique** : liés à 1 anomalie se situant au niveau d’1 chromosome lors de la transmission du patrimoine génétique
114. \_ **hormonaux** : liés à l’activité des hormones (K du sein 🡪 femme et de la prostate 🡪 homme)
115. **Facteurs Locaux**
116. \_ **cutanés** (naevus)
117. \_ **intestinaux** (polypes du côlon, surtout familiaux et héréditaires)
118. \_ **langue** (plaques de leucoplasie du fumeur)
119. \_ **col de l’utérus** (dysplasie constatée lors des frottis cervico-vaginaux systématiques ds laquelle la genèse les MST jouent 1 G rôle)
120. Extérieurs à l’Individu
121. Liés par exemple aux facteurs carcinogènes (directement cancérigènes) et co-carcinogènes (agissant en renforçant l’action des précédents)
122. **Facteurs Carcinogènes**
123. \_ le **tabac** est le principal d’entre eux : il est responsable du 1/3 des décès chez les sujets masculin (K des poumons, du Larynx, de la Langue, de l’œsophage, de la Vessie)
124. \_ certaines **substances chimiques produites ou utilisées ds l’industrie** : hydrocarbures (benzène), colorants (aniline), engrais azotés, amiante
125. \_ **agents physiques** : radiations nucléaires (secteur nucléair)
126. **Facteurs Co-Carcinogènes**
127. L’**alcool** est le + répandu et joue 1 rôle essentiel ds la genèse des K du Larynx, de la langue, de l’œsophage, du foie, sur cirrhose éthylique
128. Renfonce l’action de ceux cité précédemment
129. Rôle des Virus
130. Ont un rôle dans la survenue de certaines tumeurs :
131. \_ K du foie
132. \_ survenue d’1 hépatite virale (VhC surtout)
133. \_ fréquence de tumeurs malignes du SIDA et \_ K du col de l’utérus et MST lié au virus appelé Papilloma Virus (responsable de lésions cervicales précancéreuses)
134. Moyens de Prévention
135. Ils sont destinés à réduire les effets nuisibles de ces K pour les individus et pour la collectivité, soit :
136. \_ en luttant contre les facteurs qui y prédisposent = Prévention primaire
137. \_ en intervenant à 1 stade précoce par leur dépistage = Prévention secondaire
138. \_ en limitant les conséquences des tumeurs une fois développées dans l’organisme par leur Tt et par le biais de la réadaptation et réinsertion des patients dans la société = Prévention tertiaire
139. Prévention Primaire
140. **Education Sanitaire**
141. par information large du public ds le cadre : \_ de la lutte contre le tabagisme et l’alcoolisme
142. \_ l’éducation alimentaire
143. \_ l’information des femmes sous Tt hormonal
144. **Action Spécifique en Milieu Professionnel** Elle se fait par
145. \_ **protection contre les radiations** du personnel travaillant en radiologie ou radiothérapie, en laboratoires d’exploration ou de recherche nucléaire
146. \_ **interdiction ou réglementation** très stricte de **l’emploi** et de **l’usage** de certaines **substances particulièrement toxiques** en raison de leur pouvoir cancérigène
147. \_ **respect de certaines consignes de sécurité**
148. **Autres Mesures**
149. \_ **protection de l’environnement** : air, eau de consommation, etc
150. \_ **contrôle du taux d’homme** dans la viande produite ou importée en France
151. Prévention Secondaire
152. dépistage systématique qui ne peut cependant s’appliquer qu’aux tumeurs facilement accessibles :
153. **Dépistage du K du Sein**
154. \_ Par **mammographies** au cours du bilan gynécologique à partir d’1 certain âge et surtout s’il existe des antécédents familiaux de K du sein (mère, sœur) et en particulier chez les femmes n’ayant ps eu d’enfants
155. \_ Examen du sein contro-latéral ds le suivi d’1 K du sein en rémission ou même guéri
156. \_ Apprentissage aux femmes à l’auto-palpation visant au dépistage précoce d’1 nodule latent du sein
157. **Dépistage du K du Col de l’Utérus**
158. par **frottis cervico-vaginaux** systématiques au cours de tout examen gynécologique à la recherche d’1 dysplasie de la muqueuse cervicale, en particulier ap l’âge de 40 ans
159. **Dépistage du K du Côlon**
