

# Traité de SANTÉ PUBLIQUE

François Bourdillon  
Gilles Brücker  
Didier Tabuteau

Fondements, organisations, stratégies et enjeux

4<sup>e</sup> édition

Médecine  
SCIENCES

# Traité de santé publique

4<sup>e</sup> édition

**Traité de référence** sans équivalent en langue française, cette 4<sup>e</sup> édition du *Traité de santé publique* couvre les grandes problématiques relatives à la santé des populations.

Cette nouvelle édition 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, expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes » à tous ceux, qui, du citoyen au professionnel de santé, de la personne malade au décideur des politiques de santé, cherchent à partager la réflexion jamais close, sur les choix de santé et de société, les enjeux nationaux comme internationaux à travers :

- **les fondements de la santé publique** : ses définitions, son histoire, les déterminants de santé, les risques et l'épidémiologie, la sécurité sanitaire, l'éthique, le droit des personnes malades, la place et le rôle des associations de malades ;
- **les grandes fonctions de la santé publique** : la veille, l'alerte, la surveillance, la prévention et la promotion de la santé, la recherche en santé publique ;
- **l'état de santé en France** et dans le monde : la démographie, les inégalités de santé et un focus aux âges extrêmes de la vie – l'enfance et le vieillissement.

Puis cette nouvelle édition décline trois approches : par **facteurs de risques**, par **pathologies** et selon **les actes de prévention et de soins** pour terminer sur **les enjeux internationaux**.

Fruit de la collaboration de plus de **80 auteurs et autrices spécialistes des thématiques abordées**, l'ouvrage est placé sous la coordination de :

**François Bourdillon**, médecin de santé publique. Il a été directeur général de Santé publique France qu'il a préfigurée (2016-2019), de l'Institut de veille sanitaire et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2014-2016) ; chef du pôle « Santé publique, évaluation et produits de santé » à la Pitié-Salpêtrière et vice-président de Médecins Sans Frontières. Il enseigne à Sciences-Po Paris et est président d'honneur de la Société française de santé publique.

**Gilles Brucker**, professeur de santé publique, médecin des hôpitaux. Il a été chef de service de santé publique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et du service d'hygiène hospitalière et de prévention au siège de l'AP-HP ; directeur général de l'Institut de veille sanitaire puis du groupement d'intérêt public « ESTHER » chargé du renforcement – de la lutte contre le Sida dans les pays en développement. Il est membre fondateur et président d'honneur de Médecins du Monde et co-fondateur de l'association AFRAVIH contre le VIH. Il est actuellement expert pour les projets de développement en santé au sein de l'AP-HP International.

**Didier Tabuteau**, spécialiste des questions de santé et sécurité sociale. Ancien élève de l'École Polytechnique et de l'ENA, docteur en droit et habilité à diriger des recherches (HDR). Il a exercé, à plusieurs reprises, des fonctions de direction dans des cabinets ministériels et administrations de la santé entre 1988 et 2002. Chargé en 2000 de la préparation du projet de loi sur les droits des malades, il a, également, été vice-président de la Société française de santé publique (2005-2011). Ancien président de la section sociale du Conseil d'État, il est actuellement vice-président du Conseil d'État.

**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.**

# Traité de SANTÉ PUBLIQUE

Fondements, organisations, stratégies et enjeux

## Chez le même éditeur

### Ouvrages

- Surveillance épidémiologique et veille sanitaire. Principes, méthodes et applications en santé publique. Pascal Astagneau, Pascal Crépey. Médecine Sciences, 2023
- Méthodes biostatistiques appliquées à la recherche clinique en cancérologie, 2<sup>e</sup> édition. Sophie Gourgou, Xavier Paoletti, Simone Mathoulin-Pélissier. JLE, 2021
- Risques chimiques liés aux aliments. Principes et applications. Valérie Camel, Gilles Rivière, Bruno Le Bizec. TEC & DOC, 2018
- Épidémiologie de terrain, 2<sup>e</sup> édition. Méthodes et applications. François Dabis, Jean-Claude Desenclos. JLE, 2017
- Eau, environnement et santé publique. Introduction à l'hydrologie. Roland Vilaginès. TEC & DOC, 2010
- Gouverner l'imprévisible. Pandémie grippale, SRAS, crises sanitaires. Anne-Claude Crémieux. Lavoisier, 2009
- Essais cliniques : théorie, pratique et critique. Gilles Bouvenot, Muriel Vray. Médecine Sciences, 2006



### Revues

- Environnement, Risques & Santé
- Politiques et Management Public
- Les Tribunes de la Santé
- Sciences sociales et santé
- Géographie, Économie, Société
- Gestion & finances publiques



# Traité de SANTÉ PUBLIQUE

François Bourdillon  
Gilles Brücker  
Didier Tabuteau

Fondements, organisations, stratégies et enjeux

4<sup>e</sup> édition

Préface du Professeur Didier Fassin

Retrouvez  
tous nos livres



La librairie médicale  
scientifique et technique  
de JLE

## Médecine

SCIENCES

**Publié par**

SAS JLE  
30 A, rue Berthollet  
94110 Arcueil  
France

Nos livres : [www.librairiejle.com](http://www.librairiejle.com)  
Nos revues : [www.jle.com](http://www.jle.com)  
Nous contacter : [contact@jle.com](mailto:contact@jle.com)

Conception graphique couverture : Hélène Mathorel

© 2025 JLE. Tous droits réservés.

ISBN : 978-2-2572-0793-7

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie (CFC), 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

# Liste des auteurs et autrices |

**Alla François**, Médecin de santé publique, Professeur des Universités, Chef du service prévention, CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Ancelle Thierry**, Épidémiologiste, ancien Maître de conférences à l'Université René Descartes Paris, ancien Professeur à l'EHESP Rennes

**Arwidson Pierre**, Médecin, Directeur adjoint de la prévention et de la promotion, Santé publique France, Saint-Maurice

**Basset Bernard**, Médecin spécialiste de santé publique, ancien Haut fonctionnaire, Président d'honneur d'Addictions France, Paris

**Beck François**, Directeur de la prévention et de la promotion de la santé, Santé Publique France, Saint-Maurice, Chercheur au Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Inserm U1018, Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, Université Versailles Saint-Quentin (UVSQ), Villejuif

**Benyamina Amine**, Médecin, Psychiatre addictologue, Professeur des Universités, Université Paris-Saclay, Président de la Fédération française d'addictologie, Paris

**Bourdillon François**, Médecin de santé publique, ancien Directeur général de Santé publique France, Paris

**Braun Serge**, Directeur stratégie neuromusculaire de Généthon, ancien Directeur scientifique de l'AFM-Téléthon, Évry

**Brücker Gilles**, Médecin spécialité santé publique, Professeur des Universités, direction des relations internationales AP-HP, Paris

**Coldefy Magali**, Chercheuse en géographie, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris

**Coignard Bruno**, Médecin, Épidémiologiste, Directeur maladies infectieuses, Santé publique France, Saint-Maurice

**Collet Lionel**, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Président de la Haute autorité de Santé, Saint-Denis

**Cottet Christian**, Président Istem-CECS, ancien Directeur de l'AFM-Téléthon, Évry

**Couteron Jean-Pierre**, Psychologue, Addictologue, Président des associations Clémence Isaure et Oppelia, Membre du collège d'experts de l'Autorité nationale des jeux, Vice-Président de la Société française de santé publique, Paris

**Couty Édouard**, Conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, ancien Directeur général de l'offre de soins, Paris

