

François Bourdillon  
Gilles Brücker  
Didier Tabuteau

Traité  
de **santé**  
**publique**

3<sup>e</sup> édition

S

**L**avoisier  
Médecine  
SCIENCES

*Chez le même éditeur*

*Dans la collection « Traités »*

Anesthésie-réanimation chirurgicale, par O. Fourcade, T. Geeraerts, V. Minville et K. Samii  
Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, par P. Ferrari et O. Bonnot  
Traité d'addictologie, par M. Reynaud, L. Karila, H.-J. Aubin et A. Benyamina  
Traité de psychiatrie, par M. Gelder, R. Mayou et P. Cowen  
Traité de médecine et de chirurgie de l'obésité, par A. Basdevant, J.-L. Bouillot, K. Clément, J.-M. Oppert et P. Tounian  
Traité de nutrition clinique de l'adulte, par A. Basdevant, M. Laville et É. Lerebours  
Traité de diabétologie, par A. Grimaldi  
Traité d'endocrinologie, par Ph. Chanson et J. Young  
Traité de prévention, par F. Bourdillon  
Manuel d'échocardiographie clinique, par A. Cohen et P. Guéret  
Médecine cardiovasculaire du sujet âgé, par P. Assayag, J. Belmin, J.-M. Davy, J.-N. Fiessinger, P. Friocourt, G. Jondeau, J. Puel et Ch. Tivalle  
Traité de thérapeutique cardiovasculaire, par P. Ambrosi  
Traité de pneumologie, par M. Aubier  
Traité d'allergologie, par D. Vervloet et A. Magnan  
Traité d'ORL, par D. Brasnu, D. Ayache, S. Hans, D.M. Hartl et J.-F. Papon  
Traité de médecine hospitalière, par J.-P. Grünfeld  
Traité de thérapeutique rhumatologique, par Th. Bardin et Ph. Orcel  
Maladies métaboliques osseuses de l'adulte, par M.-C. de Vernejoul et P. Marie  
Traité de proctologie, par Ph. Godeberge  
Traité de pancréatologie clinique, par Ph. Lévy, Ph. Ruzniewski et A. Sauvanet  
Traité de gynécologie, par H. Fernandez, C. Chapron et J.-L. Pouly  
Traité d'obstétrique, par D. Cabrol, J.-C. Pons et F. Goffinet  
Traité d'imagerie médicale, par H. Nahum  
Principes de médecine interne Harrison, par D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, J.L. Jameson, J. Loscalzo  
Traité de médecine, par L. Guillevin, L. Mouthon et H. Lévesque

*Dans d'autres collections*

La petite encyclopédie médicale **Hamburger**, par M. Leporrier  
Guide du bon usage du médicament, par G. Bouvenot et C. Caulin  
Le Flammarion médical, par M. Leporrier  
Dictionnaire français-anglais, anglais-français des termes médicaux et des médicaments, par G.S. Hill  
L'anglais médical : *spoken and written medical english*, par C. et F.-X. Coudé

François Bourdillon  
Gilles Brücker  
Didier Tabuteau

Traité  
de **santé**  
**publique**

**3<sup>e</sup> édition**

*Préface du Professeur Joël Ménard*

**Lavoisier**  
Médecine  
SCIENCES  
editions.lavoisier.fr

1<sup>re</sup> édition, 2004  
2<sup>e</sup> édition, 2007

*Direction éditoriale* : Fabienne Roulleaux  
*Coordination éditoriale* : Béatrice Brottier  
*Fabrication* : Estelle Perez  
*Couverture* : Isabelle Godenèche  
*Composition* : Softwin, Bucarest

ISBN 978-2-257-20679-4  
© 2016, Lavoisier, Paris

## Liste des collaborateurs

ALLA François, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, École de santé publique, université de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy.

AMOUYEL Philippe, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Santé publique, Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention, Inserm UMR 1167, université et CHRU, Lille.

ANCELLE Thierry, Maître de conférences des Universités, ancien Praticien hospitalier, Paris.

ANDRIEUX-MEYER Isabelle, Médecin référente hépatites virales, Campagne d'accès et Département médical, MSF International et Centre opérationnel de Genève.

ARVEILER Dominique, Médecin épidémiologiste, Praticien hospitalier, laboratoire d'Épidémiologie et de Santé publique, EA 3430, département de Santé publique, faculté de Médecine, université de Strasbourg.

BARRET Anne-Sophie, MsC, Direction des maladies infectieuses, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.

BASSET Bernard, Médecin spécialiste en Santé publique, Vice-Président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Paris.

BAUBEAU Dominique, Médecin de santé publique, Direction de l'action sociale du département des Yvelines (Dasdy), Versailles.

BECK François, Directeur, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis.

BESSETTE Dominique, Docteur, pôle Santé publique et soins, département Prévention, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.

BOURDILLON François, Directeur général de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice ; Professeur associé à Paris 6, faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Pitié-Salpêtrière, Paris.

BOURGUEIL Yann, Directeur de recherches, Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES), Paris.

BOUSQUET Philippe-Jean, Docteur, pôle Santé publique et soins, département Observation-Veille-Évaluation, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.

BRAUN Serge, Directeur scientifique, AFM-Téléthon, Évry.

BRIXI Omar, Médecin et enseignant de Santé publique (en retraite), ayant travaillé au CFES, à la FMF et à l'INCa.

BRODIN Marc, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département de Santé publique, université Paris 7-Denis Diderot ; hôpital Robert-Debré et Hospitalisation à domicile, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

BRÜCKER Gilles, Médecin spécialiste en Santé publique, Professeur des Universités, ancien Directeur de l'Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

CAILLARD Jean-François, Professeur honoraire de Médecine et Santé au travail, université de Rouen ; Médecin consultant, Médecine du travail, CHU, Rouen.

CHE Didier, Docteur en Pharmacie, Épidémiologiste, Direction des maladies infectieuses, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.

COTTET Christian, Directeur général, AFM-Téléthon, Évry.

COUTERON Jean-Pierre, Président de la fédération Addiction, Paris.

COUTY Édouard, Conseiller-Maître honoraire, Cour des comptes ; enseignant à Sciences Po, Paris.

CRAPLET Michel, Médecin délégué, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Paris.

CRÉMIEUX François, Directeur des hôpitaux universitaires Paris Nord, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

DE BELS Frédéric, Docteur, pôle Santé publique et soins, département Dépistage, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.

DELAGE Judith, Consultante, Juriste en droit de la santé, diplômée de l'EHESS, cabinet Arthur Hunt Consulting, Paris.

DELOUR Marcelle, Pédiatre, Médecin de santé publique, Protection maternelle et infantile de Paris.

DELPECH Marc, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Génétique et Biologie moléculaires, hôpital Cochin, Paris.

DESENCLOS Jean-Claude, Directeur scientifique, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.

DIEBOLT Vincent, Directeur, F-CRIN (French Clinical Research Infrastructure Network), hôpital Purpan, Toulouse.

DORMONT Brigitte, Professeur des Universités, laboratoire d'Économie de Dauphine-laboratoire d'Économie et Gestion des organisations de santé (LEDa-LEGOS), université Paris Dauphine.

DUGUET Christophe, Directeur des affaires publiques, AFM-Téléthon, Évry.

DUHAMEL Gilles, Inspecteur général des affaires sociales, IGAS, Paris.

DUMARTIN Catherine, Pharmacien, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, CCLIN Sud-Ouest, CHU, Bordeaux.