160. \_ recherche de traces de sang ds les selles = **hémocult**
161. \_ **coloscopie** (fibroscopie du côlon) au moindre doute
162. \_ **biopsie** et **exérèse** systématique des **polypes** rencontrés à cette occasion
163. **Dépistage du K de la Vessie**
164. par l’**étude cytologique urinaire** (recherche de cellules suspectes ds les urines) chez les personnes qui travaillent ds l’industrie des colorants et au contact de ces produits ds leur activité professionnelle
165. **Examen Médical**
166. Il devrait ts comporter systématiquement :
167. \_ **chez l’homme** : . 1 palpation des bourses 🡪 K du testicule
168. . 1 toucher rectal (à partir d’1 certain âge) 🡪 K de la prostate
169. \_ **chez la femme** : . 1 palpation des seins 🡪 nodule
170. . 1 toucher vaginal 🡪 K du col débutant
171. \_ **chez tt les patient** : . 1 toucher rectal 🡪 K du Rectum (en particulier ds le cadre d’1 consultation motivée pour des troubles apparemment anodins tels que des hémorroïdes)
172. . la palpation des aires ganglionnaires superficielles (cervicales, axillaires et inguinales notamment)
173. . la palpation de la rate, du foie et de l’abdomen
174. ***Rque*** : On imagine aisément que malgré leur intérêt évident en santé publique, de tels gestes ne soient ps faciles à mettre en œuvre, ds le cadre d’1 consultation pour 1 trouble n’ayant rien à voir avec leur exécution. Ils st pourtant, par principe, exigés des étudiants en médecines appelés à examiner les patients admis en hospitalisation ou même simplement en consultation hospitalière
175. Prévention Tertiaire
176. Comprend la **prise en charge** des K découverts à l’occasion de troubles liés à leur évolution déjà notable :
177. \_ **diagnostic du K et son type histologique**
178. \_ **Bilan de son extension** :
179. . **locale** (volume de la masse tumorale et retentissement éventuel sur les organes de voisinage)
180. . **régionale** (ganglionnaire)
181. . **générale** (métastases hépatiques, osseuses, cérébrales, etc) puis pose des indications thérapeuti-ques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, etc) et choix d’1 stratégie de Tt en fonction de ts ces éléments et du terrain : âge, MCV, maladies respiratoires ou autre(s) associée(s).
182. Cela représente un **coût considérable** qui pèse:
183. \_ sur  le budget de la caisse de la **Sécurité Sociale** (prise en charge des K avérés : hospitalisa-tion en service spécialisé et couverture à 100 % par l’Assurance Maladie)
184. \_ Au niveau de la **société** : mise en invalidité pour ceux qui st actifs
185. On comprend alors, que le dépistage systématique et la prévention primaire soient 1 impératif majeur de la politique de santé publique
186. Maladies Cardio-Vasculaires
187. I)Généralités
188. Elles st **liées à la suralimentation qui caractérise les pays dvpés** où elles constituent 1 des pb les plus important rencontrés en santé publique.
189. Elles sont la **1e cause de mortalité en France** avec + de 200 000 décès par an (≈ 37 % du total des décès)
190. Ces maladies dont la **fréquence croît avec l’âge**, affecte donc avt tout les sujets âgés. Cependant, avt l’âge de 60 ans, les hommes sont bcp + souvent atteints que les **femmes** qui sont **protégées** par leur **activité hormonale** jusqu'à leur survenue de la ménopause (il est toutefois à noter, que la contraception orale, cad, la prise d’oestro-progestatifs par le biais de la «pilule» favorise l’altération des artères tt comme elle peut entraîner 1 phlébite au niveau des veines)
191. Le **mécanisme d’installation** des MCV est essentiellement dû au **vieillissement prématuré de la paroi des artères** = **artériosclérose**
192. En effet, les artères st l’objet d’1 **dépôt** = **athérome** progressif, à l’intérieur de leur paroi, qui est constitué de graisses = lipides (cholestérol et triglycérides notamment) présentes en quantité trop élevée ds le sang qui est liée à 1 apport alimentaire excessif.