- de Pontual Loïc**, Professeur de pédiatrie, Chef de service de pédiatrie, hôpital Jean Verdier, AP-HP, Bondy
- Desenclos Jean-Claude**, Médecin épidémiologiste, Chargé de projet scientifique, Santé publique France, Saint-Maurice
- Dormont Brigitte**, Économiste, Professeure émérite, Université Paris Dauphine-PSL, Paris
- Duguet Christophe**, Directeur des affaires publiques, AFM-Téléthon, Évry
- Dumartin Catherine**, Pharmacienne, Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins de Nouvelle-Aquitaine et Inserm 1219 Bordeaux Population Health, Bordeaux
- Dumont Gérard-François**, Ancien Recteur, Professeur émérite à la Sorbonne, Président de la revue Population & Avenir, Paris
- Dupont Marc**, Directeur d'hôpital, direction des affaires juridiques, AP-HP, Paris
- Fassin Didier**, Anthropologue et médecin, Professeur au Collège de France, chaire Questions morales et enjeux politiques, et à l'*Institute for Advanced Study* de Princeton, Directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Président du Comité pour la santé des exilés
- Ferrié Scarlett-May**, Maître de conférences en droit privé, Université de Cergy-Pontoise, Chargée de mission au Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, Paris
- Fougère Bertrand**, Professeur, Gériatre, Université CHU Tours, Tours
- Foureur Nicolas**, Médecin, Responsable du Centre d'éthique clinique de l'AP-HP, Paris
- Gabach Pierre**, Médecin spécialiste en santé publique, Clichy la Garenne
- Gallay Anne**, Médecin de santé publique, Docteur en épidémiologie, Santé publique France, Saint-Maurice
- Galmiche Perrine**, Doctorante en santé publique et éthique, Université Paris-Saclay, CESP Inserm U1018, équipe recherches en éthique et épistémologie, Paris
- Gandré Coralie**, Chercheuse en santé publique, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris
- Gerber Sara-Lou**, Maîtresse des requêtes au Conseil d'État, Paris
- Got Claude** †, Était Professeur honoraire, Université Paris-Ouest, Paris
- Gourevitch Raphaël**, Médecin, Psychiatre, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, site Sainte-Anne, Paris
- Grimaldi André**, Médecin, Diabétologue, Professeur émérite, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
- Herberg Serge**, Professeur émérite de nutrition, Université Sorbonne Paris Nord, équipe de recherche en épidémiologie nutritionnelle, Bobigny
- Ifrah Norbert**, Professeur émérite d'hématologie, faculté de médecine d'Angers, Président de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt
- Jacquin Paul**, Pédiatre, service de médecine de l'adolescent, hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
- Jorland Gérard** †, Était Directeur d'études, Centre de recherches historiques, EHESS, Paris
- Jourdain Emma**, Adjointe aux relations sociales à l'AP-HP, ancienne Cheffe de projet AP-HP International, Paris
- Julia Chantal**, Professeur de nutrition, Cheffe de service de santé publique, GHU Paris Seine-Saint-Denis, AP-HP, Bobigny



**Kastler Florian**, Administrateur de l'État, Docteur en droit public, Paris, auteur de l'ouvrage « Le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la santé »

**Lafont Rapnouil Stéphanie**, Médecin, Psychiatre, Praticien hospitalier, CHU de Toulouse, mise à disposition auprès du Délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie comme conseiller animation territoriale et parcours

**Lansiaux Amélie**, Médecin, spécialité cancéro-biologie, Directrice de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute autorité de Santé, Saint-Denis

**Le Bail Morgane**, Médecin de santé publique, Chef du service des bonnes pratiques, Haute autorité de Santé, Saint-Denis

**Le Strat Yann**, Statisticien, Épidémiologiste, Directeur scientifique de Santé publique France, Saint-Maurice

**Lermenier Aurélie**, Chargée d'études, Centre régional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) de Bretagne, Rennes

**Lévy-Brulh Daniel**, Médecin épidémiologiste, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, Paris

**Linassier Claude**, Professeur de cancérologie, faculté de médecine de Tours, Praticien hospitalier, CHU de Tours, Directeur du pôle prévention et organisation du parcours de soins de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt

**Marchand Charlotte**, Directrice de cabinet, Responsable de la mission d'appui à la stratégie et partenariats de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt

**Martin Dominique**, Médecin de santé publique, ancien Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Paris

**May-Michelangeli Laetitia**, Médecin, Biologiste, Praticien hospitalier, Chef de service, service évaluation et outils de la qualité et la sécurité des soins, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute autorité de Santé, Saint-Denis

**Morgand Claire**, Docteur en médecine et en épidémiologie, Directrice de l'observation, des sciences des données et de l'évaluation de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt

**Mosnier Anne**, Médecin généraliste et épidémiologiste, Open Rome, Paris

**Moulin Anne**, Médecin, Épidémiologiste, Directrice adjointe de la direction des maladies non transmissibles et des traumatismes, Santé publique France, Saint-Maurice

**Nguyen Thanh Việt**, Ingénieure agronome, Responsable de l'unité addictions à la direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, Saint Maurice

**Noël Harold**, Médecin, Épidémiologiste, direction des maladies infectieuses, Santé publique France, Saint-Maurice

**Obradovic Ivana**, Politiste, Directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), Paris

**Ourliac Benoît**, Sous-directeur en charge de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Paris

**Parent du Chatelet Isabelle**, Médecin épidémiologiste, Responsable de l'unité infections respiratoires et vaccination, Santé publique France, Paris

**Parneix Pierre**, Médecin de santé publique et de prévention du risque infectieux, Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins de Nouvelle-Aquitaine, CHU de Bordeaux, Bordeaux

**Pizarro Luis**, Directeur général, DNDi (*Drugs for Neglected Diseases initiative*), Genève

**Pollak Catherine**, Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ancienne Sous-directrice adjointe de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie à la DREES, Paris

**Polton Dominique**, Économiste de la santé

**Quénel Philippe**, Médecin épidémiologiste, Professeur honoraire de l'EHESP, président d'Airparif, Paris

**Raymond Gérard**, Président de France Assos Santé, Paris

**Rigaud Alain**, Médecin, Psychiatre des hôpitaux honoraire, ancien Chef du pôle d'addictologie de l'EPSM Marne, Président d'honneur d'Addictions France, Reims

**Rumeau-Pichon Catherine**, Ancienne Adjointe à la directrice de l'évaluation médicale, économique et de santé publique de la Haute autorité de Santé, ancienne Vice-Présidente du Comité économique des produits de santé, Saint-Denis

**San Marco Jean-Louis**, Médecin, Professeur de santé publique, Marseille

**Scemama Olivier**, Médecin de santé publique, ancien Chef du bureau infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose de la DGS, ancien Adjoint au chef du service évaluation économique et santé publique de la Haute autorité de Santé, Paris

**Slama Rémy**, Épidémiologiste environnemental, Directeur de recherches à l'Inserm, Professeur attaché à l'ENS-PSL, Institut de biologie de l'ENS (IBENS), PARSEC (Paris Recherche Santé Environnement Climat), Paris

**Spahic Mili**, Directeur général adjoint, Agence régionale de santé Grand-Est, Enseignant associé à l'ISPED, Université de Bordeaux, Bordeaux

**Suesser Pierre**, Pédiatre et médecin de santé publique, ex-médecin de protection maternelle et infantile, Seine-Saint-Denis

**Tabuteau Didier**, Ancien président de la section sociale du Conseil d'État, Vice-président du Conseil d'État, Paris

**Tantet Claire**, Médecin infectiologue, Responsable médicale du dispositif parcours dans le service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne (Bobigny) et hôpital Bichat (Paris), Présidente de l'association Mille Parcours

**Tarantola Arnaud**, Médecin, Épidémiologiste, Délégué régional Île-de-France, direction des régions, Santé publique France, Saint-Maurice

**Vandentorren Stéphanie**, Médecin, Épidémiologiste, Coordinatrice de l'enjeu inégalités sociales de santé, Direction scientifique et internationale, Santé publique France, Saint-Maurice

**Veber Florence**, Médecin pédiatre, Directrice de la direction des relations internationales AP-HP, Paris

**Vernay Michel**, Épidémiologiste, Directeur de la direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France, Saint-Maurice

**Viguier Jérôme**, Oncologue digestif, CHU de Tours, ancien Directeur général des Agences régionales de santé de Martinique et du Centre-Val-de-Loire, Conseiller du président et du directeur général de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt

**Zmirou-Navier Denis**, Professeur honoraire de santé publique, faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine

# Préface

## La santé publique à l'épreuve du temps

Si la santé publique se définit en termes de prise en charge des désordres du corps et de l'esprit au niveau d'une collectivité, par opposition à la médecine clinique dont l'action porte sur l'individu, son histoire est aussi longue que sa géographie est étendue. Dans la plupart des sociétés connues, il existe en effet des pratiques, rituelles ou hygiéniques, religieuses ou profanes, visant à exorciser ou prévenir les maladies et, de manière générale, les malheurs qui affectent le groupe. L'organisation plus formelle et systématique de cette activité s'est développée sous le double effet de l'urbanisation et de l'étatisation. C'est vrai de l'empire romain, où les règles de salubrité et les travaux d'assainissement ont occupé une place considérable, comme de l'Empire inca, où les prescriptions à vocation nataliste et les mesures de protection des démunis participaient de la bonne administration.

Mais c'est à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle que la santé publique a connu un véritable essor, avec la naissance de ce que Michel Foucault a appelé la biopolitique, à savoir les multiples formes de régulation de la population dans lesquelles il voit l'investissement d'un pouvoir sur la vie. Elles se manifestent à la fois dans le domaine du savoir, avec le calcul actuariel qui produit des tables de mortalité, la statistique morale qui mesure les taux de criminalité ou la démographie humaine qui analyse les dynamiques de peuplement, que dans le domaine de l'intervention, avec les programmes de réalisation des vaccinations, de contrôle des naissances ou de maîtrise de l'immigration. L'idée même de population, qui semble aujourd'hui aller de soi, constitue une sorte de révolution intellectuelle en ce qu'elle change l'échelle d'interprétation des phénomènes sociaux. Elle ouvre la possibilité et même la nécessité d'institutions et de politiques ayant pour objet la santé collective. Cette préoccupation n'est pas entièrement nouvelle, mais elle dispose désormais d'outils, de structures et de métiers. L'épidémiologie et l'économie, et aussi, quoique à un moindre degré, la sociologie, l'anthropologie et la science politique, ont contribué un peu plus tard à cette expansion.