- DUMONT Gérard-François, Professeur, université Paris-Sorbonne.
- DUPONT Marc, Directeur d'hôpital, Direction des affaires juridiques, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- EB Mireille, Responsable diffusion des données de mortalités, CépiDc-Inserm, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.
- FERRARI Claudia, Docteur, pôle Santé publique et soins, département Organisation et parcours de soins, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.
- FLOUZAT Jean-Philippe, Médecin gériatre, Conseiller médical, Pôle médicosocial, agence régional de santé Île-de-France, Paris.
- FONTAINE Alain, Médecin de santé publique, Praticien hospitalier, mission « Stratégie et recherche », Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.
- FOURCADE Nathalie, Sous-Directrice, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.
- FOURNIER Véronique, Médecin, Directrice du Centre d'éthique clinique, hôpital Cochin, Paris.
- FRANCO Alain, Interniste, Gériatre, Professeur des Universités, Grenoble.
- GAGNAYRE Rémi, Professeur des Sciences de l'éducation, Directeur du laboratoire « Éducatifs et pratiques de santé » EA 3412, UFR Santé, médecine et biologie humaine, université Paris 13, Sorbonne Paris Cité.
- GOT Claude, Professeur honoraire de l'université Paris-Ouest.
- GRIMALDI André, Professeur émérite ; institut E3M, service de Diabétologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
- GUELFY Julien Daniel, Professeur émérite à l'université Paris Descartes ; clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale, hôpital Saint-Anne, Paris.
- HEARD Mélanie, Déléguée générale, Institut pour la démocratie en santé (IPDS), Paris.
- HENRION Roger, Professeur des Universités, Académie nationale de médecine, Paris.
- HERCBERG Serge, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département de Santé publique, hôpital Avicenne, Bobigny ; université Paris 13, Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (EREN), Centre d'épidémiologie et biostatistiques, Sorbonne Paris Cité (CRESS), Inserm U1153, Inserm U1125, CNAM, COMUE Sorbonne Paris Cité.
- HOUSSIN Didier, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Délégation aux affaires étrangères, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- JACQUELINET Christian, Conseiller scientifique, Direction médicale et scientifique, registre du REIN, Agence de biomédecine, Saint-Denis.
- JORLAND Gérard, Directeurs d'études, Centre de recherches historiques, École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- JOSSERAN Loïc, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, laboratoire HANDIRESP EA 4047, URF des Sciences de la vie, université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines, hôpital Raymond-Poincaré.
- JOURDAN Didier, Professeur des Universités, université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.
- JULIA Chantal, Maître de conférences des Universités, Praticien hospitalier, département de Santé publique, hôpital Avicenne, Bobigny ; université Paris 13, Équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle (EREN), Centre d'épidémiologie et biostatistiques, Sorbonne Paris Cité (CRESS), Inserm U1153, Inserm U1125, CNAM, COMUE Sorbonne Paris Cité.
- KASTLER Florian, Doctorant en droit public, Attaché temporaire d'enseignement et de recherche, Institut droit et santé, UMRS 1145, université Paris Descartes.
- KEROUEDAN Dominique, Maître de conférences, Conseillère scientifique de la spécialisation Global Health de l'École des affaires internationales de Sciences Po/Paris School of International Affairs (PSIA), Paris.
- KOVESZ-MASFETY Viviane, Psychiatre, Professeur, département d'Épidémiologie et biostatistiques pour la décision en santé publique ; École des hautes études en santé publique, Saint-Denis ; chercheur associé au laboratoire « Psychopathologie et processus de santé », EA 4057, université Paris Descartes.
- LAMBERT de Rouvroit Axel, Directeur, Health Security Associates, Fontainebleau.
- LAMOUR Patrick, Médecin généraliste, centre médical Atlantis, Saint-Herblain.
- LAVALART Benoît, Docteur, Direction générale de la recherche et de l'innovation, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Paris.
- LERMENIER-JEANNET Aurélie, Chargée d'études, pôle « Indicateurs », Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis.
- LEVY-BRUHL Daniel, Médecin épidémiologiste, Direction des maladies infectieuses, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.
- LIGNOT-LELOUP Mathilde, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.
- LOMBRAIL Pierre, Médecin spécialiste en Santé publique et Médecine sociale, département de Santé publique, groupement hospitalier Paris Seine, Saint Denis ; EA3412, UFR Santé, Médecine et Biologie humaine, université Paris 13.
- LOT Florence, Médecin, Direction des maladies infectieuses, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.
- MARTIN Dominique, Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Saint-Denis.
- MAUDUIT Nicolas, Praticien hospitalier, service d'Information médicale, CHU, Nantes.
- MAY-MICHELANGELI Laetitia, Docteur, Praticien hospitalier, Chef de service de la mission « Sécurité du patient », Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis.

- MISSE Christophe, Directeur d'hôpital, Directeur du centre hospitalier Sud Essonne Étampes-Dourdan ; ancien Directeur de la recherche clinique et du développement, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- MORET Leïla, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Évaluation médicale et Épidémiologie, université et CHU, Nantes.
- MORIN Catherine, Docteur, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.
- MORTUREUX Marc, ancien Directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Maisons-Alfort.
- MOSNIER Anne, Médecin généraliste, Épidémiologiste, Open Rome (Réseau d'observation des maladies et des épidémies), Paris.
- NAIDITCH Michel, Chercheur associé, IRDES, Paris.
- OBRAĐOVIC Ivana, Directrice adjointe, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis.
- PARNEIX Pierre, Médecin, Praticien hospitalier, Président de la Société française d'hygiène hospitalière (SG2H) ; CCLIN Sud-Ouest, CHU, Bordeaux.
- PASCAL Jean, Praticien hospitalier, département d'Information médicale, CHU, Toulouse.
- PÉCOUL Bernard, Médecin, ancien Directeur de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels, MSF, Paris.
- PETIT Agnès, Directrice de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.
- PLETSCHETTE Michel, Médecin spécialiste, Conseiller, Direction générale santé et sécurité des aliments, Commission européenne, Bruxelles.
- PIERRE Stéphanie, Ingénieur de recherche, Centre d'éthique clinique, hôpital Cochin, Paris.
- PIZARRO Louis, Directeur général de SOLTHIS (Solidarité Thérapeutique et Initiative pour la Santé) ; Maître de conférences à Sciences Po, Paris.
- POLTON Dominique, Conseillère auprès du Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.
- PRUDHOMME Anne, Praticien hospitalier, Chef du service de Pneumologie, centre hospitalier de Bigorre, Tarbes.
- RANNOU Alain, Expert senior en radioprotection, adjoint à la Directrice de la protection de l'homme, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Fontenay-aux-Roses.
- REPUSARD Jacques, Directeur général, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Fontenay-aux-Roses.
- REY Grégoire, Directeur du CépiDc-Inserm, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre.
- RIGAUD Alain, Psychiatre des hôpitaux, Chef du pôle d'Addictologie, établissement public de Santé mentale (EPSM) Marne, Reims ; Président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Paris.
- ROBERT Philippe, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, CoBTeK (Cognition Behaviour Technology), Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR), université Nice Sophia Antipolis.
- RUMEAU-PICHON Catherine, adjoint au Directeur, service Évaluation économique et Santé publique, Haute Autorité de santé, Saint-Denis.
- SAN MARCO Jean-Louis, Professeur de Santé publique, Marseille.
- SAOUT Christian, Secrétaire général délégué, Collectif interassociatif sur la santé, Paris.
- SCEMAMA Olivier, Docteur, adjoint au Directeur, service Évaluation économique et Santé publique, Haute Autorité de santé, Saint-Denis.
- SPIRA Alfred, Professeur, Académie nationale de médecine, Paris.
- STENDEL Bénédicte, Directeur de recherches, équipe de recherche en Épidémiologie rénale et cardiovasculaire, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) (Villejuif), Inserm UMRS 1018, université Paris-Saclay, université Paris-Sud, université Versailles-Saint-Quentin.
- TABUTEAU Didier, Conseiller d'État, responsable de la chaire « Santé » de Sciences Po, Professeur associé et co-directeur de l'Institut droit et santé à l'université Paris Descartes, Inserm UMRS 1145.
- THÉLOT Bertrand, Médecin épidémiologiste, unité Traumatismes, Agence nationale de santé publique (Santé publique France), Saint-Maurice.
- VEBER Florence, Directrice, Délégation aux relations internationales, Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
- VERRY-JOLIVET Corinne, Responsable du département Documentation, Institut national de l'audiovisuel, Bry-sur-Marne.
- VIGUIER Jérôme, Docteur, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt.
- VON LENNEP Franck, Directeur, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris.
- WAGNER Aline, Médecin épidémiologiste, laboratoire d'Épidémiologie et de santé publique, EA 3430, département de Santé publique, faculté de Médecine, université de Strasbourg.
- ZMIROU-NAVIER Denis, Professeur des Universités en Santé publique, Praticien hospitalier, faculté de Médecine, université de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy ; École des hautes études en santé publique, Rennes.





# Sommaire

Préface, par J. MÉNARD.....	XIX
-----------------------------	-----

Avant-propos, par F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU.....	XXIII
---	-------

## FONDEMENTS

Chapitre 1	<b>Définitions de la santé publique</b> , par F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU.....	3
	Une construction historique.....	3
	Des définitions évolutives.....	3
	Les missions de la santé publique.....	4
	Les métiers de la santé publique.....	5
	Quelques définitions du vocabulaire de santé publique.....	6
Chapitre 2	<b>La santé publique : deux siècles de réformes sociales et de percées théoriques</b> , par G. JORLAND.....	7
	L'impact de la Révolution sur le système de santé.....	7
	Les médecins face à l'officianat de santé.....	8
	Les hôpitaux, centres d'enseignement et de recherche.....	8
	La distinction entre maladies infectieuses et contagieuses.....	9
	Les bureaux de bienfaisance.....	10
	L'hygiène publique.....	10
	L'assainissement des conditions de vie.....	11
	De l'hygiène publique à la santé publique.....	11
	Les institutions hygiénistes.....	12
	La loi de santé publique de 1902.....	13
	Le solidarisme.....	13
	La Sécurité sociale.....	14
Chapitre 3	<b>Les déterminants de la santé</b> , par F. ALLA.....	15
	Définition.....	15
	Modèles conceptuels.....	15
	Classifications des déterminants de santé.....	17
Chapitre 4	<b>Le risque</b> , par C. GOT.....	19
	Un concept puissant et d'usage difficile.....	19
	L'importance des mots.....	19
	Les formes du risque.....	20
	La connaissance du risque.....	21
	La conscience du risque.....	23
	Le principe de précaution.....	24

