

Community & Public Health

by Mckenzie, Pinger and Seabert · Language: FR

Summary by booksummaryai.com — <https://booksummaryai.com/country/fr/community-public-health-resume>

Summary

En 60 secondes

In 1854, a physician named John Snow mapped cholera deaths around a London water pump and removed its handle, ending an epidemic before anyone knew germs existed. That act of counting and mapping became epidemiology, the backbone of modern public health. This book walks through the whole machinery built on that idea: agencies, prevention levels, disease chains, planning models, and the data that reveals who dies of what. It covers everything from school health and maternal care to workplace safety, environmental disasters, and the opioid crisis. The throughline: communities get healthier when someone measures the problem, organizes people, and acts before disease strikes.

Pourquoi le lire

This is the standard textbook for understanding how public health actually works, not as abstract policy but as the reason your water is safe, your food is inspected, and your workplace has rules. Students in health sciences, nurses, community organizers, and anyone who wants to read health headlines with a critical eye will get the most from it. It turns scattered news stories into one coherent system you can navigate.

Les idées clés

La carte qui a mis fin à une épidémie

Londres, 1854. Le choléra dévaste le quartier de Broad Street, à Soho, tuant des gens chaque jour pendant que les médecins s'investissent au sujet du mauvais air. Un médecin local, John Snow, fait quelque chose de radical : il cesse de théoriser et se met à compter. Il reporte chaque mort du choléra sur une carte par points, et le motif lui saute aux yeux : les cas s'agglutinent autour d'une pompe à eau publique. Snow convainc les autorités de retirer le manche de la pompe, et l'épidémie reflue. Il met fin à l'épidémie avant que quiconque n'identifie l'organisme qui la cause, et son enquête devient l'épisode fondateur de l'épidémiologie, la preuve que l'eau contaminée et la maladie sont liées.

Le génie de Snow fut de traiter la maladie comme un problème de distribution, non comme un problème moral ou mystique. L'endroit où les gens tombaient malades importait plus que la raison que les médecins leur supposaient. Ce passage de la spéculation à la mesure est l'ADN de chaque victoire de la santé publique depuis, du traçage des toxi-infections alimentaires à la cartographie des foyers de COVID. Ce qui surprend, c'est qu'il l'a fait sans microscope, sans

connaître la cause, armé seulement d'une carte et de la volonté de demander où, et pas seulement pourquoi.

À essayer: La prochaine fois que vous entendrez parler d'une épidémie locale ou d'un groupe de cas, esquissez rapidement une carte des lieux où les cas sont survenus. Les motifs que l'on peut voir expliquent souvent ce que les rapports obscurcissent.

La santé, c'est plus que ne pas être malade

L'Organisation mondiale de la Santé a fixé la barre dans sa définition fondatrice : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non simplement l'absence de maladie. Cette définition exige des infrastructures. En 1988, le rapport de l'Institute of Medicine, « The Future of Public Health », a donné aux agences leur fiche de poste avec trois fonctions essentielles : l'évaluation, l'élaboration des politiques et la garantie de prestations. Au-dessus de tout se trouve l'OMS, fondée en 1948 et dont le siège est à Genève, la plus grande agence internationale de santé. Aux États-Unis, le Department of Health and Human Services dirige, avec des divisions comme le CDC, le NIH, la FDA et le HRSA.

Définir la santé comme un bien-être complet élargit discrètement le cercle de ceux qui en sont responsables. Si la santé englobe les états mentaux et sociaux, alors le logement, les écoles et le revenu deviennent tous des questions de santé, et le système a besoin d'yeux partout. Les trois fonctions essentielles existent parce que le bien-être ne peut être prodigué par les seuls médecins ; quelqu'un doit le mesurer, fixer des politiques à son sujet et garantir qu'il parvienne jusqu'aux gens. La plupart des lecteurs supposent que santé publique rime avec hôpitaux et cliniques, alors que le vrai travail se fait dans des agences que la plupart des citoyens ne savent pas nommer.

À essayer: Cherchez quel service de santé dessert votre comté et trouvez un programme qu'il mène et dont vous ignoriez l'existence, des inspections des restaurants aux cliniques de vaccination.