193. L’athérome forme avec le temps une plaque qui va 🡮 l’espace intérieur = lumière de l’artère et ainsi, être responsable d’une **privation de sang des tissus irrigués par cette artère** = **ischémie** (cette réduction de calibre de l’artère peut aller jusqu’à l’obstruction totale et entraîner la mort = **nécrose** du tissu). La paroi de l’artère peut encore être le siège d’1 dilatation = **anévrisme** ou même d’1 rupture entraînant 1 **hémorragie**
194. La maladie est généralisée à l’ensemble du système artériel mais elle s’exprime avec 1 prédilection toute particulière au niveau des vaisseaux de certains organes :
195. 1)Artères Coronaires (Cœur) = **Cardiopathies Ischémiques**
196. Elle pvent se caractériser par :
197. \_ 1 **ischémie** entraînant 1 douleur à l’effort = **angine de poitrine** ou **angor**
198. \_ **nécrose du muscle cardiaque** = **infarctus** du myocarde
199. Il y a + de 100 000 infarctus par an en France et les cardiopathies ischémiques st responsables de + de 50 000 décès par an
200. 2)Cerveau & Tronc Cérébral (Artères Carotides, Vertébrale, du cerveau) = **AVC**
201. Les Accidents Vasculaires Cérébraux pvent se caractériser par :
202. \_ **ischémie** ou **nécrose du tissu cérébral** (ramollissement)
203. \_ **hémorragie**
204. L’1 et l’autre entraîne généralement 1 **hémiplégie** de survenue brutale avec parfois **coma** (le + svent mortelle ou laissant des séquelles sévères)
205. Il y a + de 130 000 AVC par an en France
206. 3)Artère Rénale (Rein) **insuffisance Rénale Chronique** et 1 **hypertension artérielle**
207. 4)Membres Inf = **Artérite**
208. Elle se traduit svent par des douleurs à la marche
209. Il y a 1 risque de ***nécrose des orteils***
210. 5)Gos Troncs Artériels
211. **Anévrisme de l’Aorte, de l’Aorte Thoracique** avec risques de rupture
212. II)Facteurs de Risques Cardio-vasculaires
213. Ces Maladies st favorisées par des facteurs de risques cardio-vasculaires (CV) :
214. \_ surcharge pondérale
215. \_ sédentarité
216. \_ tabac
217. \_ diabète
218. \_ 🡭 de l’acide urique ds le sang
219. \_ hypercholestérolémie
220. \_ hypertriglycéridémie
221. Les Maladies Cardio-vasculaires pèsent très lourdement sur le budget de la branche Assurance Maladie de la Sécurité Sociale. En effet, elles st la cause d’au – **10 % des hospitalisations** (venant juste ap les accidents de la route) et + de **20 % des prescriptions médicales**
222. Leur prévention est donc 1 souci majeur des responsables de la politique de santé publique
223. III)Prévention Primaire
224. **Vise à éviter la survenue de l’artériosclérose** = athérosclérose, principalement par la lutte contre les facteurs de risques cardio-vasculaires qui comprend donc :
225. **Lutte Contre le Tabagisme**
226. **Régimes Alimentaires Equilibrés**
227. Il évite d’être trop riche : . en calories (risque de surpoids)
228. . en sucre (diabète)
229. . en graisses (hypercholestérolémie)
230. **Dépistage Systématique des Facteurs de Risques CV**
231. Se fait surtout ap la 40aine (médecine du travail, bilan de santé de la Sécurité Sociale, etc)
232. Il comporte notamment : . la prise du poids
233. . la prise de la tension artérielle
234. . 1 électrocardiogramme
235. . 1 bilan de sanguin (lipides, cholestérol, triglycérides, etc)
236. . le Tt éventuel de ces facteurs
238. **Surveillance Régulière des Facteurs de Risques CV**
239. Lors de la prise d’1 contraception orale : hypercholestérolémie et hypertension artérielle
240. Elles st ainsi 1 contre-indication à ce mode de contraception. Par ailleurs, l’association pilule-tabac est très fortement déconseillée
241. IV)Prévention Secondaire
242. **Vise à limiter les conséquences néfastes de l’artériosclérose**, 1 fois cette dernière constituée.