Chapitre 5	<b>Approche globale de la sécurité sanitaire au prisme des accords internationaux</b> , par D. HOUSSIN.....	26
	La portée mondiale du risque sanitaire à travers l'évolution du Règlement sanitaire international : avec un zeste de solidarité.....	26
	La préparation du monde à une pandémie grippale : avec une pincée d'équité.....	30
Chapitre 6	<b>Principes et organisation de la sécurité sanitaire</b> , par D. TABUTEAU.....	33
	Méthodologie de la décision sanitaire.....	33
	Un dispositif institutionnel original.....	35
	Un corpus législatif et réglementaire dense.....	38
	Un enjeu économique et politique majeur.....	40
Chapitre 7	<b>Promotion de la santé et prévention des maladies</b> , par J.-L. SAN MARCO.....	43
	Promotion de la santé.....	44
	Situation de la promotion de la santé en France.....	47
	Prévention des maladies.....	47
Chapitre 8	<b>Éducation pour la santé en France : un regard critique</b> , par O. BRIXI et P. LAMOUR.....	54
	Évolution historique des pratiques d'éducation pour la santé.....	54
	Éduquer pour la santé consiste-t-il à informer ? Persuader de changer son comportement ? Ou construire des compétences ?.....	55
	Principaux enjeux en éducation pour la santé.....	57
	Des pistes alternatives à une pratique normative de l'éducation pour la santé.....	59
Chapitre 9	<b>Pour un développement durable de l'éducation thérapeutique du patient en France</b> , par R. GAGNAYRE.....	63
	Constitution d'un champ d'études et de pratiques.....	63
	Le choix programmatique de l'éducation thérapeutique selon la loi HPST.....	65
	Les questions du développement de l'ETP en France.....	67
Chapitre 10	<b>Épidémiologie</b> , par T. ANCELLE et A. MOSNIER.....	71
	Définitions.....	71
	Méthodologie en épidémiologie.....	73
	Épidémiologie : science ou outil ?.....	77
Chapitre 11	<b>Surveillance</b> , par J.-C. DESENCLOS et G. BRÜCKER.....	79
	Historique.....	79
	La surveillance comme outil de base de la santé publique et de la sécurité sanitaire.....	79
	De la surveillance à la veille sanitaire.....	80
	Bases réglementaires et organisation de la surveillance et de la veille sanitaire.....	80
	Objectifs de la surveillance.....	82
	Mise en place d'un système de surveillance.....	83
	Évaluation des systèmes de surveillance.....	85
	Les grands types de systèmes de surveillance.....	85
	Rôle croissant des grandes bases de données médico-administratives dans la surveillance.....	92
Chapitre 12	<b>Dépistage</b> , par F. BOURDILLON.....	95
	Définition.....	95
	Prérequis pour mettre en place une stratégie de dépistage.....	95
Chapitre 13	<b>Recherche clinique et prise en compte de l'innovation médicale</b> , par Ch. MISSE et V. DIEBOLT.....	99
	Fondamentaux de la recherche clinique.....	99
	Organisation de la recherche biomédicale et en santé à l'hôpital.....	106
	Financement de la recherche clinique à l'hôpital.....	109
	Innovation.....	111
	Évaluation de la recherche.....	114
Chapitre 14	<b>La recherche en santé publique</b> , par A. SPIRA.....	116
	Quelques exemples de recherche en santé publique.....	117
	Les succès de la recherche en santé publique.....	122

	Les moyens de la recherche en santé publique.....	123
	Les enjeux de la recherche en santé publique.....	123
Chapitre 15	<b>Approche par population : démographie</b> , par G.-F. DUMONT.....	125
	Une espérance de vie inédite.....	125
	Deux siècles de longévité accrue « par le bas ».....	125
	La longévité accrue « par le haut ».....	126
	Vie et santé progressent-elles de concert ?.....	127
	Les différentiels de causes de décès selon le sexe.....	128
	La santé face à la « gérontocroissance ».....	129
	La question des effets de génération.....	130
	Les effets du progrès technique médical.....	130
Chapitre 16	<b>L'état de santé des Français</b> , par N. FOURCADE et F. VON LENNEP.....	131
	Des Français globalement en bonne santé.....	132
	Les déterminants de santé, enjeu de la prévention.....	133
	L'importance des inégalités sociales et territoriales de santé.....	134
	La santé aux différents âges : le poids croissant des polyopathologies chez les personnes âgées.....	135
	Au-delà des « maladies » : le retentissement des problèmes de santé sur la qualité de vie et la vie quotidienne.....	138
Chapitre 17	<b>Inégalités sociales de santé</b> , par J. PASCAL et P. LOMBRIL.....	140
	Une répartition des problèmes de santé suivant un gradient social.....	140
	Des inégalités sociales par sous-groupes spécifiques de populations.....	142
	Déterminants des inégalités sociales de santé.....	144
Chapitre 18	<b>Les droits des personnes malades</b> , par D. TABUTEAU et D. MARTIN.....	148
	Une conception humaniste des droits des malades.....	148
	L'affirmation de l'autonomie de la personne.....	150
	L'approfondissement du principe de solidarité.....	153
Chapitre 19	<b>Éthique et bioéthique</b> , par V. FOURNIER, J. DELAGE et S. PIERRE.....	159
	Repères historiques.....	160
	Repères législatifs.....	161
	Structures et institutions.....	168
	Quels enjeux pour l'avenir ?.....	171
<b>ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ</b>		
Chapitre 20	<b>Administrations sanitaires et organisation du système de santé</b> , par G. DUHAMEL.....	179
	Un système où l'action de l'État prédomine largement.....	179
	L'organisation centrale de l'État.....	179
	La montée en puissance de la régionalisation de la santé.....	181
	Organismes consultatifs.....	183
	Institutions de formation et de recherche.....	184
	Agences sanitaires nationales.....	184
	Sécurité nucléaire.....	186
	Opérateurs de service public sanitaire.....	187
	Autres agences nationales.....	187
	Caisses d'assurance maladie.....	189
Chapitre 21	<b>Assurances maladie obligatoire et complémentaires</b> , par B. DORMONT.....	191
	Une couverture insuffisamment protectrice.....	191
	Les défauts de coordination pour la maîtrise des dépenses de santé.....	193
	Un système coûteux en frais de gestion et subventions.....	194
	Un système qui contribue à une hausse des prix des soins.....	195
	Des règles de concurrence qui encouragent la sélection des risques.....	195
	Les évolutions en cours.....	196
	Que faire ?.....	196

Chapitre 22	<b>Régulation des dépenses de santé et maîtrise médicalisée</b> , par D. POLTON et M. LIGNOT-LELOUP.....	199
	Des réflexions pionnières à l'origine de cette démarche .....	199
	Des constats d'écart par rapport aux recommandations et de variabilité des pratiques qui s'appliquent au système de soins français.....	199
	Les débuts de la maîtrise médicalisée en France .....	201
	La mise en place d'une démarche structurée de promotion des bonnes pratiques auprès des professionnels .....	201
	Des leviers multiples .....	203
	Un bilan positif mais des questions qui restent en débat.....	204
Chapitre 23	<b>Établissements de santé</b> , par É. COUTY et M. DUPONT .....	206
	Définition et missions des établissements de santé.....	206
	Secteur public et secteur privé d'hospitalisation.....	207
	L'activité.....	209
	Service public hospitalier .....	209
	Gouvernance des établissements.....	210
	Régulation de l'offre hospitalière et contrôle de l'État .....	211
	Financement des établissements .....	213
	Statut du patient dans l'établissement de santé .....	215
	La stratégie nationale de santé et la « loi de modernisation de notre système de santé », promulguée le 26 janvier 2016 .....	215
Chapitre 24	<b>Les grandes stratégies de dépistage en France</b> , par C. RUMEAU-PICHON, O. SCEMAMA et F. BOURDILLON.....	218
	Dépistages au cours de la grossesse .....	218
	Dépistages à la naissance .....	220
	Dépistages aux différents moments de la vie .....	223
	Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires.....	227
	Dépistage des cancers.....	228
	Dépistage des maladies transmissibles .....	232
	Dépistages effectués sur les dons du sang .....	237
Chapitre 25	<b>Prévention et éducation à la santé en milieu scolaire</b> , par D. JOURDAN .....	242
	École et santé publique.....	242
	Prévention, éducation à la santé et mission de l'école .....	243
	Éducation à la santé dans les activités pédagogiques .....	244
	Éducation à la santé à l'école : une dynamique collective .....	245
	Une réalité contrastée.....	245
	Une contribution spécifique de l'école .....	246
Chapitre 26	<b>Prévention en milieu de travail</b> , par J.-F. CAILLARD .....	248
	Champ d'application de la prévention en milieu de travail.....	248
	Risques professionnels et évolution du travail .....	248
	Atteintes à la santé en lien avec le travail.....	249
	La stratégie de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail et sa traduction dans la réglementation .....	250
	Organisation et acteurs .....	251
Chapitre 27	<b>Place et rôle des associations d'usagers et de patients</b> , par Ch. SAOUT.....	255
	Nouveaux combats, nouveaux modèles.....	255
	Jonction avec l'agenda politique .....	256
	Nouveaux enjeux, nouveaux défis .....	257
<b>POLITIQUE DE SANTÉ EN FRANCE</b>		
Chapitre 28	<b>Définir une politique de santé, planifier, programmer, évaluer</b> , par A. FONTAINE.....	263
	Définir une politique de santé .....	263
	Planifier et programmer.....	268
	Suivi et évaluation .....	270