Compter les cas : la grammaire des épidémies

L'épidémiologie reçoit sa définition formelle : l'étude de la distribution et des déterminants des états ou événements liés à la santé dans des populations spécifiées, et l'application de cette étude au contrôle des problèmes de santé, d'après A Dictionary of Epidemiology. Le chapitre vous remet ensuite les outils de comptage. La prévalence recense tous les cas à un moment donné ; l'incidence ne compte que les nouveaux cas, et cette différence change tout dans la lecture d'une épidémie. Les taux d'attaque et les taux de létalité sont accompagnés de leurs formules. Pour recueillir les données, les chercheurs choisissent des plans d'étude : des études descriptives pour cartographier le terrain, des études analytiques cas-témoins et de cohortes pour tester les soupçons, et des études expérimentales pour intervenir. La Framingham Heart Study, lancée en 1948 avec 5 209 hommes et femmes âgés de 30 à 62 ans de Framingham, dans le Massachusetts, est devenue la cohorte de référence qui a identifié les facteurs de risque des

maladies cardiovasculaires.

La distinction entre prévalence et incidence est l'endroit où la plupart des reportages sanitaires se trompent. Une prévalence croissante peut signifier une épidémie, ou bien que les gens vivent plus longtemps avec une maladie chronique — un progrès déguisé en crise. Les études de cohorte comme Framingham montrent pourquoi la patience paie : suivre des milliers de personnes pendant des décennies a révélé des facteurs de risque qu'aucun médecin seul n'aurait pu repérer. Les formules semblent arides, mais elles font la différence entre la panique et la politique.

À essayer: Quand un titre de presse cite une statistique sur une maladie, vérifiez s'il s'agit de prévalence ou d'incidence. La réponse change généralement le degré d'alarme réel du chiffre.

Trois chances d'arrêter une maladie

Chaque maladie suit une chaîne : l'agent pathogène, le réservoir, le portail de sortie, le mode de transmission, le portail d'entrée et l'hôte réceptif. Brisez n'importe quel maillon et la chaîne cède. La prévention arrive à trois niveaux : primaire, arrêter la maladie avant qu'elle ne commence ; secondaire, la dépister tôt grâce au dépistage et au traitement ; et tertiaire, rééduquer et prévenir toute aggravation du handicap une fois la maladie installée. La preuve de concept du chapitre, c'est la variole. Par la quarantaine, l'isolement et surtout la vaccination, la campagne d'éradication a acculé le virus jusqu'à l'apparition du dernier cas naturel en Somalie en 1977. En 1980, la variole était déclarée éradiquée dans le monde entier.

La chaîne de l'infection transforme un microbe invisible en une série de portes que vous pouvez verrouiller. La plupart des gens croient que la prévention se résume aux vaccins, mais le modèle révèle six points d'attaque, de l'eau potable qui coupe la transmission au dépistage qui attrape la maladie au moment où elle se traite le mieux. L'éradication de la variole demeure la preuve la plus audacieuse qu'une application systématique et mondiale de ces outils peut effacer une maladie humaine de la planète. Aucun remède n'existait ; la chaîne a simplement été brisée partout à la fois.

À essayer: Choisissez une infection qui vous inquiète, comme la grippe, et dressez la liste des maillons de sa chaîne que vous pouvez briser cette semaine : la vaccination, le lavage des mains ou le fait de rester chez vous quand vous êtes malade.

Organiser une communauté avant que la crise ne le fasse

L'organisation communautaire reçoit une définition opérationnelle : un processus par lequel les communautés sont aidées à identifier des problèmes ou des objectifs communs, à mobiliser des ressources et, de diverses autres manières, à élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés collectivement. La difficulté réside dans le choix du point de départ, aussi le chapitre propose-t-il des critères de priorisation : le degré d'urgence du problème, la faisabilité de sa résolution et son coût. Pour la planification des programmes de promotion de la santé, Lawrence Green et Marshall Kreuter ont construit le modèle

PRECEDE-PROCEED, où PRECEDE signifie Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation.

La force discrète de la définition tient en un mot : aidées. Les communautés ne sont pas organisées de l'extérieur ; elles identifient leurs propres problèmes et se fixent leurs propres objectifs, les organisateurs jouant le rôle de facilitateurs. Les critères de priorisation imposent une honnêteté inconfortable, car le problème le plus urgent n'est souvent pas celui qui se résout le mieux. L'insistance de PRECEDE-PROCEED sur le diagnostic avant l'intervention fait écho à l'instinct cartographique de Snow : comprenez le terrain avant d'agir sur lui, sinon votre programme traite des symptômes que la communauté n'a jamais choisis de combattre.