Parallèlement, la santé publique se développait en France comme discipline savante, d'abord, au XIX<sup>e</sup> siècle, sous un autre nom, hygiène publique, avec des pionniers, tels Louis-René Villermé, dont les travaux ont mis en évidence les inégalités sociales devant la mort, ou Alexandre Parent-Duchâtelet, dont l'étude sur la prostitution est une référence de sociologie empirique, puis, au long du XX<sup>e</sup> siècle, sous son nom actuel, mais à travers un avatar peu scientifique, mêlant considérations sur le thermalisme et techniques de désinfection, d'autant plus rapidement devenu désuet que les découvertes pastoriennes s'étaient avérées bien plus efficaces pour lutter contre les fléaux infectieux. À partir des années 1970, un renouvellement s'opérait toutefois, avec le développement parallèle de la médecine sociale, renouant avec les préoccupations des premiers temps, et de la biostatistique, permettant d'appréhender quantitativement la notion de risque.

Malgré ces avancées, qui s'accompagnaient au niveau institutionnel, de la création d'agences nationales et internationales, la santé publique en tant que savoir académique et pratique politique restait une pratique obscure, mal reconnue dans le cadre universitaire et peu valorisée dans la haute administration.

Avec les pandémies de Sida et de Covid, les choses ont commencé à changer. Il est vrai que les épidémies ont depuis longtemps été des moments de vérité pour la santé publique. À la fin du Moyen Âge, la peste noire avait donné naissance aux premiers comités sanitaires en Italie du nord puis ailleurs en Europe. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, le choléra avait mis à l'épreuve les thèses néohippocratiques et les dispositifs de prévention. Dans les années 1980, l'épidémie de Sida révélait les carences organisationnelles, avec le scandale du sang contaminé, tout en soulevant des questions éthiques nouvelles, aussi bien en termes de contrôle de la sexualité que de réduction des risques pour les toxicomanes. Mais surtout, la pandémie de Covid en 2020 a transformé la santé publique en priorité des priorités pratiquement sur l'ensemble de la planète tant la chronique des morts annoncées a fait trembler les gouvernements dans un contexte d'incertitude concernant l'évaluation de l'impact sanitaire et donc les décisions à prendre. D'importantes différences se sont ainsi manifestées entre les mesures autoritaires en Chine, drastiques en Australie, tardives en Italie, flexibles en Suède, accommodantes en Allemagne, contradictoires en Grande-Bretagne, inconsistantes aux États-Unis. Partout, cependant, s'est imposé ce qu'on peut appeler une forme de biolégitimité, c'est-à-dire de reconnaissance de la valeur suprême de la vie humaine, qui devait être protégée à tout prix, y compris en abandonnant les dogmes de l'économie et les principes de la démocratie.

En France, la pandémie a joué un rôle de révélateur sur au moins deux aspects. Premièrement, les effets des politiques nationales depuis longtemps dénoncées par les professionnels de santé se sont manifestés de manière dramatique : les réductions de lits hospitaliers et de personnels de soins, décidées au nom de la doctrine néolibérale de contraction des dépenses publiques, étaient le facteur essentiel de mise en œuvre d'une politique draconienne de confinement en raison du débordement du dispositif d'accueil des patients, tandis que les délocalisations de la production de médicaments et de biens de première nécessité, à commencer par les masques et les respirateurs, conformément aux logiques capitalistes de rentabilité, avaient pour résultat une double réalité de dépendance et de pénurie en matière de prévention de l'infection et de prise en charge des malades. Deuxièmement, les inégalités sociales devant la maladie et devant la mort ont été mises en évidence par les travaux épidémiologiques : les travailleurs de première ligne ont été particulièrement touchés, tout comme l'ont été les personnes migrantes et les catégories populaires ; parallèlement, la répression discrétionnaire contre le non-respect de mesures souvent excessives, voire absurdes, visait les populations les plus modestes ; on a ainsi pu se souvenir que la France avait l'un des écarts les plus grands en Europe en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance en fonction du niveau de revenus.

Mais si la pandémie de Covid a dévoilé les inconsistances des politiques sanitaires nationales, elle a aussi imprimé dans la société une sorte de culture de la santé publique. Chaque jour, le ministre de la Santé ou le directeur général de son ministère faisait devant les caméras le point sur la situation, des statistiques de cas et de décès étaient diffusées, des débats d'experts avaient lieu. Le langage du confinement et des contacts, de l'incidence et de la létalité, de la valeur prédictive des tests et de la distanciation sociale à maintenir est devenu familier. Mais, dans ce moment crucial, la santé publique s'est surtout montrée sous un jour de police sanitaire dans le contexte de l'état d'urgence, avec son lot de prohibitions, d'obligations, de contrôles et de sanctions, avec sa violation des libertés fondamentales, en matière de mobilité et de manifestation, et un recul du droit s'accompagnant de pratiques discriminatoires. L'éducation à la santé publique s'est donc faite au prix de sacrifices considérables.

Que reste-t-il de cet apprentissage cinq ans plus tard ? Il est difficile de le dire, mais il semble que l'épreuve douloureuse de la pandémie de Covid a été suivie d'une compréhensible volonté d'oublier dans la population, mais aussi d'un plus difficilement justifiable évitement d'une évaluation de ce qui avait conduit à cette crise, de laquelle aurait pu résulter la nécessaire réforme des politiques sanitaires. C'est dire l'importance de la réédition – qui est en réalité une véritable refonte – de ce traité de santé publique qui a le mérite de réunir des experts de plusieurs disciplines, d'associer pratiques préventives et dispositif curatif, d'aborder des domaines essentiels souvent négligés comme les risques environnementaux et la santé mentale, de traiter à la fois des grandes causes de décès et des facteurs qui en rendent compte, enfin d'accorder une place significative aux déterminants et disparités de la santé qui, au fond, traduisent l'inégalité de la valeur des vies.

*Didier Fassin*



# Avant-propos |

En 2004, voilà déjà plus de 20 ans, paraissait la 1<sup>re</sup> édition de ce *Traité de santé publique*. Notre avant-propos soulignait le caractère souvent méconnu de la santé publique, discipline considérée comme nouvelle et émergente. En 2020, cette santé publique s'est imposée, avec brutalité, dans notre quotidien. L'épidémie de Covid-19 a bouleversé l'histoire de nos sociétés. Elle nous a rappelé ce que l'hygiénisme avait représenté au XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle, avant que la crainte des épidémies ne s'atténue dans les pays les plus développés. Elle a imposé une prise de conscience du caractère indispensable d'une approche collective de la santé, embrassant la sécurité sanitaire, la prévention et plus globalement la promotion de la santé comme les soins et la protection sociale contre la maladie.

Au-delà de la réponse aux épidémies, la santé publique a pour ambition de permettre l'analyse de l'état de santé des populations, la prise en compte des évolutions des besoins, la compréhension des risques et des menaces émergentes, mais aussi des attentes citoyennes, et pour proposer, conduire, évaluer les évolutions nécessaires de nos systèmes de santé, et mesurer leur impact sur la santé de la population.

La diversité, l'ampleur, mais aussi la complexité des missions de la santé publique peinent ainsi à la définir, tant elle doit réunir une grande diversité d'acteurs en santé, non seulement les professionnels de santé comme ceux des sciences humaines, sociales, économiques et politiques, mais également les pouvoirs publics, les organismes financeurs et bien sûr les citoyens eux-mêmes et leurs associations.

La santé publique se présente ainsi 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 vise à promouvoir la santé de tous, dans une approche qui se doit d'être équitable et juste ; en particulier elle doit s'attacher en priorité à la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins. Elle demeure fondée sur les principes intangibles, historiques, de la médecine hippocratique, *primum non nocere*, et respect du secret médical, principe aujourd'hui menacé par l'expansion du numérique en santé. Les immenses bases de données, indispensables à la compréhension des évolutions des besoins et des risques, doivent être plus que jamais protégées car elles sont devenues des enjeux économiques et stratégiques.

Au cours de ces vingt dernières années, la santé des citoyens en France, en Europe, et dans le monde a connu des évolutions importantes, notamment un allongement de l'espérance de vie, en particulier par le renforcement des politiques de prévention, de dépistage précoce, par l'amélioration de la santé maternelle et infantile, ou grâce à des innovations thérapeutiques, malheureusement encore insuffisamment partagées.

