Découverte de la Coopération internationale

dossier n°5

Santé

eduki FONDATION
Centre pour l'Education et la Sensibilisation à la Coopération Internationale

Introduction

La santé est un thème important qui revient dans la vie de tous les jours. Que l'on soit homme ou femme, africain ou asiatique, riche ou pauvre, elle est au centre de nos préoccupations. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de bien être physique, mental et social et non pas seulement comme l'absence de maladie ou de handicap. En outre, la santé est un droit inaliénable de l'être humain.

Nous allons nous intéresser ici à la santé du point de vue de la coopération internationale. En effet, les gouvernements ont la responsabilité de la santé au sens large de leur population. Un bas niveau de vie se répercute sur la santé et il est devenu important que les politiques de santé s'accompagnent d'une lutte contre la pauvreté. Il est aussi très important de se prémunir contre toute forme de pandémie, d'épidémie ou de contagion. Au niveau européen, les efforts se focalisent sur la prévention et l'endiguement aux frontières des maladies. Au niveau mondial, la lutte contre les grandes maladies humaines vise à leur suppression totale ou du moins à en limiter les effets.

Utilisation du dossier

Le dossier est structuré de façon à être traité soit globalement soit par partie.

Au fil du texte, vous découvrirez :

- des explications de termes rencontrés au cours de la lecture ;
- divers éclairages sur des personnages historiques ;
- des illustrations concrètes sur les notions développées.

Table des matières

Définition 4

Evolution de la santé 5
- La médecine Antique 6
  - La médecine mésopotamienne 6
  - La médecine égyptienne 6
  - La médecine grecque 6
- La médecine au Moyen-Age 8
- La médecine à la Renaissance 9
- La médecine à partir du XIXème siècle 10
  - Chirurgie et IRM 12
  - Le CERN et la physique médicale 13
  - Thérapie génique 15
  - La recherche en génétique en Suisse et à Genève 16

L'hygiène 17

La coopération internationale en matière de santé 19
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 19
  - L'OMS et la santé publique 21
  - Le règlement sanitaire international 22
  - Les réseaux d'alerte et d'action au niveau mondial en cas d'épidémies 23
    - Le relevé épidémiologique hebdomadaire 24
    - Le réseau mondial d'intelligence en santé publique 24
    - Réseau de surveillance des antibiotiques 24
  - Rapport sur la santé dans le monde 25
- Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 26
- La Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge 27
- Quelques maladies et organisations en lien 28
  - Paludisme 20
  - Poliomyélite 31
  - VIH/SIDA (ONUSIDA et Global Fund) 32
  - Grippe aviaire 35
  - Grippe H1N1 37
  - Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) 38
  - Cancers 38
  - Quelques autres organisations 40
- Santé et conflits armés (CICR, UNHCR et les ONG) 43
- Autres thèmes en lien avec la santé 46
  - Handicap 46
  - Obésité 47
  - Tabagisme 48
  - Alcool 49
  - Drogues 49
- Médecine traditionnelle 50

Le saviez-vous 52

Sélection d'organisations 53

Références sur Internet 60

Remerciements 63

Définition

Dans l'histoire le terme **santé** apparaît vers l'an 1000 av J.-C. Il dérive du vieil anglais **Hoelth** signifiant « être en sécurité » ou « globalité du corps ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, mais « représente un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette définition véhicule donc une vision multidimensionnelle de l'homme dont l'épanouissement dépend à la fois du corps, de l'esprit, de conditions de vie optimales et du respect des droits fondamentaux de l'Homme.

On retrouve le droit à la santé dans l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme qui nous dit que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille ».

La notion de santé intègre deux autres termes complémentaires, le bien-être social et la qualité de vie. Dans la définition de la santé, la dimension du bien être social a été présente dès la définition proposée par l'OMS en 1946, la santé étant définie comme « un état de bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». En 1986, la **charte d'Ottawa** va compléter cette approche de la santé comme une « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». La charte d'Ottawa reprend également les conditions nécessaires à la santé : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable », conditions qui avaient été à la base de la charte d'Alma Ata et du programme de l'accès à la santé pour tous.

Conférences d'Alma Ata et Charte d'Ottawa

Lors de la « Conférence Internationale sur les soins de santé primaire » qui s'est déroulée du 6 au 12 septembre 1978 à Alma Ata, au Kazakhstan (Ex-URSS), les pays membres de l'OMS invitèrent tous les pays à se doter des structures minimums pour garantir un bon état de santé à leur population. Cette déclaration avait notamment pour objectifs de mener une action efficace pour développer et mettre en oeuvre les « soins de santé primaires », c'est-à-dire le système minimum offert par un gouvernement à sa population : des visites chez le médecin de famille, des consultations avec les infirmières et les infirmiers praticiens, des appels téléphoniques aux lignes d'info santé et des conseils provenant de pharmaciennes et de pharmaciens. Ce sont aussi les clés d'un service de base et d'amélioration des systèmes de santé nationaux.

Avec le temps, plusieurs conventions renforcèrent les objectifs et principes établis à Alma Ata :

- En 1986, la Charte d'Ottawa définit les objectifs à atteindre en termes de santé pour toute l'humanité, c'est-à-dire les conditions de santé minimales (logement, éducation, apports nutritionnels convenables, systèmes de santé convenables), les moyens pour y parvenir (politiques de santé, sociales et économiques de développement) et la création d'un environnement favorable (coopération internationale, engagement effectif des gouvernements, organisations et institutions de santé). La Charte d'Ottawa a aussi mis en place un programme de promotion globale de la santé et établit un plan d'action concret à mener durant la fin du XXème siècle.
- En 1997, la Déclaration de Jakarta avait comme ambition d'établir les mesures de santé publique internationale à suivre pour le XXIème siècle à l'instar de celle d'Ottawa.

Les facteurs déterminants de santé :

- Les **facteurs sanitaires** : ils concernent à la fois ce qui se rapporte au système de santé lui-même, l'organisation du système de soins, l'état des connaissances médicales, les possibilités d'application (personnels et équipements), l'accès aux soins et ce qui concerne l'individu lui-même, en terme de facteurs biologiques, tels que les facteurs génétiques, physiologiques, physiques et psychiques.
- Les **facteurs politiques** : il s'agit de la planification économique et sociale, de la législation sanitaire, des aides internationales par exemple.
- Les **facteurs socio-économiques** : ils concernent l'habitat, l'urbanisation et l'aménagement rural, les modes de vie, la situation de l'emploi, les modes de consommation, les loisirs, etc.
- Les **facteurs psycho-culturels** : au nombre desquels on peut citer la scolarisation, la mentalité des populations devant les problèmes sanitaires, les coutumes, croyances et traditions en matière de santé.
- Les **facteurs démographiques** : dont la répartition des populations par âge, la politique gouvernementale de planification familiale, la concentration urbaine et la dissémination rurale, les migrations, etc.
- Les **facteurs géographiques** : tels que les richesses naturelles, le climat et les communications.

Evolution de la santé

A l'origine, pour essayer de lutter contre les fléaux et les maladies, les Hommes développèrent des méthodes et des connaissances dans le but de soulager ces maladies. Cette science prendra le nom de « Médecine ».

La science médicale est définie comme étant l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités (Larousse 2003). Il s'agit des moyens permettant de préserver la santé.

Notre bref rappel historique des découvertes en matière de santé se base essentiellement sur les connaissances développées en Occident. Il ne faut pas oublier que des médecines anciennes ont aussi développé des techniques qui aujourd'hui encore permettent de soigner efficacement. Par exemple, la médecine Maya traditionnelle, fortement ritualisée, utilisait largement les plantes médicinales. L'**ayurveda** et la **médecine traditionnelle chinoise** sont deux exemples de médecine ancienne et toujours d'actualité.

La Médecine Traditionnelle de l'Inde

L' « Ayurveda », la médecine traditionnelle de l'Inde ou science de la longévité, (littéralement de « Veda » la science, « ayus » la vie, la longévité) est le fruit d'une longue tradition qui remonte principalement au milieu du second millénaire avant J.-C., les premiers concepts étant exposés dans les Vedas, les écrits sacrés hindous. Elle dit que l'être humain est constitué d'un corps (physique), d'un mental (psychique) et d'une âme (spirituel) lesquels sont indissociables. L'être humain tire sa conception des cinq éléments fondamentaux qui sont : l'éther, l'air, le feu, l'eau et la terre. Ces cinq éléments sont à la base de trois énergies appelées Vata, Pitta et Kapha. Chaque individu a une combinaison spécifique de ces énergies qui détermine sa constitution.

source : www.reportages.ch/srilar01.html

La Médecine Traditionnelle Chinoise

C'est le début de la dynastie des Han (206 av. J.-C. – 220 ap. J.-C.) qui fut la première époque de prospérité et la véritable origine de la Médecine Traditionnelle Chinoise. C'est pendant cette dynastie que furent rédigés les quatre Classiques de la Médecine Chinoise : le Huang Di Nei Jing (Classique Interne de l'Empereur Jaune), le Nan Jing (Classique des Difficultés), le Shang Han Za Bing Lun (Traité du Froid Nocif et d'autres maladies) et Shen Nong Ben Cao Jing (Materia Medica du Dieu de l'Agriculture). Ces quatre Classiques sont aujourd'hui encore considérés comme étant des ouvrages fondamentaux.

Huang Di Nei Jing

Ce Classique décrit pour la première fois les fondements théoriques de la médecine chinoise et de l'acupuncture. Il a été rédigé sous la forme d'un dialogue entre l'Empereur Jaune (Huang Di) et son ministre Qi Bo. L'auteur ou, vraisemblablement, les auteurs sont inconnus. Le livre traite de tous les principes fondamentaux de la médecine chinoise : le Yin-Yang, les Cinq Mouvements, les 12 méridiens, les organes et bien plus encore.

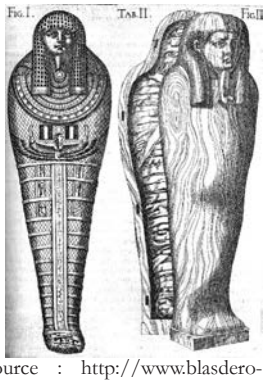
Source : www.sbo-tcm.ch/franzoesisch/chinesische_medizin

La médecine mésopotamienne

Dès le troisième millénaire avant J.-C., des symptômes de maladies et la manière de guérir les différents maux étaient inscrits en écriture cunéiforme sur des tablettes d'argile. La médecine était alors complètement liée à des croyances surnaturelles puisque l'on pensait que la maladie était une malédiction envoyée par les dieux. Ainsi, en cas de maladie, les Mésopotamiens faisaient appel à l'âshipu, un sorcier qui était chargé de diagnostiquer le mal. En fait, il déterminait quel Dieu ou Démon provoquait la maladie chez le patient, avant de le guérir. Il y avait aussi l'Asu qui était le spécialiste des traitements à base de plantes et que l'on pourrait, lui, qualifier de « médecin ».

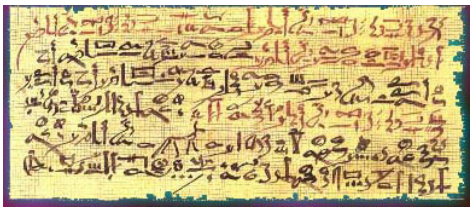
La médecine égyptienne

Les Égyptiens pratiquaient la technique de la momification et connaissaient relativement bien l'anatomie, définie comme l'étude de la structure du corps, mais moins bien la physiologie, c'est-à-dire le fonctionnement interne du corps humain.



source : http://www.blasderobles.com/Varia/Kircher/images/momie2.gif

Papyrus médical d'Edwin Smith conservé à New York, daté de 1'550 av. J.-C. (XVIIIème dynastie). Ce rouleau de 4,50 m de longueur est un traité de pathologie interne et de chirurgie osseuse. Il recense quarante-huit cas de blessures et de lésions, et les thérapeutiques correspondantes.



La médecine grecque

A cette époque, l'exercice de la médecine est intimement lié au culte du dieu de la médecine, **Asclépios**.

Asclépios

Asclépios, dans la mythologie grecque, dieu de la Médecine, assimilé à Esculape par les Romains. Il est généralement considéré comme le fils du dieu Apollon et de la mortelle Coronis, fille du roi de Thessalie Phlégyas. Apollon confie son fils au Centaure Chiron, réputé pour son savoir, sa sagesse et sa bonté. Savant dans l'art de la médecine, celui-ci enseigne à Asclépios les vertus des plantes médicinales et les secrets de ses potions. Asclépios en fait un usage expert et devient un grand médecin. Il découvre également le moyen de ressusciter les morts.
Zeus voit d'un mauvais œil ces miracles et, dans le royaume des morts, Hadès se plaint de voir le nombre de ses sujets diminuer. Pour mettre fin à ce bouleversement de l'ordre naturel du monde, Zeus foudroie Asclépios.
On attribue à Asclépios deux fils, Podalirios et Machaon, médecins dans l'armée grecque pendant la guerre de Troie et mentionnés par Homère dans l'Iliade. Une tradition tardive donne au dieu une épouse, Épioné, fille du roi de Cos, de laquelle il a cinq filles, dont Panacée, la Guérison universelle, et Hygie, la Santé.

Le bâton d'Asclépios symbolise aujourd'hui la médecine et la profession médicale. On le retrouve notamment sur l'emblème de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Au fil du temps la médecine perd de son caractère divinatoire, pour devenir plus rationnelle. Ceci est symbolisé par **Hippocrate**, décrit comme le père de la médecine. En effet, c'est à cette époque que l'Homme tenta pour la première fois de rationaliser la médecine, c'est-à-dire, de lui donner des bases raisonnables et expérimentales.

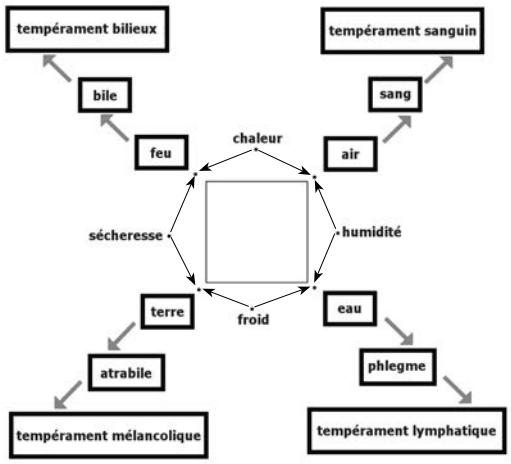
L'enseignement d'Hippocrate apporte trois innovations qui marqueront durablement la médecine occidentale :

- il est fondé sur l'observation et le raisonnement, et non plus sur des considérations religieuses ;
- il a pour cadre théorique la **théorie des humeurs** (bile jaune, bile noire ou atrabile, phlegme ou lymphe et sang), dont le déséquilibre cause maladie physique et trouble psychique ;
- il repose sur une véritable déontologie médicale, dont le serment d'Hippocrate est le meilleur exemple et qui peut se résumer par l'adage latin **primum non nocere** (« avant tout, ne pas nuire »).

Théorie des humeurs

Inventée par Hippocrate, elle repose sur une conception particulière du monde. Le corps serait une réplique, en plus petit, de l'univers, un microcosme au sein du macrocosme. Ainsi, aux quatre éléments qui composent l'univers (terre, eau, air, feu) et à leurs qualités respectives correspondraient quatre substances liquides contenues dans le corps humain ou humeurs fondamentales : sang, phlegme, bile et atrabile. La maladie apparaît quand l'une des substances présente soit une déficience, soit un excès, ou est séparée dans le corps et non mêlée avec les autres. La maladie est donc un déséquilibre. L'action du médecin consiste donc d'une part à indiquer aux bien-portants le moyen de maintenir cet équilibre des "humeurs" du corps, d'autre part à tenter de le rétablir lorsqu'il vient à disparaître.

La théorie humorale



Ce schéma fait ressortir les états d'alliance ou de conflits régissant les quatre éléments des "humeurs" (liquides organiques) déterminant la santé ou la maladie. Cette théorie a une influence décisive sur la médecine jusqu'au XVIIIème siècle.

source : L'Histoire, les maladies ont une histoire, n°74, janvier 1985.

"Medicus curat, natura sanat"

Le médecin soigne, mais c'est la nature qui guérit.

Hippocrate (v. 460-v. 377 av. J.-C.)

Souvent considéré comme le « père de la médecine », Hippocrate est né vers 460 av. J-C sur l'île de Cos en Grèce dans une famille de prêtres médecins vénérant Asclépios, dieu de la médecine. Après avoir étudié la médecine, il part de son île natale en direction de Thrace, en Thessalie et en Macédoine. Durant ces voyages, Hippocrate gagne une solide réputation en tant que praticien. En effet, là où règne superstition et mysticisme, il prône l'observation des faits avant d'émettre des hypothèses. Il est aussi considéré comme le premier médecin occidental à avoir clairement séparé l'exercice de son art d'un contexte religieux. Aux alentours de 420 av. J-C, il revient sur l'île de Cos où il fonde son école avant de repartir en Thessalie pour y fonder une autre école. Il y meurt vers 377 av. J-C. Hippocrate a donné son nom au « serment d'Hippocrate », engagement éthique que prêtent les étudiants en médecine lors de la soutenance de leur thèse. Ce serment instaure la confraternité entre médecins, l'égalité des hommes devant la maladie, la défense de la vie avant tout et le respect du secret médical.

source image : http://www.museedeshospitalieres.qc.ca/capsules/images/c_07_hippo.jpg

Nous devons à Hippocrate le célèbre serment qui porte son nom. Les élèves de l'École médicale de Cos prononçaient ce serment qui les engageait, entre autres, à bien soigner les malades, à s'abstenir de tout mal et de toute injustice ainsi qu'à garder le secret médical. Pour tous les médecins, le serment d'Hippocrate sert, encore aujourd'hui, de règle d'éthique.

« Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :
Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autre parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêtés serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que tout entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret. Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissé-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive ! »
TRADUCTION DU LITTRE

Plus tard, Galien, grand médecin grec, naquit vers 130 après J.-C. Il a rédigé plusieurs centaines de traités consacrés à l'anatomie, à la physiologie humaine et aux maladies. Il s'est inspiré de principes généraux du philosophe Aristote, reconnu pour ses études sur la nature et la vie.

Dans l'Antiquité, on rédige les premières **pharmacopées** basées sur l'utilisation des plantes médicinales. Les Arabes ont joué un rôle important dans la transmission des connaissances médicales et pharmaceutiques (traduction, synthèse). On leur doit aussi la découverte de plusieurs remèdes à base d'anis, de camphre, de cannelle, de pavot blanc et de solutions pharmaceutiques, tel le sirop dont le nom provient du mot arabe scharâb signifiant breuvage.

Pharmacopée

La pharmacopée est un recueil contenant la composition des médicaments et leur mode de préparation. C'est un ouvrage réglementaire destiné à être utilisé par les professionnels de santé. Elle définit notamment les critères de pureté des matières premières ou des préparations entrant dans la fabrication des médicaments (à usage humain et vétérinaire) et les méthodes d'analyses à utiliser pour en assurer leur contrôle.

La médecine au Moyen Âge

Les sociétés occidentales du Moyen Âge sont fortement influencées par la mission charitable de l'Église. Les hôpitaux fondés à cette période sont avant tout des refuges d'assistance chrétienne, alors que la médecine repose encore sur les théories anciennes de l'Antiquité soit, entre autres, sur celle des quatre humeurs.

Les moines et les clercs n'avaient pas le droit de « verser le sang ». Ils font donc appel aux barbiers qui devinrent plus tard des chirurgiens. Les barbiers-chirurgiens rasaient, coupaient les cheveux, faisaient les saignées, réduisaient les luxations et appliquaient les cautères. Le Moyen Âge est une période noire pour le développement de la médecine. A cette époque, c'est la médecine arabe qui apporte sa contribution à la médecine avec **Ibn Sina (Avicenne)**.

Les améliorations seront effectuées par les médecins musulmans qui assimileront et développeront la médecine léguée par les Grecs. Ils commencent tout d'abord par traduire l'ensemble des oeuvres de l'Antiquité puis par développer la médecine selon leur culture. Tout comme pour les autres sciences exactes, la civilisation musulmane apportera des nouvelles techniques et des inventions à la science médicale, celles-ci viendront s'ajouter aux anciennes connaissances.

Ibn Sina (980 – 1037)

Considéré comme le plus grand philosophe arabe du XIème siècle, Ibn Sina (Avicenne en Occident) est aussi un grand médecin. Son ouvrage encyclopédique, le Canon de la médecine, constitue un classement systématique et un résumé de la connaissance médicale et pharmaceutique de son temps et des époques antérieures. Traduit en latin au XIIème siècle, cet ouvrage devient un manuel de référence dans les principales universités européennes et exerce une influence considérable sur la culture occidentale jusqu'au milieu du XVIIème siècle.

Extraits :

Régime alimentaire d'été :
821. En été, réduis la quantité d'aliments, recherche les nourritures légères,
822. évite toute viande lourde, préfère les légumes et les laitages,
826. évite les aliments sucrés tels le habis, les omelettes aux poireaux, le blanc d'œuf ;

De la boisson :
830. Un peu d'eau froide étanche la soif, mieux que bien davantage d'eau tiède.
833. Il ne faut pas boire à table, sauf menace de suffocation
834. et non plus après le repas, ni à la sortie d'un bain chaud,

Du sommeil :
853. Ne dors pas trop longtemps : c'est nuisible à l'esprit ; ne veille pas trop, tes sens en seraient affaiblis.

De l'exercice physique :
857. Ne te livre pas à des exercices violents, ne recherche pas non plus le repos, conserve un juste milieu.

Le **Poème de la médecine** peut être considéré comme l'abrégé du Canon de la médecine. La thérapeutique d'Avicenne se fonde principalement sur l'équilibre de l'alimentation et l'emploi de médicaments. Le Poème de la médecine est composé de 1'326 vers.

Source : Avicenne, Poème de la médecine, texte établi et présenté par Jahier (Henri) et Noureddine (Abdelkader), Paris, Belles-Lettres, 1956.
Collection Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Tous droits réservés.

La médecine à la Renaissance

Avec la Renaissance (de 1450 à 1590), la médecine, qui restait très dépendante de l'Eglise, commence à se distancier des croyances populaires et religieuses, un esprit scientifique se met en place et seules les théories qui peuvent se vérifier par l'expérimentation sont prises en compte.

Planche de la Fabrique du corps humain de Vésale.
libri septem, 1555 (fac-similé). Bibliothèque Osler d'histoire de la médecine.

L'un des faits marquants de cette période est la découverte par **Vesalius** de l'anatomie, que l'on peut définir comme l'étude des corps. Son développement permet à la chirurgie de dépasser le stade de science mineure. Le développement des armes à feu avait obligé les médecins et les chirurgiens à s'intéresser de plus près à la mécanique musculaire et corporelle pour essayer de soigner les blessés. Le développement de la discipline permet d'améliorer les connaissances en la matière.

Vesalius (1514-1564)

Né à Bruxelles, Andries Van Wesel (Vesalius) étudia la médecine à Paris, puis à Louvain. Professeur d'anatomie à Padoue, il innova par la pratique de dissections systématiques et méthodiques. En 1543, il publia le De Humani Corporis Fabrica : cette première description rigoureuse du corps humain rénova l'enseignement traditionnel de la médecine. Il fut ensuite médecin de la Cour de Charles-Quint à Bruxelles, puis de Philippe II à Madrid.

Ambroise Paré, chirurgien militaire français du XVIème siècle, est surnommé le « père de la chirurgie moderne ». Il a laissé une oeuvre chirurgicale considérable. La grande renommée d'Ambroise Paré lui valut le poste de chirurgien du roi auprès d'Henri II et de ses successeurs. Lors de l'amputation d'un membre, il pratiqua la ligature de l'artère, c'est-à-dire qu'il serra un lien autour de celle-ci au lieu de la cautériser (brûler) au fer rouge : cette manière de faire permis de grands progrès aux techniques d'amputation.

http://perso.orange.fr/art-deco.france/rembrandt.htm

http://micromonde.free.fr/histoire/images/microscopeleeuwenhoek.gif

Une autre invention qui permit de développer la médecine fut le microscope : un des premier à le mettre au point est le naturaliste hollandais Antoine van Leuwenhoek (1632-1723) qui observa un nombre considérable d'être inférieurs (microbres, infusoires, levures, rotifères), ainsi que les globules sanguins et les spermatozoïdes.

Lors de la Renaissance, bien que la société se transforme et que de nouvelles découvertes voient le jour, la religion est toujours très présente dans l'acceptation ou non des nouvelles idées. Sur ordre de Calvin, en 1553, le médecin et théologien Michel Servet est brûlé avec ses livres à Genève. Il affirme que le sang veineux est épuré par les poumons avant de revenir au coeur. Cette esquisse de processus de la circulation sanguine sera découverte par le médecin William Harvey au XVIIème siècle.

Michel Servet (1511? - 1553)
© Centre d'iconographie genevoise - col. BPU

A quelques exceptions près, il n'y avait pas grand-chose qu'on puisse faire pour arrêter la progression des maladies. C'est uniquement au XXème siècle que de nombreuses maladies infectieuses sont vaincues grâce aux vaccins, aux antibiotiques et à l'amélioration des conditions de vie. Ces progrès ont permis aux pays qui pouvaient se procurer ces produits en toute confiance, d'éliminer ou de réduire sensiblement la menace représentée par les maladies infectieuses. Simultanément, l'amélioration de l'hygiène et du niveau de vie dans ces régions prospères du monde a modifié les conditions qui avaient jusqu'alors permis aux maladies de se développer.

La médecine à partir du XIXème siècle

Le XIXème siècle fut celui des découvertes scientifiques. En médecine, on assiste à une véritable révolution. L'avènement de l'anesthésie, de l'asepsie, de la synthèse chimique de médicaments et de la vaccination ainsi que l'invention de nouveaux instruments donnent à la médecine un nouvel essor.

En 1860, **Louis Pasteur** découvre les micro-organismes responsables des infections et de la contagion. Le chirurgien britannique Joseph Lister est à l'origine de l'introduction en médecine des antiseptiques pour désinfecter les plaies et ouvre ainsi la voie à la découverte de l'asepsie. Pasteur découvre cette dernière qui a pour but de supprimer les microbes, véritable révolution dans le monde chirurgical. Il invente aussi le premier **vaccin** contre la rage.

Avant l'invention du stéthoscope par René Laënnec, le médecin ne disposait que de ses oreilles pour ausculter le malade. La découverte du thermomètre, de l'ophtalmoscope et du laryngoscope permet de scruter plus profondément certaines parties du corps humain. Le microscope sert à identifier des micro-organismes susceptibles d'altérer les fonctions vitales. En 1895, l'avènement des rayons X, découverts par le physicien allemand Wilhelm Conrad Röntgen, permet de voir à l'intérieur du corps et de préciser le diagnostic.