Chapitre 29	<b>Politique de santé</b> , par D. TABUTEAU .....	273
	Les limites indéfinies d'une politique de santé .....	273
	Les formes variées de la politique de santé en France .....	274
	Une politique enserrée dans un système de pouvoirs complexe .....	276
Chapitre 30	<b>Stratégie nationale de santé</b> , par M. HEARD et F. CRÉMIEUX .....	279
	Fournir un diagnostic partagé .....	279
	Une feuille de route pour l'action.....	280
	De la stratégie nationale de santé au projet de loi de modernisation de notre système de santé .....	281
	Quelle « vision novatrice » ? .....	281
Chapitre 31	<b>Petite enfance et politiques publiques de santé</b> , par M. DELOUR et M. BRODIN .....	283
	Du dépistage des affections débutantes au repérage des facteurs de risque à différents âges de la vie.....	283
	Structures publiques de prévention et de prise en charge.....	287
	Enjeux.....	291
Chapitre 32	<b>Violences conjugales</b> , par R. HENRION .....	293
	Épidémiologie .....	293
	Conséquences des violences.....	294
	Rôle des professionnels de santé .....	295
	Enjeux de santé publique .....	297
Chapitre 33	<b>Personnes âgées</b> , par A. FRANCO .....	299
	Les besoins .....	299
	Les réponses.....	304
	Les réalités .....	308
Chapitre 34	<b>Politique vaccinale</b> , par D. LÉVY-BRUHL.....	311
	Mise sur le marché d'un vaccin .....	311
	Processus décisionnel concernant un nouveau vaccin.....	312
	Bénéfice attendu des nouveaux vaccins.....	313
	Coût des nouveaux vaccins.....	313
	Profil de tolérance réel ou perçu.....	313
	Faisabilité de l'intégration d'un nouveau vaccin dans le calendrier vaccinal .....	314
	Mise en œuvre d'une politique vaccinale.....	315
	Suivi d'un programme de vaccination.....	316
	Mesure de la couverture vaccinale .....	316
	Mesure de l'efficacité vaccinale.....	317
	Surveillance des effets secondaires.....	317
	Surveillance épidémiologique.....	318
	Études séro-épidémiologiques.....	319
	Annexe : calendrier des vaccinations recommandées chez les enfants et les adolescents en 2016 .....	321
Chapitre 35	<b>Politique du médicament : de crises en réformes</b> , par D. MARTIN et D. POLTON.....	323
	Circuit du médicament .....	323
	Problématique de la sécurité du médicament.....	325
	Faut-il tout rembourser à n'importe quel prix ?.....	326
	Promouvoir le bon usage.....	327
Chapitre 36	<b>Politique nutritionnelle de santé publique en France :</b> <b>le programme national nutrition-santé</b> , par Ch. JULIA et S. HERCBERG .....	329
	Pourquoi mettre en place une politique nutritionnelle de santé publique en France ? .....	329
	Le PNNS, un vrai plan de santé publique .....	330
	Plan obésité 2010-2013.....	332
	Programme national pour l'alimentation .....	333
	Autres plans et programmes.....	333
	Impact des programmes de prévention .....	333

Chapitre 37	<b>Politiques de lutte contre le tabagisme</b> , par A. LERMIER-JEANNET, F. BECK et F. BOURDILLON .....	335
	Plaisir, manque et dépendance.....	335
	Première cause de mortalité prématurée.....	335
	Prévention .....	336
	Encouragement à l'arrêt de la consommation de tabac.....	338
	Enjeux.....	339
Chapitre 38	<b>Prévention du risque alcool</b> , par A. RIGAUD et M. CRAPLET.....	342
	Effets de la consommation d'alcool sur la santé et la vie en société.....	342
	Une prévention complexe.....	345
	Prévention : évolution des idées.....	347
	Difficultés permanentes et récentes.....	352
	Perspectives et interrogations .....	354
	Annexe. La prévention du risque alcool en débat : les dix dernières années.....	354
Chapitre 39	<b>Éléments pour une politique des addictions</b> , par F. BECK, J.-P. COUTERON et I. OBRADOVIC .....	360
	Quelques éléments d'histoire récente.....	360
	État des lieux des addictions en France.....	362
	Conséquences socio-sanitaires des addictions : l'état des savoirs .....	366
	Des réponses publiques en évolution.....	368

**ENJEUX CONTEMPORAINS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ**

Chapitre 40	<b>Démographie et ressources humaines en santé</b> , par Y. BOURGUEIL .....	381
	Des professions de santé régies par le Code de la santé publique et des métiers connexes .....	381
	Les effets des accords européens de reconnaissance des formations et diplômes et les adaptations nécessaires des organisations de travail .....	383
	Démographie des professions de santé en France en 2015 : une situation inattendue et des questions en suspens .....	384
	Perspectives et questions pour l'avenir .....	385
Chapitre 41	<b>Mortalité prématurée</b> , par M. EB et G. REY .....	388
	Sources de données, indicateurs de mortalité et méthodes d'analyse .....	388
	Résultats .....	388
Chapitre 42	<b>Risques pour la santé liés à l'environnement : état des lieux et principes de sécurité sanitaire environnementale</b> , par D. ZMIROU-NAVIER .....	395
	Définitions et champ .....	395
	Gestion des risques pour la santé liés à l'environnement : principes de sécurité sanitaire environnementale .....	397
	Des questions encore ouvertes.....	402
Chapitre 43	<b>Les lobbies et la prévention en santé</b> , par B. BASSET .....	405
	Le lobbying économique et commercial .....	405
	Le lobbying de la prévention en santé.....	408
Chapitre 44	<b>L'amiante et la santé</b> , par C. GOT .....	411
	Le produit et son intérêt industriel.....	411
	Le développement des connaissances .....	411
	La lenteur de la réaction française .....	414
	L'évolution de la situation au niveau mondial .....	416
	La procédure de santé publique est-t-elle arrivée à son terme ?.....	417
Chapitre 45	<b>Sécurité sanitaire des aliments</b> , par M. MORTUREUX.....	420
	Historique et définitions .....	420
	Fondements de la gouvernance du système de sécurité sanitaire des aliments : une approche intégrée .....	420
	Évaluation des risques sanitaires.....	421
	Cadre réglementaire de la sécurité sanitaire des aliments.....	423

	Organisation des contrôles pour assurer la sécurité sanitaire des aliments .....	425
	Nouvelles menaces, nouveaux outils .....	426
Chapitre 46	<b>Radioprotection. Risques sanitaires liés aux rayonnements ionisants</b> , par J. REPUSSARD et A. RANNOU .....	428
	La radioprotection, une discipline en constante évolution .....	428
	Radioactivité naturelle et artificielle .....	428
	Propriétés des rayonnements ionisants .....	429
	Caractérisation des rayonnements ionisants : détection, mesure et concept de dose .....	429
	Effets biologiques et sanitaires des rayonnements ionisants .....	430
	Exposition des Français aux rayonnements ionisants .....	431
	Normes de base de la radioprotection .....	432
	Organisation administrative de la radioprotection en France .....	433
Chapitre 47	<b>La politique de sécurité routière</b> , par C. GOT .....	435
	Pourquoi privilégier l'aspect politique ? .....	435
	Les bases de la compréhension du risque sur les routes .....	435
	La rupture de 1972-1973 .....	436
	La seconde rupture de 2002-2003 .....	437
	Quelles actions possibles sur d'autres facteurs de risque que la vitesse ? .....	441
Chapitre 48	<b>Bioterrorisme</b> , par L. JOSSEAN et A. LAMBERT DE ROUVROIT .....	444
	Définition du bioterrorisme .....	444
	Historique succinct des armes biologiques .....	444
	Caractéristiques des agents biologiques .....	445
	Modes de dissémination .....	445
	Rôle des acteurs de santé dans la lutte contre le bioterrorisme .....	446
Chapitre 49	<b>Qualité des soins</b> , par A. PETIT et F. BOURDILLON .....	452
	Recommandations médicales et professionnelles .....	452
	Développement professionnel continu .....	454
	Évaluation des pratiques et de l'organisation des soins .....	457
	Impacts des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins .....	462
Chapitre 50	<b>Gestion des risques associés aux soins</b> , par C. DUMARTIN, L. MAY-MICHELANGELI et P. PARNEIX .....	465
	Des infections nosocomiales aux infections associées aux soins .....	465
	Des dispositifs d'évaluation, d'amélioration de la qualité des soins et de vigilances à la gestion des risques associés aux soins et la sécurité des patients .....	473
	Perspectives .....	478
Chapitre 51	<b>Maladies chroniques</b> , par F. BOURDILLON et A. GRIMALDI .....	483
	Définitions .....	483
	Pourquoi la santé publique s'intéresse-t-elle aux maladies chroniques ? .....	483
	Politique pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques .....	484
	Enjeux .....	487
Chapitre 52	<b>Cancer et politique de lutte contre le cancer</b> , par J. VIGUIER, Ph.-J. BOUSQUET, D. BESSETTE, F. DE BELS, C. FERRARI et C. MORIN .....	490
	Principales données épidémiologiques .....	490
	Poids économique du cancer .....	491
	Plans cancer .....	491
	Observation des cancers .....	492
	Prévention .....	493
	Dépistage .....	494
	Organisation de la prise en charge des cancers .....	495
	Évolution démographique des professionnels .....	496
	Recherche .....	496
	Vie pendant et après le cancer .....	497