243. Mise en place d1 **prise en charge** des MCV par l’**hôpital** (en 1er lieu) et le **système de soins**
244. Ceci en utilisant les **techniques de pointe** en matière :
245. \_ de **diagnostic** (coronarographies, scintigraphies cardiaques, scanner et IRM du cerveau et du tronc cérébral, angiographies, etc)
246. \_ de **Tt médical** (réanimation cardiaque)
247. \_ de **Tt chirurgical** (pontage aorto-coronaires)
248. V)Prévention Tertiaire
249. **Vise à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociales des malades**
250. Il faut enfin souligner le rôle très important des **associations** ds la lutte contre ce fléau par le biais notamment de l’**éducation sanitaire** à l’attention d’1 **public large**, mais également ciblée sur 1 public tels que les jeunes (lutte contre le tabagisme, conseils hygiéno-diététiques, etc)
251. Personnes Agées
252. Le problème posé par la présence de personnes âgées dans la population est lié à plusieurs facteurs :
253. - Leur nombre croissant en raison de l’**🡭 de la durée moyenne de vie** (espérance de vie) du fait des progrès de la médecine et du confort des conditions de vie modernes dans les pays occidentaux.
254. - La proportion des personnes âgées est en conséquence + grande et traduit un **vieillissement de la population** d’autant plus marqué que la proportion des jeunes est décroissante du fait de la **dénatalité**. Elle-même favorisée par la maîtrise de la fécondité par la femme dans les pays développés.
255. La question qui se pose est celle de la **prise en charge** de ces personnes devenues inactives par une population active de plus en plus réduite et marquée par un fort taux de chômage.
256. Cette prise en charge, ne se limite pas uniquement au **financement des retraites** (visent à assurer aux personnes âgées 1 minimum de pvoir d’achat) mais concerne également le **financement des dépenses de soins** dont ces personnes ont besoins. Ces personnes **consomment près des ¾ des prestations sanitaires chaque année en France.**
257. Cette question est d’autant + cruciale que ces personnes, pour 1 grand nbre d’entre elles, **se retrouvent seules** (par la perte du conjoint : svent 1 homme). La **prise en charge par la société se complique** davantage encore lorsque la personne âgée vivant seule se trouve ds 1 état de **dépendance physique** (grabataires par impotence fonctionnelle totale et éventuellement incontinence) ou **psychique** (démence sénile) **voire des 2**.
258. C’est donc là tout le pb de l’**action médico-sociale en faveur des personnes âgées**, action conduite sous la **responsabilité de l’État**, des **collectivités territoriales** (municipalités et département surtout) et des **organismes de protection sociale** qui pvent venir en aide en particulier ds la prise en charge financière de ces personnes
259. Cette prise en charge revêt plusieurs aspects en fonction du degré d’autonomie et des ressources propres de ces personnes et de leur entourage.
260. I)Personnes Autonomes
261. Elles ne présentent ps de troubles majeur de la motricité ou d’1 organe sensoriel, notamment cécité ou des fonctions intellectuelles
262. Elles peuvent être maintenues à domicile ou bénéficier d’un hébergement collectif.
263. 1)Maintient à Domicile rendu possible grâce à certaines mesures :
264. - retraites
265. - versement d’allocations spéciales pour permettre un niveau de revenu minimum
266. - amélioration de l’habitat (grâce à l’aide au logement, construction de logement neufs) et du cadre de vie
267. - aides à domicile (soins infirmiers, aides ménagères) ss la responsabilité de la collectivité ou des associations
268. - organisation des loisirs (club du 3e âge, gratuité des transports, réduction pour les places de spectacles)
269. 2)Hébergement Collectif
270. - foyers-logements
271. - maisons de retraite, avec ou sans section de cure médicale
272. II)Personnes Invalides
273. Elles st devenues dépendantes en raison de la **perte de leur autonomie** et son prise en charge par la Sécurité Sociale (Assurance Maladie) ou par l’Aide Sociale (à la charge du département où elles résident)
274. Ces personnes invalides peuvent aussi être maintenues à leur domicile ou maintenues dans des établissements spécialisés.