À essayer: À votre prochaine réunion de quartier ou d'entreprise, passez un problème au crible des trois critères : urgence, faisabilité, coût. Observez à quelle vitesse la vraie priorité se dessine.

Huit composantes d'une école en bonne santé

La journée scolaire d'un enfant traverse huit points de contrôle : le cours d'éducation à la santé, la séance d'éducation physique, le cabinet de l'infirmière, la file de la cantine, le bureau du conseiller, l'air et la sécurité du bâtiment lui-même, la salle des professeurs où la santé des enseignants compte aussi, et la porte d'entrée par laquelle familles et membres de la communauté pénètrent. Le modèle de programme de santé scolaire compte les huit, et l'enjeu est simple : en négliger un seul, et la journée d'un enfant comporte un point d'exposition sans garde. Une école dotée de services de nutrition mais sans conseil laisse un autre vide qu'une école avec une infirmière mais sans participation des familles. Le résultat promis par le modèle, c'est la couverture : un programme de santé tissé dans chaque heure qu'un enfant passe sur le campus.

La logique du modèle, c'est que les enfants passent plus d'heures éveillées à l'école qu'ailleurs, si bien que l'école devient le point de diffusion de la santé le plus efficace de toute une communauté. Ce qui surprend, c'est l'inclusion de la promotion de la santé du personnel et de la participation des familles, qui admettent qu'une école ne peut pas offrir à un enfant une vie saine si les adultes qui l'entourent n'en ont pas. Une seule composante manquante, comme les services de conseil, laisse des brèches qui ressurgiront plus tard sous forme de crise.

À essayer: Demandez à l'école de votre quartier laquelle des huit composantes elle finance activement. Les absentes vous indiquent où des bénévoles communautaires pourraient le plus compter.

The First Trimester Decides More Than You Think

A pregnancy's opening weeks carry the heaviest stakes in the chapter's account of prenatal care: the first trimester is the critical window for preventing birth defects and low birth weight. Low birth weight, in turn, is a major risk factor for infant mortality, which makes early care a life-or-death variable rather than a routine checkup. The simplest intervention in the whole discussion is folic acid supplementation before and during pregnancy, which prevents neural

tube defects like spina bifida. The outcome hinges on timing, because the window closes before many women know they are pregnant.

The timing is the trap. Neural tube defects form before many women know they are pregnant, which is why supplementation must begin before conception, not after the first appointment. This reframes infant mortality from a medical outcome to a community one: access to early prenatal care, nutrition knowledge, and planning determine which babies start life at risk. A cheap vitamin, taken at the right moment, outperforms expensive late interventions.

À essayer: If you or someone close to you may become pregnant, talk to a clinician about folic acid now, before a pregnancy test is ever in the picture.

When 15 to 24 Is the Deadliest Stretch

The chapter's mortality table for ages 15 to 24 reads like a list of preventable tragedies: unintentional injuries, suicide, and homicide, in that order, with motor vehicle crashes standing as the single leading cause of death. Anyone expecting childhood diseases to dominate this age group gets a shock. Substance use threads through the chapter as a risk amplifier behind these outcomes. The stakes are stark: at the age of strongest bodies, behavior and environment kill more than biology does, and every item on the list has a prevention lever, from graduated licenses to mental health screening, if communities choose to pull it.

The list overturns the assumption that youth equals invincibility. At the age when bodies are strongest, behavior and environment kill more than biology does, which means these deaths are preventable in a way that genetic disease is not. Motor vehicles topping the list reframes teen driving as a public health issue, not just a family worry. Every item on that list has a prevention lever, from graduated licenses to mental health screening, if communities choose to pull them.

À essayer: If you have a teen driver, set one concrete rule this week, like no phone in reach while driving, and explain it with the mortality data, not just fear.

52.4 Million Reasons to Plan for Old Age

The numbers tell the story of a nation aging in real time: by 2018, 52.4 million adults aged 65 and older lived in the United States, 16% of the population, the culmination of a century-long shift. With age comes a specific disease burden: arthritis, cardiovascular disease, cancer, and diabetes, plus Alzheimer's disease, the sixth leading cause of death among adults 65 and older. The federal response took shape in 1965 with the Older Americans Act, which built nutrition programs including Meals on Wheels, senior centers, caregiver support, and preventive health services.