Depuis longtemps, on tentait de diminuer la douleur. La découverte de l'anesthésie par Horace Wells, en 1846, transforme radicalement l'acte opératoire, grâce à l'éther et au chloroforme.

Louis Pasteur

Né le 27 décembre 1822 à Dole dans le Jura français, Louis Pasteur passe son enfance à Arbois dans une famille modeste. Après avoir soutenu deux thèses en physique et en chimie, il devient professeur à Dijon, à Strasbourg et à Lille. Il fait des découvertes importantes sur la fermentation qui donneront lieu à « la pasteurisation » (procédé par lequel les aliments sont chauffés de façon à détruire les bactéries présentes). Ces études l'amèneront à penser que des organismes microscopiques pouvaient être responsables de maladies contagieuses. Bien que n'étant pas médecin, il identifia un certain nombre de microbes pathogènes (staphylocoque, streptocoque), bouleversant la médecine et la chirurgie (il préconisa par exemple l'antisepsie puis l'asepsie). Il mit au point plusieurs vaccins préventifs, en particulier celui contre la rage (1885). En 1888, la création de l'Institut Pasteur, dirigé par Louis Pasteur jusqu'à sa mort en 1895, permet à ses élèves de poursuivre ses recherches en microbiologie.

Vaccin

Les Chinois produisirent une version de la vaccination nommée variolisation, au XVIème siècle, lorsqu'ils découvrirent qu'ils pouvaient prévenir la variole en exposant une personne en bonne santé à du pus provenant de lésions d'une personne infectée. En 1796, Edward Jenner, un médecin anglais, réalisa la première vaccination en Europe en utilisant le virus de la vaccine (variole de la vache) pour vacciner un jeune garçon contre le plus mortel des virus de la variole. Le Dr Jenner nomma ce procédé la vaccination à partir du mot latin vacca, vache.

Deux cents ans de batailles	1897 Peste	1952 Poliomyélite	1978 Méningite
1796 Variole (Edward Jenner)	1926 Coqueluche	1964 Rougeole	1981 Hépatite B
1879 Choléra	1927 Tuberculose	1967 Oreillons	1985 Méningite bactérienne
1882 Rage (Louis Pasteur)	1932 Fièvre jaune	1970 Rubéole	1992 Hépatite A
1890 Tétanos et diphtérie	1945 Grippe	1974 Varicelle	1998 Maladie de Lyme
			2004 **Cancer de l'utérus**

La variole hier et aujourd'hui

« Au début du XXème siècle, la variole était encore endémique dans presque tous les pays du monde. On estime qu'au début des années 1950, il se produisait chaque année dans le monde 50 millions de cas de variole dont 15 millions de cas mortels, ce nombre étant tombé aux environs de 10 à 15 millions de cas et 3 millions de décès en 1967, grâce à un meilleur accès à la vaccination. Le succès de la campagne mondiale pour l'éradication, menée pendant dix ans à partir de 1967, a débouché sur la certification de l'éradication de la variole dans le monde en 1979.
Depuis cette certification, on a invoqué la possibilité, pour certains pays ou groupes terroristes, de détenir des stocks de virus variolique, et la menace bioterroriste que pourrait constituer ce virus suscite une grande inquiétude dans nombre de pays industrialisés. [...] Près de 30 ans après avoir été éradiquée avec succès, la variole est donc devenue un enjeu important de santé publique compte tenu de la possibilité d'une dissémination délibérée du virus à des fins criminelles. Selon un récent rapport de l'OMS, la plus grande crainte réside dans le fait que, faute de moyens au niveau mondial pour contenir rapidement une flambée, la variole pourrait redevenir endémique et anéantir l'une des plus grandes réalisations du domaine de la santé publique ».

source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2007, « la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle », p. 6, http://www.who.int/whr/2007/07_chap1_fr.pdf

Le vaccin pour la prévention du cancer de l'utérus

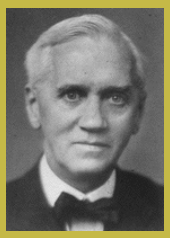
Les papillomavirus ou virus HPV (Human papilloma virus) forment une famille qui comprend plus d'une centaine de membres, dont on trouve certains dans les tumeurs cancéreuses du col de l'utérus. Ces virus peuvent être transmis par la peau et par voie sexuelle. Il semble établi que ce type de cancer n'existe pas en l'absence du virus, d'où l'affirmation que la prévention de l'infection chronique par le vaccin prévient le cancer qui y est associé.
Le vaccin n'immunise donc pas contre le cancer du col de l'utérus mais contre certains virus HPV, qui eux peuvent provoquer ce cancer.

En Suisse, ce type de cancer frappe près de 250 femmes par année. Parmi elles, 90 en mourront. Près de la moitié des patientes ont moins de 50 ans. Dans les pays industrialisés, la fréquence du cancer du col de l'utérus a nettement baissé ces dernières décennies. Ce progrès est dû à l'amélioration de l'hygiène et aux mesures de dépistage. Dans les pays en développement, le cancer du col de l'utérus est nettement plus fréquent et aboutit plus souvent au décès de la patiente. A l'échelle mondiale, il représente pour les femmes le deuxième type de cancer dans l'ordre de fréquence.

La Commission fédérale pour les vaccinations a émis une recommandation pour la vaccination contre le HPV après en avoir vérifié les données en mai 2007.

Dans le domaine de la bactériologie, **Alexander Fleming** découvre la pénicilline qui modifie profondément la pratique médicale et chirurgicale en matière d'infections et marque les débuts de l'ère des antibiotiques.

Alexander Fleming



Né le 6 août 1881, il obtient son diplôme de docteur en médecine à 14 ans et une médaille d'or de l'université de Londres, en 1908. Il découvre la pénicilline le 3 septembre 1928 et fait l'essai du produit en application sur la peau (irrigation de plaies, conjonctives, sinus,...). Elle ne sera de bonne efficacité que douze ans plus tard avec les travaux majeurs de Sir Howard Florey et de son équipe de l'Université d'Oxford. Ces derniers réussissent l'extraction et la purification de la pénicilline qui peut être utilisable, bien que semi pure. En 1945, les universités de Bruxelles, Louvain et Liège l'honorent et lui discernent le titre de docteur honoris causa ; le 7 décembre 1945 Alexander Fleming partage le prix Nobel de médecine avec Howard Florey.

Les découvertes en matière de santé sont nombreuses et touchent une grande variété de spécialités. Nous allons, donc, simplement encore mettre en avant quelques éléments dans les domaines de la chirurgie et de la thérapie génique.

Chirurgie et IRM

La miniaturisation des instruments ainsi que la maîtrise de leur utilisation ont ouvert à la chirurgie tout un champ d'interventions autrefois impossibles, en particulier au niveau de l'oeil ou des petits vaisseaux et des nerfs.

Au cours de la seconde moitié du XXème siècle, des opérations particulièrement délicates ont ainsi été réalisées. En 1962, un bras complètement coupé au niveau de l'épaule a été réimplanté, pour la première fois, avec succès. Cette chirurgie réparatrice a été rendue possible par les microscopes opératoires grâce auxquels les chirurgiens peuvent suturer et raccorder les nerfs et les vaisseaux. Avec le développement des prothèses en plastique, des patients ont pu retrouver une bonne mobilité. Par exemple, des articulations synthétiques de la hanche ont permis aux personnes atteintes d'arthrite de marcher à nouveau. Dans un tout autre domaine, c'est le 3 décembre 1967 que le chirurgien sud-africain Christiaan Barnard a procédé à la première transplantation cardiaque. Bon nombre d'opérés moururent peu de jours après l'intervention, car on ne connaissait pas encore de produit capable d'empêcher le rejet du greffon. La transplantation cardiaque est devenue une opération courante pour les spécialistes, mais de nombreux patients demeurent en attente en raison du manque de donneurs.

Source : http://www.simonho.org/images/London_Museums/ScienceMuseum_Surgery.jpg

Les années 2000 ont vu la réalisation de deux opérations remarquables constituant chacune dans leur domaine des premières mondiales. C'est ainsi qu'en juillet 2001 a été greffé sur un patient aux États-Unis le premier cœur artificiel autonome puis, en septembre 2001, qu'a eu lieu la première opération chirurgicale effectuée à distance par l'intermédiaire d'un robot. Pour cette ablation de la vésicule biliaire, le chirurgien se trouvait à New York, à 7'500 km de sa patiente, hospitalisée au CHU de Strasbourg.

Pour améliorer le diagnostic, des méthodes nouvelles et plus efficaces permettant de voir à l'intérieur du corps humain ont été développées dans la seconde moitié du XXème siècle comme le X-Ray et l'**IRM**.

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)

"Apparue dans le domaine médical au début des années 80, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est aujourd'hui largement répandue dans le monde entier. L'IRM constitue en effet la méthode de diagnostic la plus puissante et la plus sensible disponible actuellement : elle permet d'obtenir une image de n'importe quel organe, dans n'importe quelle coupe et dans un délai relativement court, avec des résultats bien supérieurs aux autres techniques d'imageries (radiologiques, échographiques…).

Source image : http://www.etudes.ecp.fr/physique/illustrations/irm/partie2.html

Son principe pourrait se résumer de la façon suivante : lorsque l'on expose un patient à un champ magnétique intense, l'eau présente dans son corps réagit par un signal nommé « résonance magnétique ». Capté par un appareil et analysé par ordinateur, il permet de dresser une carte tridimensionnelle des organes et de leurs lésions éventuelles."

Source : http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite/science_actualites/sitesactu/question_actu.php?id_article=1663&langue=fr

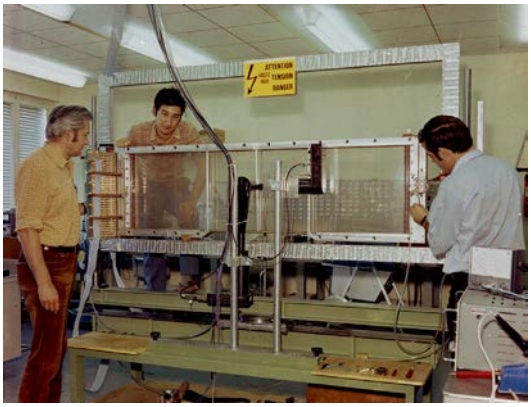
Le CERN et la physique médicale

Selon les estimations du CERN, sur les 17'000 accélérateurs de particules existants aujourd'hui dans le monde – accélérateurs qui n'ont rien à voir avec la taille et la puissance de ceux développés au CERN – plus de la moitié sont utilisés en médecine et seul un petit nombre sont consacrés à la recherche fondamentale.
Les applications de la physique nucléaire en médecine concernent principalement deux domaines : l'imagerie médicale et la radiothérapie.

L'imagerie médicale

En 1968, le chercheur au CERN et physicien français **Georges Charpak** invente un nouveau type de détecteur de particules : **la chambre proportionnelle multifils** qui permet de reconstituer en temps réel la trajectoire d'une particule élémentaire. Ce dispositif, relié à un ordinateur, permet d'obtenir un taux de comptage mille fois supérieur à ceux des techniques existantes, sans nécessiter de caméra. Utilisée en physique fondamentale, cette invention, pour laquelle Charpak obtiendra d'ailleurs le prix Nobel de physique en 1992, s'inscrit alors dans la volonté de mieux comprendre la constitution infime de la matière.
Cependant, dès le milieu des années 1970, ce nouveau détecteur commence à être utilisé dans l'imagerie médicale. La chambre multifils de Charpak permet, en effet, le développement de détecteurs plus sensibles et qui exigent moins de rayonnement pour la production d'images. Cela permet donc aux médecins de diminuer considérablement les doses de rayons auxquels les patients sont soumis tout en offrant des images de meilleure qualité.

Georges Charpak lors de l'élaboration de la chambre proportionnelle multifils ▼



Source image : CERN, http://cern50.web.cern.ch/cern50/news/040514/040514_fr.html

▲ **Scanner de tomographie par émission de positons (TEP)**

Puis, en 1979, le CERN développe un prototype de caméra à positons qui permet la construction du **premier scanner de tomographie par émission de positons (TEP)** de l'hôpital de Genève. Les examens TEP sont principalement utilisés en cancérologie et en imagerie cérébrale. Ils permettent de visualiser les activités du métabolisme et plus précisément celles des tissus et des organes. Grâce à ces examens, il est notamment possible de diagnostiquer des tumeurs cérébrales et d'étudier les conséquences des troubles cardiaques sur les fonctions du cerveau.
Les examens TEP utilisent des marqueurs radiopharmaceutiques qui sont des substances radioactives que l'on injecte aux patients. Une fois présents dans le corps humain, ces marqueurs se fixent sur certains tissus ou organes et émettent des positons (anti-particule de l'électron). Puis, en se désintégrant, les positons émettent des particules (photons) qui sont détectées et analysées, fournissant des informations sur le fonctionnement et le métabolisme du corps. **Les marqueurs radiopharmaceutiques sont produits grâce aux accélérateurs de particules**.

La radiothérapie et l'hadronthérapie

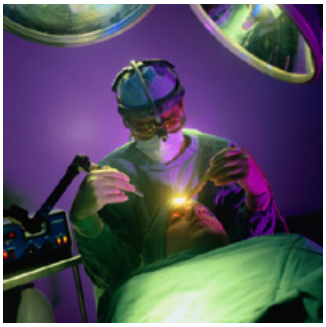
Traditionnellement, le traitement des cancers se réalise par radiothérapie (rayons X ou gamma) : on expose les cellules cancéreuses à une émission de radiations afin de ralentir le processus tumoral et de détruire toutes les cellules malades. Si cette technique a fait ses preuves, les physiciens du CERN ont observé que non seulement environ 10 % des tumeurs sont résistantes aux rayons X, mais que ces derniers diffusent également aux tissus sains avoisinants des doses de radiation plus élevées que **les ions de carbone et les protons**. En ce sens, le traitement par ions et protons de carbone est largement préférable lorsqu'un organe vital se trouve près de la tumeur. En outre, il s'avère que les ions de carbone ne perdent pas leur énergie de la même façon que les rayons X ou les électrons, faisant d'eux de meilleurs candidats au traitement de certains cancers. Depuis les années 1970, des physiciens du CERN s'intéressent donc à cette nouvelle thérapie, nommée **hadronthérapie.**

Avec près de 8 millions de décès en 2009, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde (13 % des cas). D'après les prévisions de l'OMS, le nombre des cas de cancer devrait continuer à augmenter : l'organisation estime que 9 millions de personnes mourront d'un cancer en 2015 et 11, 4 millions en 2030.

Résolument engagé en faveur du développement de la physique médicale, le CERN développe depuis plusieurs années déjà différents projets à but thérapeutique. Ainsi par exemple, entre 1996 et 2000, le CERN entreprend la construction d'un accélérateur de particules circulaire à protons et à ions nommé le **synchrotron PIMMS** destiné au traitement du cancer par hadronthérapie. Au début de l'an 2000, sur proposition du physicien du CERN Ugo Amaldi, le PIMMS est amélioré par la Fondation italienne Tera pour la radiothérapie et un centre de traitement par hadronthérapie est crée à Pavie, au sud de Milan. Le synchrotron PIMMS/TERRA est utilisé chaque jour pour soigner des malades atteints de cancer.

Parallèlement, en 2001, le CERN construit le premier module d'un accélérateur médical offrant des perspectives inédites dans le traitement des tumeurs profondes. Selon le CERN, l'avantage du **LInac BOoster (LIBO)** est de pouvoir étendre les domaines d'application des cyclotrons à protons, accélérateurs de particules déjà opérationnels dans bon nombre d'hôpitaux. Ces cyclotrons sont principalement utilisés pour la thérapie de tumeurs superficielles et pour la production de radionucléides. Selon le CERN, le rattachement d'un accélérateur LIBO permettra d'accroître l'énergie du faisceau et il sera ainsi possible d'atteindre des tissus malades situés à différentes profondeurs, jusqu'à 20 cm selon les cas.

A ce jour, près de 35'000 patients ont été traités par hadronthérapie à travers le monde. Cette thérapie se révèle très efficace pour le traitement de tumeur localisée, de tumeur des bronches, de cancer de la prostate, de cancer du foie et pour certaines tumeurs de la thyroïde. Cependant, le coût d'une telle thérapie reste encore très élevé.



Source : http://www.uihealthcare.com/news/wellandgood/issue1/lasersurgery.html

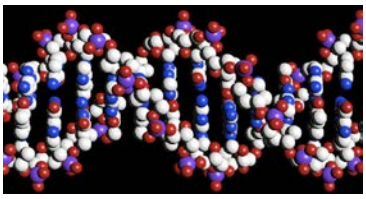
Perspectives d'avenir

Aujourd'hui, l'usage de faisceaux de particules est en constante augmentation aussi bien pour la thérapie du cancer que pour la production de marqueurs radiopharmaceutiques. Mais selon le CERN, d'autres avancées importantes pourraient encore être réalisées à l'avenir. Ainsi, par exemple, les accélérateurs pourraient dans le futur permettre d'améliorer encore la chirurgie de précision réalisée à l'aide de « **scalpels au laser** ».

Thérapie génique

Le terme génétique fut inventé, en 1906, par le biologiste britannique William Bateson. De son côté le moine et botaniste Gregor Johann Mendel énonça en 1866 les principes sur lesquels est fondée la théorie de la transmission héréditaire des caractères physiques (loi de Mendel). Il décrivait des modalités de transmission sur des petits pois : sept paires de caractères distincts apparaissaient dans différentes variétés de pois. Il avait constaté que ces caractères étaient transmis par les parents comme des unités séparées et que chacune d'elles était transmise indépendamment des autres. Les unités décrites par Mendel furent plus tard appelées gènes.

L'une des découvertes fondamentales du XXème siècle a été la compréhension de la transmission des caractères héréditaires. Une avancée importante, réalisée par Oswald Theodore Avery et ses collaborateurs, du Rockefeller Institute, dans les années 1940, a montré que les caractères génétiques pouvaient passer d'une bactérie à une autre grâce à une substance appelée acide désoxyribonucléique ou ADN. En 1953, le physicien anglais Francis Harry Compton Crick et le biologiste américain James Dewey Watson ont proposé une structure chimique pour l'ADN permettant d'expliquer le transport de l'information génétique. Le biochimiste américain Marshall Warren Nirenberg a apporté les détails essentiels de ce schéma dans les années 1960, et le biochimiste américain d'origine indienne Har Gobind Khorana a réalisé la synthèse d'un gène, en 1970. À la fin des années 1970, les scientifiques ont développé des méthodes capables d'altérer les gènes. Ces procédés, et ceux du même type, constituent l'ingénierie génétique. Ils ont été appliqués à la production de grandes quantités de substances humaines pures, comme les hormones et l'interféron.



La technologie de la thérapie génique se fonde sur la possibilité de manipuler l'ADN, support physique de l'information génétique.

Depuis cette époque les avancées en génétique ont été très importantes. Quelques dates :

- 1981 Première modification génétique sur un animal (souris).
- 1982 Aux Etats-Unis, le premier médicament produit à l'aide de bactéries génétiquement modifiées est autorisé : l'insuline humaine, utilisée dans le traitement du diabète.
- 1990 French Anderson réalise la première tentative de thérapie génique sur une fillette de quatre ans qui souffre d'une maladie héréditaire immunodéficiente grave.
- 1991 Une brebis est pour la première fois modifiée par génie génétique en Ecosse afin de produire un médicament avec son lait.
- 2000 On déchiffre pour la première fois le génome d'une plante, celui de l'arabette.
- 2001 Les chercheurs du projet international « Human Genome Project » et de l'entreprise américaine « Celera Genomics » complètent le décodage du génome humain.

La thérapie génique vise à corriger des maladies héréditaires dues à un gène absent ou défectueux. Le principe de ce type de thérapie est d'insérer dans les cellules du malade le gène fonctionnel.
Cette partie de la médecine nécessite de connaître l'origine moléculaire des maladies. Elle met en œuvre les dernières techniques de manipulation de l'ADN (acide désoxyribonucléique) et de l'ARN (acide ribonucléique).
Le spectre d'action de la thérapie génique est très vaste. La thérapie peut soigner des affections telles que le cancer ou la mucoviscidose, et même certaines affections neurologiques telles que la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer.

La thérapie génique soulève de nombreux problèmes éthiques. C'est en effet une thérapeutique qui touche directement au patrimoine génétique de l'homme. Elle peut, par conséquent, donner lieu à de graves abus. La bioéthique vise donc à définir de façon précise pour quels patients et pour quelles maladies la thérapie génique doit être employée.

TELETHON

En Suisse, le TELETHON a été organisé pour la première fois en 1988, sur l'initiative de l'Association de la Suisse Romande et Italienne contre les Myopathies (ASRIM) et de la Fondation Suisse de Recherche sur les Maladies Musculaires (FSRMM) pour venir en aide aux malades atteints de maladies génétiques que l'on qualifie d'orphelines. L'action TELETHON se déroule le premier week-end du mois de décembre organisé par des centaines de personnes bénévoles, de la protection civile, des clubs sportifs, des sociétés locales etc.

➥ www.telethon.ch

La recherche en génétique en Suisse et à Genève

Hébergé par la Faculté des sciences de l'Université de Genève, **Frontiers in Genetics** mène une recherche de pointe dans le domaine des gènes, des chromosomes et du développement des organismes. Sous la direction du professeur Denis Duboule, ce **pôle de recherche national** réunit plus de vingt laboratoires académiques suisses de renommée mondiale, répartis dans les Universités de Genève et de Bâle, dans les deux écoles polytechniques fédérales, ainsi que dans des instituts tels que le Friedrisch Miescher Institute (FMI) ou encore l'Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer (ISREC).

Ce sont ainsi plus de deux cents chercheuses et chercheurs qui, selon leur spécialité et leurs techniques, cherchent à comprendre comment un organisme partant d'une seule cellule fécondée aboutit finalement à un être complexe et fonctionnel.

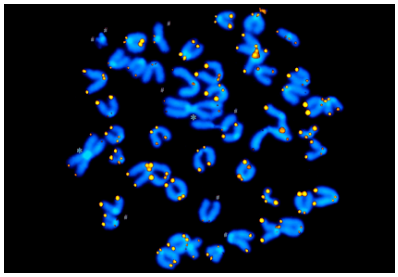
En outre, Frontiers in Genetics s'emploie au mieux à cultiver la transmission du savoir et ce dans le but de former les grands scientifiques de demain. Son école doctorale accueille sur dossier des étudiants de toute nationalité.

Ce réseau doit contribuer à relier et intégrer les trois niveaux de complexité qui caractérisent la recherche en génétique :

- les **gènes**, au niveau moléculaire,
- le **noyau**, au niveau cellulaire,
- l'**embryon**, au niveau de l'organisme.

Frontiers in Genetics propose également à Genève la visite publique de certains de ses laboratoires lors de quelques événements. Des demi-journées de découverte de la recherche en génétique destinées aux groupes scolaires, ainsi que des stages individuels de recherche d'une journée, peuvent être organisés pour les collégiens selon la demande.

➥ http://www.frontiers-in-genetics.org/



Les télomères ou extrémités des chromosomes
source : http://www.brown.edu/Courses/BI0105_Miller/image/telomeres.gif

Les Pôles de Recherche Nationaux (PRN)

Le **Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS)** est la principale institution d'encouragement de la recherche en Suisse. Sur mandat de la Confédération, il encourage toutes les disciplines scientifiques, de la philosophie à la biologie, des nanosciences à la médecine.
➥ **www.snf.ch**

Le programme des **Pôles de Recherche Nationaux (PRN)** est un instrument d'encouragement de la recherche financé par la Confédération et exécuté par le FNS. Les PRN ont pour but de promouvoir des projets de recherche à long terme dans des domaines d'importance stratégique vitale pour l'évolution des sciences en Suisse, pour l'économie du pays et pour la société suisse en général.

Chaque PRN est hébergé par une université ou un institut de recherche de renom (institut hôte), et est administré à partir de là. Les différents groupes de recherche du Pôle sont reliés en un réseau à travers toute la Suisse.

Les aspects suivants sont déterminants pour l'approbation d'un Pôle de Recherche. Un PRN doit:
- mener des recherches de grande qualité et de niveau international,
- activement favoriser le transfert de savoir et de technologie,
- mener des programmes d'éducation post-graduée,
- assurer la promotion des femmes dans la recherche.

www.gene-abc.ch

S'adressant aux jeunes, ce site développé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique se veut à la fois ludique et instructif. Bien conçu, il explique les bases de la génétique et propose des fiches à télécharger ainsi qu'un quizz.

L'hygiène

L'amélioration du niveau de santé des populations n'est pas uniquement obtenue grâce aux découvertes médicales de pointes. Des progrès importants pour lutter contre certaines maladies ont été obtenus en mettant en place des règles d'hygiène. Au XIXème siècle, un ensemble d'objets, de pratiques et de principes visant à améliorer notre capital santé commencent à se mettre en place. Ces pratiques seront décisives pour le développement et l'amélioration de la santé publique. En effet, à partir de cette date, les pouvoirs publics, les collectivités et le milieu de la médecine commencent à s'apercevoir que l'hygiène est étroitement liée à la santé publique et que des efforts peuvent être faits dans ce sens pour essayer d'enrayer les épidémies.

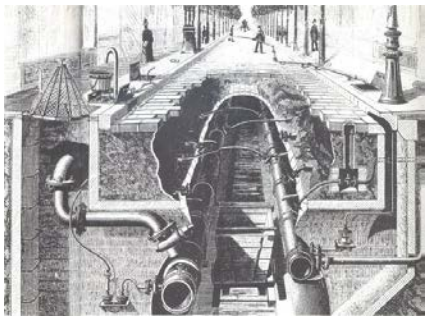
L'hygiène, qui est la dérivation du nom de la déesse grecque de la santé, « Hygiè » (sœur de Panacée et fille d'Esculape, le Dieu de la médecine), se fonde sur des principes scientifiques et sur les découvertes de Pasteur, de ses élèves et de ses contemporains étrangers. Dans sa « Théorie sur les germes », Pasteur émet l'hypothèse que certaines maladies sont causées par des bactéries, des micro-organismes qui s'attaquent au corps. Pour s'en prémunir, il est recommandé d'effectuer quelques exercices de la vie quotidienne afin d'éliminer les germes : on se réfère alors principalement au lavage des mains et du corps au savon et à l'eau. Dès lors, les soins corporels et la désinfection prennent une importance nouvelle dans la société. La mise au point de méthodes préventives vaccinales scientifiquement fondées constitue le second volet de cette hygiène nouvelle.

Il faut dire que ce qui aujourd'hui nous paraît être des gestes anodins (prendre une douche, se laver les dents, …) ne l'était pas au XIXème siècle. La propreté n'était alors pas forcément considérée comme un bien. Pour de nombreuses personnes, la saleté permettait de faire obstacle à la maladie. A l'inverse, la propreté (puis l'hygiène) était réputée faciliter la pénétration des maladies par les pores de la peau. Dans le même ordre de croyances, les odeurs fortes et les couleurs foncées étaient synonymes de puissances.