Chapitre 53	<b>Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées</b> , par B. LAVALLART, Ph. AMOUYEL, Ph. ROBERT, J.-Ph. FLOUZAT .....	499
	Épidémiologie .....	499
	Signes cliniques initiaux et démarche diagnostique .....	500
	Évolution.....	501
	Prise en charge thérapeutique.....	501
	Commentaires, enjeux et prospective.....	502
	Une réponse au problème de santé publique : les programmes d'action gouvernementaux .....	503
Chapitre 54	<b>La psychiatrie à l'heure de la santé mentale : quels enjeux pour la France ?</b> , par J. D. GUEIFI et V. KOVÉSS-MASFETY .....	507
	Politiques de psychiatrie et de santé mentale en France .....	507
	Planification des soins de santé mentale et de psychiatrie en France .....	508
	Des données pour évaluer et suivre la santé mentale et l'accès aux soins.....	509
	Points de vue des cliniciens .....	511
Chapitre 55	<b>Maladies cardiovasculaires</b> , par D. ARVEILER et A. WAGNER.....	515
	État des lieux .....	515
	Prise en compte des risques.....	517
	Modalités d'intervention .....	518
	Enjeux.....	521
Chapitre 56	<b>Maladies respiratoires : BPCO et asthme</b> , par A. PRUDHOMME.....	523
	Bronchopneumopathie chronique obstructive.....	523
	Asthme .....	526
Chapitre 57	<b>Diabète</b> , par A. GRIMALDI.....	530
	Étiologie.....	530
	Définition .....	531
	Dépistage et prévention .....	531
	Traitement et suivi .....	531
	Recommandations.....	532
	Complications .....	534
	Coûts de la prise en charge.....	534
Chapitre 58	<b>Maladie rénale chronique</b> , par Ch. JACQUELINET et B. STENGEL .....	537
	Maladie rénale chronique.....	537
	Insuffisance rénale terminale .....	539
	Maladie rénale chronique et santé publique en France .....	543
	Implication des malades .....	545
Chapitre 59	<b>Les maladies rares, modèle de santé publique</b> , par S. BRAUN, Ch. COTTET et Ch. DUGUET.....	549
	Essor de la génétique dans le domaine diagnostique et scientifique.....	549
	Innovier en thérapeutique grâce aux maladies rares. Les thérapies issues de la connaissance des gènes .....	550
	Demain : vers un modèle économique innovant.....	552
	Montée en puissance des associations de malades et émergence d'une politique de santé publique pour les maladies rares.....	552
	Bilan et perspectives .....	554
Chapitre 60	<b>Traumatismes</b> , par B. THÉLOT.....	557
	Définitions, termes, concepts, éléments historiques .....	557
	Agressions et violences.....	559
	Suicides .....	560
	Accidents de la vie courante.....	561
	Accidents de la circulation .....	564
Chapitre 61	<b>Infection par le VIH et autres infections sexuellement transmissibles</b> , par F. LOT et F. BOURDILLON.....	568
	Situation mondiale.....	568
	Infection par le VIH .....	569
	Autres infections sexuellement transmissibles .....	574
	Prévention .....	578



Chapitre 62	<b>Performances du système hospitalier</b> , par L. MORET, N. MAUDUIT, M. NAIDITCH, D. BAUBEAU et P. LOMBRIL	585
	Qu'appelle-t-on performances hospitalières ?	585
	Quels cadres conceptuels pour les performances hospitalières ?	585
	Quelles approches pour l'évaluation des performances hospitalières ?	588
	Quels usages pour les indicateurs mesurant les performances hospitalières ?	590
Chapitre 63	<b>Médecine prédictive</b> , par M. DELPECH	595
	Le cahier des charges de cette forme de médecine	596
	La médecine prédictive pose des problèmes éthiques	596
	La médecine prédictive en pratique aujourd'hui	597
	Les outils du diagnostic	597
	La pharmacogénétique, une forme en développement de médecine prédictive	598
<b>ENJEUX INTERNATIONAUX</b>		
Chapitre 64	<b>La santé mondiale</b> , par G. BRÜCKER, L. PIZARRO et F. VEBER	603
	Concepts et définitions de la santé mondiale	603
	Situation démographique et épidémiologique	604
	Impact de la mondialisation	607
	Gouvernance de la santé mondiale	609
	Des OMD aux nouveaux ODD	611
	Ressources humaines en santé	611
Chapitre 65	<b>Historique des politiques et de l'architecture institutionnelle de la coopération sanitaire mondiale</b> , par D. KEROUEDAN et M. PLETSCHETTE	614
	Politiques et stratégies sanitaires des Nations unies sur la période 1948-1990	616
	La Communauté européenne et la Banque mondiale, nouveaux acteurs publics du développement sanitaire dans les années 1990	617
	Trente ans de pandémie de SIDA en Afrique (1985-2015)	619
	Déclaration du Millénaire (2000), commission Macro-économie et Santé (2001) et objectifs du Millénaire pour le développement (2000-2015)	619
	Cinquante-cinq ans de coopération sanitaire française (1960-2015)	621
	Droit à la santé	622
	Une approche financière plutôt que stratégique des enjeux de santé dans le contexte de la mondialisation	623
	Conclusion et perspectives du développement sanitaire après 2015	624
Chapitre 66	<b>Rapports entre pays pauvres et pays riches et accès aux médicaments essentiels</b> , par I. ANDRIEUX-MEYER et B. PÉCOUL	627
	Un accès inégal et injuste aux progrès médicaux	627
	Un prix de plus en plus élevé pour les nouveaux médicaments essentiels	627
	Des patients pauvres négligés au Sud, trop de médicaments au Nord	628
	Une évolution lourde de menaces	629
	Conclusion : un défi à relever	630
Chapitre 67	<b>Maladies infectieuses émergentes</b> , par D. CHE, A.-S. BARRET et J.-C. DESENCLOS	632
	Définition	632
	Déterminants des phénomènes infectieux émergents	633
	Les trois phases d'une émergence	635
	Proposition de typologie des émergences et exemples	635
	Lutte contre les infections émergentes	637
Chapitre 68	<b>Organisation mondiale de la santé</b> , par F. KASTLER	641
	L'autorité affirmée de l'OMS	641
	L'autorité de l'OMS remise en cause	644

**SOURCES D'INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE**

Chapitre 69	<b>Sources d'information en santé publique, par C. VERRY-JOLIVET</b> .....	651
	Périmètre des sources .....	651
	Comment rechercher l'information.....	651

**ANNEXES**

Annexe 1	<b>Déclaration des droits de l'homme et du citoyen</b> .....	659
Annexe 2	<b>Déclaration universelle des droits de l'homme</b> .....	661
Annexe 3	<b>Convention sur les droits de l'enfant</b> .....	664
Annexe 4	<b>Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales</b> .....	672
Annexe 5	<b>Code de Nuremberg</b> .....	676
Annexe 6	<b>Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique</b> .....	677
Annexe 7	<b>Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946</b> .....	678
Annexe 8	<b>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</b> .....	679
Annexe 9	<b>Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation</b> .....	682
Annexe 10	<b>Charte de la personne hospitalisée</b> .....	685
Annexe 11	<b>Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante</b> .....	693
	<b>Liste des abréviations</b> .....	697
	<b>Index</b> .....	705

## Préface à la troisième édition

Les premières pages de ce gros et beau *Traité de santé publique* ont pour but de partager avec des lecteurs en phase d'approche quelques questions du moment et d'apporter quelques souhaits, voire de faire des propositions, sans outrecuidance pour le futur, ni regrets excessifs sur le passé. Cet essai est tenté à la demande de deux aventuriers de l'administration de la santé et de la médecine, deux de mes complices de travail à certains moments, Didier Tabuteau et François Bourdillon. Ils ont voulu structurer en 2015, avec les meilleurs spécialistes français, une mise au point globale sur la Santé publique. Pour cet essai introductif, ils ont choisi un médecin chercheur qui a exercé, pendant deux ans seulement d'ailleurs, la fonction de Directeur général de la santé, puis est devenu sur le tard Professeur de Santé publique. La réflexion à partager repose sur la connaissance du contenu de la précédente édition du *Traité* et sur le plan de l'ouvrage actuel. Quand on ouvre un tel *Traité*, une première hésitation concerne le choix du mode de lecture. Mieux vaut-il lire les chapitres dans l'ordre, ou dans un ordre aléatoire ? Mieux vaut-il choisir d'abord un chapitre dans un domaine que l'on connaît, pour juger ses niveaux d'exactitude et de nouveauté : conventionnel et documenté ou original mais tendancieux ? Mieux vaut-il commencer par un chapitre d'un domaine inconnu, pour savoir si la présentation est suffisamment didactique pour apprendre vite ? Ou est-on obligé de se jeter sur un chapitre qui répondrait à une urgence sanitaire ou politique au moment de la lecture ? Un premier choix, à bien mûrir : il peut conditionner la place ultérieure du livre, en évidence dans le bureau ou sur la table de travail, ou perdu dans le tas des ouvrages jamais lus...