Malgré ces progrès, les dernières années ont également permis de mesurer les grandes fragilités des politiques de santé et la persistance voire la croissance des inégalités en santé. Les écarts d'espérance de vie selon les différentes CSP ne se réduisent pas, et au sein même des pays, riches ou émergents, certaines inégalités s'accroissent.

L'émergence du Sida dans les années 1980 a joué un rôle majeur dans le renforcement de la santé publique jusqu'au début des années 2000, notamment par le développement des systèmes de surveillance épidémiologique, par la création en France des agences de sécurité sanitaire, par la place renforcée des usagers des systèmes de santé dans leur propre prise en charge médicale, marquée durablement en France par la loi Kouchner de 2002, et par la mise en place de structures d'aide sanitaire internationale comme le Fonds Mondial et Unitaïd, qui ont permis des progrès incontestables dans la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant d'autres émergences virales ont marqué ce premier quart du XXI<sup>e</sup> siècle et souligné les vulnérabilités persistantes des systèmes de santé.

Il y eut au début des années 2000 les épidémies de SRAS, puis de MersCov, ou d'Ebola, et bien sûr la dramatique pandémie de Covid-19 évoquée précédemment. Près de 800 millions de cas dans le monde, 10 millions de morts, dont presque 200 000 en France et des conséquences encore très perceptibles, en particulier dans les pays à ressources limitées ou pays émergents, avec un recul de l'espérance de vie au niveau mondial qui efface les dix dernières années d'amélioration. Sans oublier un endettement massif de nombreux pays lié aux besoins d'équipements et d'approvisionnement pendant la pandémie Covid, endettement qui pèse fortement sur l'adaptation nécessaire des systèmes de santé pour faire face notamment à l'émergence des maladies non transmissibles partout dans le monde : cancers, maladies vasculaires, maladies métaboliques en particulier, et la santé mentale, trop souvent négligée, malgré des besoins essentiels.

Aujourd'hui, l'allongement de l'espérance de vie reprend, inégalement selon les pays, mais surtout il s'accompagne d'un vieillissement des populations, marqué dans les pays du Nord, singulièrement en Europe. La France est désormais confrontée à un affaïssement de sa natalité et à l'accentuation du vieillissement de sa population. Cette situation démographique se traduit par l'aggravation de l'incidence des maladies non transmissibles et la perte d'autonomie d'un nombre toujours croissant de personnes âgées. Ainsi se fait jour le besoin de nouvelles structures et de nouveaux métiers en santé.

Dans de nombreux pays, et la France ne fait pas exception, les systèmes de santé sont également confrontés à des défis nouveaux dans leur organisation et leur financement. La démographie des professions de santé, l'approvisionnement en biens médicaux, les inégalités sociales et territoriales de santé, l'essor de la prévention comme l'équilibre des régimes de protection sociale contre la maladie sont autant de problématiques qui s'inscrivent avec force, et sans doute durablement, sur les agendas politiques. Jamais peut-être les débats autour de ces questions n'ont plus engagé l'avenir de nos pays. La santé publique s'impose ainsi comme une composante majeure, sociale et économique bien sûr mais également stratégique, des politiques publiques. Le concept HIAP (*Health In All Policies*) invitant à la prise en compte de la santé dans toutes les politiques mérite de devenir un axiome de l'action publique.

On ne saurait dans ces évolutions de la santé des populations, d'ici ou d'ailleurs, méconnaître les immenses menaces qui pèsent sur l'avenir, non plus à long terme, mais dès à présent, liées aux évolutions climatiques, au réchauffement de la planète, aux pollutions de l'eau, de l'air et de l'environnement, avec les redoutables conséquences annoncées : fonte des glaciers, dégradation des océans, montée des niveaux de la mer, désertification, cyclones, inondations, etc.



La nécessité de prendre en compte ces menaces et ces risques pour la santé a conduit à l'émergence d'une démarche scientifique visant à intégrer dans des analyses communes toutes les formes de vie : la démarche « One Health ». Trop longtemps la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale ont fonctionné en tuyaux d'orgue sans concertation. L'analyse des risques met en évidence les interactions majeures de toutes les formes de vie et la nécessité de partager les connaissances pour fonder des stratégies communes.

Les choix à venir en matière de santé, dans un contexte particulièrement préoccupant d'altération des ressources de la planète, de régulation stricte des moyens budgétaires et de tensions mondiales, font resurgir des égoïsmes de toute nature et menacent les efforts de coopération internationale réalisés en faveur de la santé des populations, à commencer par l'action de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Puisse la 4<sup>e</sup> édition de ce *Traité de santé publique* contribuer à la diffusion des connaissances en matière de santé publique avec l'espoir que nos sociétés parviennent à maîtriser les défis redoutables de la santé publique au XXI<sup>e</sup> siècle.

Nous remercions très chaleureusement tous les auteurs qui ont accepté de contribuer à cet ouvrage et dont les contributions permettront aux lecteurs d'avancer sur le chemin exigeant et sans cesse renouvelé de la santé publique, en gardant pour boussole l'intérêt collectif et la protection des plus vulnérables, au sein d'une démocratie sanitaire vivante et solidaire.

*François Bourdillon, Gilles Brückner, Didier Tabuteau*



# Sommaire

|                                                            |      |
|------------------------------------------------------------|------|
| Liste des auteurs et autrices .....                        | V    |
| Préface, D. Fassin .....                                   | IX   |
| Avant-propos, F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau ..... | XIII |

## Fondements

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Chapitre 1 ■ Définitions de la santé publique .....</b>             | <b>3</b>  |
| F. Bourdillon, G. Brücker, D. Tabuteau                                 |           |
| • Une construction historique .....                                    | 3         |
| • Des définitions évolutives .....                                     | 4         |
| • Les missions de la santé publique.....                               | 6         |
| • Les métiers de la santé publique.....                                | 7         |
| • Quelques définitions du vocabulaire de santé publique.....           | 9         |
| <br><b>Chapitre 2 ■ La santé publique :</b>                            |           |
| <b>deux siècles de réformes sociales et de percées théoriques.....</b> | <b>11</b> |
| G. Jorland †                                                           |           |
| • L'impact de la Révolution sur le système de santé .....              | 11        |
| • Les médecins face à l'officianat de santé.....                       | 13        |
| • Les hôpitaux, centres d'enseignement et de recherche.....            | 13        |
| • La distinction entre maladies infectieuses et contagieuses .....     | 15        |
| • Les bureaux de bienfaisance .....                                    | 16        |
| • L'hygiène publique .....                                             | 16        |
| • L'assainissement des conditions de vie .....                         | 17        |
| • De l'hygiène publique à la santé publique .....                      | 18        |
| • Les institutions hygiénistes .....                                   | 20        |
| • La loi de santé publique de 1902 .....                               | 21        |
| • Le solidarisme.....                                                  | 22        |
| • La Sécurité sociale .....                                            | 22        |
| • Conclusion .....                                                     | 22        |
| <br><b>Chapitre 3 ■ Les déterminants de la santé .....</b>             | <b>24</b> |
| F. Alla                                                                |           |
| • Définition .....                                                     | 24        |
| • Modèles conceptuels .....                                            | 25        |
| • Classifications des déterminants de santé .....                      | 28        |
| • Conclusion .....                                                     | 29        |