"Pour comprendre l'ampleur de la révolution qui s'est alors opérée, il faut rappeler les conditions de vie de l'époque . Ordures en putréfaction, déchets humains et animaux, carcasses mortes empilées, égouts à ciel ouvert : les rues étaient de véritables cloaques. Les cabinets étaient rares. Les pots de chambre étaient déversés dans les cours d'habitations. La puanteur était légendaire, surtout en été. [...] Odeurs fétides et miasmes étaient considérés comme la cause de la plupart des maladies qui prévalaient. « Saleté, pauvreté et maladie » formaient une triade logique."

Source : http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j9/presse/dossiers-de-presse/hygiene-et-sante

Au début du XXème siècle, l'assainissement des villes est en bonne voie. D'une part, l'ère industrielle sépare les eaux propres et les eaux usées. D'autre part, de nombreuses villes déploient leurs efforts dans un secteur alors en plein essor : le ramassage des ordures ménagères.



Eugène-René Poubelle (1831-1907), préfet de la Seine, par son ordonnance contre la malpropreté édictée le 15 janvier 1884, généralisa l'usage des « boîtes à ordures d'immeubles» et leur ramassage quotidien. Le 24 novembre 1883, il avait déjà signé un arrêté qui oblige les propriétaires parisiens à fournir à chacun de leurs locataires un récipient muni d'un couvercle. Ainsi naissent les poubelles.

En fait l'hygiène n'est pas une nouvelle invention, on redécouvre au XIXème siècle ce que les civilisations de l'Antiquité avaient déjà appliqué dans la vie quotidienne ; les bienfaits de l'hygiène corporelle. L'eau était alors perçue comme remplie de vertus curatives et de principes de santé. Mais dès le Moyen Âge et avec la perte des usages traditionnels, l'eau devient perçue comme une source de maladies. Ainsi, l'eau engendre la méfiance : elle se boit souvent de mauvaise qualité, il n'est fait aucune distinction entre eau potable et eau sale lorsque elle est utilisée pour cuisiner ou pour se laver. Les sources d'eau, telles que les nappes phréatiques, les lacs, les rivières, ne supportent plus le déversement des eaux polluées et, avec la croissance démographique, les eaux ne se recyclent plus. Une certaine puanteur envahit les villes et l'eau véhicule toutes sortes de virus et de bactéries.

Au XIXème siècle, des progrès importants dans le traitement des eaux vont apparaître. Un des exemples les plus marquants de ce changement fût l'apparition de canalisations dans les égouts de Londres. Au XIXème siècle, la Tamise est un égout a ciel ouvert qui véhicule de très nombreuses bactéries. Les maladies se répandent : dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, etc. Durant l'été 1858, la contamination de la Tamise est tellement forte que même les fonctionnaires du gouvernement royal doivent fuir la ville. Ils décident alors de voter des crédits pour la construction d'un réseau de canalisations imaginé par Joseph Bazalgette. A la fin des travaux, les mauvaises odeurs avaient disparu ainsi que, étonnamment, certaines maladies ; Balzalgette, n'avait, en effet, pas prévu l'éradication des maladies par l'assainissement de la ville.

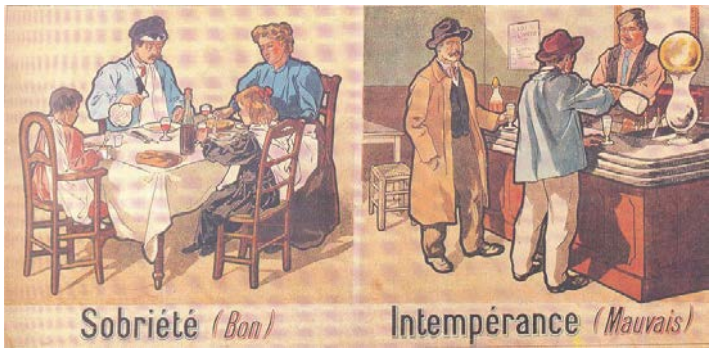
Aujourd'hui l'hygiène revient d'autant plus au premier plan des préoccupations de santé que certaines armes contre les infections baissent en efficacité. En thérapeutique, le problème de la résistance aux antibiotiques inquiète de plus en plus médecins et scientifiques.

« Le bénéfice des mesures d'hygiène sur la santé est aujourd'hui bien documenté en ce qui concerne l'impact des règles de base. Des interventions menées dans des pays où le manque d'hygiène reste important permettent de le chiffrer. Citons par exemple [...] un [...] programme dans une banlieue pauvre de Dhaka a consisté à fournir aux communautés une savonnette et un récipient, et à encourager les habitants à se laver les mains au savon avant de manger ou de manipuler de la nourriture, ainsi qu'après avoir uriné ou déféqué. Le message était renforcé par des visites à domicile un jour sur deux. L'incidence des diarrhées a pu être réduite de 62%.
Ces études soulignent à quel point l'hygiène de base - et ici, le simple fait de se laver les mains - est primordiale dans la prévention des contaminations oro-fécales, contre lesquelles elle constituent la principale arme. Rappelons que selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plus de 2 millions de personnes meurent chaque année de maladies diarrhéiques, en majorité des enfants de moins de 5 ans vivant dans des pays en développement. »
Source : http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j9/presse/dossiers-de-presse/hygiene-et-sante

"L'hygiène reste donc un point clé pour la lutte contre les maladies infectieuses tant dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. Dans ces derniers, la prise de conscience d'un risque infectieux croissant et donc, de l'importance de reconsidérer les standards de l'hygiène, est relativement récente.
Pour autant, jusqu'où aller ? Est-il possible d'améliorer l'hygiène à partir d'un certain niveau de base ? A trop vouloir se débarrasser des agents microbiens de notre environnement, ne prend-on pas d'autres risques ?"
Source : http://www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j9/presse/dossiers-de-presse/hygiene-et-sante

Tableau scolaire édité par Nathan vers 1900 où l'on voit que la propreté se résumait à un débarbouillage sommaire le matin

Extraits d'un tableau mural pédagogique datant des années 1930



Source : Tdc Magazine, « L'hygiène moderne », n°680, 15-30 septembre 1994.

La coopération internationale en matière de santé

L'évolution de la coopération internationale en matière de santé remonte à la moitié du XIXème siècle lorsque des épidémies de choléra ont touché l'Europe entre 1830 et 1847. Ces épidémies ont ouvert la voie, dans le domaine de la santé publique et notamment des maladies infectieuses, à une activité diplomatique et à une coopération multilatérale intenses qui ont débuté avec la première Conférence internationale de la Santé qui s'est tenue à Paris en 1851.

La première trace d'une action visant à protéger les populations contre l'apparition de maladies infectieuses remonte à 1377, année où la République de Venise a édicté une législation instituant une quarantaine à l'égard des navires. Il fallut ensuite attendre presque cinq siècles et les grandes épidémies européennes de choléra entre 1830 et 1847 pour que soit réunie à Paris, en 1851, une Conférence sanitaire internationale, et encore quarante années pour que soient adoptées en 1892 une première convention sanitaire internationale, qui concernait le choléra, et en 1897 une deuxième convention concernant la peste.

De 1851 à la fin du XIXème siècle, dix conférences ont été organisées et huit conventions négociées sur la propagation des maladies infectieuses par delà les frontières nationales. Même si la plupart de ces conventions sanitaires internationales ne sont jamais entrées en vigueur, il était devenu clair que les conséquences transfrontières des maladies infectieuses posaient un problème qui exigeait la prise de mesures communes à tous les pays comme l'établissement de procédure pour la mise en quarantaine des bateaux aux ports et l'isolement des passagers en provenance d'endroits suspects.
En 1892, la Conférence internationale de la Santé tenue à Venise a adopté la Convention sanitaire internationale, laquelle se limitait au choléra. En 1897, une autre convention sanitaire internationale traitant des mesures de prévention contre la peste a été adoptée. A l'aube du XXème siècle, le développement de systèmes internationaux de surveillance transfrontière des maladies a coïncidé avec la nécessité de mettre en place des institutions multilatérales chargées de faire respecter ces conventions. En 1902, une conférence internationale des Etats américains réunie à Washington créa le Bureau sanitaire international - précurseur du Bureau sanitaire panaméricain et de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) actuelle.
Les conventions de 1892 et de 1897 ont été remplacées en 1903 par une nouvelle Convention sanitaire internationale. En 1907, la plupart des Etats européens qui avaient négocié les conventions sanitaires internationales du XIXème siècle se sont réunis à Rome et ont adopté un accord mettant en place l'Office international d'Hygiène publique (OIHP) doté d'un secrétariat permanent à Paris. Sa mission était d'ajouter une surveillance internationale à la surveillance que les Etats, du moins certains d'entre eux, exerçaient en matière de santé publique. L'OIHP rassemblait donc des informations sur les flambées épidémiques afin de les communiquer aux pays participants, avec un bilan qui s'avéra plutôt négatif, dans la mesure où la réglementation, souvent dépassée par les faits, n'était pas reconnue de manière universelle et où tous les cas n'étaient pas notifiés par crainte de réactions négatives sur les échanges internationaux.

Entre les deux guerres mondiales (1918–1939), les systèmes de santé internationaux n'étaient guère coordonnés. Entre 1919 et 1945, le bureau sanitaire de la Société des Nations à Genève, le Bureau sanitaire panaméricain à Washington et l'OIHP à Paris existaient en toute indépendance et faisaient respecter conventions et accords relevant de leurs domaines respectifs.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

En Juillet 1946, fut adoptée à New York, la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Celle-ci, ratifiée par 26 Etats membres, entrait officiellement en vigueur le 7 Avril 1948. Cette date correspond à la Journée Mondiale de la Santé. L'OMS hérita non seulement de l'expérience et des méthodes des organismes sanitaires internationaux qui l'avaient précédées et dont elle a pris la relève dans les domaines de la quarantaine internationale, de l'information épidémiologique, de la standardisation biologique,... Elle bénéficia d'un champ d'activités beaucoup plus vaste que celui couvert par les organismes internationaux précédents. La mission de l'OMS est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ». La santé étant définie par l'Organisation comme un « état de complet bien-être physique, mental et social ».

Le siège de l'OMS à Genève

➥ www.who.org

L'OMS a mis sur pied un ensemble d'organisations régionales. Dès la première Assemblée mondiale de la santé en 1948, six zones furent délimitées et, en 1952, les six bureaux régionaux fonctionnaient. Ces bureaux sont les suivants : Région africaine (AFRO) ; Région de la Méditerranée orientale (EMRO) ; Région Européenne (EURO) ; Région de l'Asie du sud-Est (SEARO) ; Région Pacifique occidental (WPRO) ; et Région des Amériques (AMRO) qui s'identifie avec l'Organisation panaméricaine de la santé.

Les institutions de l'OMS :

- L'**Assemblée mondiale de la Santé** : il s'agit de l'organe décisionnel suprême. Cette Assemblée se réunit chaque année en mai, et des délégations des 193 Etats membres y participent. L'Assemblée statue sur les grandes orientations politiques de l'Organisation, approuve son programme, et choisit également le Directeur général. D'autre part, elle contrôle les finances et examine le budget. Elle fait également des propositions au Conseil exécutif, dont elle étudie les rapports et auquel elle donne des instructions sur des matières où de nouvelles mesures, études, recherches ou rapports qui sont nécessaires.
  Tous les Etats membres des Nations Unies peuvent devenir Membres de l'OMS, à la condition d'accepter sa Constitution. Les autres pays peuvent être admis lorsque leur demande a été approuvée par vote de l'Assemblée mondiale de la Santé à la majorité simple.
- Le **Conseil exécutif** : il est composé de 34 membres, techniquement qualifiés dans le domaine de la santé et élus pour trois ans. C'est le Conseil exécutif qui décide de l'ordre du jour de l'Assemblée, adopte aussi des résolutions à transmettre à celle-ci. Il donne suite aux décisions et aux politiques de l'Assemblée, la conseille, et, tous les 5 ans, propose un directeur.
- Le **Secrétariat** : Il comprend environ 3'500 professionnels de la santé et autres spécialistes et personnels d'appui titulaires d'engagements à durée déterminée.

Le programme d'action de l'OMS :

L'OMS est appelée à agir dans un environnement de plus en plus complexe et en mutation rapide. Les limites de l'action de santé publique se sont estompées, débordant sur d'autres secteurs qui ont une incidence sur les possibilités et les résultats sanitaires. L'OMS entend relever ces défis grâce à un programme en six points. Ces six points concernent deux objectifs sanitaires, deux besoins stratégiques et deux approches opérationnelles. L'efficacité d'ensemble de l'OMS sera mesurée à l'impact de son action sur la santé des femmes et la santé en Afrique.

1. **Promouvoir le développement** : Le respect de ce principe garantit que les activités de l'OMS en matière de développement sanitaire donnent la priorité à l'obtention de résultats dans les groupes pauvres, défavorisés ou vulnérables.
2. **Favoriser la sécurité sanitaire** : L'aptitude des pays à se défendre collectivement contre les flambées de maladies est renforcée depuis juin 2007 avec l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international révisé.
3. **Renforcer les systèmes de santé** : Si l'on veut que l'amélioration de la santé serve à lutter contre la pauvreté, les services de santé doivent atteindre les populations pauvres et mal desservies. Or, les systèmes de santé de nombreuses régions du monde ne sont pas en mesure de le faire, c'est pourquoi le renforcement des systèmes de santé est une priorité absolue pour l'OMS. Il s'agit notamment de veiller à l'existence d'effectifs suffisants de personnel qualifié, à un financement suffisant, à mettre en place des systèmes adaptés de collecte des statistiques démographiques et à favoriser l'accès à des technologies appropriées, y compris les médicaments essentiels.
4. **Exploiter la recherche, l'information et les données factuelles** : L'OMS produit des informations sanitaires faisant autorité, en consultation avec des experts éminents, afin d'établir des normes et des critères, d'énoncer des orientations sur la base de données probantes et de suivre l'évolution de la situation sanitaire mondiale.
5. **Renforcer les partenariats** : L'OMS s'acquitte de son mandat avec l'appui et la collaboration de nombreux partenaires, y compris des institutions des Nations Unies et d'autres organisations internationales, des donateurs, la société civile et le secteur privé.
6. **Améliorer la performance** : L'OMS participe aux réformes en cours pour améliorer son efficience et son efficacité, tant au niveau international qu'à l'intérieur des pays.

"J'ai dit vouloir que ma direction soit jugée d'après l'effet de notre action sur la santé de deux populations: les femmes et les Africains."

Dr Margaret Chan
Directeur général de l'OMS

L'OMS compte 2'400 employés à Genève venant de tous les continents. 6'000 autres travaillent dans les 147 bureaux nationaux et les six bureaux régionaux que comptent l'Organisation.

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »
Préambule de la Constitution de l'OMS

➥ www.who.int/about/brochure_fr.pdf

« La mondialisation a permis à de nombreux habitants de notre planète de bénéficier de moyens de transport et de commerce efficaces. Elle a aussi permis la propagation rapide des maladies qui sinon auraient pu être contenues par des barrières géographiques, ou qui à d'autres époques auraient pu voyager suffisamment lentement pour être facilement enrayées.
Dans le monde d'aujourd'hui, la sécurité sanitaire doit être assurée par des mesures coordonnées et par la coopération entre et à l'intérieur des gouvernements, du secteur privé, de la société civile, des médias et des individus. Aucune institution ou pays ne dispose de tous les moyens nécessaires pour faire face à une urgence de santé publique provoquée par une épidémie, une catastrophe naturelle ou une urgence environnementale, ou encore par l'émergence de nouvelles maladies infectieuses. Ce n'est qu'en détectant le problème et en le signalant dans les toutes premières heures qu'il est possible de déployer les experts et les ressources les plus appropriés pour prévenir ou enrayer la propagation internationale d'une maladie ».

Extrait du document de fond sur le thème de la Journée internationale de la santé 2007 : Investir dans la santé, bâtir un avenir plus sûr. Source : http://www.who.int/world-health-day/files/2007/issuespaper_final_lowres_fr.pdf

A travers les chapitres suivants nous allons découvrir le travail de l'OMS dans de nombreux domaines.

L'OMS et la santé publique

En 1952, l'OMS a définit la santé publique comme étant, « l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives pour :

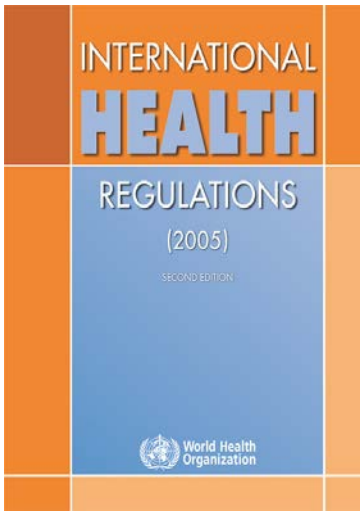
- assainir le milieu (hygiène du milieu),
- lutter contre les épidémies (maladies contagieuses),
- enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité),
- organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations),
- faciliter l'accès aux soins précoces et aux traitements préventifs.

Et il y est aussi question de mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé ».

En 1973, l'OMS élargit la notion de santé publique. On parle de santé publique pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. C'est à cette époque que la santé publique devient une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. L'ensemble nécessite une gestion administrative indépendante.
Si la réponse curative est simple à définir : il s'agit de lutter contre la maladie, quel qu'en soit le stade de développement, la réponse en terme de santé publique repose sur des fondements différents.
La santé publique doit contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du marché des soins et réduire les risques, en terme d'apparition ou de réapparition d'une maladie.

En Suisse, ce rôle est tenu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à Berne.
➥ www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr

Le règlement sanitaire international



Au XXIème siècle, le phénomène de la mondialisation a modifié la distinction traditionnelle entre santé nationale et santé internationale. En effet, très peu de risques présentant un caractère d'urgence pour la santé publique relèvent uniquement des autorités nationales.

Comme nous le rappelle l'OMS, l'une des conséquences évidentes de la mondialisation est le risque accru de propagation internationale des maladies infectieuses. Les gens et les marchandises traversent les frontières nationales en nombre considérable. Si certains pays continuent d'opter pour le protectionnisme, l'importation des maladies, elle, demeure difficile à prévenir. Pour traiter l'impact transfrontière des maladies infectieuses, le meilleur moyen est de mettre en place des mesures multilatérales. Dans le passé, on pensait que les mesures les plus concrètes pour arrêter l'importation de maladies infectieuses étaient la quarantaine et les embargos commerciaux. Le moyen radical d'arrêter la propagation des maladies sur le plan international serait naturellement de mettre un terme au commerce, aux voyages et au tourisme. Ces mesures draconiennes, bien qu'elles ne soient plus praticables dans le monde d'aujourd'hui, n'en soulignent pas moins la relation étroite qui existe entre la lutte contre les maladies, le commerce et les voyages. **Le Règlement sanitaire international est une initiative multilatérale prise par les pays pour instaurer un instrument efficace de surveillance mondiale de la transmission transfrontière des maladies**. Le Règlement s'efforce de concilier la protection de la santé publique et la nécessité d'éviter l'interruption inutile des échanges commerciaux et des voyages. Il demeure à ce jour le seul ensemble de dispositions impératives, pour les Etats Membres de l'OMS, relatives à l'alerte et à la riposte mondiale aux maladies infectieuses.

Le règlement sanitaire international sert de mécanisme de régulation concernant le partage des informations épidémiologiques sur la propagation transfrontière des maladies infectieuses. Il a pour objet d'assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre moyennant le minimum d'entraves au commerce et aux voyages mondiaux. Le Règlement contient également des règles sur l'application des mesures de santé publique non urgentes aux voyageurs, moyens de transport et biens internationaux et exige des pays qu'ils signalent trois maladies infectieuses lorsqu'elles se produisent chez l'être humain : le choléra, la peste et la fièvre jaune.

Le premier règlement sanitaire international remonte à 1951, les Etats Membres de l'OMS ont adopté le Règlement sur la base de la lutte contre les maladies infectieuses menée par les pays dans la deuxième moitié du XIXème siècle et au début du XXème siècle. L'OMS a révisé ce Règlement en 1969, lequel a été ensuite légèrement modifié en 1973 et en 1981.

En 2003, l'émergence du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), autant que son développement facile et rapide dans une société très mobile, et les flambées de grippe aviaire ont ainsi mis en évidence la nécessité d'adapter et de développer au maximum les capacités de détection et de réponse à ces maladies. Ces crises ont été à l'origine de l'impulsion donnée à une révision du Règlement sanitaire international.

Le 23 mai 2005 l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé un nouveau Règlement sanitaire international à Genève. Le Règlement est entré en vigueur officiellement le 23 mai 2007, soit deux ans après son adoption.

Le nouveau Règlement sanitaire international définit les rôles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des États membres pour détecter les situations d'urgence sanitaire mondiale, y réagir et partager l'information. Le nouveau Règlement a pour objectif de prévenir les éclosions de maladies transmissibles qui risquent de se propager à l'échelle mondiale, d'y réagir et de les maîtriser sans créer d'entraves inutiles au trafic international.

La version révisée du Règlement sanitaire international introduit de nouvelles dispositions pratiques :

- La notification de toutes les « urgences de santé publique de portée internationale » ;
- La vérification des flambées, à la demande de l'OMS ;
- La conservation des capacités nationales fondamentales d'alerte et de riposte rapides ;
- L'évaluation du risque et l'assistance rapide au niveau international.

Ce Règlement a pour but d'éviter que des maladies ne se propagent au-delà des frontières nationales. Il s'agit d'un instrument législatif capital au service de l'action sécuritaire en santé publique au niveau mondial, qui constitue le cadre nécessaire pour prévenir, rechercher ou évaluer les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique d'importance internationale et, au besoin, réagir à ces événements par une action concertée. Le nouveau Règlement est plus exigeant et d'une portée plus vaste que celui qu'il remplace ; il insiste beaucoup plus sur le fait qu'il incombe à tous les pays de mettre en place, d'ici 2012, des systèmes de détection et de maîtrise des risques pour la santé publique.

Le nouveau Règlement sanitaire international ne se limite plus aux six maladies traditionnelles – choléra, peste, fièvre récurrente, variole, typhus et fièvre jaune. Il porte désormais sur « les maladies et affections médicales, quelles que soient leur origine ou leur source, qui causent ou pourraient causer des dommages importants aux êtres humains ».

Les réseaux d'alerte et d'action au niveau mondial en cas d'épidémies

A partir de 1996, l'OMS a imaginé et mis en oeuvre un système d'information qui repose sur plusieurs partenaires, aussi bien sources officielles (professionnels de la santé, laboratoires, bureaux régionaux de l'OMS, réseaux militaires) que non officielles (ONG, médias et forums de discussion électroniques). D'abord mécanisme au coup par coup, les liens établis ont été officialisés par la création du **réseau « Alerte et action »**, connu également sous son acronyme anglais GOARN (Global Outbreak Alert & Response Network), issu d'une conférence tenue à Genève du 26 au 28 avril 2000 et regroupant des représentants des institutions déjà partenaires dans la surveillance des épidémies. Il a pour fonctions **l'identification rapide, la vérification et la communication des menaces visant à une réponse coordonnée**. Il consiste en une alliance globale de partenaires avec, au centre, un comité de coordination composé de membres du réseau selon une large représentation géopolitique et, au siège de Genève, une équipe opérationnelle. Le réseau est composé de cent douze équipes qui sont concrètement chargées de vérifier sur le terrain les mesures de protection prises par les hôpitaux, d'aider les ministères de la santé dans le suivi épidémiologique, de s'assurer que les prélèvements sont analysés en sécurité par les laboratoires et de mobiliser la communauté sanitaire locale. Depuis 1997, année où le mécanisme a commencé à fonctionner, ce sont 745 rapports qui ont fait l'objet d'une enquête et de janvier 1998 à mars 2002, les investigations de l'OMS ont ainsi pu porter sur 538 flambées importantes dans 132 pays.

➥ www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/

Le réseau, dont l'OMS assure la coordination, comporte plus de 140 partenaires techniques appartenant à plus de 60 pays.

réseau « alerte et action »

La scène internationale doit être constamment en alerte vis à vis des menaces d'apparition de maladies et prête à répondre avec une stratégie globale. Le Réseau « Alerte et Action » (GOARN) de l'OMS a un rôle important à jouer au niveau de la sécurité sanitaire générale en :
- luttant contre la propagation internationale des épidémies ;
- veillant à ce que les Etats touchés bénéficient rapidement d'une assistance technique appropriée ;
- contribuant à la préparation aux épidémies et au renforcement des capacités à long terme.

Exemple d'action du réseau GOARN

Le 1er avril 2009, le Ministère de la Santé de la République du Congo (RDC) a notifié un cas de fièvre jaune, détecté le 28 janvier 2009 par le système de surveillance épidémiologique pour la fièvre jaune. Il s'agit d'un agriculteur de 55 ans. Les premières analyses pour ce cas ont été faites à l'Institut National de Recherche Biomédicale en RDC, puis ont été confirmées par l'Institut Pasteur de Dakar, le centre collaborateur régional de l'OMS pour la fièvre jaune.

Du 23 au 25 mars 2009, une équipe d'enquête pour une flambée de fièvre jaune, composée de spécialistes du Ministère de la Santé et de l'OMS, s'est rendue dans le district de Mbama. Aucun autre cas n'a été détecté. Les prélèvements ont été envoyés pour analyse au laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar et le diagnostic a été confirmé par séroneutralisation, un test très spécifique pour la fièvre jaune.

La dernière flambée de fièvre jaune en RDC a été signalée en 1981, et aucun cas n'avait été confirmé depuis cette date. La campagne de vaccination prévue pour la riposte couvre une population de 73'011 habitants et a débuté en mai 2009.

Le Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)

Le Relevé épidémiologique hebdomadaire est un outil essentiel permettant de diffuser de façon précise et rapide des informations épidémiologiques sur les cas et les flambées inhérents aux maladies régies par le Règlement sanitaire international ainsi que sur d'autres maladies transmissibles importantes pour la santé publique, y compris les infections émergentes ou réémergentes. Le relevé est rendu public chaque vendredi.
Pour plus d'informations : www.who.int/wer/fr

Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)

Le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), logiciel élaboré par Santé-Canada, est utilisé par l'OMS depuis 1997. Ce réseau dispose de puissants moteurs de recherche qui balayent le web en permanence à la recherche systématique de mots-clés dans près de mille sources d'information et groupes de discussion électroniques ; les textes sont ensuite lus par des chercheurs qui combinent les résultats pour opérer une synthèse, ce qui représente le traitement quotidien de plus de 18'000 éléments, dont environ 200 donnent lieu à une analyse plus poussée. Ce système, qui utilise l'Internet, permet un gain de temps considérable par rapport au système traditionnel qui fait remonter l'alerte en paliers du niveau local au niveau national puis international.