N'est-il pas surprenant de vouloir éditer des livres, en un siècle où l'information est diffusée toutes les quinze minutes sur les chaînes de télévision, où l'on peut tout trouver sur internet, et où les réseaux sociaux transmettent les réactions des citoyens du monde entier ? L'échelle du temps des livres peut sembler décalée par rapport à l'accélération de la diffusion des connaissances. Le temps d'écriture des chapitres, le temps des corrections, le temps d'édition et d'impression : tout expose au risque d'obsolescence. Le décalage du *Traité* par rapport aux connaissances des auteurs choisis est, au départ, d'au moins deux années, et l'esprit des auteurs peut même avoir accentué l'écart entre le présent qui se déroule, et le passé qui s'est rigidifié dans leur mémoire. Peut-être, dans quelques décennies, « Fahrenheit 451 » sera une réalité. On brûlera les livres de santé publique, parce qu'ils seront considérés comme inutiles dans une culture de masse stéréotypée et volatile, et parce que l'expression des intellectuels ne pourra plus envoyer son signal faible, dans un bruit d'ambiance assourdissant, comme le faisait le sociologue du Collège de France, Pierre Bourdieu, au nom de la science et du peuple. Convainquons-nous que ce scénario est impossible, car un *Traité de santé publique* est la marque d'un temps précis, qui recense des connaissances, des projections, des erreurs sans doute, mais sans ce marquage du temps, il ne pourrait y avoir de compréhension de ce qui va arriver après sa parution. En tout domaine de la santé publique, qu'on l'aborde sur le long cours, la santé publique constructive, ou dans l'urgence, la santé publique réactive, il faut avoir un temps « zéro ». Le chapitre d'un livre permet de démarrer ses propres connaissances, ou de les affûter, en tirant partie de l'expérience et de l'effort de synthèse d'un auteur spécialisé. Lu de manière critique, sans a priori, tout chapitre de ce livre est un point de départ atteignable d'une bibliothèque personnelle de connaissances. La compréhension d'un sujet ne sera plus le fruit d'un hasard de lectures désordonnées ou d'imbibition par des opinions. Elle reposera sur une histoire, qui peut échapper au biais d'ancrage des connaissances, si la lecture est à la fois respectueuse et critique. Voilà pourquoi ce *Traité* ne peut être qu'indispensable : revoir vite ce que l'on connaît, se faire vite guider dans ce qu'on ne connaît pas. Le danger, en fait, c'est celui dû aux oublis puisqu'on ne pense pas à ce que l'on ne voit ni n'entend. Ainsi la canicule de 2003 a-t-elle surpris, parce que l'on connaissait bien les risques pour la santé des grands froids, avec des plans d'hiver, pourtant insuffisants pour aider les sans-abris, mais on avait oublié les leçons techniques et sociales que donnait la canicule de 1995 à Chicago et que ne pouvait donner la canicule de 1976 presque passée inaperçue en France. Qu'a-t-on oublié dans ce *Traité*, comme dans cette introduction ? Dans chaque chapitre, quel changement climatique, quelle déviance sociale, quel virus, quel moustique, ont-ils été oubliés ?? Là est la nécessité, déjà, de l'édition suivante...

On ne peut être taxé d'oubli quand l'espace disponible oblige à faire le choix de quelques points d'intérêt général, en espérant avoir retenu les bons, avec l'envie qu'ils soient susceptibles d'apporter des pistes de réflexions dont on pourrait trouver facilement l'aboutissement ou la disparition dans... le livre électronique de la future édition du *Traité*.

• *Lost in Translation !* Après *Fahrenheit 451*, on utilise un autre film, sur les obstacles à la communication avec autrui, pour rappeler le concept de science translationnelle, la dernière formule à la mode du début des années 2000. Le terme est utilisé, à tort et à travers, mais il souligne le besoin d'acquérir des langages et des connaissances qui permettent d'avoir une vision globale des problèmes. Il s'agit d'éviter les ruptures susceptibles de se produire, entre des professionnels ou des institutions, faute de connaissances techniques et même plus simplement de connaissances générales suffisantes et d'un langage commun. L'approche globale des problèmes caractérise la santé publique, responsable de la protection de tous groupes humains, dans le monde entier. Elle ne peut s'exercer quand, aux compétitions politiques, scientifiques et sociales, s'ajoute l'incapacité d'entendre et de comprendre des points de vue différents. La santé publique n'est pas de la politique, même et surtout quand on utilise le terme pompeux de « politique de santé ». Ce n'est pas non plus une simple science

de description : elle conduit à des actions, des décisions au niveau des populations, portées par des lois et des réglementations comme la médecine conduit à une décision partagée avec la personne malade, par la succession de l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires, dans cet ordre... Les sciences de la Santé publique conduisent à des choix politiques, et, là, existent souvent des incompréhensions, sources de retards. Michel Rocard, exemple même de « la » personnalité politique créative et intègre, a écrit, à propos du réchauffement climatique : « L'Université et la Science sont gravement coupables. Elles ont mis beaucoup trop de temps à comprendre, à se mettre d'accord, et à mesurer l'aggravation de l'effet de serre. La biologie n'a pas crié assez vite au drame de la disparition de la biodiversité. De son côté, la science se protège, s'abritant derrière son droit au doute, alors que toute décision politique qui a pour objet de traiter une crainte révélée par la science a besoin d'un appui ferme grâce à des conclusions scientifiques » [3].

La science, en réalité, rétrécit les marges d'incertitudes de nos connaissances, mais génère de nouvelles incertitudes, qui génèrent de nouveaux débats. Karl Popper appliquait d'ailleurs à la science et à la politique cette découverte successive des erreurs qui l'emporte, selon lui, sur la découverte de la vérité. Le langage scientifique, porté à son extrême, peut-il vraiment mener à des décisions ? En 1998, quand ressurgit la question de l'association éventuelle entre vaccination contre l'hépatite B et survenue d'une sclérose en plaques, la mobilisation des scientifiques pour répondre à la demande des personnes malades et de leurs avocats, des journalistes et de la juge, conduisit à des présentations différentes des mêmes faits par les hépatologues, les épidémiologistes, les pharmacologues, les agences de l'État, entraînant une crise de plus sur l'évaluation des risques de la vaccination par rapport à ses bénéfiques. Quand avec un retard de trois ans, la publication scientifique qui ne montrait aucun lien statistique entre vaccination et sclérose en plaques utilisa les termes suivants : « *The results of this study do not provide strong arguments for ruling out the possibility of an association, causal or otherwise, between HB vaccine and first episode of central nervous system demyelinating disorders. Since the observed number of cases would exceed significantly that expected with a modest under-reporting, study result strongly supposes a signal* » [1]. C'est magnifiquement pesé et totalement incompréhensible. A posteriori, que comprend-on et que décide-t-on ? La translation de l'observation épidémiologique à la décision de santé publique devient quasi impossible, et encore moins sous la pression de l'urgence déclenchée par des retards d'analyse et par les médias. L'échelle de temps de la science, la décennie ou le siècle, déborde largement celle de l'action politique, le quinquennat par exemple. Les personnalités politiques passent, mais les scientifiques restent, ce qui donne l'impression que l'on n'avance pas, là où l'on évolue sans cesse à petit pas. La réduction des accidents de la voie publique peut être portée en France pendant quarante années, sans faute, par un scientifique, le Professeur Claude Got, et chaque année domine le message que le gouvernement du moment ne fait rien, ce qui est vrai et faux à la fois. Des paramètres de prise en compte des attitudes sociales doivent en effet être ajoutés, au moment de la décision, aux paramètres scientifiques, et la courbe de ces accidents de la route mortels et non mortels ne se dessine qu'avec le recul. Elle résulte de l'addition d'une multitude d'actions successives, prises au moment où le politique les perçoit comme acceptables sans mettre en cause sa réélection par les manifestations violentes contre ses choix.

La difficulté de l'analyse scientifique et le retard de la décision politique ne sont pas les seules explications de la difficulté de faire, à temps, une bonne politique de protection ou de restauration de la santé des citoyens. À tout moment, on retrouve aussi, toujours et partout, un risque majeur en santé publique : la recherche des profits à court terme. Il faudra en cours de lecture du traité savoir chercher et sans doute expliciter, dans chacun des chapitres de ce livre de Santé publique en quoi ce paramètre, le profit, pèse sur les composantes majeures des obstacles à la santé de tous ou de certains : la dégradation des environnements, les risques biologiques, la non-qualité des systèmes de soins et les disparités sociales, géographiques et générationnelles. À qui profitent propositions et oppositions ? Écrire ainsi sur la quête des profits considérée comme un facteur de risque, même en rappelant que c'est aussi un facteur de progrès par l'investissement dans l'innovation, est bêtement stigmatisé comme une prise de position politique, dans l'absurde dichotomie, appelée droite et gauche. C'est un fait scientifique qui mériterait d'être synthétisé et regroupé en un facteur général de risque en Santé publique, car les déséquilibres des comptes sociaux, l'augmentation de l'obésité, les addictions, les pollutions, ont des mécanismes communs, qui peuvent être représentés comme le sont les dérèglements de la physiologie humaine.