275. 1)Maintient à Domicile
276. - soins infirmiers + lourds que ds le cas des personnes autonomes, organisés par la mairie ou associations
277. - hospitalisation à domicile (HAD) fait obligatoirement suite à 1 hospitalisation classique et comporte des soins dispensés par 1 équipe de l’hôpital où s’est déroulé le séjour ayant précédé l’HAD
278. 2)Placement en Etablissement Spécialisé
279. elles sont placées dans des services de **long séjour**, dont les soins st pris en charge par la sécurité sociale (Assurance Maladie), mais où les frais d’hébergement pvent être assumés par l’intéressé, ses proches ou par la collectivité en cas de ressources insuffisantes (Aide Sociale)
280. TOXICOMANIE
281. I)Alcoolisme
282. C’est 1 concept difficile à définir car c’est 1 **définition quantitative** (consommation excessive)
283. La sensibilité individuelle n’est ps prise en compte (les gens ne le métabolisent pas de la même façon, donc difficile à juger)
284. **L’alcoolisme est dit aigu ou chronique**
285. Boissons alcoolisées = boissons fermentées (vin, bière, cidre) ou distillées (eau de vie)
286. La consommation d’alcool conditionne le niveau d’alcoolisation d’une population. En dépit d’une 🡮 régulière depuis 30 ans, la France reste le 1er consommateur mondial, suivi par le Portugal, l’Espagne, l’Italie, l’Allemagne, la Belgique, le Danemark et l’Irlande.
287. L’analyse de la consommation montre une prédominance pour le vin puis pour la bière
288. On remarque une croissance de l’alcoolisme des femmes et des jeunes, ainsi que des disparités géographiques ente les régions françaises : + élevé dans le Nord et l’Ouest
289. L’alcool représente 10% du budget alimentaire des ménages
290. Conséquences Sanitaires
291. **Mortalité**
292. Elle est difficile à chiffrer
293. **n’est** **comptabilisée que ds les cas de cirrhose du foie ou de psychose alcoolique** (delirium tremens)
294. Elle est d’≈ 40 000 décès par an
295. Parmi ces décès, certains st liés à la **maladie alcoolique**, mais aussi aux **accidents de la route**, aux **suicides** et à la **tuberculose**.
296. D’autre décès sont imputables à l’**association de consommation alcool-tabac** (K des voies aéro-digestives sup)
297. Les + touchés st les **hommes de 35 à 65 ans** (plus chez les ouvriers)
298. **Morbidité**
299. concerne surtout l’**appareil digestif** (foie, pancréas, etc) et le **système nerveux central**.
300. On dénote aussi 1 risque accru de **prématurité**, de **malformation** et de **retard de croissance** chez les nouveaux-nés de mères alcooliques
301. Conséquences Socio-Economiques
302. le coût direct de l’alcoolisme est difficile à évaluer :
303. \_ **Hospitalisation** : 30% des malades hommes hospitalisés en **médecine générale** et en **psychiatrie** ont des pb d’alcool et 20 % chez les femmes
304. \_ **Accidents de Circulation** : **45% des accidents mortels** sont dû à l’alcool.
305. \_ **Accident du Travail** : ds **20% des cas,** l’alcool est mis en cause
306. \_ **Absentéisme au Travail** : **multiplier de 2 à 5 fois** chez les salariés alcooliques
307. \_ délits, suicide, conflits familiaux : l’alcool utilise une grande place
308. Lutte Contre l’Alcoolisme
309. **Mesures Collectives**
310. \_ **information**, **éducation sanitaires** mises en place dès l’école primaire (publicité, cinéma, etc 🡪 donnent 1 image positive de l’alcool qui nuît à l’efficacité de l’éducation)
311. \_ **mesures économiques** visent à agir sur la quantité de boisson disponible en interdisant certaines boissons (absinthe) en limitant la création de débits de boissons, en instaurant des taxes sur l’alcool, en les interdisant aux mineurs non-accompagnés.