Le Réseau de surveillance des antibiotiques (WHONET)

Le Réseau de surveillance des antibiotiques - ou réseau WHONET - créé parce qu'un nombre de plus en plus important d'antimicrobiens fondamentaux deviennent cliniquement inefficaces et que la résistance des agents pathogènes aux médicaments s'est étendue. Le principal moteur de cette résistance est l'usage même qui est fait des antimicrobiens : utilisation excessive, en particulier contre des infections mineures, mauvaise utilisation, notamment faute d'accès à des traitements appropriés ou sous-utilisation faute de moyens financiers pour achever les traitements. Grâce au réseau WHONET, l'OMS reçoit des informations actualisées sur l'état de la résistance, les communique à tous les pays, recense les problèmes et aide la recherche.

D'une manière générale, l'OMS examine une moyenne annuelle de 200 à 250 notifications d'épidémies qui se déclarent dans plus de 130 pays. En moyenne, sur un an, 25 à 30 épidémies nécessiteront l'aide directe des bureaux régionaux de l'OMS. Cinq à quinze autres nécessiteront une plus large action internationale.

Six critères principaux sont utilisés pour déterminer si une manifestation constitue un problème international potentiel :
- la maladie est inconnue,
- les répercussions sur la santé sont graves ou le taux de malades et de décès est inhabituellement élevé,
- il est possible que la maladie se propage au-delà des frontières nationales,
- il est possible qu'elle perturbe le commerce ou les voyages internationaux,
- la capacité nationale à endiguer l'épidémie est insuffisante et
- il y a suspicion de libération accidentelle ou délibérée.

De juillet 1998 à août 2001, l'OMS a vérifié 578 épidémies, dont 56% avaient initialement été détectées par RMISP. Ces épidémies se sont produites dans 132 pays, ce qui illustre la large couverture géographique du système.

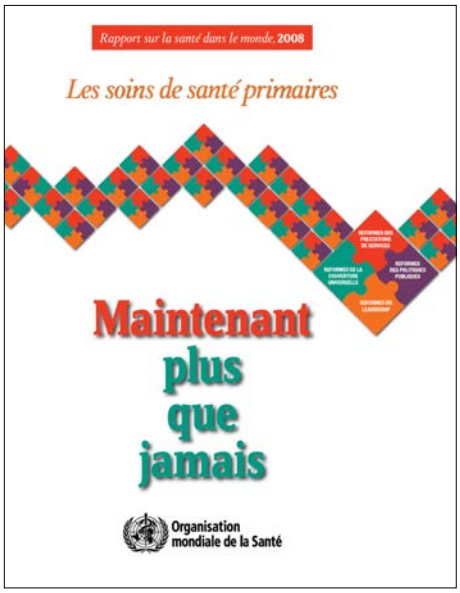
Les modalités d'alerte et d'action comportent quatre phases : collecte systématique de notifications et de rumeurs de nouvelles épidémies, vérification de l'existence d'une épidémie, communication des faits confirmés aux partenaires du réseau, puis au monde en général, et coordination de l'assistance internationale lorsque celle-ci s'avère nécessaire. La première phase est étayée par un outil innovant pour la collecte en temps réel d'informations sur les maladies. Il s'agit du Réseau mondial d'information en santé publique .

Parmi les tendances qui contribuent à un renouveau de la menace microbienne on trouve notamment l'augmentation rapide de la population, l'exode rural, la faillite des infrastructures sanitaires, les manipulations de l'environnement, la modification des pratiques agricoles et d'élevage des animaux, les changements climatologiques, et la mauvaise utilisation des médicaments.

Ces réseaux et relevés forment le système mondial qui permet de collecter des informations sur les maladies infectieuses, de détecter rapidement des épidémies et de collaborer pour enrayer leur propagation.

Rapport sur la santé dans le monde 2008

Paru pour la première fois en 1995, le Rapport sur la santé dans le monde est la publication phare de l'OMS. Chaque année, tout en traitant d'un sujet en particulier, il présente un bilan rigoureux de la santé dans le monde assorti de statistiques sur tous les pays. Principalement conçu pour fournir aux pays, aux donateurs, aux organisations internationales et autres les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions de politique générale et de financement, il s'adresse aussi plus largement aux facultés, aux hôpitaux universitaires, aux écoles, ainsi qu'aux journalistes et au grand public.



➥ http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf

Un renouveau des soins de santé primaires

Le rapport sur la santé dans le monde 2008 s'intitule « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais ». Le rapport donne ainsi la priorité à l'amélioration de la cohésion sociale et des systèmes de santé nationaux.
« On reconnaît aujourd'hui que des populations ont été laissées à la traîne et le sentiment prévaut que des occasions ont été manquées, un peu comme il y a 30 ans, avant l'irruption à Alma-Ata d'une nouvelle façon de concevoir la santé. La Conférence d'Alma-Ata a mobilisé au sein d'un « mouvement des soins de santé primaires » des professionnels et des institutions, des gouvernements et des organisations de la société civile, des chercheurs et des organisations de base qui ont entrepris de s'attaquer aux inégalités en santé « politiquement, socialement et économiquement inacceptables » dans tous les pays. La Déclaration d'Alma-Ata affichait clairement ses valeurs : justice sociale et droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité. On avait le sentiment que ces valeurs ne pourraient progresser qu'au prix de changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes de santé fonctionnaient et tiraient parti des potentialités d'autres secteurs. La traduction de ces valeurs en réformes concrètes s'est faite de manière inégale. Pour pouvoir tendre vers la santé pour tous, les systèmes de santé doivent relever les défis d'un monde en pleine évolution et répondre aux attentes croissantes de meilleures performances. Cela implique de réorienter et de réformer substantiellement la manière dont fonctionnent les systèmes de santé au sein de la société d'aujourd'hui : ces réformes sont à l'ordre du jour du renouveau des soins de santé primaires ».

La réforme des soins de santé primaires (SSP) tourne autour de quatre piliers :

1. Les réformes qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale. (vert)
2. Les réformes qui réorganisent les services de santé sous forme de soins de santé primaires, c'est-à-dire autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde tout en produisant de meilleurs résultats. (rouge)
3. Les réformes qui rendent les collectivités plus saines, en combinant les actions de santé publique avec les soins de santé primaires et en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs. (violet)
4. Les réformes qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le laisser-faire du désengagement des pouvoirs publics de l'autre, en introduisant l'autorité dirigeante inclusive, participative, négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains. (orange)

http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/index4.html

UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

Les programmes de santé de l'UNICEF contribuent à aider les enfants et les femmes à survivre et à s'épanouir. Pour arriver à ce but ultime, les actions de l'organisation sont très variées : Organiser dans l'urgence une campagne de vaccination bénéficiant à des centaines de milliers d'enfants après un tremblement de terre en Inde. Acheter des millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide et déterminer comment les acheminer dans les régions les plus pauvres de l'Afrique subsaharienne. Fournir du personnel pour un centre de soins obstétriques d'urgence en Afghanistan.

©UNICEF/94-1393/Shehzad Noorani

Chaque jour, en moyenne, plus de 26'000 enfants de moins de cinq ans meurent de par le monde et la plupart de ces décès auraient pu être évités. La majorité de ces enfants vivent dans des pays en développement. Plusieurs de ces pays ont fait des progrès remarquables concernant la réduction des décès infantiles au cours des dernières décennies. Mais il reste encore beaucoup à faire.

Parmi les menaces les plus courantes qui pèsent sur la survie de l'enfant, on peut citer :
- La dénutrition.
- La pneumonie, la rougeole, le paludisme, le VIH et le SIDA.
- L'absence d'eau salubre et d'assainissement de base, ainsi que de mauvaises pratiques d'hygiène, qui peuvent entraîner l'apparition de maladies de type diarrhéique.
- Des services inadéquats de soins et de nutrition pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent. Cette situation se traduit souvent par une mauvaise santé de la mère, des nouveau-nés et des nourrissons.

Solutions

De nombreuses menaces compromettent la survie de l'enfant, en particulier dans le monde en développement. Il faut savoir que jusqu'à deux tiers des causes de décès d'enfants de moins de 5 ans sont totalement évitables. Il existe un certain nombre de méthodes simples, économiques et qui ont fait leurs preuves pour prévenir les décès d'enfants. L'allaitement exclusivement au sein, la vaccination et le lavage des mains ne sont que quelques exemples de solutions possibles. Au nombre des autres services et pratiques de base mais néanmoins importants l'UNICEF cite :

- un personnel qualifié à l'accouchement et aux soins des nouveau-nés;
- les soins aux nourrissons souffrant d'insuffisance pondérale;
- la promotion de l'hygiène;
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique du SIDA;
- une nutrition adéquate, en particulier l'allaitement exclusivement au sein dès la naissance et pendant les six premiers mois de la vie;
- une alimentation complémentaire combinée avec l'allaitement maternel pendant encore au moins deux ans;
- des suppléments en micronutriments pour stimuler le système immunitaire;
- la vaccination pour protéger les enfants contre les six principales maladies qui peuvent être évitées par la vaccination;
- la thérapie de réhydratation orale et le zinc pour combattre les maladies diarrhéiques;
- les antibiotiques pour lutter contre la pneumonie;
- les moustiquaires traitées à l'insecticide et des médicaments plus efficaces pour prévenir et traiter le paludisme.

© UNICEF/HQ06-0963/Shehzad Noorani

➥ http://www.unicef.org/voy/french/explore/sowc/explore_4145.html

Pour améliorer la survie et la santé des enfants et des mères, l'UNICEF intervient dans différents domaines, dont :

➢ **Promotion de politiques favorables**

Les lois, les politiques et les institutions sociales influentes sont essentielles pour l'amélioration de la situation sanitaire générale des femmes et des enfants d'un pays donné. En collaboration avec d'autres partenaires clés, comme les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales (ONG), l'UNICEF aide les gouvernements à définir les principales priorités en faveur des enfants et des femmes et à les concrétiser - par exemple en les intégrant à leur plan de santé à l'échelle nationale et au niveau des districts.

➢ **Amélioration des services de santé**

En aidant les programmes sanitaires des pays, l'objectif premier de l'UNICEF est de promouvoir l'amélioration générale des systèmes de santé, et notamment des soins de santé primaire.

➢ **Promotion de comportements sains**

Il existe une corrélation directe entre comportements sains et bonne santé. Des comportements sains peuvent permettent d'empêcher bon nombre des causes évitables de maladies et de décès dans les pays industrialisés aussi bien que dans les pays en développement. Il s'agit aussi de promouvoir à l'échelle des ménages et des communautés des pratiques dont on sait qu'elles améliorent la santé et le développement de l'enfant.

➢ **Suivi et évaluation**

L'évaluation de la situation sanitaire est l'une des stratégies les plus efficaces dont on dispose pour influencer la santé publique et orienter l'action. La stratégie de l'UNICEF passe par trois stades : évaluer un problème, en analyser les causes et agir en conséquence.

Par exemple, la publication annuelle par l'UNICEF de ***La Situation des enfants dans le monde*** fournit des statistiques actualisées sur la situation des enfants et des femmes dans le monde, avec de nombreuses données sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des nouveau-nés, le taux de couverture des interventions susceptibles de sauver des vies, la mortalité maternelle et la santé en matière de reproduction. En outre, la Division des politiques et de la planification, a mis au point, en collaboration avec des partenaires, des indicateurs mondiaux et a suivi l'évolution des progrès réalisés de 1990 à 2000 en vue d'atteindre les objectifs du Sommet mondial pour les enfants.

La Situation des enfants dans le monde 2009 se focalise sur les moyens de réduire le fossé entre les pays industrialisés et ceux en voie de développement quant à la mortalité maternelle et néonatale (les premiers jours après la naissance étant la période durant laquelle les enfants sont le plus vulnérable). Ces décès pourraient en effet être évités avec des interventions de base (soins, nutrition, éducation).

http://www.unicef.org/french/sowc09/report/report.php

> Près de 50 % des décès d'enfants surviennent en Afrique subsaharienne et encore 32 % en Asie du Sud.
> L'absence de services de santé pour les nouveau-nés et les jeunes enfants, notamment la vaccination, les moustiquaires traitées à l'insecticide pour les protéger contre le paludisme, et les micronutriments comme la vitamine A.
> Plus de 90 % des infections par le VIH chez les nourrissons et les enfants sont transmises par la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel.
> Le paludisme est meurtrier. En Afrique, il tue en moyenne un enfant toutes les 30 secondes.
> Les enfants doivent recevoir un assortiment de vitamines essentielles pour s'épanouir et se développer. La carence en vitamine A, en particulier, mène souvent à des décès provoqués par la rougeole et la diarrhée. Elle est aussi souvent à l'origine de la cécité.

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Fondée en 1919, la Fédération internationale compte 186 Sociétés nationales membres, un Secrétariat à Genève et plus de 60 délégations réparties en différents points du globe où elles soutiennent les activités qui s'y déroulent.

Hormis la préparation et l'intervention en cas de catastrophe, la plupart des services offerts à travers le monde par les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge visent à améliorer la santé des personnes vulnérables, la santé constituant l'un des biens les plus précieux des individus démunis.

Les trois axes de la stratégie Croix-Rouge/Croissant-Rouge

Les Sociétés nationales à titre individuel et la Fédération dans son ensemble peuvent contribuer à améliorer la santé des personnes vulnérables à travers trois grands axes stratégiques :

Plaidoyer - Au titre de l'intensification des efforts dans ce même domaine, une attention particulière est accordée au VIH/sida et au rôle des volontaires en matière de premiers secours, de soutien psychologique et, plus généralement, de mobilisation de la communauté en vue de promouvoir un accès plus équitable à la santé.

Renforcer les capacités pour «combler le fossé» - Quelle que soit la société dans laquelle on vit, il y a toujours un fossé entre les individus et familles vulnérables et le système de santé publique et de sécurité sociale. Grâce à son réseau de volontaires implantés au sein des communautés vulnérables, la Croix-Rouge/Croissant-Rouge est en mesure d'apporter à ces dernières la connaissance et les outils nécessaires, de favoriser et de soutenir les processus propres à réduire la vulnérabilité, et de bâtir des communautés solidaires.

Elargir le champ d'intervention en temps de crise - Lorsque le système de santé publique est affaibli ou rendu inopérant par une catastrophe naturelle, les Sociétés nationales peuvent assumer, à titre temporaire, un rôle élargi dans ce domaine.

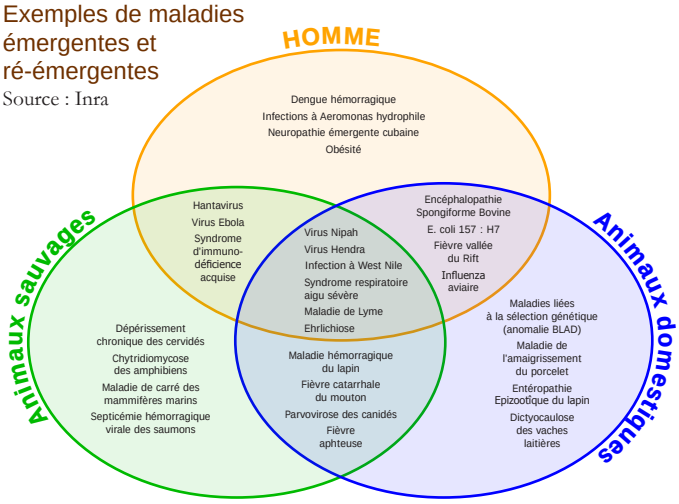
➥ http://www.ifrc.org/fr/index.asp

Quelques maladies et organisations en lien

Il existe différentes catégories de **maladies transmissibles** :

- Les **« maladies tropicales ou subtropicales »** peuvent se contracter lors de voyages dans certains pays d'Amérique, d'Afrique ou d'Asie. Les maladies de ce type les plus connues sont la malaria ou paludisme, la fièvre hémorragique ou dengue et la lèpre. Dans les pays tropicaux, la lutte contre ce type de maladies passe d'abord par la prévention et par des campagnes d'information destinées aux familles et aux enfants.
- Parallèlement, depuis une vingtaine d'années, une nouvelle catégorie de maladie transmissible est apparue : il s'agit des **« maladies émergentes ».** Cette notion désigne, d'abord, les maladies infectieuses, dont la découverte est relativement récente et qui se trouvent dans une phase d'expansion : SIDA, fièvre Ebola, ESB (« vache folle »), SRAS, grippe aviaire...
  Elle s'applique, ensuite, à des maladies non-infectieuses, comme l'obésité ou les cancers, dans la mesure où elles sont effectivement en expansion et où elles menacent la santé publique.
  Cette notion concerne, enfin, des maladies qui réapparaissent comme la tuberculose, ou des maladies que l'on n'a pas encore réussi à éradiquer (paludisme, fièvre jaune, coqueluche...).

Exemples de maladies émergentes et ré-émergentes
Source : Inra



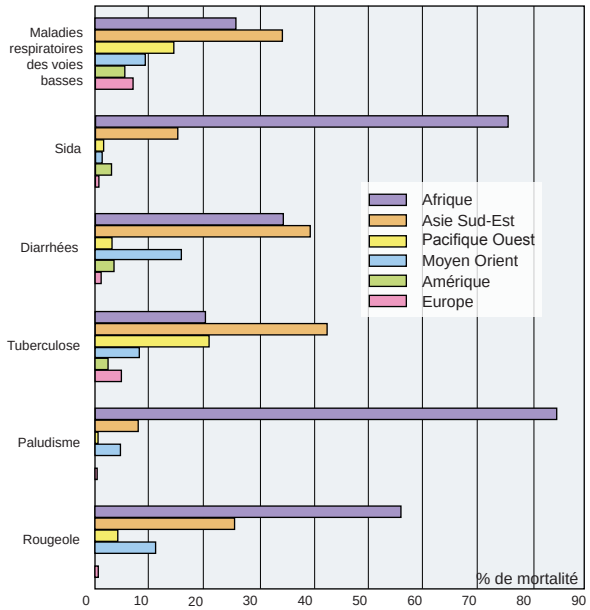
source : Afsset, Agents biologiques et maladies infectieuses émergentes, janvier 2006,

Jusqu'au début des années 1970, le contrôle des maladies infectieuses était considéré comme quasi acquis grâce aux progrès de l'hygiène, aux vaccinations et aux antibiotiques. Depuis, même si les pays de l'OCDE restent encore globalement moins concernés, nous avons assisté à un retour de ces maladies au premier plan des préoccupations de santé publique.

D'après les experts, le changement climatique pourrait aggraver la menace de maladies infectieuses de plusieurs façons différentes :

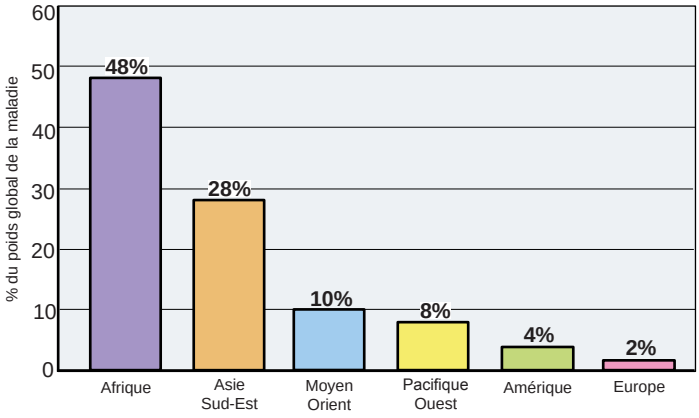
- une hausse de température permettrait à certains vecteurs de se reproduire davantage ou de se disséminer à des régions antérieurement dites naïves ;
- en raison du manque d'eau ou de la désertification, le déplacement vers de nouvelles régions, voire dans de nouveaux pays peut favoriser la propagation d'épidémies dans des populations plus susceptibles ;
- à l'inverse, un excès d'eau ou d'humidité (pendant et à la suite d'inondations par exemple) peut favoriser le développement et/ou l'essaimage de micro-organismes jusqu'alors peu présents.

Mortalité associée aux maladies infectieuses (2001)



source : Afsset, Agents biologiques et maladies infectieuses émergentes, janvier 2006,

Poids des maladies infectieuses par région du monde



Selon l'institut Pasteur, les maladies infectieuses sont responsables de 14 millions de décès chaque année. Plus de 90 % surviennent dans les pays en développement, soit 43 % des décès contre 1 % dans les pays industrialisés.
Mais ces derniers ne sont pas pour autant à l'abri ; l'incidence des maladies émergentes dans les pays occidentaux a augmenté de 10 à 20 % ces quinze dernières années.

Dans son rapport GEO 2004, le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) explique l'influence des politiques environnementales (utilisation des sols, industrie, déforestation, etc.) et leurs impacts sur l'évolution des maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses émergentes et réémergentes et leurs corrélations avec le changement environnemental

Exemples de facteurs de changements et de pressions	Exemples d'impacts des facteurs de changement de pression	exemples de conséquences pour les maladies infectieuses	Exemples de maladies infectieuses potentiellement touchées
Déforestation	Fragmentation de l'écosystème. Destruction de l'équilibre naturel entraînant une diminution des prédateurs naturels et des modifications de dominance des espèces. Facilité d'accès des agriculteurs/ travailleurs/chasseurs à de nouvelles terres et zones naturelles. Perturbation des habitats.	Conditions plus favorables à la propagation de vecteurs de maladies. Augmentation du nombre de vecteurs dans les établissements humains. Augmentation du nombre de vecteurs et de leurs habitats. Contacts accrus avec les animaux réservoirs et les vecteurs.	Fièvre jaune, paludisme, maladies de la forêt de Kyasanur, Ebola et autres fièvres hémorragiques, maladies zoonotiques normales chez les animaux, mais susceptibles d'infecter les humains.
Reboisement et expansion des habitations	Les habitations s'étendent aux marges des espaces boisés/forêts.	Contact plus étroit des humains avec les tiques vecteurs et les animaux réservoirs (cervidés et rongeurs).	Maladie de Lyme.
Agriculture	La monoculture détruit l'équilibre naturel, ce qui favorise la propagation de vecteurs. Concentration d'animaux domestiques/bétail à proximité des êtres humains. Erosion des sols et ravinement - habitat accru pour les vecteurs. Pollution de l'environnement (y compris contamination par les pesticides).	Conditions plus favorables à la propagation de vecteurs de maladies. Augmentation du nombre de vecteurs et de leurs habitats. Contacts accrus avec les vecteurs. Développement de résistances chez les vecteurs de maladies.	Encéphalites équines occidentale et vénézuélienne, typhus.
Construction de barrages et irrigation	Accroissement des nappes d'eau libre. Accroissement des superficies d'eau stagnante. Accroissement des sols fertiles et des couches de sable. Pollution de l'environnement.	Expansion des habitats et augmentation des sites de reproduction de vecteurs et porteurs.	Schistosomiasme, fièvre du Nil occidental, encéphalite japonaise.
Urbanisation rapide et non planifiée	Fragmentation des écosystèmes. Destruction de l'équilibre naturel. Manque de systèmes de gestion de l'eau, des eaux usées et des déchets.	Augmentation du nombre des sites et amélioration des conditions de propagation. Propagation de vecteurs et de parasites. Contacts accrus avec des personnes infectées.	Tuberculose, dengue hémorragique, peste, syndrome pulmonaire à hantavirus.
Eau potable et eaux usées non traitées Assainissement inadéquat	Etablissements humains sans eau salubre ni assainissement. Pollution de l'eau (y compris accidents)	Contacts accrus avec les maladies et mobilité accrue des maladies en cas de mauvaise gestion de l'eau ou d'accidents.	Leptospirose, paludisme, choléra, cryptosporidiose, maladies diarrhéiques.
Industrie Transports	Détérioration de la qualité de l'air. Emissions anthropiques de gaz à effet de serre causes du réchauffement mondial.	Troubles de la fonction pulmonaire. Accroissement de la mobilité des personnes infectées. Propagation des maladies et des vecteurs à des latitudes et altitudes plus élevées.	Maladies et infections respiratoires, méningite, choléra (aggravation).
Utilisation de produits chimiques Antibiotiques dans le bétail et les déchets animaux	Antibiotiques dans les produits et déchets animaux.	Développement de résistances bactériennes.	Hépatite, dengue, maladies diarrhéiques à bactéries résistantes aux antibiotiques.
Notes : Ce tableau est sélectif et indicatif. Certaines maladies ont plusieurs facteurs environnementaux. Un grand nombre des facteurs sous-jacents sont d'ordre culturel, économiques, démographique et social.			

Source : Annuaire GEO 2004/2005, http://www.unep.org/geo/yearbook/yb2004/

Paludisme

Le paludisme est une maladie parasitaire potentiellement mortelle transmise à l'être humain par des moustiques. On pensait à l'origine que cette maladie provenait des zones marécageuses, d'où le nom de paludisme dérivé du mot ancien « palud », marais. Mais en 1880, les scientifiques ont découvert la véritable cause du paludisme : il s'agit d'un parasite unicellulaire appelé plasmodium. Ils ont ensuite découvert que le parasite était transmis d'une personne à une autre par les piqûres de moustiques, qui ont besoin de sang pour nourrir leurs oeufs.

Avec le VIH/SIDA et la tuberculose, le paludisme est l'un des principaux problèmes de santé publique menaçant le développement des pays les plus pauvres. On compte chaque année au moins 300 millions de cas aigus de paludisme dans le monde, et plus d'un million de décès. Environ 90% de ces décès surviennent en Afrique, principalement chez les jeunes enfants. Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les moins de cinq ans en Afrique (20%) et il représente 10% de la totalité des morts du continent. Il est responsable de 40% des dépenses de santé publique, de 30 à 50% des admissions dans les hôpitaux et de pas moins de 50% des consultations externes dans les zones de forte transmission.

Face à la gravité et à l'étendue de ce fléau, un programme destiné à combattre la maladie a été mis en place en 1998, à l'initiative de l'OMS, de l'UNICEF, du PNUD et de la Banque Mondiale. Le RBM/FRP (Roll Back Malaria/Faire Reculer le Paludisme) est également soutenu par différents gouvernements concernés et par de nombreuses institutions internationales de santé. L'objectif principal de ce programme est de réduire de moitié la charge du paludisme d'ici 2010, en vue d'atteindre la cible fixée à 2015 lors de la mise en place des objectifs du Millénaire.

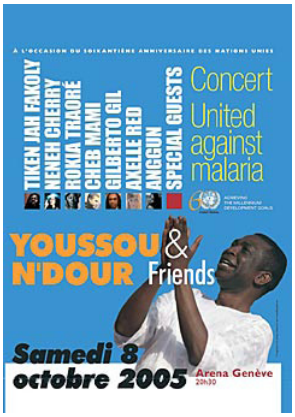
L'OMS préconise quatre grandes stratégies contre le paludisme :
- la prévention, par la protection contre les piqûres de moustique ;
- le traitement rapide à l'aide de médicaments antipaludiques efficaces ;
- un effort particulier pour protéger les femmes enceintes et les enfants en bas âge ;
- la détection des épidémies et une action rapide pour les enrayer.