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 4 ■ Le risque</b> .....                                                                           | 31  |
| C. Got †                                                                                                      |     |
| • Un concept puissant et d'usage difficile.....                                                               | 31  |
| • L'importance des mots.....                                                                                  | 31  |
| • Les formes du risque.....                                                                                   | 32  |
| • La connaissance du risque.....                                                                              | 35  |
| • La conscience du risque.....                                                                                | 38  |
| • Le principe de précaution.....                                                                              | 40  |
| • Conclusion.....                                                                                             | 41  |
| <b>Chapitre 5 ■ Épidémiologie</b> .....                                                                       | 43  |
| T. Ancelle, Y. Le Strat, A. Mosnier                                                                           |     |
| • Définitions.....                                                                                            | 43  |
| • Méthodologie en épidémiologie.....                                                                          | 45  |
| • Étude des facteurs de risque.....                                                                           | 48  |
| • Causalité en épidémiologie.....                                                                             | 49  |
| <b>Chapitre 6 ■ Principes et organisation de la sécurité sanitaire</b> .....                                  | 56  |
| D. Tabuteau                                                                                                   |     |
| • Méthodologie de la décision sanitaire.....                                                                  | 56  |
| • Un dispositif institutionnel original.....                                                                  | 60  |
| • Un corpus législatif et réglementaire dense.....                                                            | 66  |
| • Un enjeu économique et politique majeur.....                                                                | 69  |
| • Conclusion.....                                                                                             | 70  |
| <b>Chapitre 7 ■ Éthique et bioéthique</b> .....                                                               | 73  |
| S.-M. Ferrié, P. Galmiche, N. Foureur                                                                         |     |
| • Introduction.....                                                                                           | 73  |
| • Définitions.....                                                                                            | 73  |
| • Cadre.....                                                                                                  | 74  |
| • Enjeux.....                                                                                                 | 77  |
| • Conclusion.....                                                                                             | 89  |
| <b>Chapitre 8 ■ Droits des personnes malades</b> .....                                                        | 93  |
| D. Tabuteau, D. Martin                                                                                        |     |
| • Conception humaniste des droits des personnes malades.....                                                  | 94  |
| • Affirmation de l'autonomie de la personne.....                                                              | 97  |
| • Approfondissement du principe de solidarité.....                                                            | 101 |
| • Conclusion.....                                                                                             | 108 |
| <b>Chapitre 9 ■ Place et rôle des associations de patients et des usagers de la santé</b> .....               | 110 |
| G. Raymond                                                                                                    |     |
| • Évolution des associations concomitante à la création de droits individuels et collectifs des patients..... | 110 |
| • France Assos Santé, organe officiel de la démocratie en santé.....                                          | 112 |
| • Point sur la réalité des droits collectifs des usagers et de leurs représentants.....                       | 115 |
| • Enjeux actuels des associations d'usagers.....                                                              | 116 |
| • Conclusion : un rôle incontournable à consolider.....                                                       | 117 |

# Les grandes fonctions de santé publique

|                                                                                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Chapitre 10 ■ Veille, alerte et surveillance en santé publique.....</b>                              | <b>121</b> |
| J.-C. Desenclos, Y. Le Strat, G. Brückner                                                               |            |
| • Historique.....                                                                                       | 121        |
| • Surveillance et veille comme outils de base de la santé publique<br>et de la sécurité sanitaire ..... | 122        |
| • De la surveillance à la veille sanitaire.....                                                         | 123        |
| • Surveillance à base communautaire .....                                                               | 125        |
| • Bases réglementaires et organisation de la surveillance et de la veille sanitaire.....                | 126        |
| • Objectifs de la surveillance .....                                                                    | 128        |
| • Mise en place d'un système de surveillance .....                                                      | 132        |
| • Évaluation des systèmes de surveillance .....                                                         | 134        |
| • Grands types de systèmes de surveillance .....                                                        | 135        |
| • Registres.....                                                                                        | 141        |
| • Surveillance par enquêtes transversales périodiques.....                                              | 142        |
| • Surveillance non spécifique ou syndromique .....                                                      | 144        |
| • Vigilances .....                                                                                      | 146        |
| • Apport des cohortes à la surveillance .....                                                           | 148        |
| • Rôle croissant des grandes bases de données médico-administratives<br>dans la surveillance .....      | 149        |
| • Entrepôts de donnée de santé .....                                                                    | 151        |
| • Apport de l'intelligence artificielle.....                                                            | 152        |
| • Adaptation de la surveillance et de la veille à la pandémie de Covid-19.....                          | 152        |
| • Conclusion et perspectives .....                                                                      | 153        |
| <b>Chapitre 11 ■ Prévention, promotion de la santé.....</b>                                             | <b>157</b> |
| F. Bourdillon, P. Arwidson, J.-L. San Marco                                                             |            |
| • Prévention vue à travers le prisme de l'épidémiologie .....                                           | 157        |
| • Définitions .....                                                                                     | 158        |
| • L'éducation pour la santé.....                                                                        | 162        |
| • L'éducation thérapeutique .....                                                                       | 164        |
| • Facteurs de risque et décision publique .....                                                         | 164        |
| • Comment agir ? .....                                                                                  | 166        |
| • Enjeux contemporains de la prévention promotion de la santé .....                                     | 167        |
| • Perspectives .....                                                                                    | 168        |
| • Conclusion.....                                                                                       | 171        |
| <b>Chapitre 12 ■ Recherche en santé publique .....</b>                                                  | <b>174</b> |
| R. Slama                                                                                                |            |
| • Introduction.....                                                                                     | 174        |
| • Aperçu des méthodes de la recherche en santé publique .....                                           | 176        |
| • Établissement de la causalité en santé publique .....                                                 | 185        |
| • Quelques frontières et tensions actuelles de la recherche en santé publique .....                     | 186        |
| • Conclusion.....                                                                                       | 187        |

## L'état de santé en France

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 13 ■ Approche par population : démographie</b> .....                                                             | 193 |
| G.-F. Dumont                                                                                                                 |     |
| • Une espérance de vie inédite.....                                                                                          | 193 |
| • Deux siècles de longévité accrue « par le bas » .....                                                                      | 194 |
| • Longévité accrue « par le haut » .....                                                                                     | 195 |
| • Vie et santé progressent-elles de concert ? .....                                                                          | 196 |
| • Différentiels de causes de décès selon le sexe .....                                                                       | 197 |
| • La santé face à la « gérontocroissance » .....                                                                             | 199 |
| • Gestion des effets de génération .....                                                                                     | 199 |
| • Effets du progrès technique médical.....                                                                                   | 200 |
| <b>Chapitre 14 ■ État de santé de la population française</b> .....                                                          | 201 |
| A. Moulin, B. Ourliac, C. Pollak, M. Vernay                                                                                  |     |
| • Une population française globalement en bonne santé.....                                                                   | 201 |
| • Les déterminants de santé, enjeu de la prévention.....                                                                     | 206 |
| • La santé aux différents âges : le poids croissant des polypathologies<br>chez les personnes âgées .....                    | 208 |
| • Au-delà des « maladies » : retentissement des problèmes de santé<br>sur la qualité de vie et la vie quotidienne.....       | 212 |
| • Conclusion.....                                                                                                            | 213 |
| <b>Chapitre 15 ■ Inégalités sociales et territoriales de santé</b> .....                                                     | 216 |
| S. Vandentorren, J.-C. Desenclos                                                                                             |     |
| • Inégalités sociales et territoriales de santé marquées et persistantes en France .....                                     | 217 |
| • Mécanismes de production des inégalités sociales de santé .....                                                            | 228 |
| • Leviers d'action pour une santé plus équitable.....                                                                        | 230 |
| • Pandémie de Covid : révélateur et accélérateur des inégalités sociales de santé.....                                       | 232 |
| • Perspectives et enjeux actuels .....                                                                                       | 233 |
| • Conclusion.....                                                                                                            | 235 |
| <b>Chapitre 16 ■ Enfance, adolescence et santé publique</b> .....                                                            | 238 |
| P. Suesser, P. Jacquin, L. de Pontual                                                                                        |     |
| • Santé infantile, juvénile et familiale, d'où partons-nous ? .....                                                          | 238 |
| • La santé de l'enfant marquée par une grande variété de déterminants.....                                                   | 239 |
| • Qu'en est-il des principales pathologies aux divers âges de l'enfance ? .....                                              | 242 |
| • Qu'en est-il des enjeux sur le plan développemental ?.....                                                                 | 245 |
| • Focus sur les spécificités des âges de l'enfance .....                                                                     | 246 |
| • Quels critères de prise en charge de l'enfant et quelle structuration des soins<br>au service du parcours de santé ? ..... | 249 |
| • Focus sur les institutions dédiées à la santé des enfants .....                                                            | 251 |
| • Conclusion : les grands enjeux dans les 10 ans .....                                                                       | 256 |
| <b>Chapitre 17 ■ Vieillesse et transition démographique : défis aux enjeux multiples</b> .....                               | 260 |
| B. Fougère                                                                                                                   |     |
| • Maladies et syndromes liés à l'âge .....                                                                                   | 261 |
| • Prévention et maintien de l'autonomie.....                                                                                 | 262 |

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| • Place des aidants.....                                | 264 |
| • Politiques publiques et coordination des acteurs..... | 265 |
| • Lutte contre l'âgisme et l'inclusion sociale.....     | 268 |
| • Conclusion.....                                       | 269 |