- *Evidence-based* : ce n'est pas ici le titre d'un film ! C'est le titre d'un article médical auquel j'ai collaboré avec un énorme plaisir, sous le leadership de Gordon Guyatt en 1991 [2]. L'article détaille une nouvelle manière d'enseigner la médecine. Beaucoup ont transformé la formule qui plaisait en une nouvelle manière d'exercer la médecine, au moment même où la difficulté de l'entreprise, sans accès immédiat à l'information par internet, et sans prise en compte des préférences des personnes malades, rendaient les auteurs plus prudents que ceux et celles qui dénaturaient la réflexion initiale. Le mot « évidence » alimenta les peurs vis-à-vis de la nouveauté et fut exploité dans les tentatives de freiner les dépenses de soins. Le terme d'*evidence-based public health* a été largement dérivé du terme initial, avec le regret que la langue anglaise permette... des anglicismes si pratiques, et si difficiles à traduire pour les Français. Les épidémiologistes, au sein des multiples professionnels de Santé publique, se présentent volontiers comme les garants du recueil de preuves. Malheureusement, en dépit de l'ancienneté des critères de causalité que l'on attribue à la réflexion de Bradford Hill, on assiste actuellement à une assimilation prématurée des observations d'associations entre paramètres biologiques, génétiques, environnementaux ou sociaux d'un côté et pertes humaines de la qualité ou de la quantité de vie de l'autre. L'accélération de la communication par les médias de masse ou les réseaux sociaux crée un pilonnage de révélations sur l'augmentation ou la diminution des risques et des bénéfiques pour la santé humaine ou l'environnement. Relayés par les intérêts commerciaux, des résultats sont promus qui proposent sans cesse de changer les modes de vie, en exprimant des risques relatifs, de 10 à 30 %, plutôt que des risques absolus moins impressionnants, de 0,1 à 1 %, et en omettant la compétition entre les risques. La séduction des gros chiffres popularise l'utilisation des formules simplifiées d'un risque attribuable populationnel. Dans une étape ultérieure, le traitement des données de masses d'une société numérisée qui peut collecter, voire dérober, des données de tous types mélangera la modélisation et la mesure : il ne s'agit pas d'exprimer des craintes, il s'agit d'être au plus vite dans le réel de demain, où des progrès incontestables dépendront de l'association aux progrès du numérique de l'objectivité scientifique et des valeurs morales. La communication, partout, est le maître mot, et elle s'exerce à deux niveaux complémentaires : la communication individuelle sur la santé, à des personnes et leurs familles, et la communication à des groupes, dans un contexte où l'excès d'informations peut cacher la vérité, comme l'ignorance permet de la cacher pendant si longtemps.

• *La formation en Santé publique* : c'est là l'urgence. Qu'on ne dise surtout pas : « Il n'y a pas de santé publique en France. » C'est en général l'expression fréquente d'une revendication catégorielle. L'espérance de vie à la naissance, et l'espérance de vie en bonne santé en France sont compétitives, avec des fluctuations, vis-à-vis de celles des autres pays de revenu voisin par habitant. Il y a une accélération des connaissances et une globalisation de la santé qui sont telles, qu'on ne peut pas se contenter comme seule adaptation à un monde qui change des créations de structures administratives sans cesse remaniées depuis 1992. En l'absence d'une formation adaptée à la modernité du monde, elles abriteraient, et abritent déjà, des personnels aux connaissances insuffisamment larges ou insuffisamment pointues, aux compétences jamais soumises au préalable des pratiques quotidiennes de terrain et, de plus, incapables d'être incluses dans des gestions de projets, trop habituées à ne se voir que dans des hiérarchies administratives et des profils de carrière. Comme beaucoup d'autres l'ont dit, François Grémy en particulier, et comme certains ont contribué à le faire, en particulier à Bordeaux, la formation en Santé publique me semble devoir être autonomisée au sein de l'Université, pour que le mélange des professionnels les plus divers puisse réellement avoir lieu. Cela signifie donner une participation importante à la faculté de Médecine, bien sûr, mais sans exclusivité. L'accès à une École de Santé publique concerne les pharmaciens, les vétérinaires, les ingénieurs, les économistes, les élèves des grandes écoles françaises, les juristes et bien d'autres professionnels. Dans une enquête de 2014, la création d'un diplôme d'études spécialisées de Santé publique en troisième cycle des études médicales est jugée très bénéfique par ceux qui ont choisi une inscription à cette formation depuis 1985, et selon leur place à l'Examen national classant depuis 2004. Mais, les rangs de classement des choix de santé publique ne sont pas ceux des étudiants qui sont, apparemment, les plus brillants. De plus, 70 % de ceux et celles qui suivent ce parcours exercent ou ont exercé en milieu hospitalier public. Une vision trop étroite hospitalo-centriste de la Santé publique prédomine en France. Une fois encore, un homme politique, Michel Rocard, a analysé la question : « Beaucoup de grands savoirs du monde moderne s'abritent et fuient les difficultés, notamment la violence qui résulte de l'aggravation des inégalités, par la spécialisation, le repli sur leur savoir propre. L'interdisciplinarité n'existe pas, écrit-il. Elle est administrativement et mandarinalement interdite. Vous ne pouvez pas faire carrière... dans l'interdisciplinarité puisque, en franchissant des frontières, vous mettez mal à l'aise le corps suprême dans chaque discipline par rapport aux autres. » Trop souvent depuis un demi-siècle, en France, la Santé publique faisait office de voiture balai de ceux et celles qui, très marqués dans une spécialité, n'y réussissaient apparemment pas assez. Apparemment, d'ailleurs ! Des objectifs clairement définis et diversifiés, des méthodes indispensables bien répertoriées, une formation plus globale et européenne : l'attractivité de la Santé publique devrait devenir compétitive pour attirer les meilleurs étudiants, de l'École vétérinaire à l'École nationale d'administration, de la faculté de Pharmacie à la faculté de Médecine, par comparaison aux disciplines médicales prestigieuses (la chirurgie, la génétique, l'immunologie) ou lucratives (l'ophtalmologie, l'anesthésiologie, l'imagerie). C'est le moment de le faire, et vite (quelques années...) ! L'analyse des stratégies des différents organismes de recherche, comme l'Inserm ou le CNRS, des universités et des hôpitaux universitaires est facilitée, grâce à la coordination assurée par l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN). Les spécialistes de Santé publique ont des fonctions qui les attendent dans de nouvelles structures au sein des nouvelles régions, et la partie hospitalière des enseignants universitaires médecins peut facilement être remplacée par des fonctions au sein des agences et des directions centrales d'administration, dégraissées, et plus qualifiées.

Les méthodes d'enseignement vont changer totalement, par les formations en ligne ouverte à tous (FLOT), ou cours en ligne ouverts et massifs (CLOM), traduction française des *massive open online courses* (MOOC), d'un côté, ou, de l'autre côté, les formations en ligne tutorées, certifiantes et collaboratives, les *small private online course* (SPOC). Le monde se globalise. Avec ses instituts Pasteur, sa médecine militaire, ses lycées français, ses ambassades, la France a des possibilités uniques, et la responsabilité de la francophonie. Certes, les écoles de Santé publique sont de tradition anglo-saxonne et anciennes, 1899 à Londres, 1913 à Harvard, 1916 à Philadelphie, mais il n'est pas trop tard pour bien faire. L'Institut de recherche en Santé publique de Montréal est créé en 2009. Le centre Virchow-Villermé Paris-Berlin ouvre la voie européenne en 2014, après le cinquantième anniversaire du Traité de l'Élysée entre l'Allemagne et la France. Ce centre annonce qu'il développe ses activités autour de trois axes, dans une collaboration entre l'université Sorbonne-Paris Cité et la Charité-Universitätsmedizin Berlin : modules d'enseignements numériques ouverts à tous et à distance, traitement des masses de données en matière de sécurité sanitaire, et santé globale, en lien avec le Sommet mondial de la médecine de Berlin, réuni pour la première fois en 2009. L'analyse de l'état de santé des différents pays continuera, par l'analyse du *global burden of diseases*, initiative financée par la fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale, et l'université d'Harvard. Les leçons données par les comparaisons de différents systèmes de santé seront aussi une source permanente de progrès possible, quand on comparera mieux Cuba, la Russie, les États-Unis, les pays du Nord de l'Europe, les pays en crise, les pays en croissance.

Ce *Traité de santé publique* sera soumis à l'épreuve du temps. Il sera longtemps présent, je l'espère, dans les bibliothèques ou il sera numérisé. Dans une décennie, il permettra de savoir où nous sommes allés, puisqu'il nous aura indiqué au mieux d'où nous partons. Il faut surtout veiller à avoir peu de regrets, sans autocritique ou outrecuidance excessives comme on l'a déjà souligné, et beaucoup d'espoirs dans une intégration des changements techniques et sociétaux, en particulier aux deux extrêmes de la vie humaine, l'éducation et l'accompagnement de la vieillesse.

Professeur Joël MÉNARD

**BIBLIOGRAPHIE**

1. EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine : a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA, 1992, 268 : 2420-2425.
2. FOURRIER A, BÉGAUD B, ALPÉROVITCH A et al. Hepatitis B vaccine and first episodes of central nervous system demyelinating disorders : a comparison between reported and expected number of cases. Br J Clin Pharmacol, 2001, 51 : 489-490.
3. ROCARD M. Lettre aux générations futures, en espérant qu'elles nous pardonneront. Entretien avec M. Thépot. Paris, Bayard, 2015.

## Avant-propos

La santé publique est souvent entendue comme une discipline nouvelle, une démarche émergente. Pourtant elle fonde son histoire et sa légitimité sur les principes les plus anciens de la médecine. Le *primum non nocere* d'Hippocrate est bien le principe sur lequel se construit aujourd'hui la doctrine de la sécurité sanitaire. Et le précepte « tu tairas tout ce que tu verras dans l'exercice de la médecine » est le fondement du secret médical et de la protection de l'identité des personnes, érigé comme un dogme également intangible de la santé publique.