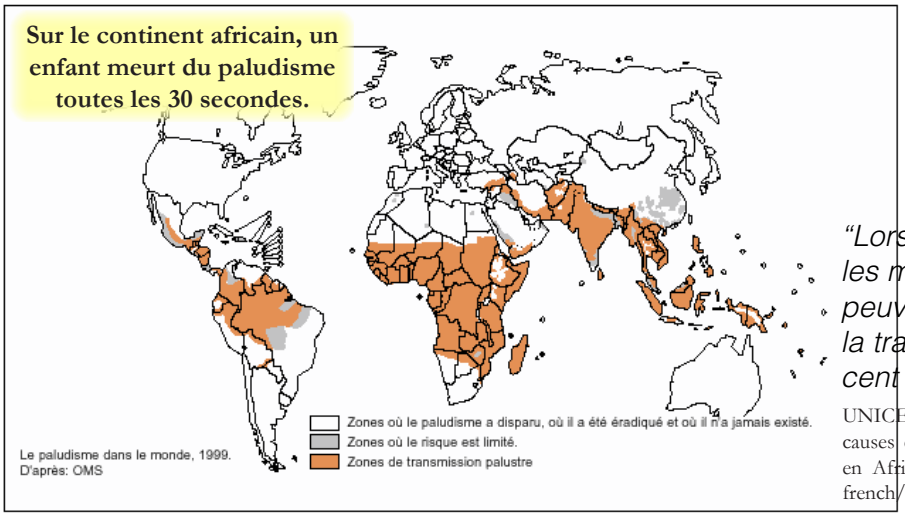
Objectifs 6 : combattre le VIH/SIDA. Le paludisme et d'autres maladies
Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les maladies infectieuses qui font le plus de victimes dans le monde aujourd'hui : six millions de morts par an à elles trois. C'est pourquoi l'OMS a fait de la lutte contre ces maladies une priorité. L'objectif est, d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Au Kwazulu-Natal, en Afrique du Sud, le nombre de cas de paludisme a diminué dans une proportion record de 90% entre 2000 et 2004 grâce à l'engagement des pouvoirs publics, à l'éducation sanitaire à l'école et à la radio, à la participation des chefs traditionnels, des groupes communautaires, des ONG et de l'industrie, et grâce à un programme gouvernemental de pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations.

Organisé par l'Office des Nations Unies à Genève et la Fondation pour Genève, avec le soutien financier de la Banque Pictet & Cie et en partenariat avec le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que le partenariat « Faire reculer le paludisme » (« Roll Back Malaria »), le concert donné le 8 octobre 2005 à l'Arena de Genève avait pour but de lancer un appel en faveur de la lutte contre le paludisme et d'attirer ainsi l'attention sur l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement.
La recette du concert « United against malaria », 6'325 billets vendus, a permis l'achat et la distribution en Tanzanie et au Sénégal de 50'000 moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la lutte contre cette maladie.

➥ http://www.unitedagainstmalaria.org/index.html





Ci-dessus: Le paludisme dans le monde. Le paludisme est endémique dans les régions tropicales et subtropicales.

"Lorsqu'elles sont utilisées correctement, les moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent diminuer d'au moins 50 pour cent la transmission de la maladie et de 20 pour cent le nombre de décès d'enfants"

UNICEF, « Paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique », 2004, http://www.unicef.org/french/publications/index_19019.html

Poliomyélite

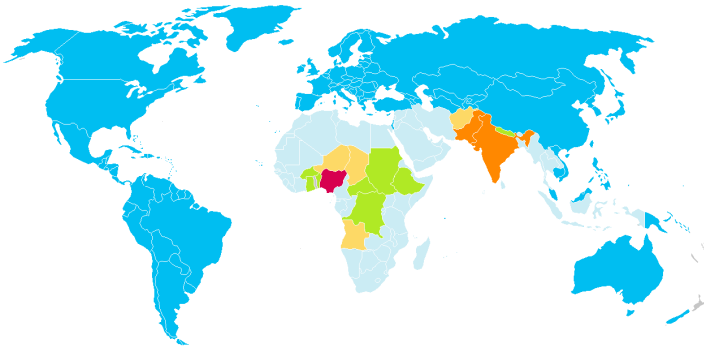
La poliomyélite est une maladie très contagieuse, provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et peut entraîner en quelques heures une paralysie totale. Cette maladie touche principalement les enfants de moins de cinq ans. Les symptômes initiaux sont la fièvre, la fatigue, des maux de tête, des vomissements, une raideur de la nuque et des douleurs dans les membres. Une paralysie irréversible (des jambes en général) survient dans un cas sur 200. Entre 5 et 10 % des patients paralysés meurent lorsque leurs muscles respiratoires cessent de fonctionner.

En 1988, durant la 41ème Assemblée des Nations Unies, avec le soutien de l'UNICEF et de l'OMS, les Etats membres ont lancé une initiative pour l'éradication de la Poliomyélite (The Global Polio Eradication Initiative) dont le but déclaré était, à son lancement, d'éradiquer la maladie à la fin de l'année 2000. Le but n'a pas été atteint mais les résultats ont été plus qu'encourageants puisque la maladie a presque été enrayée. Depuis le lancement de cette initiative, le nombre des cas de poliomyélite, estimé en 1988 à plus de 350'000, a diminué de plus de 99 %. En 2002, on ne recensait plus que 1'919 cas déclarés. Durant cette même période, le nombre de pays où sévit la polio a été ramené de 125 à 7.

Objectifs et Stratégies de l'initiative :

- Interrompre la transmission du virus dès que possible et certifier que toutes les régions sont exemptes de poliomyélite à la fin 2005 ;
- Mettre en œuvre le programme de travail de la phase finale contre la poliomyélite, avec le confinement des virus, la certification mondiale et la mise au point d'une politique vaccinale à suivre après l'éradication ;
- Contribuer au développement des systèmes de santé en renforçant la vaccination systématique et la surveillance des maladies transmissibles.

Par ailleurs, l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place un vaste réseau de surveillance active, unique en son genre, qui est utilisé pour aider à la surveillance d'un grand nombre d'autres maladies évitables par la vaccination comme la rougeole, la méningite, le tétanos néonatal et la fièvre jaune. Ce réseau prête régulièrement son concours à des activités de surveillance et à des interventions portant sur d'autres types d'urgence sanitaire ou de flambées épidémiques, notamment de grippe aviaire, de fièvre hémorragique à virus Ebola ou Marbourg, de SRAS et de fièvre jaune.



http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Poliomyelite_nov_2008.png

Carte et légende du nombre/absence de cas de poliomyélite suivant les pays en 2008

Rouge : entre 500 et 1000 cas déclarés
Orange : entre 100 et 499 cas déclarés
Jaune : entre 10 et 99 cas déclarés
Vert : moins de 10 cas déclarés
Gris : absence de virus sauvage
Bleu : virus officiellement éradiqué

L'histoire de l'éradication de la poliomyélite commence dans les années 1930. Le président des Etats-Unis, Franklin D. Roosevelt, lui-même atteint par la maladie, en fait une priorité politique. Il crée la Fondation nationale pour la paralysie infantile et suscite une campagne d'appel aux dons, baptisée March of Dimes (la « marche des pièces de 10 cents »). Les fonds récoltés servent à soutenir les chercheurs. L'un d'eux, le Dr Jonas Salk, réussit en 1948 à isoler trois agents infectieux, puis à élaborer un vaccin. Après un dernier essai clinique, effectué auprès de 1,6 million d'écoliers, cette immunisation est reconnue efficace le 12 avril 1955. Des campagnes de vaccination contre la polio peuvent alors commencer.
Cette maladie très invalidante, qui touchait aux Etats-Unis environ 50'000 personnes par an, disparaît progressivement. L'Amérique est officiellement débarrassée de ce fléau en 1996. L'Europe est jugée exempte du virus depuis 2002.
source : http://www.lexpress.fr/info/sciences/dossier/medicament/dossier.asp?ida=437071

source : teachpol.tcnj.edu/amer_pol_hist/fi/0000016a.jpg

VIH/SIDA

Apparu au début des années quatre-vingt, le SIDA a déjà fait plus de 25 millions de morts depuis 1981. Après une légère stabilisation au milieu des années 1990, la pandémie connaît actuellement un regain d'activité, surtout dans les pays du sud.

Le rôle de la coopération internationale reste l'un des facteurs clés dans la lutte internationale contre le SIDA. Les ONG et les institutions onusiennes travaillent pour que ce combat soit efficace. Les politiques internationales comprennent plusieurs éléments :

- Prévention au niveau des Etats (campagnes média, stands d'information, information dans les hôpitaux).
- Développement des politiques locales, nationales et internationales, notamment en faisant pression sur les gouvernements afin d'établir des lois.
- Mise en place de services d'aide aux personnes malades, à leurs familles et aux enfants orphelins.
- Accès facilité aux thérapies contre le SIDA, notamment à la trithérapie (antirétroviraux).

Dans le monde

- Environ 33 millions de personnes vivent avec le VIH/sida en 2007.
- En 2007, 2,7 millions de personnes ont contracté le virus et 2 millions de personnes sont décédées de causes liées au VIH.
- Près de 25 millions de personnes sont déjà mortes des suites de la maladie.
- Plus de 67% des personnes touchées vivent en Afrique, au sud du Sahara (24,7 millions).
- Au moins 80% des personnes vivant avec le VIH/sida et ayant besoin d'un traitement n'ont pas accès aux soins médicaux.

ONUSIDA

Créé en 1996, l'ONUSIDA est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il a pour mission de conduire, de renforcer et de soutenir les efforts déployés dans le monde pour inverser le cours de l'épidémie. Ces efforts visent à:

- prévenir la propagation du VIH;
- fournir une prise en charge et un soutien aux personnes infectées et affectées par la maladie;
- réduire la vulnérabilité des individus et des communautés au VIH/SIDA; et
- atténuer l'impact socio-économique et humain de l'épidémie.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF·PNUD·FNUAP·PNUCID·OIT

Au cours des premières années de l'épidémie, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a assumé la responsabilité de la lutte contre le SIDA au sein des Nations Unies et aidé les pays à mettre en place des programmes essentiels pour combattre le SIDA. Au milieu des années 1990, cependant, la propagation implacable et désastreuse de l'épidémie a clairement montré que les Nations Unies devaient consentir un effort considérablement plus important.
Plutôt que de confier à une seule des organisations du système des Nations Unies la multitude des tâches nécessaires pour tenter de surmonter l'épidémie, il a été décidé de regrouper les compétences, les ressources et les réseaux particuliers de plusieurs institutions. L'ONU a opté pour une approche novatrice. L'ONUSIDA est une initiative conjointe innovante des Nations Unies, qui rassemble les efforts et les ressources du Secrétariat de l'ONUSIDA et de 10 organisations du système des Nations Unies dans la riposte au SIDA. Le Siège du Secrétariat se trouve à Genève, avec du personnel sur le terrain dans plus de 80 pays. L'action cohérente du système des Nations Unies sur le sida est coordonnée dans les pays par le biais des groupes thématiques des Nations Unies et de programmes communs sur le SIDA. Les Coparrainants de l'ONUSIDA sont les suivants : le UNHCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUDC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque Mondiale.
Œuvrant ensemble et en collaboration avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, les Coparrainants augmentent encore la portée de leur action en formant des alliances stratégiques avec d'autres institutions des Nations Unies, des gouvernements nationaux, des entreprises, des médias, des organisations religieuses, des groupes communautaires, des réseaux régionaux et nationaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA, et d'autres organisations non gouvernementales.
L'ONUSIDA suit sur le raisonnement selon lequel la lutte contre le VIH/SIDA doit être élargie en permanence, si l'on souhaite mettre fin à l'épidémie et en réduire l'impact. Cet élargissement comporte deux éléments. La qualité et la portée des activités actuelles de prévention, de prise en charge, de soutien et d'atténuation de l'impact doivent être améliorées. Cette amélioration doit s'accompagner d'actions portant sur les facteurs de société qui accroissent la vulnérabilité des individus au VIH/SIDA.

Rapport de 2008 sur l'épidémie mondiale de sida disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

Activités à l'échelon pays

Bien que l'ONUSIDA travaille à l'échelle mondiale, une bonne partie de son travail crucial est effectué dans les pays.

- Dans les pays en développement, il fonctionne principalement par le biais des personnels sur place de ses sept Coparrainants. Réunis en tant que Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA du pays hôte, des représentants des organisations coparrainantes échangent des informations, assurent la planification et le suivi d'une action coordonnée entre ces organisations et d'autres partenaires. Ils décident également du financement conjoint des principales activités SIDA susceptibles d'aider les pouvoirs publics et les autres partenaires nationaux.
- Les activités des Groupes thématiques sont destinées à refléter et à soutenir les plans stratégiques nationaux du pays hôte. Si le pays ne dispose pas d'une telle stratégie, la tâche principale du Groupe consiste à aider les autorités nationales à la formuler. Etant donné l'accent mis sur l'harmonisation des activités pour combattre l'épidémie, le gouvernement hôte est généralement invité à se joindre au Groupe thématique. De plus en plus, d'autres partenaires (représentants d'autres institutions des Nations Unies et d'organisations bilatérales implantées dans le pays, par exemple) sont également inclus.
- Opérant dans 155 pays, on compte aujourd'hui plus de 130 Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA. La plupart d'entre eux ont créé des groupes de travail spéciaux qui regroupent des donateurs, des organisations non gouvernementales et des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Dans de nombreux cas, le Groupe thématique comprend un membre désigné du personnel de l'ONUSIDA -- appelé Conseiller de programme dans les pays (CPP). Ailleurs, un représentant de l'un des sept Coparrainants sert de point focal de l'ONUSIDA dans le pays. En plus de soutenir le système des Nations Unies, ces personnes appuient le renforcement des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, plaident en leur faveur et fournissent des informations et des orientations à toute une série de partenaires dans le pays hôte, notamment les départements du gouvernement, le secteur privé et les organisations communautaires.

L'ONUSIDA est piloté par un Comité de coordination du Programme, composé de représentants de 22 gouvernements du monde entier et de représentants des sept Coparrainants. Cinq autres sièges ne disposant pas du droit de vote sont réservés à un groupe équilibré d'organisations non gouvernementales, dont celles qui représentent les personnes vivant avec le VIH/SIDA - ce qui fait de l'ONUSIDA la seule institution des Nations Unies comptant une participation des organisations non gouvernementales dans son conseil de direction

➥ www.unaids.org

Action d'ONUSIDA au Brésil

L'ONUSIDA, en collaboration avec d'autres insitutions des Nations Unies et la société civile ainsi que l'administration publique brésilienne, ont lancé le 16 novembre 2009 une campagne télévisée intitulée « Just like you ». Il s'agit de courts métrages de 30 secondes durant lesquels des hommes et des femmes expliquent qu'elles ont des droits, des rêves, des espérances, comme tout le monde...

Le but est de sensibiliser le public quant aux discriminations dont font face certains groupe de personnes dans le pays : il s'agit notamment des homosexuel(le)s, des personnes infectées par le VIH, des réfugiés,... et de lutter contre les violations de droits de l'Homme dont ces personnes sont victimes en raison de leur mode de vie, de leur condition, ou de leur état de santé en ce qui concerne les individus infectés par le VIH. Réduire les inégalités en matière de santé, d'éducation et d'emploi au Brésil est également un des objectifs de l'ONUSIDA avec cette campagne.

Des vidéos de cette campagne sont disponibles au lien suivant : **http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20091117_Brazil.asp**

Objectifs du Millénaire pour le Développement

6 Combattre le VIH/sida le paludisme et d'autres maladies

Adoptés par les Nations Unies en 2000, les Objectifs du Millénaire pour le Développement traduisent l'engagement résolu des dirigeants des Etats membres à réduire la pauvreté au niveau mondial. L'un des huit objectifs préconise d'**inverser la tendance actuelle en matière de propagation du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies graves d'ici à 2015**. Les progrès réalisés en égard à chaque objectif auront des répercussions directes sur les autres, étant donné le lien direct existant entre réduction de la faim, accès à l'éducation, égalité entre les sexes, développement économique et frein à la propagation du VIH/SIDA et autres maladies infectieuses.

➥ www.un.org/french/millenniumgoals

En Suisse

La **campagne LOVE LIFE STOP SIDA** est un élément important de la stratégie nationale de prévention du sida préconisée par l'**Office fédéral de la santé publique (OFSP)**. Elle a pour but de rendre les individus à même de se protéger d'une infection au VIH. Cet engagement est destiné à renforcer la perception du risque, l'adaptation du comportement et l'adoption par chacun de mesures adéquates de protection. De plus, la campagne LOVE LIFE STOP SIDA promeut la solidarité avec les personnes touchées par le VIH et le sida.

➥ www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/index.html?lang=fr

L'**Aide Suisse contre le Sida (ASS)** est l'organisation faîtière de 21 antennes cantonales et régionales ainsi que de 36 autres organisations actives ou engagées dans le domaine du VIH/sida. L'ASS a été fondée en 1985.

➥ www.aids.ch

Les objectifs de l'Aide Suisse contre le Sida :
- empêcher de nouvelles infections VIH,
- améliorer la qualité de vie des personnes touchées et de leurs proches,
- renforcer la solidarité de la société à l'égard des personnes séropositives, de leur famille et de leurs amis.

Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé en 2001 en vue d'accroître de manière significative les ressources financières pour lutter contre trois des maladies les plus redoutables et d'affecter ces ressources aux régions les plus nécessiteuses. Ces trois maladies causent la mort de plus de 6 millions de personnes chaque année, et ce chiffre est en augmentation. A ce jour, le Fonds Mondial a engagé 18,4 milliards de dollars dans 140 pays pour soutenir des interventions offensives contre les trois maladies.

En tant que partenariat entre gouvernements, société civile, secteur privé et communautés affectées, le Fonds Mondial est une approche innovante de financement international en matière de santé. Le Fonds Mondial octroie des subventions pour financer des programmes élaborés au niveau local pour prévenir et traiter le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

En quelques mots, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme :
- Œuvre en tant qu'instrument financier et non comme entité de mise en oeuvre. Le Fonds Mondial ne met pas en œuvre directement les programmes, il compte sur le savoir-faire d'experts locaux pour cela.
- Met à disposition et exploite des ressources financières supplémentaires.
- Soutient les programmes mettant en évidence la responsabilisation nationale.
- Opère de manière équilibrée en termes de différentes régions, maladies et interventions.
- Suit une approche intégrée et équilibrée de prévention et de traitement.
- Evalue les propositions par le biais de processus d'examens indépendants.
- Etablit un processus d'octroi de subvention simplifié, rapide et innovant et fonctionne de manière transparente avec obligation de rendre compte.

Le Fonds Mondial encourage de nouvelles alliances novatrices entre partenaires dans les pays bénéficiaires, et cherche à faire participer activement les représentants de la société civile et du secteur privé au niveau local. En s'attachant à la qualité technique des propositions, et laissant aux partenaires la charge de la conception de programmes et de l'établissement de priorités par le biais des Instances de coordination nationale, le Fonds Mondial favorise également la responsabilisation locale. Cette approche permet non seulement de mener des stratégies efficaces par maladie, mais aussi de soutenir les efforts visant à renforcer les systèmes de santé sous-jacents dans les pays bénéficiaires, en conformité avec les plans stratégiques nationaux. Les programmes financés par le Fonds Mondial reposent sur des stratégies existantes de réduction de la pauvreté et sur des approches sectorielles ayant été mises au point pour améliorer la santé publique.

Le Fonds Mondial adopte une approche globale de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et finance à la fois la prévention et le traitement en fonction des besoins déterminés au niveau local.
Les trois-quarts des pays ayant obtenu des fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA, utiliseront au moins une partie de ces subventions pour fournir des traitements antirétroviraux. Toutes les subventions pour lutter contre le VIH comprennent des activités de prévention, s'attachant le plus souvent aux jeunes qui constituent 40% des nouvelles infections dans le monde. Les subventions pour lutter contre le paludisme permettront à la fois d'accroître l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et de fournir aux fonctionnaires de la santé des outils et une formation pour pouvoir identifier, diagnostiquer et traiter les personnes malades. Dans le cas de la tuberculose en particulier, la dispense de traitement efficace permet de prévenir une future propagation de la maladie.

Le Fonds Mondial propose sur son site web une série de documents permettant de découvrir les initiatives prises par quelques uns des 120 pays luttant contre le SIDA avec le soutien du Fonds Mondial.

➥ Burundi, Cambodge, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Erythrée, Haiti, Honduras, Inde, Jamaique, Kenya, Malawi, Moldavie, Mongolie, Maroc, Nepal, Nigeria, Pakistan, Rwanda, Afrique du Sud, Swaziland, Thaïlande, Ukraine, Vietnam, Yemen.

WORLD**AIDS**DAY**2006**
1 DECEMBER
STOP **AIDS**. KEEP THE PROMISE.

Le Fonds mondial apporte son soutien à des stratégies intégrées au niveau national pour lutter contre les trois maladies. Les résultats en termes de prévention, traitement, soins et soutien se traduisent par :

- 17,8 millions de personnes bénéficiant de conseils et de tests de dépistage du VIH et 2,3 millions d'un traitement contre le SIDA
- 28 millions de personnes sous traitement antipaludique et distribution d'un total de 88 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide
- 5,4 millions de personnes ayant un traitement contre la tuberculose
- 1,7 million d'orphelins bénéficiant de soins de base et de soutien
- 53 millions de personnes bénéficiant de services de proximité communautaires
- 4,7 millions de personnes formées pour distribuer des services pour la prévention et le traitement du SIDA, de la tuberculose et du paludisme

Afin de faire taire les mythes concernant le SIDA, comme par exemple le fait que trop d'argent est actuellement dépensé dans la lutte contre cette maladie, alors qu'elle représente la cause majeure de mortalité en Afrique et la 6ème dans le monde entier, le directeur exécutif du Fonds Mondial, Michel Kazatchkine, a décidé de rédiger au mois de mars 2009 un article intitulé « SIDA : leçons apprises et mythes tus ». Cet article s'adresse à la Communauté internationale et a pour but de remédier aux différentes idées erronées qui ont émergé autour de cette maladie et de mettre en avant la réponse pas toujours appropriée que la Communauté internationale lui apporte.

L'auteur cite plusieurs « mythes » concernant le SIDA, comme par exemple le fait de dire que la prévention ne fonctionne pas. Pourtant, entre 2005 et 2007 les services de prévention pour la transmission de la mère à l'enfant ont augmenté de 14% à 33% selon les pays, et c'est en 2007 que l'on remarque pour la première fois un recul du nombre d'enfants nés infectés avec le VIH. MIchel Kazatchkine réfute également l'idée fausse selon laquelle la transmission entre hétérosexuels est peu commune en dehors de l'Afrique. En effet, l'épidémie est transmise entre partenaires hétérosexuels dans beaucoup d'autres pays.

Grippe aviaire

La grippe aviaire est une maladie infectieuse affectant les oiseaux et présente au niveau mondial. Les scientifiques pensent que tous les oiseaux sont sensibles à cette infection, mais de nombreuses espèces sauvages peuvent être porteuses de ces virus sans signe pathologique apparent.

Il existe plusieurs souches du virus qui connaît jusqu'à 144 combinaisons possibles. On sait que tous les groupes viraux sont du type 16Hx9N. Nous connaissons aujourd'hui deux formes de la maladie chez les oiseaux : une première forme bénigne dont les signes pathologiques peuvent se limiter à un plumage ébouriffé, la diminution de la ponte et des effets bénins sur le système respiratoire. Et une deuxième combinaison virale bien plus agressive connue sous la forme H5N1.

Identifiée pour la première fois en Italie en 1878, la grippe aviaire de type H5N1 se caractérise par l'apparition brutale d'une maladie grave, une contagion rapide et un taux de mortalité qui peut avoisiner les 100% en 48 heures. En dehors de la contagiosité élevée dans les populations de volailles, les virus de la grippe aviaire se transmettent facilement d'une exploitation agricole à l'autre avec les déplacements des oiseaux, des personnes (notamment lorsque les chaussures ou les vêtements sont contaminés), les véhicules, les équipements, la nourriture et les cages. Les virus H5N1 peuvent survivre longtemps dans un environnement à basse température à contrario à partir de 35°C, la survie du virus est limitée à quelques jours.

Parmi tous les virus grippaux en circulation dans les populations aviaires, le virus H5N1 représente un danger préoccupant pour la santé humaine, et ce pour deux raisons : premièrement, il se transmet à l'être humain de façon violente. Le virus a franchi la barrière des espèces à au moins trois reprises depuis 1997 : à Hong Kong en 1997 (18 cas, dont 6 mortels) et en 2003 (deux cas, dont un mortel) et lors des flambées qui ont commencées en décembre 2003.
Deuxièmement, il est maintenant prouvé qu'il peut se transmettre d'homme à homme depuis qu'en septembre 2004 l'OMS a rapporté la mort d'une femme en Thaïlande. Le dernier cas en date a été reconnu le 23 juin 2006 alors qu'une fillette indonésienne transmettait le virus à sa famille. Cependant, la souche du virus qui a été transmise n'a pas muté et reste encore maîtrisable.

La lutte contre cette maladie mondiale passe avant tout par l'information du public sur les modalités de transmission et sur les mesures à prendre en cas de contacts avec des oiseaux morts ou atteints par la maladie. L'abattage des oiseaux malades s'impose comme première mesure afin de contenir la pandémie chez les oiseaux domestiques qui risqueraient de contaminer l'Homme.

Afin d'encourager la préparation à la pandémie dans l'ensemble du monde, l'OMS a élaboré un plan d'action stratégique contre la grippe pandémique comportant cinq secteurs d'intervention principaux :

- Réduire l'exposition humaine au virus H5N1.
- Renforcer le système d'alerte précoce.
- Intensifier les opérations d'endiguement rapide de la maladie.
- Renforcer la capacité de faire face à une pandémie.
- Coordonner les travaux de recherche et développement à l'échelle mondiale.

« En se basant sur l'expérience des pandémies précédentes, on pourrait s'attendre à ce que la maladie touche environ 25 % de la population mondiale, soit plus de 1,5 milliard d'individus. Même si l'infection par le virus pandémique ne provoquait que des troubles relativement bénins, le fait qu'autant de gens tombent soudainement malades entraînerait des perturbations considérables sur le plan social et économique. Comme il est probable que la prochaine pandémie grippale soit provoquée par un virus de type aviaire, de nombreuses mesures ont été prises pour juguler les premières flambées de grippe chez la volaille, notamment la destruction de dizaines de millions de volatiles. L'OMS a mené de nombreuses activités aux avant-postes de la lutte antigrippale, notamment en se tenant à l'écoute des innombrables rumeurs qui circulaient tous les jours au sujet d'éventuels cas humains et en s'efforçant de les vérifier. Le réseau GOARN a été mobilisé en appui au déploiement des équipes d'intervention rapide de l'OMS dans 10 pays où existaient des cas humains ou aviaires d'infection par le virus H5N1, et plus de 30 équipes d'évaluation ont étudié la situation d'autres pays eu égard au risque d'apparition de ce virus ».