Aging is not a personal problem but a demographic wave that hits every institution at once, from hospitals to housing to family budgets. The Older Americans Act's focus on nutrition and social connection reveals an insight medicine took decades to catch: isolation and malnutrition kill older adults as surely as disease does. Alzheimer's ranking among the top killers signals where research and caregiving infrastructure must grow, because a disease without a cure demands a

community with a plan.

À essayer: Check whether an older relative knows about their local senior center and meal programs. One phone call can connect them to services they are entitled to but have never heard of.

L'écart entre codes postaux

Deux personnes vivant dans la même ville américaine peuvent connaître des durées de vie différentes en fonction du seul quartier où elles habitent. Le chapitre documente ce schéma au sein des populations minoritaires raciales et ethniques : écarts d'espérance de vie, mortalité infantile et taux de maladies chroniques. Puis il remet aux lecteurs une définition précise à porter comme un fardeau : une disparité de santé est un type particulier de différence de santé étroitement lié à un désavantage social, économique et/ou environnemental. Le résultat de cette phrase est un recadrage : les écarts de mortalité infantile deviennent des preuves mesurables de conditions structurelles plutôt que des mystères de la biologie.

La définition fait le gros du travail, car elle situe la cause des inégalités de santé non pas dans le corps, mais dans les arrangements sociaux. Si le désavantage est le moteur de la différence, alors la solution relève des politiques publiques, du logement, des revenus et de l'environnement, et pas seulement des cliniques. On recadre ainsi des statistiques comme les écarts de mortalité infantile : des preuves mesurables de conditions structurelles plutôt que des mystères de la biologie. Cela explique aussi pourquoi deux personnes dans la même ville peuvent connaître des durées de vie différentes en fonction du seul quartier où elles habitent.

À essayer: Comparez l'espérance de vie de votre comté à celle d'un comté voisin. L'écart, s'il existe, est une carte du désavantage dans votre région.

Fermer les asiles, ouvrir un nouveau problème

En 2014, environ 43,6 millions d'adultes américains, soit 18,1 % de la population adulte, souffraient d'une maladie mentale quelconque, et 9,8 millions, soit 4,1 %, d'une maladie mentale grave, ce qui place les troubles mentaux parmi les principales causes d'incapacité. Le chapitre retrace la manière dont ce fardeau s'est retrouvé dans la communauté : les psychotropes sont arrivés dans les années 1950 et ont permis de libérer les patients des institutions, lançant la désinstitutionnalisation. La promesse était la liberté et des soins dans la communauté ; la réalité, montre le chapitre, était un système qui devait construire les soins communautaires à partir de zéro.

La désinstitutionnalisation est l'une des grandes histoires à double tranchant de la médecine. Les médicaments représentaient un progrès réel, mais fermer les hôpitaux sans construire les cliniques communautaires promises a laissé beaucoup de personnes osciller entre la rue, la prison et les urgences. Les chiffres de 2014 montrent l'ampleur de ce que la santé mentale communautaire doit porter : près d'un adulte sur cinq. L'argument implicite du chapitre est que le lieu du soin compte autant que l'existence du soin, une leçon que chaque système de santé

réapprend à ses dépens.

À essayer: Découvrez si votre communauté dispose d'une ligne de crise en santé mentale ou d'un service sans rendez-vous, et enregistrez le numéro. Le connaître avant la crise, c'est tout l'enjeu.

Les chiffres des opioïdes qui ont quadruplé

En 2014, 47 055 décès par surdose de drogues sont survenus aux États-Unis, dont 28 647 impliquaient des opioïdes. Depuis 1999, les décès par surdose d'opioïdes ont plus que quadruplé. Le chapitre confronte ces chiffres à son examen plus large de l'alcool, du tabac et des autres drogues comme enjeux communautaires, et met en lumière Community Anti-Drug Coalitions of America, CADCA, qui organise les efforts locaux de prévention. L'enjeu est une tendance de population, non une suite de tragédies isolées, et l'issue vers laquelle le chapitre oriente est une réponse communautaire organisée plutôt qu'un traitement après coup.