Cependant, la santé publique déborde largement le champ de la médecine et celui des professions de santé. Elle vise en effet à analyser l'ensemble des questions et des phénomènes qui touchent et concourent à la santé des individus afin d'assurer non seulement une maîtrise des risques et des maladies, mais aussi une réelle amélioration de l'état de santé des populations. Elle conduit à s'interroger sur la définition même de la santé et à identifier ses déterminants. Cette interrogation ouvre un large champ de prospective. En effet, la santé apparaît non seulement comme un état « objectif » (quantifiable par de nombreux indicateurs dont les plus connus sont l'espérance de vie ou le taux de mortalité infantile), mais également comme une perception plus subjective, relative à la qualité de vie, faite de « bien-être », de confiance en soi, de capacité à développer des relations sociales, où les déterminants relèvent de valeurs éducatives, sociales, culturelles, où, surtout, les données économiques et socioprofessionnelles constituent des facteurs clés.

La santé apparaît ainsi, non pas comme un état statique, ni comme un modèle qu'il faudrait atteindre, mais comme une démarche cherchant en priorité à maîtriser ce qu'il est convenu d'appeler les facteurs de risque, qu'ils soient environnementaux, sociaux, comportementaux... La santé est, comme le définit G. Canguilhem<sup>(1)</sup>, un état de résistance à des forces contraires, « une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales ».

La santé publique souffre, quant à elle, de l'absence d'une définition simple et communément admise. Elle est en général définie par ses actions et ses choix stratégiques au service de la santé d'une population<sup>(2)</sup>. Elle vise à mesurer et promouvoir l'état de santé d'une collectivité.

Ainsi, la santé publique se présente comme une approche collective de protection de la santé, perçue comme un bien partagé par la population, aux composantes multiples, non seulement en raison de l'âge et du genre, mais encore des modes de vie, des activités professionnelles, des niveaux d'éducation et d'information, des choix de vie et des capacités à élaborer et conduire des projets de vie. Elle identifie donc des personnes ou des groupes dits vulnérables, fragiles, dont la santé est la plus menacée compte tenu de l'organisation même de la société.

Cette priorité, nécessairement accordée aux populations les plus exposées aux maladies et aux accidents, et à leurs déterminants, constitue un axe structurant des politiques de santé publique et une dimension à part entière de l'action politique. L'engagement de la responsabilité des pouvoirs publics constitue le fondement des politiques de santé et représente la part incessible de l'État pour assurer l'égalité des droits en matière de santé. Ces choix engagent l'ensemble des citoyens, dans une vision solidaire de la santé. Le renforcement de la lutte contre l'exclusion, la politique de couverture médicale universelle, l'accès aux soins sans aucune discrimination, le renforcement de la prévention et des soins au travail, à l'école ou en milieu pénitentiaire, la stratégie de réduction des risques vis-à-vis des toxicomanies sont quelques-uns des choix qui font du respect de l'individu, et de ses droits fondamentaux à l'éducation, à la prévention et aux soins le principe intangible d'une démocratie sanitaire. La loi « Kouchner » du 4 mars 2002 a inscrit les droits des malades – droits fondamentaux de la personne – dans la législation de santé publique.

Cette loi symbolise les évolutions et les attentes nouvelles des citoyens face aux questions de santé, largement exprimées tout au long des états généraux de la santé de 1998. Elle vise à répondre aux besoins de partage de l'information en santé, d'accès pour chacun au dossier médical, de responsabilisation accrue des professionnels et de l'État face aux risques iatrogènes et aux aléas médicaux. Elle permet également la promotion des associations de malades dans ce monde de la santé, leur confiant des responsabilités et un rôle dans les choix de santé.

---

(1) G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 1966.

(2) Voir Chapitre 1 : Définitions.

Cette loi fait ainsi écho aux crises sanitaires qui ont profondément modifié la perception de la santé, marqué la gestion des risques et rappelé la responsabilité des pouvoirs publics en matière de santé publique.

L'infection par le VIH/SIDA a joué dans ce domaine un rôle considérable tout à la fois dans les questions relatives au respect des personnes atteintes : respect de leur identité et de leurs comportements, respect du secret médical, accès aux traitements pour tous les malades, sécurité des produits de santé, promotions des actions de prévention. La lutte contre le SIDA a non seulement permis de repenser les stratégies de santé dans une exigence nouvelle de qualité pour tous, mais surtout de mettre en exergue la nécessité d'une politique cohérente dans tous les domaines : recherche médicale et fondamentale dans les domaines de la virologie, de l'immunologie et de la thérapie, mais encore recherche en sciences sociales pour comprendre les comportements, évaluation des pratiques de soins et sécurité des actes et des produits face aux risques transfusionnels, aux procédés invasifs ou aux actes de transplantation d'organes.

Il y eut encore d'autres crises sanitaires importantes, de nouveaux risques, accrus par les nouvelles techniques de productivité alimentaire ou les nouvelles technologies : la liste est longue depuis la maladie de Creutzfeldt-Jakob transmise par l'hormone de croissance, ou son nouveau variant franchissant la barrière d'espèce, dû à l'encéphalopathie spongiforme bovine, mais encore la légionellose disséminée à partir des tours aéro-réfrigérantes mal entretenues, des virus émergents dont le SRAS, le MERS-CoV et le virus Ebola ont illustré la difficulté des contrôles des frontières et la nécessité de politiques de sécurité sanitaire concertées à l'échelon mondiale, ou encore le chikungunya dont l'épidémie massive à La Réunion a généré une crise sanitaire, économique et politique et dont l'épidémie a, ensuite, touché une grande partie de la population des Antilles.

Les risques dus aux nouvelles technologies ont fait une entrée remarquable dans le champ de la santé publique : OGM, déchets radioactifs, dioxines libérées par l'incinération de déchets ménagers, mais aussi pollution atmosphérique fortement aggravée par l'émission de gaz à effet de serre, nanoparticules... C'est l'avenir de la planète qui est en jeu : le mouvement des altermondialistes pourrait s'inscrire dans une réflexion de santé publique, dénonçant les risques économiques, sanitaires et sociaux d'une vision productiviste du monde où la logique des profits prendrait le pas sur la santé et la sécurité des citoyens. Le pacte écologique et environnemental récemment proposé souligne que cette santé publique est une santé sans frontière.

Les nouvelles technologies ont aussi posé de nouvelles questions d'éthique, complexes, touchant à l'origine même de la vie et à l'identité de l'être humain : les enjeux liés aux modes de procréation, au clonage thérapeutique ou reproductif, et même aux droits de la personne en fin de vie, transcendent les clivages politiques traditionnels et conduisent la santé publique aux portes de la philosophie ou de la métaphysique.

Appréhender l'ensemble de ces questions dans un ouvrage pouvait sembler une gageure.

Nous avons largement ouvert ce champ de la santé publique à tous ceux qui, du citoyen au professionnel de santé, de la personne malade aux décideurs des politiques de santé, cherchent à partager la réflexion et le débat, jamais clos, sur les choix de santé et de société qui sont devant nous.

Les apports de loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ont été, autant que faire se peut, intégrés dans l'ensemble des chapitres concernés et un chapitre a été consacré à la présentation de la stratégie nationale de santé.

Nous remercions tous ceux qui ont apporté leur contribution à ce traité de santé publique qui ne pouvait, bien entendu, se concevoir que comme une œuvre collective, à l'image même de cette discipline sans frontière et qui devrait tous nous rassembler vers un même objectif : la santé des populations, et en définitive la santé de chacun d'entre nous.

François BOURDILLON,  
Gilles BRÜCKER  
et Didier TABUTEAU





**Traité de référence**, sans équivalent en langue française, cette troisième édition du *Traité de santé publique* couvre l'ensemble des problématiques relatives à la santé des populations.

À l'heure où la **nouvelle loi de modernisation de notre système de santé** instaure une Agence nationale de santé publique (Santé publique France), assurant les missions de veille sanitaire, de prévention des maladies et de promotion de la santé, de gestion des crises sanitaires, cette nouvelle édition du traité ouvre le **champ de la santé publique**, entendu comme « *un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes* », à tous ceux qui, du citoyen au professionnel de santé, du patient aux décideurs des politiques de santé, cherchent à partager la réflexion, jamais close, sur les choix de santé et de société qui sont devant nous, à travers cinq grandes parties :

- Les **fondements de la santé publique** : déterminants de santé, notion de risque, sécurité sanitaire, éducation pour la santé, droits des personnes malades, bioéthique...
- L'**organisation du système de santé** : assurances maladies, régulation des dépenses, prévention, associations d'usagers...
- La **politique de santé en France** : stratégie nationale de santé, politique du médicament, lutte contre les addictions...
- Les **enjeux contemporains des politiques de santé** : risques liés à l'environnement, lobbying, bioterrorisme, maladies chroniques...
- Les **enjeux internationaux** : maladies infectieuses émergentes, accès des pays pauvres aux médicaments essentiels...

Une centaine d'auteurs, spécialistes référents, ont travaillé sous la coordination de **François Bourdillon** (Directeur général de l'Agence nationale de santé publique [Santé publique France], Professeur associé à l'université Pierre et Marie Curie), **Gilles Brücker** (Professeur des Universités en Santé publique, ancien Directeur général de l'Institut de veille sanitaire) et **Didier Tabuteau** (Conseiller d'État, responsable de la chaire « Santé » de Sciences Po, Professeur associé et co-directeur de l'Institut droit et santé à l'université Paris Descartes).

**L'ouvrage s'adresse aux spécialistes en Santé publique, à l'ensemble des professionnels de santé et à tous ceux qui ont en charge les politiques de santé et leur application.**