➥ http://www.who.int/whr/2007/overview/fr/index6.html

PERIODE	NOUVELLES PHASES		BUTS PRIORITAIRES DE SANTE PUBLIQUE
Période interpandémique	Phase 1	Aucun nouveau sous-type du virus grippal n'a été dépisté chez l'homme. Un sous-type de virus grippal ayant causé une infection chez l'homme peut être présent chez l'animal. Si c'est le cas, **le risque d'infection ou de maladie chez l'homme est considéré comme faible.**	Renforcer la préparation à une pandémie de grippe à l'échelle mondiale, régionale, nationale et locale.
	Phase 2	Aucun nouveau sous-type de virus grippal n'a été dépisté chez l'homme. Cependant, un sous-type de virus grippal circulant chez l'animal expose à un **risque important de maladie chez l'homme**.	Réduire au minimum le risque de transmission à l'homme ; détecter et rapporter rapidement une telle transmission si elle se produit.
Période d'alerte à la pandémie	Phase 3	Infection(s) chez l'homme due(s) à un nouveau sous-type, mais **pas de transmission interhumaine, ou tout au plus quelques rares cas de transmission à un contact proche**.	Veiller à ce que le nouveau sous-type viral soit rapidement caractérisé et à ce que les nouveaux cas soient rapidement dépistés et notifiés et des mesures prises.
	Phase 4	**Petit(s) groupe(s) de cas dans lesquels il y a une transmission interhumaine limitée**, mais la propagation est très localisée, ce qui laisse à penser que le virus n'est pas bien adapté à l'homme.	Contenir le nouveau virus à l'intérieur de foyers limités ou retarder sa propagation pour gagner du temps afin de mettre en oeuvre les mesures de préparation, notamment la mise au point d'un vaccin.
	Phase 5	**Groupe(s) de cas plus importants, mais transmission interhumaine toujours localisée**, laissant à penser que le virus s'adapte de plus en plus à l'homme, mais n'est peut-être pas encore pleinement transmissible (risque important de pandémie).	S'efforcer au maximum d'endiguer ou de retarder la propagation, afin de peut-être éviter une pandémie et de gagner du temps pour mettre en oeuvre des mesures de lutte contre la pandémie.
Période de pandémie	Phase 6	**Transmission accrue et durable dans la population générale.**	Réduire au minimum les effets de la pandémie.

http://www.who.int/fr/

Grippe H1N1

La grippe A (H1N1) de 2009 est provoquée par un nouveau virus A, qui circule pour la première fois chez l'homme. La transmission de cette maladie se produit de la même manière que la grippe saisonnière normale : par l'éternuement, la toux et le contact avec des surfaces contaminées. Ces deux types de grippes sont aussi contagieuses l'une que l'autre. Par contre, la grippe saisonnière étant présente chaque année, les hommes se sont en quelque sorte immunisés contre elle, ce qui limite les infections. Le virus A étant nouveau, l'effet d'immunisation n'existe pas encore.
La majorité des personnes sont atteintes de la forme bénigne de cette grippe H1N1. Les cas les plus graves concernent surtout des personnes souffrant d'autres maladies ou ayant un système immunitaire affaibli. Au niveau mondial, l'Europe, l'Asie et l'Amérique du Nord sont les trois régions les plus touchées par la grippe A.

L'origine de ce virus et sa transmission à l'homme sont encore des questions controversées : d'après certains journalistes, l'élevage intensif de porcs au Mexique par une entreprise porcine américaine (Granjas Caroll, filiale de Smithfield Foods, le plus gros producteur de porc au monde) contribuerait à la propagation d'épidémies et à la destruction de l'environnement. Dès le mois de mars 2009, des troubles respiratoires aigus ainsi que le décés de deux enfants ont été signalés dans l'Etat de Veracruz, et ont été liés à l'élevage intensif de porcs. Le premier cas de grippe H1N1 a été détecté sur un enfant de 5 ans qui a survécu à la maladie : on le nomme le « patient zéro ».
Depuis plusieurs années déjà, mais sans succès, les habitants de la région où Granjas Caroll mène ses activités ont tenté de faire cesser les agissements de cette entreprise, tels que la contamination des cours d'eau et l'abandon de charognes de porcs à l'air libre. Ces conditions peuvent donc constituer un facteur pour l'apparition du virus A et sa transmission à l'homme.

Les autorités suisses ont pris des mesures d'hygiène et recommandent des gestes simples à la population afin d'éviter la transmission de la grippe. Un vaccin pour l'ensemble de la population est par ailleurs disponible depuis le 24 novembre 2009 en Suisse.

Le soutien de l'OMS aux pays prend trois formes différentes. D'abord, l'organisation formule des recommandations techniques. Ensuite, elle fournit un soutien matériel, comme par exemple la constitution d'un stock de médicaments suffisant. Finalement, elle s'efforce d'améliorer la formation du personnel des systèmes de santé. Renforcer les systèmes de santé est par ailleurs la tâche principale de l'OMS dans les pays les plus pauvres.
L'objectif de ce soutien aux pays est de réduire l'impact de la pandémie sur la société.

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)

> Le SRAS a entraîné une mobilisation sans précédent dans l'histoire de l'OMS par sa rapidité et par le degré de collaboration internationale.

L'institut Pasteur rappelle que le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) est la première maladie grave et transmissible à émerger en ce XXIème siècle. L'épidémie, partie de Chine fin 2002, a éclaté au niveau mondial en 2003 faisant plus de 8'000 cas et près de 800 morts. Grâce à une mobilisation internationale sans précédent, motivée par l'alerte mondiale déclenchée le 12 mars 2003 par l'OMS, l'épidémie a pu être endiguée par des mesures d'isolement et de quarantaine. De même, l'agent causal du SRAS, un coronavirus totalement inconnu, a pu être rapidement identifié.

Dans la catégorie des nouvelles menaces sanitaires, le SRAS a confirmé les craintes qu'avaient suscitées la menace bioterroriste, à savoir qu'un agent pathogène nouveau ou mal connu puisse affecter profondément la sécurité sanitaire et économique tant au plan national qu'au niveau international. Ce syndrome nouveau a provoqué dans l'opinion publique une angoisse telle que les voyages à destination des zones touchées ont pratiquement cessé entraînant, pour les économies de régions entières, des pertes qui se chiffraient en milliards de dollars. Il a remis en cause la perception qu'avaient la population et la classe politique des risques liés aux maladies émergentes ou à tendance épidémique.

« On a eu la démonstration que les maladies émergentes représentent un danger universel. Aucun pays, qu'il soit riche ou pauvre, n'est suffisamment à l'abri de l'arrivée d'une maladie nouvelle sur son territoire ni des perturbations qui peuvent s'ensuivre. La propagation du SRAS a été stoppée moins de quatre mois après qu'il eut été reconnu qu'il constituait une menace de portée internationale – ce qui représente un exploit sans précédent de l'action de santé publique à l'échelle mondiale. Si ce syndrome s'était durablement installé sur place comme une menace épidémique supplémentaire, on peut facilement imaginer quelles en auraient été les conséquences pour la sécurité sanitaire mondiale ».
source : OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2007, http://www.who.int/whr/2007/overview/fr/index5.html

Cancers

L'OMS définit le « cancer » comme étant un terme général appliqué à un groupe de plus d'une centaine de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes malins. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation normale, peuvent envahir des parties du corps adjacentes et essaimer dans d'autres organes - formant ce qu'on appelle des métastases.

Le cancer est une cause majeure de décès dans le monde. Sur un total de 58 millions de décès enregistrés au niveau mondial en 2005, 7,6 millions (soit 13 %) étaient dus au cancer. Les principaux types de cancer responsables de la mortalité cancéreuse sont les suivants :

- cancer du poumon (1,3 millions de décès par an)
- cancer de l'estomac (près d'un million de décès par an)
- cancer du foie (662 000 décès par an)
- cancer du colon (655 000 décès par an)
- cancer du sein (502 000 décès par an)

Plus de 70 % des décès par cancer survenus en 2005 concernaient des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. D'après les projections, le nombre des cas de cancer devrait continuer à augmenter dans le monde. On estime que 9 millions de personnes mourront d'un cancer en 2015 et 11, 4 millions en 2030.

En mai 2005, la 58ème Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS à adopter une résolution sur la prévention et la lutte anticancéreuses qui lance un appel à tous les pays pour intensifier les actions contre le cancer en développant et en renforçant les programmes de contrôle. Depuis, l'OMS est en train de mettre au point sa Stratégie mondiale de lutte contre le cancer, qui a pour but de réduire la charge et les facteurs de risque de cette maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille dans le monde entier en planifiant et mettant en œuvre des stratégies de prévention et de lutte anticancéreuses.

L'**Union Internationale Contre le Cancer** (UICC) est la seule ONG qui se consacre exclusivement au contrôle du cancer dans le monde entier. Sa vision de l'avenir est celle d'un monde dans lequel le cancer ne serait plus une cause majeure de mortalité pour les générations futures.

La mission de L'UICC est de constituer et guider une communauté d'acteurs engagés dans le contrôle du cancer :

- en partageant et en échangeant connaissances et compétences ;
- en transférant les résultats scientifiques aux cliniciens, aux patients, et aux institutions publiques ;
- en réduisant et en éliminant systématiquement les inégalités dans la prévention, la détection précoce, et le traitement ;
- en donnant les meilleurs soins possibles aux personnes atteintes de cancer dans le monde entier.

L'UICC se concentre sur quatre axes stratégiques :
- La prévention et le contrôle du cancer,
- Le contrôle du tabagisme,
- Le transfert des connaissances,
- Le développement des compétences et le soutient aux patients.

« En 2005, le cancer a tué deux fois plus que le SIDA. Le cancer est souvent considéré comme une maladie touchant les pays développés, mais l'amélioration des conditions de vie et l'augmentation de l'espérance de vie commencent à avoir un effet sur l'incidence des cancers dans les pays à bas et moyens revenus. D'ici 2030, sept nouveaux cas sur dix apparaîtront dans les pays en voie de développement. Le cancer représente un coût pour la société ainsi que pour chaque individu, et menace le développement économique quand il atteint la population active. »

« Plus de 40% des 7 millions de décès dus au cancer pourraient être évités. Les principaux facteurs de risques évitables sont l'usage actif du tabac, le tabagisme passif, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, les virus VHB et VPH et l'exposition intensive aux ultraviolets. En outre, le cancer est guérissable s'il est détecté tôt et traité de façon adéquate. Les techniques de dépistage, de diagnostic et de traitement sont au point, et beaucoup de cas de cancer pourraient être guéris. Donner des soins palliatifs à tous ceux qui en ont besoin est un devoir humanitaire urgent. »

Forum des ONG pour la Santé (NGO Forum for Health)

Le réseau fut créé dans les années 1970 pour promouvoir le concept de soins de santé primaire. En 1997, l'organisation pris son nom actuel. Le Forum des ONG pour la santé a notamment pour but :

1. Accroître les partenariats en matière de santé entre les ONG et avec les agences et programmes des Nations Unies, et aussi avec les gouvernements, donateurs et le secteur privé. Permettre de stimuler le partage d'information et d'expériences.
2. Promouvoir la santé dans sa globalité, incluant les dimensions économiques, sociales et spirituelles.
3. Promouvoir l'augmentation des ressources allouées aux politiques de santé publique et des services de santé.
4. Développer des codes de conduite, des standards éthiques et de bonne pratiques.

L'idée est de faire de la santé pour tous une réalité en promouvant l'égalité et la justice dans les soins de santé, par la mobilisation de ressources, en défendant les droits de tous à toutes les périodes de leur vie, et en créant un environnement amenant une vie saine. Le Forum accorde une place spéciale pour les droits et l'amélioration de la santé pour les personnes socialement exclues ou marginalisées. Il vise aussi à promouvoir la participation des peuples, renforcer les moyens de communication à tous les niveaux, encourager la coopération entre ONG, trouver un nouveau style de coordination au niveau local, régional et international.

Les organisations membres du Forum :
NGO Services
Aga Khan Foundation
Centrale Sanitaire Suisse
Deutsches Institut für Ärztliche Mission
Global Forum for Health Research
International AIDS Society
International Alliance of Women
International Baby Food Action Network
International Council of Nurses
International Federation for Family Healh
International Federation of Business and Professional Women
International Federation of the Blue Cross
International Union Against Cancer
Leprosy Mission International
Mandat International
Pan Pacific and South East Asia Women's Association International
People's Health Movement
Public Services International
Rissho Kosei-Kai (Geneva)
Safe Observer International
Society of Catholic Medical Missionaries (Medical Mission Sisters)
World Council of Churches
World Federation of Chiropractic
World Vision International
Worldwide Organisation for Women
Zonta International
3HO Foundation

Observatoire de la Santé Globale

L'Observatoire est le fruit d'une vaste collaboration entre experts de la santé publique, ONG, militants de la société civile, groupes communautaires, travailleurs de santé et universitaires, née à l'initiative du Mouvement pour la Santé des Peuples (« People's Health Movement »), de l'Alliance Mondiale de l'Equité Sociale (« Global Equity Gauge Alliance ») et de Medact. L'observatoire a élaboré un rapport alternatif sur la santé mondiale qui est une évaluation factuelle de l'économie politique de la santé et des soins de santé, qui a pour but de faire contrepoids aux grandes institutions influentes du secteur. L'Observatoire trouve son origine dans les nombreuses campagnes et luttes des professionnels et de la société civile pour une meilleure santé. Le rapport de l'Observatoire de la Santé Globale 2005 - 2006 dresse la liste des disparités sanitaires et attire l'attention sur les mesures que peuvent prendre les pouvoirs publics, les institutions internationales et la société civile pour les combattre.

Construire un monde plus juste, pour éliminer la pauvreté et améliorer la santé, implique de changer le mode de gestion de l'économie mondiale dans l'intérêt du plus grand nombre, ainsi que d'augmenter substantiellement les transferts de ressources entre les pays développés et les pays en développement.

Défendre et élargir le secteur public : il est vital de réparer et de développer les systèmes de santé publique pour mettre un frein au principe de commercialisation qui les gangrène, et pour réduire les inégalités grandissantes. De même, défendre le rôle du secteur public dans l'eau, l'éducation et l'alimentation ne peut qu'avoir un impact positif énorme sur la santé.

Migration, industrie pharmaceutique et grandes entreprises : La migration des travailleurs de santé, les règles mondiales de propriété intellectuelle qui font flamber les prix des médicaments et l'impact de l'activité des multinationales sur ces derniers sont trois exemples de la façon dont le creusement des inégalités mondiales et la subordination de plus en plus grande du droit à la santé à des objectifs commerciaux affectent directement la santé et les systèmes de santé dans le monde.

Prendre des mesures sur le changement climatique et le militarisme : Le changement climatique et le militarisme sont deux des plus grandes causes de problèmes de santé, actuelles et futures, dans le monde. La négligence qui continue de prévaloir dans ces domaines prouve le besoin d'une plus grande mobilisation de la société civile et des travailleurs de santé, qui doivent exiger des solutions plus efficaces et plus justes.

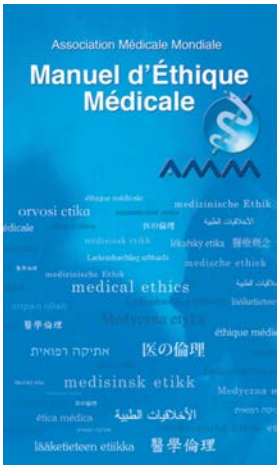
Améliorer la conduite de la politique mondiale de santé par l'Organisation Mondiale de la Santé : Le monde a besoin d'une agence multilatérale de santé, capable de protéger et de promouvoir la santé, de réduire les inégalités sanitaires et de garantir la satisfaction des besoins fondamentaux et le respect du droit aux soins de santé essentiels. Pour ce faire, l'OMS a besoin d'un meilleur financement, d'une plus grande réactivité aux besoins des pays pauvres et de la société civile, et d'une meilleure gestion.

Association Médicale Mondiale

L'Association médicale mondiale (AMM) est une fédération globale d'associations médicales nationales. Elle représente des millions de médecins du monde entier. Agissant au nom des médecins et des patients, l'AMM a pour ambition d'atteindre les standards les plus élevés possibles en matière de science médicale, de formation, de déontologie et de soins de santé pour tous.

Fondée en 1947, l'association a son siège à Ferney-Voltaire en France. Les principales activités de l'organisation sont :

- l'élaboration, sous la forme de déclarations, de résolutions ou de prises de position, de recommandations éthiques pour les médecins ;
- la défense des droits de l'homme en relation avec la santé - promotion et défense des droits fondamentaux du patient et du médecin ;
- l'enseignement médical - soutien des médecins pour une amélioration continuelle de leurs connaissances et de leurs compétences ;
- la promotion de projets de santé publique comme la lutte antitabac, l'immunisation ;
- la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.



L'Association Médicale Mondiale a publié le premier manuel d'éthique médicale et « invite instamment les écoles de médecine du monde entier à inclure l'éthique médicale et les droits de l'Homme dans le programme de leurs cours obligatoires ». L'ultime objectif de l'AMM étant de faire en sorte que cette publication soit utilisée comme référence par les médecins et étudiants en médecine du monde entier.

Conseil International des Infirmières

Le Conseil International des Infirmières (CII) est une fédération d'associations nationales d'infirmières, représentant les infirmières de plus de 128 pays. Fondé en 1899, grâce à l'impulsion donnée lors du congrès mondial des femmes qui a eu lieu à l'occasion de l'Exposition internationale de Chicago de 1893, le CII est la première et la plus importante organisation internationale regroupant des professionnels de la santé. Géré par des infirmières pour des infirmières, il oeuvre dans le but de garantir des soins infirmiers de qualité pour tous, de solides politiques de santé partout, l'amélioration de la formation, ainsi que l'existence au niveau international d'une profession infirmière respectée et d'un personnel compétent et satisfait. En 1965, le CII a choisi Genève pour y installer son siège.

Objectifs principaux et valeurs du CII :
Deux objectifs principaux et cinq valeurs essentielles sous-tendent et motivent toutes les activités du CII. Le premier objectif veut influencer la santé et les soins infirmiers au niveau mondial et le deuxième consiste à renforcer les associations nationales d'infirmières.
Les cinq valeurs essentielles sont : le leadership de vision, l'inclusion, la flexibilité, le partenariat et l'accomplissement.

Un code international de déontologie pour les infirmières a été adopté pour la première fois par le Conseil international des infirmières en 1953. Il a depuis été révisé et réaffirmé à différentes reprises, la dernière fois, en 2005. Le code commence ainsi « Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels ».

Alliance mondiale des professions de la santé (AMPS)

L'AMPS regroupe le Conseil International des Infirmières (CII), la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), l'Association Médicale Mondiale (AMM) et la Fédération Dentaire Internationale (FDI). Ces quatre entités représentent ensemble plus de vingt millions de professionnels de la santé du monde entier.

- La Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) fédère au niveau mondial les organisations nationales de pharmaciens et de pharmacologues. Les pharmaciens sont des professionnels de la santé fortement impliqués dans l'amélioration de l'accès aux médicaments et leur utilisation rationnelle.
- La Fédération Dentaire Internationale (FDI) est le porte-parole mondial et autorisé de la profession dentaire ; elle compte plus de 150 associations membres dans 134 états, soit plus de 900'000 chirurgiens-dentistes dans le monde.

➥ www.whpa.org

Liste d'organisations présentes en Suisse

Agences des Nations Unies, Organisations Internationales et initiatives des Etats

Comité International de la Croix-Rouge - http://www.icrc.org
Fédération Internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge - http://www.ifrc.org
ONUSIDA - http://www.unaids.org
FNUAP – www.unfpa.org
UNITAID - http://www.unitaid.eu
Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - http://www.who.int
WHO Alliance for Health policy and Systems Research - http://www.who.int/alliance-hpsr
WHO Collaborating Centre on Pharmaceutical Policy - http://www.whoccpp.org
Alliance mondiale pour les personnels de santé (Global Health Workforce Alliance) - http://www.who.int/workforcealliance
WHO - Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases - http://www.who.int/tdr

Secteur académique, Fédérations, Fondations, ONG

Campaign for Access to Essential Medicines - http://www.accessmed-msf.org
Centre de Psychologie Humanitaire - http://www.humanitarian-psy.org
Council of International Organisations of Medical Sciences - http://www.cioms.ch
Council on Health Research for Development - http://www.cohred.org
European Respiratory Society - http://dev.ersnet.org
Foundation for Innovative New Diagnostics - http://www.finddiagnostics.org
Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales - http://www.gfmer.ch
Geneva Health Forum - http://genevahealthforum.hug-ge.ch
Global Forum for Health Research - http://www.globalforumhealth.org
Health Diplomats - http://www.healthdiplomats.com
Health on the Net Foundation - http://www.hon.ch
International Aids Society - http://www.iasociety.org
International Association for Humanitarian Medicine Brock Chisolm - http://www.iahm.org
International Association for Maternal and Neonatal Health - http://www.gfmer.ch/000_IAMANEH.htm
Réseau International des Groupes d'action pour l'Alimentation Infantile - www.ibfan.org
International Centre for Human Resources in Nursing - http://www.ichrn.org
Centre international pour la migration et la santé - http://www.icmh.ch
Conseil international sur les problèmes de l' alcoolisme et des toxicomanies - http://www.icaa.ch
Conseil International des Infirmières - http://www.icn.ch
International Federation of Medical Students Associations - http://www.ifmsa.org
International Hospital Federation - http://www.ihf-fih.org
International Osteoporosis Foundation - http://www.iofbonehealth.org
Association Internationale de Pédiatrie - http://www.ipa-world.org
International Union Against Cancer - http://www.uicc.org
MEDAIR - http://www.medair.org
Médecins Sans Frontières - http://www.msf.ch
NGO Forum for Health - www.ngo-forum-health.ch
Stop TB Partnership - http://www.stoptb.org
Water Supply and Sanitation Collaborative Council - www.wsscc.org
World Dental Federation - http://www.fdiworldental.org
World Federation for Mental Health - http://www.wfmh.org
World Health Professions Alliance - www.whpa.org
World Heart Federation - http://www.worldheart.org
Association Médicale Mondiale - http://www.wma.net
Association Psychiatrique Mondiale - http://www.wpanet.org
World Vision International - http://www.wvi.org

Partenariat public - privé

Drugs for Neglected Diseases - http://www.dndi.org
Global Alliance for Vaccines and Immunisations - http://www.gavialliance.org
Global Business Coalition on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria - http://www.gbcimpact.org
Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme - http://www.theglobalfund.org
Medicines for Malaria Venture - http://www.mmv.org
Projet Vaccins Méningite - http://www.meningvax.org
Roll Back Malaria Partnership - http://www.rbm.who.int

Santé et conflits armés

Lors de conflits, les systèmes de santé locaux sont détruits en partie ou en totalité. A cet effet, lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé fournit une assistance humanitaire dans le domaine de la santé lors d'un conflit, elle veille toujours à assurer le fonctionnement des systèmes de santé locaux, même dans les circonstances les plus difficiles. Les risques d'épidémies peuvent alors s'aggraver et la population civile souffrir de traumatismes psychologiques.

Après un conflit, il est essentiel de mettre en œuvre une stratégie coordonnée pour reconstruire les installations de santé publique et renforcer les systèmes de santé, pour que soient à nouveau réunies les conditions de la sécurité sanitaire.

Plusieurs organisations interviennent pour soigner les blessés que ce soit dans les hôpitaux ou les camps de réfugiés : Le Comité International de la Croix-Rouge (CICR), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) ou les ONG et les Sociétés nationales du Croissant Rouge ont les capacités d'intervenir pour soulager les souffrances.

Comité International de la Croix-Rouge (CICR)

La santé en période de conflits est souvent associée à l'image du mouvement de la Croix-Rouge et à Henry Dunant. Rappelons que les origines du mouvement de la Croix-Rouge remonte au XIXème siècle. Cela se passe à Solferino, en 1859, au nord de l'Italie. Un genevois, du nom de Henry Dunant, y vient pour affaires. Horrifié par la mort de milliers de combattants et la souffrance de dizaines de milliers de blessés, il agit immédiatement sur le champ de bataille et organise des secours d'urgence avec l'aide de la population.
De retour à Genève, il écrit « Un souvenir de Solférino » qui est publié en 1863. La même année, Henry Dunant et quatre autres personnes (Guillaume-Henry Dufour, Louis Appia, Gustave Moynier et Théodore Maunoir) créent le Comité de secours aux militaires blessés qui devient le Comité International de la Croix-Rouge (CICR) en 1876.

Le symbole originel du CICR est la croix rouge sur fond blanc. Le signe devait être simple, identifiable à distance, connu de tous et identique pour amis et ennemis. Il fallait aussi que l'emblème soit le même pour tous et universellement reconnaissable. Ce symbole sera perçu par certains pays comme une référence à la religion chrétienne. C'est pendant la guerre d'Orient (1875 – 1878), opposant les Ottomans aux Russes suite à des soulèvements intérieurs dans l'Empire, que l'Empire ottoman (l'actuelle Turquie) utilise pour la première fois un croissant rouge sur fond blanc à la place de la croix rouge habituelle. Après quelques réticences et discussions diverses, l'emblème du Croissant-Rouge est officiellement et universellement accepté dans la Convention de Genève de 1929.
En juin 2006, la XXIXe Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a amendé les Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de façon à y incorporer l'emblème additionnel du cristal rouge. Il donne la possibilité, pour des pays qui ne veulent pas adopter la croix rouge et le croissant rouge, de devenir membres à part entière du Mouvement en utilisant le cristal rouge.

Les Conventions de Genève et leurs Protocoles additionnels

La première Convention de Genève de 1864 portait exclusivement sur les soins aux soldats blessés ; par la suite, ses principes ont été adaptés à la guerre maritime et au traitement des prisonniers de guerre.

En 1949, sont révisées les Conventions alors en vigueur et sont adoptées les Quatre Conventions de Genève qui s'appliquent aujourd'hui :
1re Convention de Genève : amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées de campagne ;
2e Convention : amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer ;
3e Convention : traitement des prisonniers de guerre ;
4e Convention : protection des personnes civiles en temps de guerre.

En 1977, deux protocoles y ont été ajoutés :
Protocole additionnel I : protection des victimes des conflits armés internationaux ;
Protocole additionnel II : protection des victimes des conflits armés non internationaux.

En 2005 un troisième protocole a été adopté :
Protocole additionnel III : adoption d'un signe distinctif additionnel (l'emblème du cristal rouge).