## Organisation du système de santé

|                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Chapitre 18 ■ Politique de santé.....</b>                                                                         | <b>273</b> |
| D. Tabuteau                                                                                                          |            |
| • Les limites indéfinies d'une politique de santé .....                                                              | 273        |
| • Une politique sanitaire plurielle.....                                                                             | 274        |
| • Les formes variées de la politique de santé en France .....                                                        | 275        |
| • La recherche d'une politique globale.....                                                                          | 277        |
| • Une politique enserrée dans un système de pouvoirs complexe.....                                                   | 278        |
| • Un pilotage en construction .....                                                                                  | 280        |
| • Conclusion.....                                                                                                    | 281        |
| <b>Chapitre 19 ■ Administrations sanitaires et organisation du système de santé.....</b>                             | <b>283</b> |
| M. Spahic                                                                                                            |            |
| • Un système où l'action de l'État prédomine largement .....                                                         | 283        |
| • Récentes évolutions du cadre d'action .....                                                                        | 284        |
| • Organisation centrale de l'État.....                                                                               | 284        |
| • Montée en puissance de la régionalisation de la santé .....                                                        | 287        |
| • Organismes consultatifs .....                                                                                      | 290        |
| • Institutions de formation et de recherche.....                                                                     | 291        |
| • Agences sanitaires et organismes nationaux.....                                                                    | 291        |
| • Agence indépendante : Haute Autorité de santé .....                                                                | 294        |
| • Opérateur de service public sanitaire : Établissement français du sang.....                                        | 295        |
| • Autres opérateurs nationaux.....                                                                                   | 295        |
| <b>Chapitre 20 ■ Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires.....</b>                                     | <b>298</b> |
| B. Dormont                                                                                                           |            |
| • La couverture par la Sécurité sociale est partielle.....                                                           | 299        |
| • La couverture par la Sécurité sociale augmente de façon systémique .....                                           | 301        |
| • La protection offerte par la Sécurité sociale est insuffisante.....                                                | 302        |
| • La couverture complémentaire est une condition de l'accès aux soins.....                                           | 303        |
| • Contrats individuels et collectifs : des inégalités considérables de coûts et de couvertures.....                  | 303        |
| • Pouvoir d'achat des ménages modestes miné par les restes à charge et le coût de la couverture complémentaire ..... | 304        |
| • Les défauts de coordination pour la maîtrise des dépenses de santé .....                                           | 305        |
| • Un système coûteux en frais de gestion et subventions .....                                                        | 306        |
| • Un système qui peut contribuer à une hausse des prix des soins .....                                               | 307        |
| • Des règles de concurrence qui encouragent la segmentation des risques .....                                        | 308        |
| • La solidarité en partie défaite par l'étagement des complémentaires.....                                           | 309        |
| • Les évolutions récentes renforcent le rôle des complémentaires .....                                               | 310        |
| • Comment sortir des mécanismes délétères ? .....                                                                    | 311        |

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 21 ■ Établissements de santé</b> .....                                      | 313 |
| É. Couty, M. Dupont .....                                                               |     |
| • Définition et missions des établissements de santé .....                              | 314 |
| • Secteur public et secteur privé d'hospitalisation .....                               | 314 |
| • L'activité .....                                                                      | 318 |
| • Service public hospitalier .....                                                      | 320 |
| • Gouvernance des établissements .....                                                  | 321 |
| • Régulation de l'offre hospitalière et contrôle de l'État .....                        | 323 |
| • Financement des établissements .....                                                  | 326 |
| • Statut du patient dans l'établissement de santé .....                                 | 330 |
| • Conclusion .....                                                                      | 331 |
| <b>Chapitre 22 ■ Soins de ville</b> .....                                               | 333 |
| S.-L. Gerber .....                                                                      |     |
| • La ville : un enjeu majeur pour l'accès aux soins .....                               | 333 |
| • Une régulation marquée par l'histoire .....                                           | 335 |
| • Les réponses au défi démographique .....                                              | 337 |
| • Un enjeu d'accès aux soins de ville qui revêt également une dimension financière .... | 345 |
| • Un enjeu de qualité et d'efficacité des soins délivrés en ville .....                 | 346 |
| • Conclusion .....                                                                      | 349 |

## Approche par facteurs de risques

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 23 ■ Politiques de lutte contre le tabagisme</b> .....       | 353 |
| F. Bourdillon, V. Nguyen Thanh, A. Lermenier, F. Beck .....              |     |
| • Plaisir, manque et dépendance .....                                    | 353 |
| • Première cause de mortalité prématurée .....                           | 353 |
| • Consommation de tabac en France et dans le monde .....                 | 354 |
| • Politiques publiques en France .....                                   | 356 |
| • Prévention .....                                                       | 358 |
| • Enjeux .....                                                           | 364 |
| • Conclusion .....                                                       | 368 |
| <b>Chapitre 24 ■ Prévention du risque alcool</b> .....                   | 370 |
| B. Basset, A. Benyamina, A. Rigaud .....                                 |     |
| • Consommation d'alcool .....                                            | 370 |
| • Risques et dommages .....                                              | 372 |
| • Coût social .....                                                      | 375 |
| • Prévention .....                                                       | 375 |
| • Conclusion .....                                                       | 383 |
| <b>Chapitre 25 ■ Éléments pour une politique des addictions</b> .....    | 385 |
| F. Beck, J.-P. Couteron, I. Obradovic .....                              |     |
| • Quelques éléments d'histoire récente .....                             | 386 |
| • État des lieux des addictions en France .....                          | 388 |
| • Conséquences sociosanitaires des addictions : l'état des savoirs ..... | 393 |
| • Des réponses publiques en évolution .....                              | 394 |
| • Conclusion .....                                                       | 405 |



|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 26 ■ Politique nutritionnelle de santé publique en France :<br/>le programme national nutrition santé</b> ..... | 408 |
| C. Julia, S. Hercberg                                                                                                       |     |
| • Pourquoi un programme de santé publique centré sur la nutrition ? .....                                                   | 408 |
| • Objectifs chiffrés PNNS4 .....                                                                                            | 409 |
| • Ensemble d'actions et de mesures cohérentes et synergiques .....                                                          | 412 |
| • Actions et outils du PNNS .....                                                                                           | 413 |
| • PNNS4 – 2019-2023 : les principaux axes de la politique publique .....                                                    | 413 |
| • PNNS, évaluation et suivi .....                                                                                           | 415 |
| • Perspectives et futur du PNNS .....                                                                                       | 416 |
| <b>Chapitre 27 ■ Santé environnementale</b> .....                                                                           | 418 |
| P. Quénel, D. Zmirou-Navier                                                                                                 |     |
| • Définition .....                                                                                                          | 418 |
| • Une évolution « adaptative » .....                                                                                        | 418 |
| • Une révolution conceptuelle en cours .....                                                                                | 419 |
| • Un champ de plus en plus vaste .....                                                                                      | 421 |
| • Des impacts sanitaires majeurs .....                                                                                      | 422 |
| • Maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement .....                                                              | 423 |
| • La recherche et l'expertise dans le processus décisionnel de la gestion des risques....                                   | 426 |
| • Évaluation et gestion des risques : des évolutions contradictoires .....                                                  | 427 |
| • Vers un recul de la santé environnementale ? .....                                                                        | 429 |
| <b>Chapitre 28 ■ Lobbies et la prévention en santé</b> .....                                                                | 431 |
| B. Basset, A. Benyamina                                                                                                     |     |
| • Lobbying économique et commercial .....                                                                                   | 431 |
| • Plaidoyer de santé publique .....                                                                                         | 436 |
| • Conclusion .....                                                                                                          | 438 |

## Approche par pathologies

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 29 ■ Maladies infectieuses émergentes</b> .....                     | 441 |
| A. Tarantola, H. Noël, B. Coignard                                              |     |
| • Définition .....                                                              | 441 |
| • Déterminants des phénomènes infectieux émergents .....                        | 442 |
| • Trois phases d'une émergence .....                                            | 446 |
| • Proposition de typologie des émergences et exemples .....                     | 447 |
| • Lutte contre les infections émergentes .....                                  | 450 |
| • Conclusion .....                                                              | 459 |
| <b>Chapitre 30 ■ Maladies chroniques</b> .....                                  | 463 |
| F. Bourdillon, A. Gallay, M. Vernay, A. Grimaldi                                |     |
| • Définitions .....                                                             | 466 |
| • Pourquoi la santé publique s'intéresse-t-elle aux maladies chroniques ? ..... | 466 |
| • Politique pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques .....     | 468 |
| • Enjeux .....                                                                  | 471 |
| • Conclusion .....                                                              | 475 |