Le quadruplement depuis 1999 est le chiffre qui recadre la crise, d'un échec personnel à une tendance de population, car des choix individuels ne quadruplent pas en quinze ans ; des systèmes, si. Le modèle de coalition de CADCA reflète la logique centrale du livre : les problèmes de drogue sont des problèmes communautaires exigeant des réponses communautaires organisées, et pas seulement un traitement après coup. L'écart entre le total des décès par surdose et les décès liés aux opioïdes montre la rapidité avec laquelle une classe de drogues est venue dominer le bilan.

À essayer: Apprenez à utiliser la naloxone et découvrez où vous en procurer dans votre région. C'est l'action la plus directe qu'une personne ordinaire puisse entreprendre contre la mort par surdose.

Cinq jours d'air empoisonné

Donora, Pennsylvanie, 1948. Une inversion de température piège la pollution industrielle au-dessus de la ville pendant cinq jours. Vingt personnes meurent, et près de la moitié des 14 000 habitants de la ville tombent malades. Trois décennies plus tard, Love Canal, à Niagara Falls, dans l'État de New York, porte le second choc : un quartier construit sur une décharge de déchets toxiques, jusqu'en 1978, lorsque le président Jimmy Carter déclare l'état d'urgence et que 239 familles sont évacuées. Le chapitre situe ces catastrophes dans le cadre de la santé environnementale, définie comme le segment de la santé publique consacré aux interrelations entre les êtres humains et leur environnement, englobant la qualité de l'air et de l'eau, la sécurité alimentaire, l'élimination des déchets et la lutte contre les vecteurs, et explique le syndrome des bâtiments malsains, où les occupants ressentent des effets aigus sur la santé liés au temps passé dans un bâtiment, souvent imputables aux polluants de l'air intérieur.

Les deux catastrophes partagent un même schéma : le poison était invisible, légal, et déjà chez nous avant que quiconque ne sonne l'alarme. Donora a prouvé que l'air pouvait tuer sans le moindre incendie ni la moindre explosion, et Love Canal a prouvé que le sol d'une banlieue pouvait receler des décennies de mal enfoui. La santé environnementale existe parce que les

individus ne peuvent inspecter leur propre air, leur eau et leur sol ; il faut des agences publiques qui veillent sur ce qu'aucun habitant ne peut voir. Le syndrome des bâtiments malsains prolonge la même leçon à l'intérieur, là où la vie moderne présume une sécurité qui doit être vérifiée.

À essayer: Vérifiez que votre détecteur de monoxyde de carbone fonctionne, et si vous n'en avez pas, achetez-en un cette semaine. C'est la défense la moins chère contre un tueur invisible.

Les blessures ne sont pas des accidents : la matrice de Haddon

Les blessures involontaires sont la première cause de décès chez les Américains de 1 à 44 ans et la quatrième cause de décès toutes causes confondues, emportant 130 557 vies en 2013, les accidents de la circulation étant la première cause de décès par blessure involontaire. Le chapitre distingue les blessures involontaires, comme les accidents de la route, les chutes et les empoisonnements, des blessures intentionnelles, comme l'homicide, le suicide et les agressions. Pour analyser tout événement blessant, William Haddon Jr. a construit la matrice de Haddon, qui examine les facteurs liés à l'hôte, à l'agent et à l'environnement selon trois phases : avant l'événement, pendant l'événement et après l'événement.

Le mot accident implique le hasard, et les données du chapitre le démontent. Les blessures tuent plus de jeunes Américains que n'importe quelle maladie, et pourtant elles suivent des schémas qu'une matrice peut cartographier et qu'une politique publique peut interrompre. L'intuition de Haddon fut de traiter la blessure comme une maladie, avec un hôte, un agent et un environnement en interaction dans le temps, ce qui fait des ceintures de sécurité, des airbags et de la conception routière de véritables interventions médicales. La colonne « avant l'événement » compte le plus, car prévenir l'accident vaut mieux que d'y survivre.

À essayer: Passez une frayeur récente, comme une chute évitée de justesse dans un escalier, au crible de la matrice de Haddon. Vous repérerez une correction, un meilleur éclairage, une rampe, qui empêchera la suivante.