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge comprend le CICR, les Sociétés nationales et la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

L'objectif principal des humanitaires, c'est d'alléger les souffrances des populations, de préserver des vies, sans aucune discrimination, dans le respect de la dignité.

Quelques exemples d'actions du CICR dans le domaine de la santé :

- **Aide d'urgence** en eau et en nourriture pour les déplacés
- **Santé dans les prisons** : Quand les délégués du CICR visitent des détenus, ils sont toujours accompagnés par des membres du personnel médical qui évaluent l'état de santé des personnes incarcérées et étudient toutes les conséquences de mauvais traitements, qu'elles soient physiques ou psychologiques.
- **Rééducation physique** : Le CICR réalise des programmes de rééducation physique pour les personnes blessées par des mines antipersonnel ou d'autres types d'engins explosifs ainsi que pour différentes catégories de victimes d'accidents de nature diverse.
- **Armes et santé** : Les effets de certaines armes sur la santé sont si étendus qu'ils constituent un problème de santé à l'échelle mondiale. Une responsabilité majeure des professionnels de la santé consiste à recueillir et à publier des informations sur ce sujet, étape fondamentale dans la voie de la limitation des dommages causés aux êtres humains par les armes.

Chirurgie de guerre : Au cours de ces 25 dernières années, les chirurgiens du CICR ont traité plus de 100'000 patients blessés par des armes dans le monde entier.

Source : http://cicr.blog.lemonde.fr/files/2008/03/giannou.1206636287.jpg

Concernant les soins aux blessés de guerre, l'assistance du CICR couvre des domaines très divers : mise à disposition de personnel chirurgical, formation du personnel médical local, élaboration de programmes de premiers secours préhospitaliers, évacuation et transport des blessés, perfectionnement des volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge confrontés à des situations d'urgence.

Les hôpitaux doivent traiter les blessés dans des circonstances difficiles. Souvent, ils ne disposent pas des médicaments, de l'équipement, des infrastructures et du personnel expérimenté nécessaires.
Par personnel expérimenté, on n'entend pas seulement des personnes qui ont une formation scientifique et une pratique suffisantes, mais également des chirurgiens, des médecins et du personnel infirmier qui ont travaillé dans des conditions de stress et qui ont soigné des blessures de guerre, souvent complexes et différentes de celles qu'ils rencontrent dans un contexte civil.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR)

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a été créé le 14 décembre 1950 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, avec pour mandat de coordonner l'action internationale pour la protection des réfugiés et de chercher des solutions aux problèmes des réfugiés dans le monde.

Le but premier de l'UNHCR est de sauvegarder les droits et le bien-être des réfugiés. L'agence s'efforce ainsi d'assurer pour tout le respect du droit à demander l'asile et à trouver refuge dans un autre État. A terme, les solutions qu'elle met en œuvre sont le retour dans le pays d'origine, l'intégration dans le pays d'accueil ou la réinstallation dans un pays tiers.

Le UNHCR emploie près de 6'200 personnes travaillant dans 278 bureaux, situés dans 111 pays. Près de 900 personnes travaillent au siège à Genève. L'agence a aidé plus de 50 millions de personnes depuis plus d'un demi-siècle et, à deux reprises, a obtenu le prix Nobel de la paix, en 1954 et en 1981.

Début 2007, le nombre de personne relevant de la compétence de l'UNHCR s'élevait à 32,9 millions.

Ce chiffre comprenait :

- 9,9 millions de réfugiés 30%
- 12,8 millions de déplacés internes 39%
- 5,8 millions d'apatrides 17%
- 2,6 millions de réfugiés et de déplacés internes rapatriés 8%
- 740'000 demandeurs d'asile 2%
- 1 million d'autres personnes prises en charge par l'UNHCR

Un réfugié est une personne qui « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays...

Convention de 1951 relative au statut des réfugiés

La protection et l'aide matérielle sont étroitement liées. L'UNHCR est mieux à même d'offrir une véritable protection juridique aux réfugiés si leurs besoins élémentaires sont couverts : abri, nourriture, eau potable, installations sanitaires et soins médicaux.

Par conséquent, l'organisation coordonne aussi l'approvisionnement et l'acheminement de l'aide humanitaire. Elle gère, ou aide à gérer, des camps ou des groupements de camps, et élabore des projets spécifiques à l'attention des plus vulnérables : les femmes, les enfants et les personnes âgées, qui représentent en général 80 % d'une population réfugiée. L'éducation constitue une priorité essentielle dès les premiers moments d'urgence passés.

Camp de réfugiés Afhgans à Roghani , Pakistan
© UNHCR / P. Benatar / December 2001

L'UNHCR cherche également des solutions durables pour résoudre le sort des réfugiés, soit en les aidant à rentrer dans leur pays d'origine lorsque les conditions le permettent, soit en les aidant à s'intégrer dans leur pays d'asile, ou à se réinstaller dans des pays tiers

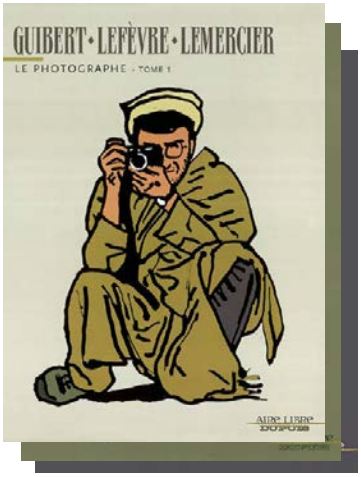
➥ www.unhcr.ch

Les ONG

Lorsqu'on pense à l'aide en matière de santé dans le cadre des conflits, on pense souvent au travaille des organisations non gouvernementales comme Médecins Sans Frontières. Ce sont des ONG humanitaires qui se sont principalement développées suite à la Deuxième Guerre mondiale pour reconstruire l'Europe et suite au conflit du Biafra au Nigeria en 1967 marqué par des massacres et la famine imposée par l'armée nigériane.

Quelques exemples d'ONG représentant deux évolutions :

- Les **ONG anglo-saxonnes**. Elles sont apparues lors de la Seconde Guerre mondiale. **OXFAM** est née en 1942, suite au blocus de la Grèce par les Alliés. Sa mission est de venir en secours aux populations dans l'urgence et de faire pression pour faire reculer la misère du monde. **CARE** est apparu en 1946 pour apporter une aide d'urgence aux populations d'Europe qui devaient tout reconstruire après la guerre. Elle travaille avec des communautés dans le besoin pour aider les gens à se bâtir un meilleur avenir.
- La mouvance des **French Doctors**. Elle est mise en œuvre par les ONG médicales « sans frontières » à partir des années 1960. Elles défendent et pratiquent le droit et devoir d'ingérence humanitaire international et surtout ont ajouté le témoignage à l'action. L'origine du mouvement remonte à la guerre du Biafra.
  En 1971 à Paris, des « anciens » du Darfour lancent un appel aux médecins pour porter secours aux victimes d'inondations au Pakistan oriental. C'est la naissance de **Médecins sans Frontières** (MSF). Le but est de fournir une aide qui réponde aux besoins des populations, sans respect excessif pour les frontières établies et les exigences des gouvernements. MSF recevra le prix Nobel de la paix en 1999. Le Prix rendait hommage aux travailleurs de l'humanitaire qui dispensent des secours médicaux dans quatre-vingt pays, dont plus de vingt en situation de conflit. D'autres ONG comme **Actions contre la Faim** ou **Médecins du Monde** suivront cette mouvance.



« En 1979, l'armée soviétique envahit l'Afghanistan et s'engage dans une guerre de plus de vingt ans. Dès 1982, Médecins Sans Frontières (M.S.F.) coordonne des missions d'aide humanitaire et cela de façon clandestine. Ils n'hésiteront pas à affronter de nombreux dangers pour venir en aide aux victimes de la guerre et habitants du nord du pays, alors complètement coupés du monde. En 1986, Didier Lefèvre, reporter photographe de profession, rejoint M.S.F. pour témoigner de leur aventure.

Le photographe est l'adaptation en bande dessinée de ce voyage. Le dessin est assuré par Emmanuel Guibert et la mise en planche par Frédéric Lemercier qui réutilisent dans leurs albums le récit et les photographies de Didier Lefèvre. Le photographe est donc une bande dessinée inhabituelle : une sorte de reportage autobiographique qui mélangerait dessins et photographies pour toucher au plus près le public. Cette façon tout à fait inédite de travailler apporte authenticité et richesse au documentaire des trois auteurs. »

Source : http://www.nonfiction.fr/article-265-voyage_en_afghanistan.htm

➥ http://lephotographe.dupuis.com/

Handicap

Quelque 386 millions de personnes en âge de travailler sont handicapées, selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Pour elles, le chômage atteint 80 % dans certains pays.

Titre : Shadow of disability
Photographe : Mehmet Tamer Kunduracioglu

Source : www.who.int/features/2005/disability/fr/

Bien des gens sont handicapés d'une manière ou d'une autre au cours de leur vie. Le nombre des personnes atteintes d'incapacités augmente en raison de la fréquence accrue des cas de maladies chroniques, des accidents, notamment des accidents de la route, des chutes ou des actes de violence ; il y a aussi d'autres causes comme le vieillissement. La plupart des personnes touchées sont pauvres et n'ont pas accès à des services de base et notamment à des services de réadaptation. Pour améliorer leur sort, l'OMS s'efforce :

- d'aider les pays à mettre au point des politiques en matière d'incapacité comprenant l'engagement communautaire et des programmes nationaux de réadaptation ;
- de mieux évaluer et reconnaître différentes affections en utilisant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ;
- d'assurer l'identification et le traitement précoce des personnes atteintes d'incapacités notamment en leur fournissant des appareils et en modifiant leur environnement ;
- d'assurer l'égalité des chances et la promotion des droits de l'homme dans le cas des personnes atteintes d'incapacités, et notamment des pauvres.

Selon les travaux de Phillip Wood qui datent des années 1980, le handicap doit être défini à travers trois éléments d'évaluation :

- la **déficience** qui renvoie à l'altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique sous la forme de perte (amputation ou sclérose) ou de dysfonctionnement de diverses parties du corps ou du cerveau ;
- l'**incapacité** qui constitue une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité et de réaliser des actes élémentaires (se tenir debout, s'habiller, parler…) ;
- le **désavantage**, conséquence de la déficience ou de l'incapacité qui produit des effets sur les conditions d'intégration sociale, scolaire ou professionnelle de la personne handicapée.

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) stipule les mesures à prendre pour assurer le plein exercice du droit à la santé. Ce droit se compose de quatre éléments:

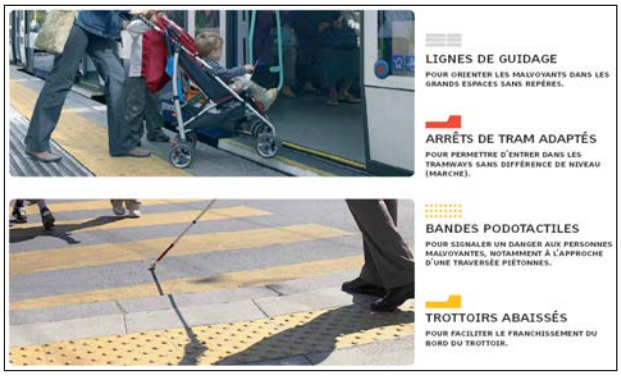
- **Disponibilité**. Il doit exister suffisamment d' installations, de biens et de services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé.
- **Accessibilité**. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement : non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique (abordabilité), accessibilité de l'information.
- **Acceptabilité**. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale, appropriés sur le plan culturel et réceptifs aux exigences spécifiques liées au sexe et aux différents stades de la vie.
- **Qualité**. Les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Pour en savoir plus sur le droit à la santé :
➥ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/

En Suisse :

pro infirmis
Die Organisation für behinderte Menschen
L'organisation pour les personnes handicapées
L'organizzazione per le persone handicappate

➥ www.proinfirmis.ch/fr



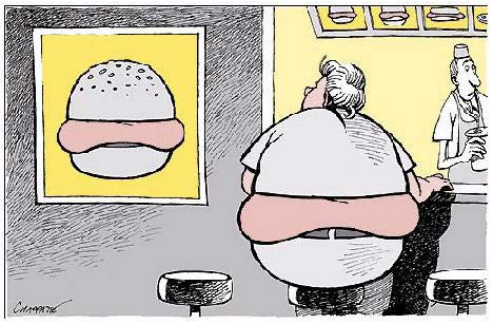
Égalité handicap :
➥ www.egalite-handicap.ch/francais

Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées
➥ www.edi.admin.ch/ebgb/index.html?lang=fr

La Ville de Genève réalise depuis plusieurs années des aménagements destinés à faciliter les déplacements, et plus particulièrement ceux des personnes à mobilité réduite.
L'abaissement des trottoirs et l'installation de « bandes d'éveil de vigilance » (bandes podotactiles jaunes) pour sécuriser les traversées piétonnes est l'une des actions entreprises.

➥ www.ville-ge.ch/geneve/amenagement/act_amenag_geneve.htm

Obésité



© Chappatte

L'obésité est un excès de masse grasse entraînant des inconvénients pour la santé chez un individu. Cet excès de graisse peut se calculer à l'aide de l'indice de masse corporelle.

Dans le monde, plus d'un milliard d'hommes et de femmes sont obèses ou en surpoids et plus de 22 millions d'enfants souffrent eux aussi des problèmes liés au surpoids. Aux Etats-Unis, par exemple, le nombre d'enfants atteints d'obésité a plus que doublé ces dernières années et un Américain sur deux est en surpoids, dont 25 % sont très obèses. Si l'Europe semble encore relativement épargnée, avec 30 % d'adultes en surpoids, les perspectives sont sombres : le nombre d'enfants obèses a doublé en cinq ans, et à ce rythme l'Europe aura rattrapé les Etats-Unis dans les vingt prochaines années.

Indice de Masse Corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) se calcule selon la formule suivante :
imc = poids en kg /(taille en m x taille en m)

Suivant le résultat trouvé, l'individu peut comparer les indices théoriques et le sien et savoir s'il est en situation normale ou d'obésité : Entre 18,5 et 24,9 = Situation normale / Entre 25 et 29,9 = Surpoids ou excès pondéral / Entre 30 et 40 = Obésité et obésité chronique

Le problème de l'obésité ne concerne pas uniquement les pays occidentaux. En Chine, par exemple, on a observé dans une étude que la fréquence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'enfant d'âge scolaire en milieu urbain est passé de près de 8% en 1991 à plus de 12% six ans plus tard. Au Brésil, la proportion d'enfants de 6 à 18 ans obèses ou en surpoids a plus que triplé : de 4% au milieu des années 70 à plus de 13% en 1997.

Les risques liés à l'obésité sont nombreux :
- hypertension artérielle ;
- diabète non insulinodépendant de type II ;
- maladies cardiaques ;
- risques plus important pour certains cancers comme le cancer de l'intestin et le cancer du sein ;
- autres : cholestérol, apnée du sommeil, arthrose, infertilité, insuffisance veineuse, reflux gastro-oesophagien, incontinence urinaire.

Aux Etats-Unis, à l'initiative d'un magazine de santé, il a été procédé à l'inventaire des 50 villes affichant le plus haut pourcentage d'obèses au sein de leur population. La ville de Philadelphie fut élue ville la plus « grosse » des Etats-Unis. Le maire de la ville, John Street, mis en place, dès janvier 2001, une stratégie collective appelée 76 tonnes en 76 jours. Ce programme visait à faire perdre un total de 76'000 kg à la population et ceci en l'espace de onze semaines. Pour ce faire, plusieurs stratégies visant la perte collective de poids furent mises en place ; des groupes de soutien pour les personnes suivant un régime, des pesées collectives rituelles, des programmes de danse en groupe pour les employés municipaux, des pressions sur les restaurants pour qu'ils proposent une meilleure alimentation, et des programmes gratuits de remise en forme. Le résultat fut que le 3 juillet 2001, 26'000 personnes avaient perdu en moyenne 2,2 kg chacune.
Source : http://www.delaplanete.org/Fat-city.html

Pour l'OMS, la prévention de l'obésité passe par des stratégies à plus ou moins long terme :
- créer un environnement basé sur l'encouragement public et l'accès à des aliments de faible teneur en matières grasses, à des nourritures hautes en fibres (fruits et légumes ; céréales), ainsi qu'à la promotion de l'activité physique (au moins 30 minutes de sport ou de marche par jour) ;
- Mettre en places des réponses cliniques au problème de l'obésité et aux conditions associées par des programmes et formation du personnel cliniques pour assurer un soutien efficace aux obèses et leur permettre de ne plus prendre du poids.

Tabagisme

La consommation de tabac représente l'un des plus grands problèmes de santé publique du monde. Alors même que les gouvernements ont reconnu la dangerosité du produit et sa capacité de rendre dépendante la personne qui le fume, le tabac est considéré comme une drogue licite et provoque 1 mort toutes les 8 secondes.
En termes de dépendances, nous ne sommes pas dépendants de la plante directement mais de la nicotine. Il s'agit, en effet, d'une molécule organique qui a des effets sur l'organisme humain. Elle crée ainsi une forte dépendance au même titre que les drogues comme l'héroïne ou la cocaïne.

BRAVO - la fumée en moins la vie en plus
campagne de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)
http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00617/index.html?lang=fr

La fumée passive
Depuis quelques années, les scientifiques et les autorités s'intéressent plus particulièrement aux effets de la fumée passive : la fumée du tabac respirée directement par le fumeur (courant principal) a une composition très différente de celle qui s'échappe latéralement de la cigarette (courant secondaire), ou de celle rejetée par le fumeur (courant tertiaire). Cette nouvelle forme de fumée a tendance à augmenter les pathologies existantes, et à créer des cancers.

Imitant l'Italie voisine, le Tessin est devenu, en mars 2006, le premier canton à interdire la cigarette dans les cafés et restaurants. La loi tessinoise prévoit de bannir la fumée dans tous les bars, restaurants, discothèques et autres night-clubs du Tessin. Les propriétaires des locaux auront cependant la possibilité d'aménager des espaces séparés et dûment aérés à l'attention des fumeurs. Dès l'entrée en vigueur de l'interdiction, les hôteliers et restaurateurs disposent d'un délai d'un an pour adapter leurs établissements aux nouvelles exigences. Le 27 septembre 2009, 80% des genevois votants ont accepté la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
En France, l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics est entrée en vigueur le 1er janvier 2008 dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

Le saviez-vous ?

Une cigarette contient quelques 4'000 substances chimiques différentes, dont :
- quelques **60 substances cancérigènes** (benzène, monoxyde de carbone, goudron, formaldéhyde, N-nitrosodiméthylamine et N-nitrosopyrrolidine.
- des **substances utilisées dans les gaz de combat ou les insecticides** (cyanure d'hydrogène et acroléine).

Tobacco Free Initiative et la Convention cadre pour la lutte contre le Tabac

En 1998, l'OMS a mis en place, avec tous ses partenaires dans la lutte contre le tabac, le programme Tobacco Free Initiative dont le but est de réduire le taux de mortalité dû à la consommation de tabac dans le monde. Se situant dans le cadre de la Convention Internationale pour le contrôle du tabac, son objectif est aussi celui de protéger les générations futures contre les conséquences sanitaires, sociales, environnementales et économiques désastreuses causées par la consommation de tabac et l'exposition à la fumée de cigarette.

La Convention cadre pour la lutte contre le Tabac (négociée dès 1999, adoptée le 21 mai 2003 et entrée en vigueur le 27 février 2005) constitue le premier traité international de santé publique. Parmi les nombreuses mesures préconisées, et déjà appliquées pour la plupart dans de nombreux pays, la Convention demande aux Parties :
- d'imposer des restrictions sur la publicité en faveur des produits du tabac, le parrainage et la promotion, qui se font avant tout par le biais des manifestations sportives, musicales, du cinéma et de la mode ;
- d'imposer de nouveaux conditionnements et étiquetages : la Convention oblige les Parties à adopter et à appliquer sur les produits du tabac et leur conditionnement des mises en garde et des messages de grande dimension qui doivent couvrir au moins 30% de la surface exposée ;
- de contrôler l'air ambiant à l'intérieur des locaux : le tabagisme passif constitue en effet une menace réelle et importante pesant sur la santé publique ;
- de renforcer la législation pour réprimer la contrebande. La Convention oblige à adopter et à appliquer des mesures efficaces pour éliminer le commerce et la fabrication illicites des produits du tabac.

Quelques faits et chiffres
- Le tabac provoque environ 13'500 morts par jour.
- La moitié des enfants sont exposés à la fumée du tabac chez eux.
- Le tabac provoque de graves problèmes de santé [www.who.int/tobacco/en/smokers_fr_en.pdf].
- La cigarette est le seul produit légal de consommation qui tue en l'utilisant normalement.

Alcool

Comme nous le rappel l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), la consommation problématique d'alcool est un problème de société : l'alcool augmente la disposition à la violence, il est responsable d'un grand nombre d'accidents et diminue la qualité de vie de la population. Chaque année, on attribue 2'100 décès et la perte d'environ 30'000 années de vie à la consommation d'alcool. L'ivresse ponctuelle chez les jeunes constitue l'un des phénomènes les plus préoccupants. Chaque jour, trois à quatre adolescents sont admis aux urgences en raison de problèmes liés à l'alcool (la plupart du temps en raison d'intoxications alcooliques).

Le site de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)

➥ http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=fr

La campagne 2007/2008 « Ça débouche sur quoi ? », cible les jeunes en attirant leur attention sur les conséquences négatives de la consommation d'alcool.

La Régie fédérale des alcools (RFA) est chargée d'appliquer la législation de l'alcool. Toutes les boissons spiritueuses, en particulier les eaux-de-vie, les apéritifs, etc., ainsi que l'éthanol (alcool à haut degré) destiné aux usages industriels tombent sous le coup de cette législation. En revanche, les boissons fermentées classiques, comme la bière, le vin et le cidre, ne sont pas soumises à la loi sur l'alcool.

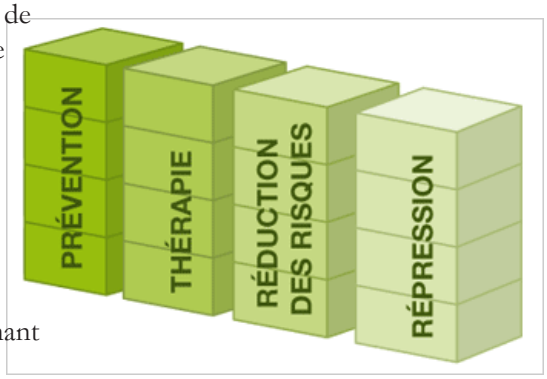
Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV
Régie fédérale des alcools RFA
Regia federale degli alcool RFA
Administraziun federala da l'alcohol AFA

Au niveau international, l'OMS traite bien entendu des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool.

➥ www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr

Drogues

Dans le cadre de sa politique en matière de drogue, la Suisse a mis en place la stratégie des 4 piliers.



- Le **pilier « prévention »** contribue à la réduction de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance.
- Le **pilier « thérapie »** contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité. Elle contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées.
- Le **pilier « réduction des risques »** contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et – indirectement – sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.
- Le **pilier « répression »** contribue, par des mesures de régulation servant à appliquer l'interdiction des drogues illégales, à réduire les effets négatifs de la consommation de drogues.

➥ Office fédérale de la santé publique : www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/index.html?lang=fr

L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) est une fondation privée qui poursuit un but d'utilité publique: prévenir les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues et les atténuer là où ils existent.

ispa

Depuis plus de 100 ans, l'ISPA produit du matériel didactique pour les écoles, élabore des campagnes de prévention et conseille les entreprises. Il propose gratuitement des informations et de la documentation aux jeunes, aux parents, aux enseignants, aux médias et aux autorités. Largement engagé dans la politique de la santé, l'ISPA poursuit ses efforts de recherche scientifique au service de la prévention pratique.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'expression médecine traditionnelle se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé. La Médecine traditionnelle (MTR) est aussi appelée médecine « complémentaire », « alternative » ou « non conventionnelle ».

L'usage de la médecine traditionnelle est très répandu et revêt une importance sanitaire et économique croissante. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins de soins de santé. En Asie et en Amérique latine, les populations continuent d'utiliser la médecine traditionnelle en raison de circonstances historiques et convictions culturelles. En Chine, la médecine traditionnelle représente 40 % des soins de santé administrés.

Dans de nombreux pays la médecine complémentaire et parallèle gagne en popularité. En France et au Canada par exemple, plus de 70% de la population a déjà utilisé la médecine complémentaire au moins une fois. En Allemagne, 90 % des gens prennent un remède naturel à un moment ou à un autre de leur vie. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins ayant suivi une formation spéciale à la médecine naturelle a quasiment doublé pour atteindre 10'800. Ainsi, dans de nombreuses parties du monde, les dépenses en MTR sont non seulement considérables mais en hausse rapide. Avec la redécouverte de l'importance des plantes dans l'amélioration de la santé, le marché mondial des plantes médicinales fait un chiffre d'affaire de plus 60 milliards de dollars et ne cesse d'augmenter.

Les plantes médicinales en danger

En raison de la demande croissante et d'une surexploitation, les premières espèces menacées de disparaître comprennent le ginseng américain sauvage, Panax ginseng, l'hydraste du Canada, l'échinacée ou encore l'orme rouge. Pour d'autres espèces, la culture a déjà remplacé la récolte en milieu sauvage. Ainsi, la pervenche de Madagascar est abondamment cultivée en Espagne et aux Etats-Unis pour traiter la leucémie infantile et la maladie de Hodgkin.

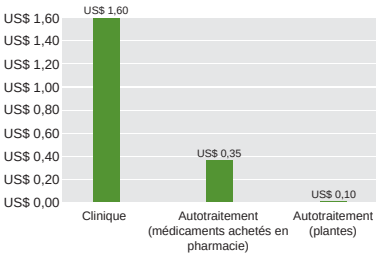
« Environ 70% des plantes sauvages d'Afrique du Nord ont une valeur potentielle au regard de la médecine, la biotechnologie et l'optimisation des récoltes. L'accroissement de la demande confronté à la réalité des ressources disponibles, a entraîné la raréfaction d'importantes espèces dans des zones ou elles étaient auparavant abondantes. Si la cueillette et l'utilisation de ces plantes ne sont pas réglementées, certaines espèces se verront alors menacées d'extinction. L'UICN travaille depuis 1994 sur un programme qui vise à promouvoir, d'une part la conservation de la biodiversité et l'usage durable des ressources naturelles en Afrique du Nord, d'autre part l'implication des communautés locales et surtout des femmes, dans la conservation de la biodiversité ainsi que la création d'une plateforme d'échange des expériences, connaissances et informations. »

Source : http://www.uicnmed.org/nabp/web/documents/medicinal_plants_fr.pdf

Une médecine plus abordable

Dans les pays en voie de développement l'usage répandu de la MTR est souvent attribuable à son accessibilité et son abordabilité. La MTR est parfois aussi la seule source de soins de santé abordable particulièrement pour les patients les plus pauvres du monde. Les recherches effectuées dans certains pays comme le Mali indiquent qu'un traitement antipaludéen de pyrimétanine peut coûter plusieurs dollars. Inversement, les médicaments à base de plantes pour le traitement du paludisme sont considérablement moins chers et peuvent parfois même être payés en nature ou selon la « richesse » du client.