|                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 31 ■ Politique de lutte contre les cancers</b> .....                                                                                                                 | 478 |
| J. Viguier, C. Morgand, C. Marchand, C. Linassier, N. Ifrah                                                                                                                      |     |
| • Principales données épidémiologiques .....                                                                                                                                     | 478 |
| • Poids économique du cancer .....                                                                                                                                               | 479 |
| • Plans cancer .....                                                                                                                                                             | 480 |
| • Observation des cancers .....                                                                                                                                                  | 482 |
| • Prévention .....                                                                                                                                                               | 482 |
| • Dépistage .....                                                                                                                                                                | 485 |
| • Organisation du traitement des cancers .....                                                                                                                                   | 486 |
| • Recherche .....                                                                                                                                                                | 489 |
| • Vie pendant et après le cancer .....                                                                                                                                           | 490 |
| • Conclusion .....                                                                                                                                                               | 491 |
| <b>Chapitre 32 ■ La psychiatrie à l'heure de la santé mentale</b> .....                                                                                                          | 493 |
| C. Gandré, S. Lafont Rapnouil, M. Coldefy, R. Gourevitch                                                                                                                         |     |
| • Santé mentale et psychiatrie, de quoi parle-t-on ? .....                                                                                                                       | 493 |
| • Des données épidémiologiques sur les troubles psychiques qui dépendent des systèmes d'information .....                                                                        | 494 |
| • Des politiques de santé mentale qui n'ont cessé d'évoluer depuis les années 1960...                                                                                            | 496 |
| • Offre de soins et services diversifiée .....                                                                                                                                   | 498 |
| • Actualités, enjeux persistants et perspectives .....                                                                                                                           | 500 |
| • Conclusion : la nécessité d'une véritable politique de « santé mentale publique » qui ne néglige pas la psychiatrie .....                                                      | 503 |
| <b>Chapitre 33 ■ Maladies rares, modèle de santé publique</b> .....                                                                                                              | 506 |
| S. Braun, C. Cottet, C. Duguet                                                                                                                                                   |     |
| • Essor de la génétique dans le domaine diagnostique et scientifique .....                                                                                                       | 506 |
| • Innover en thérapeutique grâce aux maladies rares : les thérapies issues de la connaissance des gènes .....                                                                    | 508 |
| • Demain : vers un modèle économique innovant ? .....                                                                                                                            | 510 |
| • Montée en puissance des associations de malades et émergence d'une politique de santé publique pour les maladies rares .....                                                   | 511 |
| • Une meilleure organisation du système de santé, une amélioration de la qualité des diagnostics et de la prise en charge mais des marges de progrès encore significatives ..... | 516 |
| • Défis à relever .....                                                                                                                                                          | 517 |
| • Conclusion .....                                                                                                                                                               | 518 |

## Approches autour des actes de prévention et de soins

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Chapitre 34 ■ Politique vaccinale</b> .....                      | 523 |
| D. Lévy-Bruhl, I. Parent du Chatelet                                |     |
| • Mise sur le marché d'un nouveau vaccin .....                      | 524 |
| • Intégration d'un nouveau vaccin dans la politique vaccinale ..... | 526 |
| • Effets indirects et modélisation .....                            | 526 |
| • Processus décisionnel concernant un nouveau vaccin .....          | 528 |

|                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Mise en œuvre d'une politique vaccinale .....                                  | 529        |
| • Suivi d'un programme de vaccination.....                                       | 529        |
| • Mesure de la couverture vaccinale .....                                        | 529        |
| • Mesure de l'efficacité vaccinale.....                                          | 530        |
| • Surveillance des effets indésirables .....                                     | 531        |
| • Surveillance épidémiologique.....                                              | 532        |
| • Adaptation de la politique vaccinale en fonction de son évaluation.....        | 534        |
| • Conclusion.....                                                                | 536        |
| <b>Chapitre 35 ■ Dépistage .....</b>                                             | <b>538</b> |
| C. Rumeau-Pichon, O. Scemama, F. Bourdillon                                      |            |
| • Différentes formes de dépistage.....                                           | 538        |
| • Critères de mise en place d'un dépistage .....                                 | 539        |
| • Programmes de dépistage organisé.....                                          | 544        |
| • Dépistage individuel : quelques exemples .....                                 | 546        |
| • Conclusion.....                                                                | 554        |
| <b>Chapitre 36 ■ Politique du médicament : évolution et nouveaux enjeux.....</b> | <b>557</b> |
| D. Martin, D. Polton                                                             |            |
| • Circuit du médicament.....                                                     | 557        |
| • Accès au médicament.....                                                       | 560        |
| • Sécurité du médicament et bon usage.....                                       | 562        |
| • Conclusion.....                                                                | 564        |
| <b>Chapitre 37 ■ Pertinence et qualité des soins .....</b>                       | <b>566</b> |
| M. Le Bail, P. Gabach, A. Lansiaux, L. Collet                                    |            |
| • Pertinence des soins .....                                                     | 566        |
| • Recommandations de bonne pratique.....                                         | 568        |
| • Formation continue des professionnels de santé .....                           | 570        |
| • Évaluation de la qualité et la sécurité des soins .....                        | 572        |
| • Conclusion.....                                                                | 575        |
| <b>Chapitre 38 ■ Gestion des risques associés aux soins.....</b>                 | <b>578</b> |
| C. Dumartin, L. May-Michelangeli, P. Parneix                                     |            |
| • Prévenir les infections et l'antibiorésistance.....                            | 578        |
| • Prévenir et gérer l'ensemble des risques associés aux soins.....               | 588        |
| • Perspectives : des défis à relever pour progresser encore .....                | 594        |
| • Conclusion.....                                                                | 596        |

## International

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Chapitre 39 ■ Santé mondiale.....</b>                        | <b>603</b> |
| E. Jourdain, F. Veber, L. Pizarro, G. Brückner                  |            |
| • Concepts et définitions de la santé mondiale.....             | 603        |
| • Objectifs en santé mondiale .....                             | 604        |
| • Acteurs, gouvernance et financement de la santé mondiale..... | 605        |
| • Les déterminants de la santé mondiale .....                   | 609        |

|                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| • Situation de la santé mondiale à l'aube de 2030 et perspectives .....                        | 613        |
| • Avancements des ODD à l'aube de 2030 et perspectives .....                                   | 620        |
| • Stratégies prioritaires .....                                                                | 622        |
| • Conclusion.....                                                                              | 623        |
| <b>Chapitre 40 ■ Violences sexuelles dans le monde .....</b>                                   | <b>627</b> |
| E. Jourdain, C. Tantet                                                                         |            |
| • État des lieux .....                                                                         | 628        |
| • Facteurs de risque.....                                                                      | 636        |
| • Conséquences.....                                                                            | 640        |
| • Exemples de prise en soin.....                                                               | 641        |
| • Conclusion.....                                                                              | 643        |
| <b>Chapitre 41 ■ L'Organisation mondiale de la Santé et les acteurs de santé mondiale.....</b> | <b>647</b> |
| F. Kastler                                                                                     |            |
| • L'autorité affirmée de l'Organisation mondiale de la santé .....                             | 648        |
| • L'autorité de l'OMS face à la multiplication d'acteurs de santé mondiale .....               | 652        |
| • Conclusion.....                                                                              | 657        |
| <b>Index.....</b>                                                                              | <b>659</b> |

## Annexes

à retrouver sur <https://traitesantepublique.livres.jle.com>



- Annexe 1 ■ Déclaration des droits de l'homme et du citoyen**
- Annexe 2 ■ Déclaration universelle des droits de l'homme**
- Annexe 3 ■ Convention sur les droits de l'enfant**
- Annexe 4 ■ Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales**
- Annexe 5 ■ Code de Nuremberg**
- Annexe 6 ■ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique**
- Annexe 7 ■ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946**
- Annexe 8 ■ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**
- Annexe 9 ■ Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation**
- Annexe 10 ■ Charte de la personne hospitalisée**
- Annexe 11 ■ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante**

# Fondements



# Définitions de la santé publique

1

François Bourdillon,  
Gilles Brücker, Didier Tabuteau

Définir la santé publique est complexe, car ce domaine ne dispose pas d'une définition admise de tous. Il a donné naissance à une spécialité médicale qui n'est pas, comme la plupart des spécialités médicales, centrée sur une approche par pathologies et organisée autour du malade. Son champ est plus large, elle intègre les notions de prévention, de promotion de la santé, d'appréciation des risques pour la santé, de mesures des pathologies, de définition de politiques publiques de santé et d'organisation des soins et du système de santé. La santé publique concerne des populations, l'ensemble des citoyens et non pas seulement l'individu ou une personne malade, ce qui a amené certains à la qualifier de médecine des populations. Elle n'est pas non plus coupée du champ de la clinique car elle s'intéresse aux notions d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie, les soins constituant une composante essentielle et à part entière de la santé publique [13].

La « nouvelle » santé publique va bien au-delà des limites du système de santé pour privilégier une approche transversale, multisectorielle des enjeux sanitaires, intégrant toutes les composantes de la protection et de la promotion de la santé. De nombreux professionnels issus notamment des sciences humaines, du droit et de l'économie travaillent dans le champ de la santé publique. En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle et face aux crises sanitaires mondiales, notamment infectieuses et environnementales, la « nouvelle » santé publique se doit de développer une vision planétaire intégrant une surveillance

et des réponses appropriées humaines, animales et environnementales dans une logique dite de « One Health ».

## Une construction historique

L'histoire est utile pour tenter de mieux comprendre cette discipline et donc de mieux la décrire.