312. \_ **Mesures législatives** : nombreuses, anciennes et d’ordre répressif
313. . **loi de 1873** : pour lutter contre l’ivresse publique (difficile) 🡪 Loi qui lutte contre l’alcoolisme dans le milieu du travail
314. . **loi de 1986** : institue 1 procédure de rétention immédiate du permis de conduire après 1 dépistage du taux d’alcoolémie positif
315. . **loi de 1987** : interdiction des pubs pour les boissons alcoolisées à la télévision
316. . **loi de 1981** : aucune boisson alcoolique ne doit être vendu dans les écoles
317. **Mesures Individuelles**
318. \_ dépistage des buveurs excessifs
319. \_ dépistage des buveurs dépendants : observation de la langue, du poids, tremblements, etc (cure de sevrage et post-cure)
320. Il existe depuis 1970 des structures spécifiques centres d’hygiène alimentaire et d’alcoolémie
321. Traitements
322. \_ **cure de sevrage** : vise à rompre la dépendance vis à vis de l’alcool  et nécessite :
323. . l’arrêt total de la consommation
324. . le désir réel d’arrêter de boire
325. cette cure requiert une **hospitalisation d’environ 1 mois**
326. \_ **post- cure** (éviter les rechutes) ds des foyers, lieux intermédiaires comme l’hôpital et le domicile.
327. II)Tabagisme C’est une toxicomanie
328. Les conséquences sanitaires sont préoccupantes. En effet, la **nicotine** agit sur le **système nerveux autonome** (cardio-vasculaire) 🡪 le fumeur présente une augmentation du rythme cardiaque.
329. L’**oxyde de carbone 🡮 la fixation de l’O2 sur l’hémoglobine** (comme si le fumeur vivait ds 1 espace à oxygène raréfié), son rôle est important ds les maladies respiratoires et cardiovasculaires
330. Les **goudrons** ont un effet **cancérigène**
331. Consommation
332. **Ds le Monde**
333. Augmente régulièrement avec un léger ralentissement ds les pays occidentaux. Mais à l’inverse continue à croître ds les pays en voie de dvpt
334. **En France**
335. L’étude de la consommation en fonction du sexe et de l’âge met en évidence :
336. \_ prédominance masculine chez les adultes (50% des hommes et 30% des femmes) mais l’écart 🡮 régulièrement.
337. \_ 🡭 du tabagisme chez les jeunes : 12% entre 12-13 ans, 50% à 16 ans et 66% à 18 ans (égalité garçons et filles)
338. \_ 🡭 du tabagisme chez les chômeurs : 45% et à l’inverse 1 taux très faible chez les exploitants agricoles
339. Conséquences Sanitaires
340. **\_ Mortalité** l’espérance de vie à 20 ans d’un fumeur avec 20 cigarettes par jour est réduite de 6 ans /R à 1 non-fumeur
341. Le rapport HIRSH évalue à 2500 le nbre de décès par le tabac par an
342. **\_ Cancer** Le tabac est à l’origine directe d’≈ ¼ des décès sont dus au tabac : K du poumon et des Voies aéro-digestives
343. \_ **MCV** Le tabac est l’1 des principaux facteurs de risques en fonction de l’ancienneté du tabagisme et de son importance
344. \_ **Maladies Respiratoires Chroniques**
345. Le tabac constitue le principal facteur de risque des bronchites chroniques
346. \_ **Grossesse** 🡭 le risque de prématurité par 2 pour 20 cigarettes par jour
347. \_ **Tabagisme Passif** Le tabac peut entraîner des effets morbides chez les non-fumeurs
348. Lutte Contre le Tabagisme
349. **Mesures Individuelles**
350. **sevrage** qui vise à rompre la dépendance vis à vis du tabac.
351. Les méthodes sont nbreuses : cures médicamenteuses, acupuncture, patchs, etc, mais ces méthodes n’interviennent qu’en appoint.