Qui paie, qui attend, qui gagne

En 1970, l'Occupational Safety and Health Act a créé deux chiens de garde : l'OSHA pour fixer et faire respecter les normes du travail, et le NIOSH pour étudier les dangers. Le chapitre se tourne ensuite vers le système qui soigne ce que la prévention laisse passer, décrivant la structure des soins de santé américains à travers la santé publique, la pratique médicale et les soins de longue durée, ainsi que les quatre modes de financement : le paiement direct, l'assurance privée individuelle, l'assurance privée de groupe liée à l'employeur et le financement public par des programmes comme Medicare et Medicaid. Medicare couvre principalement les personnes de 65 ans et plus ; Medicaid est un programme conjoint fédéral-étatique destiné à certaines personnes à faible revenu. Les États-Unis dépensent plus par habitant en soins de santé que toute autre nation.

La loi de 1970 incarne la logique de prévention du livre appliquée au travail : le NIOSH étudie le danger, l'OSHA le réglemente, et les statistiques de blessures comme celles du chapitre sur les

blessures mesurent si cela a fonctionné. Côté paiement, les quatre modes expliquent presque tous les débats américains sur les soins de santé, car qui paie détermine qui reçoit des soins, et quand. La statistique de dépense frappe le plus fort : le coût le plus élevé du monde, avec des résultats qui ne mènent pas la course — c'est le défi silencieux que le chapitre lance aux lecteurs : demander ce que tout cet argent achète.

À essayer: Vérifiez si l'assurance de votre employeur est une couverture de groupe liée à l'employeur et quel est votre plafond de paiement direct. Connaître votre mode de paiement éclaire chaque facture médicale que vous recevez.

Votre histoire familiale est un dispositif médical

Le livre se conclut sur la frontière de la génomique et de la médecine personnalisée, ancrée par le Projet Génome Humain, achevé en 2003, qui a cartographié l'ensemble des 20 000 à 25 000 gènes humains. Puis il désigne un outil accessible à tous dès maintenant : l'histoire de santé familiale, utilisée pour évaluer le risque de maladies chroniques. Le schéma des maladies à travers les générations dans votre propre famille est le premier relevé génomique que vous possédez, collecté avant tout test génétique. Le résultat est pratique : une conversation de fête sur les diagnostics de vos proches devient un plan de prévention.

La surprise, c'est que l'outil génomique le plus accessible ne coûte rien et ne requiert aucun laboratoire. L'histoire familiale encode l'interaction des gènes partagés, des environnements partagés et des habitudes partagées, soit exactement ce dont dépend le risque de maladie chronique. L'achèvement du Projet Génome Humain promettait une médecine personnalisée, mais le point pratique du chapitre est que la personnalisation commence à table, où les diagnostics des proches constituent les données. Les recueillir transforme une conversation de fête en plan de prévention.

À essayer: Cette semaine, demandez à votre parent le plus âgé disponible quelles sont les maladies majeures de vos grands-parents et parents, et notez les âges au moment du diagnostic. Cette liste est votre première évaluation des risques.

Les meilleures citations

- "l'étude de la distribution et des déterminants des états ou événements liés à la santé dans des populations spécifiées, et l'application de cette étude au contrôle des problèmes de santé" - A Dictionary of Epidemiology
- "un processus par lequel les communautés sont aidées à identifier des problèmes ou objectifs communs, à mobiliser des ressources et, de diverses manières, à élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour atteindre les objectifs qu'elles se sont fixés collectivement" - McKenzie, Pinger et Seabert
- "un type particulier de différence de santé étroitement lié à un désavantage social, économique et/ou environnemental" - McKenzie, Pinger et Seabert

- "Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation" -
Lawrence Green et Marshall Kreuter

Limites

As a survey textbook, it spreads itself across seventeen chapters, which means topics like mental health, injuries, and environmental hazards each get one chapter rather than the depth a specialist would want. Statistics age quickly: figures from 2013 and 2014 now sit years behind current data, so readers should treat the numbers as historical snapshots, not live dashboards. The U.S. focus leaves international readers translating systems and agencies to their own contexts. And its structure, organized by population and topic, can fragment the connections between chapters that make public health feel like one system.

En une phrase

Public health is the organized decision to measure where disease lives and break its chain before it reaches you, and this book shows every link of that chain.

Pour qui

Students in public health, nursing, and health sciences who need the field's standard framework, plus community organizers and policy-curious readers who want the machinery behind health headlines. Anyone deciding on a health career will find every specialty previewed here.