Les épidémies ont, sans nul doute, forgé la discipline car, de tout temps, les autorités ont été amenées à prendre des mesures pour éviter leur propagation, et il a bien fallu recenser les cas pour apprécier l'évolution des épidémies.

Le XIX<sup>e</sup> siècle a été une époque charnière avec la querelle sur les statistiques, qui a permis de passer d'une conception du singulier à une conception de population. John Snow (1813-1858), considéré comme l'un des pères de l'épidémiologie, établit un lien de causalité entre l'eau de boisson et le choléra [8]. Les hygiénistes français avec leur notion de statistique morale décrivent les inégalités de mortalité et les liens avec la pauvreté (Louis-René Villermé, 1782-1863). Le docteur Ignace Semmelweis (1818-1865), médecin hongrois, en comparant les taux d'infections puerpérales dans deux salles d'accouchement, découvre l'importance de l'hygiène et du lavage des mains et fut un précurseur de l'hygiène hospitalière. Louis Pasteur (1822-1895) identifia les agents des pathologies infectieuses (théorie des germes) et établit les premières notions d'immunité acquise et de vaccination. L'hygiénisme a ouvert la voie

à l'évitabilité [8]. Adrien Proust (1834-1903) exposa cette discipline et ses applications dans son *Traité d'hygiène* de 1902 [10]. Le 28 juin 1877, Apollinaire Bouchardat présida la première séance régulière de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle qui deviendra la Société française de santé publique<sup>1</sup> (**Encadré 1.1**).

### Encadré 1.1 La Société française de santé publique

Créée en 1877, la Société française de santé publique (SFSP, <http://www.sfsp.info>) est une association de la loi de 1901 reconnue d'utilité publique le 8 mars 1900. Elle offre aux différents acteurs de santé (professionnels : scientifiques et/ou de terrain, décideurs politiques, acteurs économiques et du social) un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique, via les médias, sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé.

La loi du 30 novembre 1892 créa le système français des maladies à déclaration obligatoire. L'objectif était de pouvoir prendre des mesures d'isolement des malades atteints de maladies contagieuses et de désinfection. Les déclarations nominatives étaient adressées au ministère de l'Intérieur (loi de 1902), puis à partir de 1935 aux services d'hygiène des préfectures.

1. La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle fut reconnue d'utilité publique le 8 mars 1900. Elle prit plusieurs appellations successives : le 12 janvier 1910, Société de médecine publique et de génie sanitaire ; le 17 mars 1966, Société française d'hygiène, de médecine sociale et de génie sanitaire ; le 7 décembre 1992, Société française de santé publique.

Ces quelques exemples historiques soulignent bien les interrogations de la médecine sur les notions de causalité, de facteurs de risque et de déterminants, sur les liens entre corrélations statistiques et causalité, sur la notion de normalité et sur une organisation idéale de la société au nom de la bonne santé. Si les premières préoccupations des politiques de santé publique ont été de protéger les populations des épidémies, elles se sont ensuite élargies pour mieux prendre en compte les déterminants et les risques pour la santé, et pour la promouvoir.

## Des définitions évolutives

C.E. Winslow, Professeur de santé publique à la faculté de médecine de Yale au début du <sup>xx</sup>e siècle, donna une première définition de la santé publique [14, 15] : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et de promouvoir la bonne santé physique à travers l'organisation d'efforts communautaires en matière de qualité d'environnement, de contrôle des infections, d'éducation de chacun sur les principes d'hygiène, d'organisation d'un service médical et infirmier pour permettre le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, ainsi qu'un développement de structures sociales qui assureront à tous un niveau de vie adéquat au maintien d'une bonne santé*<sup>2</sup> ».

Il définit également la discipline par la mobilisation des différentes sciences contribuant à élaborer des programmes de santé : « *La santé publique n'est pas une discipline intellectuelle concrète, mais un domaine d'activité sociale. Elle mobilise des applications de la chimie, de la bactériologie, des sciences et des statistiques, de la physiologie, de la pathologie*

2. « *Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health* », Winslow [13, 14].



*et de l'épidémiologie et, dans une certaine mesure, de la sociologie. Elle construit à partir de ces sciences un programme global de services pour la population<sup>3</sup> ».*

Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, la santé publique était d'ailleurs désignée comme « médecine sociale » car elle prenait en compte les facteurs sociologiques et environnementaux qui concourent à la santé.

G. Rosen, dans la préface de son livre *A History of Public Health*, souligne que la protection et la promotion de la santé et du bien-être des citoyens sont parmi les fonctions les plus importantes d'un état moderne [11]. Les politiques publiques dans ce domaine sont fondées sur des considérations politiques, économiques, sociales et éthiques. Il s'agit de contrôler les maladies transmissibles, d'améliorer l'environnement, d'assurer un approvisionnement de qualité en eau et nourriture, de favoriser l'accès à des soins médicaux, de soulager les incapacités et de prendre en compte de la pauvreté...

En 1988, l'OMS définit la santé publique comme « *un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé* ». En 1997, l'OMS recommanda de s'appuyer sur les fonctions essentielles de santé publique (FESP) pour rénover la politique de la santé pour tous en l'an 2000. Ces FESP ont été définies à partir d'une enquête Delphi auprès de 145 experts en santé publique de différentes nationalités. Neuf fonctions essentielles de santé publique ont été retenues :

1. prévention, surveillance et contrôle de maladies transmissibles et non transmissibles ;
2. surveillance de la situation de la santé ;
3. promotion au travail ;
4. hygiène du travail ;

5. protection de l'environnement ;
6. législation et réglementation en santé publique ;
7. gestion en santé publique ;
8. services spécifiques en santé publique ;
9. soins de santé pour les groupes vulnérables et populations à haut risque.

En 1992, J. Frenk (de l'OMS) proposa la définition suivante : « *La santé publique comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins en santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée. Elle inclut donc les processus d'information requis pour caractériser l'état de santé d'une population et l'étude de la réponse sociale adaptée à celle-ci, en particulier la façon dont cette réponse est structurée dans le système de santé* » [5].

En 1997, l'Institut de santé publique du Québec définit la santé publique « *comme l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de la population* » [8].

Dans le présent ouvrage, nous proposons de définir la « santé publique » de la manière suivante : « *La santé publique est 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* » (François Bourdillon, Gilles Brückner et Didier Tabuteau).

La santé publique repose sur les connaissances de l'ensemble des disciplines médicales, de l'épidémiologie, des biostatistiques et des sciences sociales, économiques, juridiques et humaines. Ses domaines d'études, de recherche et d'intervention sont perpétuellement renouvelés en fonction des évolutions sanitaires et sociales. Elle prend dorénavant en compte les interactions entre les différentes formes du vivant dans une logique « One Health ».

3. « *Public health is not a concrete intellectual discipline, but a field of social activity. It includes applications of chemistry and bacteriology, of engineering and statistics, of physiology and pathology and epidemiology, and in some measure of sociology, and it builds upon these basic sciences a comprehensive program of community service* », Winslow [13, 14].

## Les missions de la santé publique

Le champ de la santé publique est défini par la loi de santé publique de 2004 (**Encadré 1.2**). Les missions de la santé publique sont multiples :

- *analyse de l'état de santé des populations et des risques sanitaires* : la santé publique contribue à la veille et à la surveillance sanitaire, identifie les facteurs de risque, apprécie les risques pour la santé (par exemple pour la santé au travail ou la santé dans ses milieux de vie). La surveillance ces dernières années s'est élargie et concerne dorénavant tous les êtres vivants et l'environnement ;
- *définition des politiques de santé* : la santé publique contribue à l'élaboration des décisions de politique de santé : organisation du système de santé (prévention et promotion de la santé, soins et assurance maladie), réglementation sanitaire, accès aux soins, qualité des soins, évaluation, etc. La santé publique intègre en particulier les soins et la prise en charge thérapeutique ; il n'est pas possible de dissocier la prévention de la thérapeutique [13]. L'exercice des fonctions de police sanitaire relève également largement de la santé publique pour l'élaboration des règles et pour leur mise en œuvre. La santé publique contribue enfin à l'adaptation progressive des pratiques et des organisations des services et des professionnels de santé, au regard des évolutions épidémiologiques, sociales, techniques et politiques ;
- *prévention* : la santé publique vise à prévenir les maladies, à les dépister précocement pour mieux les prendre en charge, mais aussi à maintenir un bon état de santé et à promouvoir la santé en agissant sur les comportements et les environnements ayant un impact sur la santé

### Encadré 1.2

#### Le champ de la santé publique d'après la loi du 9 août 2004

##### Article 2

« I. – L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1. – La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. »

« La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État. »

« La politique de santé publique concerne :

1. La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
2. La lutte contre les épidémies ;
3. La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
4. L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
5. L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
6. L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liées à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
7. La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
8. La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
9. L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
10. La démographie des professions de santé. »