352. Leur efficacité immédiate est bonne, mais à long et moyen terme, elle devient aléatoire, hypothétique
353. **Mesures Collectives**
354. \_ **Information** et **éducation sanitaire** de masse sur la population à risque essentiellement dans le milieu scolaire
355. \_ **Mesures Réglementaires** : existent depuis 1976
356. . **1976** = **Loi Veil** : concerne surtout la publicité, l’usage du tabac ds les locaux à usage collectif
357. . **Loi Evin** = **1991-1992** : a renfoncé ces mesures en interdisant toute publicité directe et indirecte en préconisant l’information scolaire et en lieux publiques
358. \_ **Mesures Economiques** : le prix du tabac (taxes)
359. III)Drogues
360. Termes réservés aux **toxiques illégaux** : substances chimiques, naturelles
361. Certaines drogues sont utilisées à des fins thérapeutiques et font l’objet d’1 prescription médicale contrôlée.
362. La toxicomanie  est 1 état de dépendance psychique et physique
363. C’est 1 phénomène de société qui intéresse la santé publique car le toxicomane est un malade dont la santé physique est éprouvée, dans 70% des cas ils st porteurs du virus HIV et contribuent à la diffusion du SIDA.
364. Epidémiologie
365. Concerne en France 100 000 à 150 000 toxicomanes mais < à la réalité, certaines sources font état d’1 million de toxicomanes dont 200 000 héroïnomanes)
366. Les toxico sont : . nombreux dans les prisons
367. . jeunes (90% ont moins de 35 ans et 50% ont moins de 25 ans)
368. . + svent des hommes (3 hommes pour 1 femme)
369. . surtout des célibataires
370. . des personnes inactives
371. . sans niveau scolaire
372. Conséquences
373. **Mortalité**
374. Mal connue : elle est 30 fois supérieure à celle de la population du même âge
375. **Socio-économiques**
376. Elles st lourdes en raison des comportements psychiques qui marginalisent les toxico.
377. **produits en causes** : . barbituriques associés à l’alcool ou aux amphétamines 🡪 coma
378. . cannabis : consommé sous forme diverses : majéjuana, hachich, huile de cannabis. Cette drogue douce entraîne euphorie, et marginalisation précède la prise d’autres drogue dites dures
379. . extasie (peut entraîner la mort après coma)
380. . héroïne
381. . cocaïne
382. . hallucinogènes
383. . opium
384. . tranquillisants
385. . autres substances (éther, colle, solvants, etc)
386. Les vitamines sont responsables d’une stimulation physique et intellectuelle suivies d’agressivité et parfois de suicides.
387. **Sanitaires**
388. Délires, dépressions entraînant des suicides, accidents fréquents, infections virales (Vh B, C et HIV)
389. Prévention
390. **Prévention Primaire**
391. **Organisation Internationale du Contrôle de la Production et de l’Approvisionnement**
392. S’appuie sur : \_ l’amélioration des conditions de vie
393. \_ amélioration des loisirs de la jeunesse
394. \_ information sélective des adolescents
395. \_ **Historique** :
396. . dès **1918**, la Société des Nations Unis décide du contrôle international des stupéfiants
397. . ap **1945**, l’Organisation des Nations Unis prend le relais
398. . dès **1976**, l’**OMS** participe à la lutte anti-drogue
399. D’autres institutions st concernés : . AVOPE
400. . UNESCO
401. . INTERPOL
402. \_ **Législation française** : la **lutte contre la toxicomanie** a fait l’objet d’une réglementation dès **1948** concernant les **prescriptions médicales** :
403. . interdiction de vente aux mineurs
404. . interdiction de délivrance de l’éther
405. . seringues et aiguilles à usage unique en vente libre
406. . répression de ceux qui incitent à consommer (1 à 5 ans)
407. . **Loi de décembre 1970** : prévoît le placement de toute personne usant de façon illicite de stupéfiant sous surveillance de la DDASS. Cette dernière décidera de le nécessité éventuelle d’1 cure de désintoxication
408. ***Rque*** : si le malade refuse le DDASS prévient le Parquet
409. La lutte dépend du **Comité Inter-Ministériel de Lutte Contre la Toxicomanie**
410. L’information du grand public peut se faire auprès des DDASS et par le minitel
411. **Prévention Secondaire**
412. S’adresse aux **consommateurs occasionnels** de stupéfiants non-toxicomanes
413. Des **Centres d’Accueils** ou **Centres Ambulatoires** existent pour aider à éviter le passage à la toxicomanie
414. **Prévention Tertiaire**
415. Propose des **Services Thérapeutiques en Centres Hospitaliers** ou **Centres Spéciaux** ainsi que la **réinsertion sociale**