Le traitement du paludisme au Ghana par des médicaments à base de plantes est considérablement moins onéreux que d'autres formes de soins de santé



Source : http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?a=d&d=Js2298f

Stratégie globale et régionale de l'OMS

L'OMS a mis en place une stratégie pour la Médecine Traditionnelle pour la période 2002-2005 (http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?a=d&d=Js2298f). En résumé, cette stratégie comporte quatre objectifs :

1. **Politique** : intégrer la MTR aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en oeuvre des politiques et programmes de MTR.
2. **Innocuité, efficacité et qualité** : promouvoir l'innocuité, l'efficacité et la qualité de la MTR en étendant la base de connaissances relatives à la MTR et en conseillant sur la réglementation et les normes d'assurance de la qualité.
3. **Accès** : augmenter la disponibilité et l'abordabilité de la MTR, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès des populations pauvres. Il s'agit aussi d'identifier des thérapies et produits de MTR efficaces et sans danger ainsi que cultiver et conserver les plantes médicinales pour en assurer un usage durable.
4. **Usage rationnel** : promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la MTR appropriée, par les prestataires et les consommateurs en mettant notamment une information fiable sur le bon usage des thérapies et produits de MTR à la disposition des consommateurs.

La collaboration entre les praticiens de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine conventionnelle est une des priorités de la stratégie régionale de l'OMS en matière de médecine traditionnelle. Cette stratégie vise l'intégration de la médecine traditionnelle dans les services de soins, étant entendue que cette médecine constitue un important recours pour les populations.
➥ http://www.who.int/countries/cog/news/medecine_traditionelle_07/fr/index.html

Médecine ayurvédique au Sri Lanka

« Au Sri Lanka, les préparations de la médecine ayurvédique font partie du système traditionnel de soins de santé en vigueur depuis plus de 2000 ans. Il existe plusieurs cliniques ayurvédiques et hôpitaux d'enseignement gérés par le gouvernement et environ 25 pour cent de la population a régulièrement recours à cette médecine. Environ 1'414 espèces de plantes sont utilisées et considérées comme efficaces, notamment pour traiter des maladies de longue durée. La demande croissante, pour l'usage local et pour l'exportation, a entraîné l'exploitation non durable de certaines espèces de plantes, exacerbée par la destruction rapide des habitats naturels. Les connaissances des praticiens (souvent âgés) sur les plantes et leurs usages médicinaux, ainsi que celles qui se trouvent dans les manuscrits ola [manuscrits antiques sur feuilles de palmier (feuilles d'Ola)], anciens et dispersés, sont également menacées ».

Source : UICN, Biodiversité dans le développement,biodiversité en bref 7, http://www.iucn.org/themes/wcpa/pubs/pdfs/biodiversity/franc/biodiv_brf_07-fra.pdf et http://www.worldbank.org/afr/ik/french/friknt66.htm

Que ce soit la qualité de la formation de praticiens en Europe ou la transmission de la connaissance des plantes et de leur utilisation dans un village en Afrique, la croissance de l'usage de la Médecine Traditionnelle s'accompagne d'une demande accrue de preuves de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des produits et des pratiques dans la discipline. Il est aussi important de protéger le savoir traditionnel des peuples autochtones et de leur garantir l'accès aux plantes. Malheureusement, certaines personnes détournent à leur profit ces savoirs traditionnels en se faisant passer pour des thérapeutes au détriment de la santé des patients.

« Le plus petit pays d'Afrique accueille désormais les plus longues files d'attente du continent. A la suite des promesses du président de la Gambie, des centaines de personnes viennent désormais faire la queue tous les jours devant le palais présidentiel afin de bénéficier du traitement miracle contre l'asthme et le sida. Le président Yahya Jammeh a déclaré qu'il guérissait l'asthme les vendredis et les samedis, et le SIDA les mardis et les jeudis. Les malades doivent simplement se présenter devant le président munis d'une lettre de leur médecin.

Les scientifiques ne décolèrent pas. "Je n'en reviens toujours pas. Comment un président peut-il affirmer une chose pareille ? C'est un scandale," s'indigne Jerry Coovadia, le spécialiste sud-africain du VIH, à la tête de l'équipe de recherche sur le virus à l'université du Kwazulu-Natal, à Durban. Le Pr Coovadia s'est toujours battu avec acharnement contre la résistance du pouvoir sud-africain à l'égard des antirétroviraux. Grâce au soutien d'autres scientifiques, il a obtenu du gouvernement qu'il cesse de conseiller comme traitement aux séropositifs un régime à base d'ail, de betterave rouge et d'huile d'olive.

C'est le 18 janvier que tout a commencé. Ce soir-là, la télévision d'Etat de Gambie avait consacré une grande partie de ses journaux d'information à ces guérisons miraculeuses. On pouvait y voir le président – qui se croit thaumaturge ("qui fait des miracles") – pratiquer l'imposition des mains sur des patients à l'hôpital Royal Victoria de Banjul [capitale de la Gambie]. Depuis, M. Jammeh s'est exprimé devant des diplomates, et la chaîne de télévision a diffusé des interviews de patients affirmant se sentir mieux et avoir repris du poids. [...] »

Source : « Le président qui se prend pour un guérisseur » in Courrier International, hebdo n° 850 - 15 févr. 2007, http://www.courrierinternational.com/article.asp?obj_id=70781#

En Suisse, le Label Qualité APTN a pour objectif de promouvoir la garantie et le développement de la qualité des thérapies et méthodes naturelles du domaine de la santé.
Depuis de nombreuses années, l'APTN, de par ses critères d'agrégation et reconnaissance des écoles offre des informations transparentes des méthodes et des techniques qu'elle reconnaît ainsi que sur le suivi de ses membres.
L'APTN est active au sein de la Commission de Coordination de l'OFFT (Office Fédérale pour la formation professionnelle et les technologies) et dans les différents groupes de travail qui en dépendent.
L'APTN participe aux travaux de préparation, de traduction, d'élaboration, de structures en vue d'un profil professionnel reconnu au niveau fédéral.

APTN
www.aptn.ch

LE SAVIEZ-VOUS ?

1796 Le docteur Jenner réalise la première vaccination en Europe en utilisant le virus de la vaccine (variole de la vache).

1865 Louis Pasteur découvre un procédé par lequel les aliments sont chauffés de façon à détruire les bactéries présentes, c'est la pasteurisation.

Juillet 1946 la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé est adoptée à New York.

1967 Le chirurgien sud-africain Christiaan Barnard procède à la première greffe du coeur.

1983 L'Institut Pasteur identifie le VIH.

2000 Pour la première fois, le génome d'une plante, l'arabette, est déchiffré.

2003 Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est détecté pour la première fois et maîtrisé.

21 mai 2003 L'assemblée mondiale de la Santé adopte à l'unanimité le premier traité de santé publique de l'OMS : la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

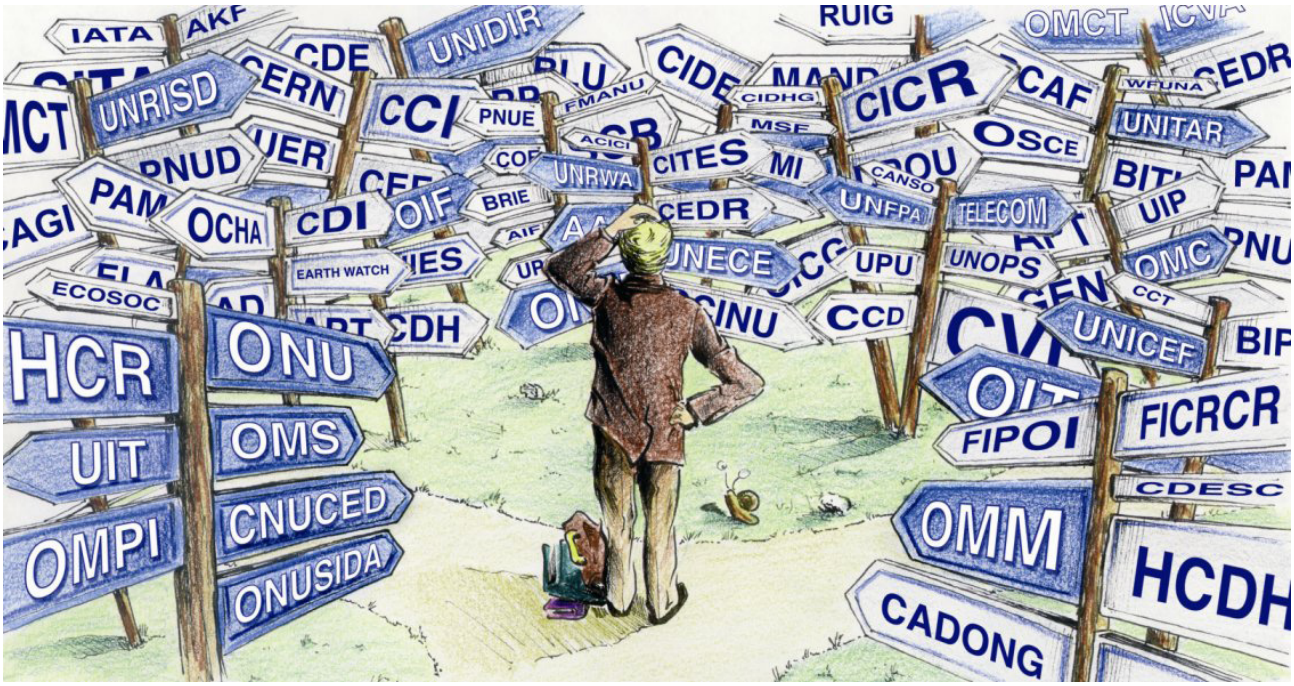
2005 L'Assemblée mondiale de la Santé révise le Règlement sanitaire international.

39,5 millions Environ 39,5 millions de personnes vivent avec le VIH/sida. Plus de 63% des personnes touchées vivent en Afrique, au sud du Sahara (24,7 millions) et au moins 80% des personnes vivant avec la maladie et ayant besoin d'un traitement n'ont pas accès aux soins médicaux.

Moustiquaires Lorsqu'elles sont utilisées correctement, les moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent diminuer d'au moins 50 pour cent la transmission de la maladie et de 20 pour cent le nombre de décès d'enfants

Poliomyélite Cette maladie très invalidante, qui touchait aux Etats-Unis environ 50'000 personnes par an, disparaît progressivement. L'Amérique est officiellement débarrassée de ce fléau en 1996. L'Europe est jugée exempte du virus depuis 2002.

SELECTION D'ORGANISATIONS



- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
- Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
- Médecins Sans Frontières (MSF)
- Association Médicale Mondiale (WMA)
- Union Internationale Contre le Cancer (UICC)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

20 Avenue Appia
CH - 1211 Genève 27
Tél : 022 791 21 11

Buts : Amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé, c'est-à-dire à un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Principales activités :

- Agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice des travaux ayant un caractère international dans le domaine de la santé ;
- Aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé ;
- Fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation ;
- Stimuler et faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques, endémiques et autres ;
- Favoriser, en coopérant avec d'autres institutions spécialisées, l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement, des loisirs, des conditions économiques et de travail, ainsi que de tout autre facteur de l'hygiène du milieu ;
- Proposer et exécuter des conventions, des accords et des règlements, et faire des recommandations concernant les questions internationales de santé ;
- Favoriser l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté.

Dates importantes :

1948 Année de création.
1974 L'OMS crée le programme Elargi de Vaccination afin que tous les enfants du monde bénéficient de vaccinations essentielles.
1979 Entre 1967 et 1979, l'OMS a coordonné la campagne menée pour éradiquer la variole qui jusqu'alors avait défiguré et tué des millions de personnes. C'est la première et seule maladie à être éradiquée.
1988 Création de l'Initiative mondiale pour éradiquer la poliomyélite. Depuis 1988, le nombre de cas de polio est passé de 350 000 à quelques centaines de cas en 2006. Plus de 2 millions d'agents de santé ont vacciné près de deux milliards d'enfants évitant ainsi la paralysie à des millions d'enfants et quelques fois la mort.
2003 La lutte contre le tabac : l'OMS et ses Etats-membres adoptent la convention pour la lutte anti-tabac afin de réduire partout dans le monde la mortalité due au tabagisme.
2003 Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est détecté et maîtrisé.
2003 Grippe aviaire : l'OMS suit de près l'évolution du virus de la grippe aviaire afin de prévenir une pandémie de grippe.

Type d'organisation : Organisation internationale spécialisée (en santé publique) faisant partie du système onusien.

Siège de l'organisation : Genève, avec 6 Bureaux régionaux.

Directeur général actuel (2006) : Dr Jong-wook Lee (Corée du Sud) ; élu en juillet 2003 pour un mandat de 5 ans, il a succédé au Dr. Gro Harlem Brundtland (Norvège (1998-2003).

Nombre de collaborateurs : Comprenant 192 Etats membres, l'OMS emploie 2'400 personnes à Genève et 6'000 autres à travers le monde, dans les six bureaux régionaux et les 147 bureaux nationaux. Le total est de plus de 8'000 personnes. Le personnel de l'OMS est composé de spécialistes de la santé publique, de médecins, d'épidémiologistes, de scientifiques, de gestionnaires, d'administrateurs et autres.

Site web : www.who.int

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia
CH - 1211 Genève 27
Tél : 022 791 36 66

Buts : Par des programmes communs de lutte contre le SIDA et des équipes communes des Nations Unies sur le SIDA dans les pays, l'ONUSIDA propose une stratégie unique du système des Nations Unies et contribue à coordonner la mise en œuvre et le partage des tâches des diverses institutions. L'ONUSIDA travaille sur cinq domaines thématiques : leadership et plaidoyer ; information stratégique et appui technique ; contrôle, suivi et évaluation ; engagement de la société civile ; et mobilisation des ressources financières, humaines et institutionnelles.

Principales activités :

- **Sur le terrain :** L'ONUSIDA s'est engagé à renforcer des ripostes à l'épidémie contrôlées et pilotées par les pays. Dans plus de 130 pays, les représentants des organisations des Nations Unies coordonnent les activités du système des Nations Unies dans le domaine du SIDA par le biais des Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui se réunissent régulièrement. L'action au jour le jour de ce programme d'appui commun est réalisée par une équipe commune des Nations Unies sur le SIDA, menée par le coordonnateur de l'ONUSIDA dans le pays et sous la direction du coordonnateur résident des Nations Unies. Un partage des tâches guide en outre le travail de chacun des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA dans le pays, notamment dans les domaines suivants :
  - Appui à la planification stratégique, à la gouvernance et à la gestion financière ;
  - Appui à l'élargissement des interventions telles que la prévention du VIH parmi les jeunes, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le traitement antirétroviral et le soutien aux orphelins ;
  - Appui au suivi et à l'évaluation du programme national de lutte contre le SIDA, production d'information stratégique, partage des connaissances et obligation redditionnelle.

  Les actions de l'organisation se sont accélérées depuis la récente création de l'Équipe mondiale mixte chargée de résoudre les problèmes et de soutenir la mise en œuvre, connue sous le nom de GIST. Cette équipe rassemble des partenaires internationaux et multilatéraux, et s'occupe d'éliminer les blocages identifiés par les directeurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Cette approche est conforme aux principes adoptés à l'échelle internationale pour harmoniser l'action de lutte contre le SIDA, et connus sous l'appellation les 'Trois Principes'.

- **À l'échelle mondiale** :
  L'ONUSIDA continue à élargir son action politique dans le domaine du SIDA, à fournir les plus récentes données épidémiologiques et informations sur la riposte des pays, et à mobiliser les ressources nécessaires pour inverser le cours de l'épidémie. Elle contribue à assurer une meilleure coordination entre ses partenaires du système des Nations Unies, des gouvernements, de la société civile, des donateurs, du secteur privé et autres. Il s'agit notamment d'élargir la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien dans le domaine du VIH, afin de parvenir le plus près possible de l'objectif de l'accès universel au traitement d'ici à 2010 pour tous ceux qui en ont besoin.

Date de création : 1996.

Type d'organisation : L'ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, rassemble les efforts et les ressources de dix organismes du système des Nations Unies dans la riposte mondiale au SIDA. Ses coparrainants sont le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNICEF, l'ONUDC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé a Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 75 pays à travers le monde.

Siège de l'organisation : Genève.

Directeur exécutif actuel (2006) : Dr Peter Piot (Belgique).

Nombre de collaborateurs : Réunissant pas moins de 22 Etats répartis dans le monde entier, les 10 partenaires de l'organisation et 5 représentants d'ONG, l'ONUSIDA emploie environ 200 personnes à Genève et 450 réparties dans le monde entier.

Site web : www.unaids.org

Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Chemin de Blandonnet 8
1214 Vernier
Tél : 022 791 17 00

Investissons dans notre avenir
Le Fonds Mondial
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Buts : Le but du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est de recueillir, gérer et distribuer des ressources par le biais d'une fondation publique-privée de type nouveau qui contribuera de manière durable et significative à réduire le nombre d'infections, la morbidité et la mortalité, atténuant de ce fait l'impact du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les pays démunis et à combattre la pauvreté dans le cadre des objectifs de développement du Millénaire arrêtés par les Nations Unies.

Principales activités :

- Oeuvre en tant qu'instrument financier et non comme entité de mise en oeuvre. Le Fonds Mondial ne met pas en œuvre directement les programmes, il compte sur le savoir-faire d'experts locaux pour cela ;
- Met à disposition et exploite des ressources financières supplémentaires. ;
- Soutient les programmes mettant en évidence la responsabilisation nationale ;
- Opère de manière équilibrée en termes de différentes régions, maladies et interventions ;
- Suit une approche intégrée et équilibrée de prévention et de traitement ;
- Evalue les propositions par le biais de processus d'examen indépendants ;
- Etablit un processus d'octroi de subvention simplifié, rapide et innovant et fonctionne de manière transparente avec obligation de rendre compte.

Année de création : 2001.

Type d'organisation : fondation à but non lucratif.

Siège de l'organisation : Genève.

Président actuel (2008) : Dr. Michel Kazatchkine.

Site web : www.theglobalfund.org

Médecins Sans Frontières (MSF)

78 rue de Lausanne
Case postale 116
CH - 1211 Genève 21
Tél. : 022 849 84 84

Buts : Apporter secours aux populations en détresse et aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, ou de situation de belligérance, sans aucune discrimination de race, de religion, de philosophie ou de politique, et faire prendre conscience des conditions dans lesquelles se trouvent les personnes assistées.

Principales activités :

- Procurer des soins curatifs et préventifs aux personnes en danger, indépendamment du pays où elles se trouvent ;
- Intervenir, dans des situations extrêmes, dans des secteurs comme l'approvisionnement en eau, la nutrition ou encore la construction d'abris ;
- Jouer un rôle important au niveau de la recherche et du développement opérationnels de solutions aux problèmes de santé publique ;
- Témoigner en vue de sensibiliser le public pour améliorer le sort des populations en danger ;
- Suivre les projets une fois l'urgence passée, à travers la réhabilitation ou la mise en place de structures de santé, la formation et l'éducation en matière de santé ou encore l'assainissement du milieu ambiant.

Quelques dates :

1971 Création de l'Organisation à la suite de la guerre du Biafra.
1972 Première intervention au Nicaragua après un séisme.
1974 Première mission d'assistance à long terme au Honduras après le passage d'un ouragan.
1976 Première mission auprès de réfugiés indochinois en Thaïlande.
1978 Démarrage de plusieurs missions dans des camps de réfugiés en Afrique.
1979 Scission de MSF et création de Médecins du Monde.
1981 Naissance de MSF Suisse.
1984 Intervention en Ethiopie alors que la famine sévit.
1985 Expulsion de MSF d'Ethiopie après avoir dénoncé le détournement de l'aide humanitaire ainsi que les transferts forcés de populations.
1991 Intervention auprès des réfugiés kurdes d'Irak pendant la guerre du Golfe.
1992 Action en Somalie et alerte de l'opinion publique sur ce qui s'y passe.
1993 MSF quitte la Somalie et dénonce l'attitude des troupes des Nations Unies.
1996 Assistance aux civils tchétchènes.
1997 MSF dénonce la politique de santé discriminatoire des Talibans envers les femmes en Afghanistan.
1999 MSF reçoit le prix Nobel de la paix.
2001 Premiers malades du sida soignés avec des anti-rétroviraux dans le cadre des programmes de MSF ; campagne de vaccination et de nutrition au Niger.
2004 Intervention lors du tsunami en Asie du Sud.

Type d'organisation : Organisation non gouvernementale (ONG).

Siège de l'organisation : Genève.

Présidente actuelle du Conseil d'Administration suisse (2006) : Isabelle Ségui (Suisse).

Nombre de collaborateurs :
Présent dans plus de 70 pays, ils étaient plus de 3'000 volontaires à être partis en mission en 2005.

Personnage public en lien avec l'organisation :
Bernard Kouchner, homme politique français et co-fondateur de MSF.

Site web : www.msf.ch / www.msf.org

Association Médicale Mondiale (WMA)

13 chemin du Levant
CIB – Bâtiment A
F - 01210 Ferney-Voltaire
Tél. : +33 450 40 75 75

Buts : Servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde.

Principales activités :

- Élaboration, sous la forme de déclarations, de résolutions ou de prises de position, de recommandations éthiques pour les médecins ;
- Défense des droits de l'Homme en relation avec la santé, notamment la promotion et la défense des droits fondamentaux du patient et du médecin ;
- Enseignement médical et soutien des médecins pour une amélioration continuelle de leurs connaissances et de leurs compétences ;
- Promotion de projets de santé publique, comme la lutte antitabac et l'immunisation ;
- Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Année de création : 1947.

Type d'organisation :
Organisation non gouvernementale faisant partie de l'Alliance mondiale des professions de la santé (AMPS).

Siège de l'organisation : Ferney-Voltaire, France.

Président actuel (2006) : Kgosi Letlape (Afrique du Sud).

Nombre de collaborateurs : 80 membres.

Site web : www.wma.net

Union Internationale Contre le Cancer (UICC)

62 route de Frontenex
CH - 1207 Genève
Tél. : 022 809 18 11

Buts : L'UICC est exclusivement dédiée à la lutte mondiale conte le cancer. Sa vision de l'avenir est celle d'un monde dans lequel le cancer n'est plus une cause majeure de mortalité pour les générations futures.

Principales activités :

- Partage et échange de savoir en matière de lutte conte le cancer entre organisations engagées dans la lutte contre le cancer à travers le monde ;
- Transfert de connaissances scientifiques au bénéfice des patients ;
- Réduire et éventuellement éliminer les disparités dans la prévention, la détection précoce du cancer, le traitement et les soins aux malades ;
- Assurer les meilleurs soins aux malades du cancer.

Année de création : 1933.

Type d'organisation : Organisation non gouvernementale.

Siège de l'organisation : Genève.

Président actuel (2006) : Dr Franco Cavalli.

Nombre de collaborateurs : 25 personnes.

Site web : www.uicc.org / www.monenfantmabataille.org

REFERENCES SUR INTERNET

Organisation Mondiale de la Santé

Le site de l'OMS regroupe une multitude d'informations sur tous les domaines touchant à la santé que l'on peut trouver soit à travers les publications, les pages consacrées aux thèmes de la santé ou encore des profils des pays.

- Page dédiée au 60ème anniversaire de l'OMS : www.who.int/who60/fr/index.html
- Les thèmes de santé : www.who.int/topics/fr/
- Publications : www.who.int/publications/fr/
- Données statistiques : www.who.int/research/fr/
- Programmes et projets : www.who.int/entity/fr/
- A propos de l'OMS : www.who.int/about/fr/
- Les profils des pays : www.who.int/countries/fr/
- Rapport sur la santé dans le monde 2007 : www.who.int/whr/2007/fr/index.html
- Relevé épidémiologique hebdomadaire : www.who.int/wer/fr/
- Le droit à la santé : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/
- Global Outbreak Alert & Response Network : www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/

ONUSIDA

Site très complet sur le travail de l'organisation. Le site est uniquement en anglais, mais certains documents sont disponibles en français.

- www.unaids.org

Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Vous trouverez les différents programmes et études menées par le Fonds Mondial en matière de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

- www.theglobalfund.org/fr/

Roll Back Malaria

Le site Internet de l'Initiative "Roll Back Malaria" ("Faire Reculer le Paludisme").

- www.rollbackmalaria.org/contactinformation.html

Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)

- Page d'accueil : http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr
- campagne contre le SIDA : www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/index.html?lang=fr
- Alcool, tabac, drogues : www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr

Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées

Vous y trouverez toute l'actualité sur les thèmes concernant l'égalité pour les personnes handicapées.

- www.edi.admin.ch/ebgb/index.html?lang=fr

Annuaire GEO 2004

Le rapport sur l'évolution du changement climatique comporte une partie sur les modifications de l'environnement et les liens avec la santé.

- www.unep.org/geo/yearbook/yb2004/

TELETHON

➥ www.telethon.ch

Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

L'Afsset a publié un document intitulé « agents biologiques et maladies infectieuses émergentes » en janvier 2006.

➥ www.afsset.fr/upload/bibliotheque/827731183961331719495430113888/14_agents_biologiques.pdf

Intitut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

➥ www.sfa-ispa.ch/index.php?langue=F

Egalité Handcap

➥ www.egalite-handicap.ch/francais

pro infirmis

L'organisation pour les personnes handicapées donnent des informations utiles

➥ www.proinfirmis.ch/fr

www.gene-abc.ch

Le site sur la compréhension des gènes soutenu par le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Frontiers in Genetics

le Pôle de Recherche National (PRN) Frontiers in Genetics fait partie d'un programme introduit en 2001 par le Fonds National de la Recherche Scientifique.

➥ www.frontiers-in-genetics.org

Sources couverture

1. © UNICEF/HQ07-0108/Thierry Delvigne Jean - http://www.unicef.org/sowc08/press/photos.php
2. OMS - www.who.int/features/2005/disability/fr/
3. ADN - http://bio.m2osw.com/gcartable/genetique/adnstucture.htm
4. © UNICEF/HQ06-0963/Shehzad Noorani - http://www.unicef.org/sowc08/press/photos.php
5. Wikimedia - http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rooseveltinwheelchair.jpg
6. Science Museum, London - http://www.simonho.org/images/photographs_museums/SciMus_Surgery.jpg
7. © UNHCR / P. Benatar / December 2001 - http://www.flickr.com/photos/unhcr/3345865747/
8. © CICR - http://cicr.blog.lemonde.fr/files/2008/03/giannou.1206636287.jpg