

VERS UNE SANTÉ À L'ÉCHELLE DE LA PLANÈTE

LA SANTÉ GLOBALE EST UN CONCEPT QUI RENVOIE À TOUT CE QUI INFLUENCE DE FAÇON DIRECTE OU INDIRECTE LA SANTÉ DES INDIVIDUS ET DE LA POPULATION EN TRANSCENDANT LES FRONTIÈRES NATIONALES. L'UNIVERSITÉ DISPOSE D'UNE SOLIDE EXPERTISE DANS CE DOMAINE. PRÉSENTATION

DOSSIER RÉALISÉ PAR VINCENT MONNET ET ANTON VOS



Capitale mondiale de la santé globale. Un titre auquel Genève peut prétendre. La présence sur son territoire d'un nombre impressionnant d'organisations (internationales, non gouvernementales, professionnelles...) actives dans ce domaine le justifie aisément. La santé globale, qui conçoit la santé dans la perspective d'un monde plus interdépendant que jamais, intègre en effet dans son champ d'action non seulement la médecine mais aussi toutes les autres dimensions de la société (le travail, le commerce, l'environnement, le droit, l'urbanisation, etc.). L'actualité n'est pas avare d'exemples de problèmes de santé contre lesquels il ne suffit plus d'apporter des réponses nationales mais globales. En se bornant aux maladies infectieuses, la communauté internationale a dû faire face ces derniers mois à la diffusion d'au moins deux nouveaux virus, le H7N9 qui a fait irruption en Chine en mars 2013, et le *Middle East respiratory syndrome coronavirus*, apparu en Arabie saoudite fin 2012.

Cela fait plusieurs années déjà que de nombreuses universités aux Etats-Unis et en Europe ont choisi de développer une telle approche transdisciplinaire et transnationale de la santé. L'Université de Genève a décidé de leur emboîter le pas. En réalité, l'alma mater est active en santé globale depuis longtemps. Une cartographie couvrant toute l'institution ainsi que les Hôpitaux universitaires genevois (HUG) a été réalisée sur la question et vient d'être publiée. Il se trouve que toutes les structures académiques de l'Université touchent de près ou de loin à la santé globale. L'expertise est donc là. Encore faut-il la mettre en réseau et favoriser les projets d'enseignement et de recherches transdisciplinaires. C'est d'ailleurs à cette fin qu'a été mise en place la plateforme internet globalhealthforum.net (lire en page 41).

Depuis une année, les étudiants en médecine ont également la possibilité de suivre un parcours spécial qui leur permet d'obtenir une maîtrise universitaire avec la mention santé globale et médecine humanitaire. La Faculté de médecine entend bien renforcer cette filière avec la création récente d'un Institut de santé globale pour lequel un poste de professeur est actuellement mis au concours.

Parallèlement, créé en septembre 2012 et dirigé par le professeur de droit Nicolas Levrat, l'Institut d'études globales, porté par les Facultés de droit, des lettres et des sciences économiques et sociales, réunit dans un premier temps le baccalauréat universitaire en relations internationales ainsi que la maîtrise universitaire en études européennes aujourd'hui dispensée par l'Institut européen. Il est prévu qu'il accueille un pôle dédié à la santé globale dès cet automne.

Louis Loutan, professeur et directeur du Service de médecine internationale et humanitaire aux HUG et au Département de santé et médecine communautaires (Faculté de médecine), est l'un des principaux acteurs en santé Globale à l'Université de Genève. Entretien.

Campus: Qu'est-ce que la santé globale?

Louis Loutan: En deux mots, le terme renvoie aux questions et aux facteurs qui influencent de façon directe ou indirecte la santé des individus et de la

**L'UNIVERSITÉ
EST ACTIVE
EN SANTÉ
GLOBALE DEPUIS
LONGTEMPS.
L'EXPERTISE
EST DONC LÀ**

Bio express



Nom : Louis Loutan

Nationalité : Suisse

Titre : professeur au Département de santé et médecine communautaires (Faculté de médecine) Directeur du Service de médecine internationale et humanitaire aux HUG Président du Geneva Health Forum

Parcours : Formation clinique en médecine interne et tropicale à Genève et Bâle Formation en santé publique à la Harvard School of Public Health à Boston Expérience de cinq ans sur le terrain en Afrique. Impliqué dans la formation de médecine humanitaire à la Faculté de médecine internationale et humanitaire des HUG.

population en transcendant les frontières nationales. La santé globale s'inscrit dans la perspective de la mondialisation des échanges, qui se caractérise par des mouvements de personnes, d'êtres vivants et de biens de plus en plus intenses sur toute la surface de la planète. L'expression de santé globale comprend les problèmes de santé qui, de plus en plus souvent, ne peuvent être abordés de manière efficace sur le seul plan local, ni même national, mais uniquement international, voire global. Du fait de l'interdépendance croissante de nos sociétés, ces problèmes requièrent une approche interdisciplinaire qui inclut la médecine, mais aussi la politique, le commerce, le droit, l'environnement, etc. Ce n'est pas un concept nouveau mais il devient de plus en plus présent à tous les niveaux de la société, y compris bien sûr à l'Université de Genève, qui l'a intégré depuis plusieurs années dans un grand nombre de ses projets de recherche et d'enseignement.

Comment le concept de santé globale s'est-il forgé ?

Dès que les échanges internationaux se sont développés, le potentiel de circulation des maladies transmissibles a augmenté. On pense à la peste, à la fièvre jaune, au choléra. Puis, pendant la période coloniale, le phénomène s'est encore accentué. Les Européens sont alors confrontés à des maladies qu'ils ne connaissent pas ou mal, comme la malaria, la dysenterie ou encore la trypanosomiase. C'est dans ce contexte d'intensification des échanges commerciaux et, parallèlement d'augmentation du risque d'importer des maladies en provenance du Sud, qu'apparaît, au XIX^e siècle, la médecine tropicale. Son objectif est d'étudier, de contrôler et de traiter les maladies spécifiques aux pays tropicaux. Par la suite, les médecins se sont rendu compte qu'en réalité, les causes principales de mortalité au sein de ces populations, surtout chez les enfants, étaient avant tout les diarrhées et les maladies respiratoires (rougeole, pneumonie et bien d'autres). Autant d'affections qui ne sont pas spécifiquement tropicales, mais liées à la pauvreté et à des conditions d'hygiène défectueuses, et donc cosmopolites. C'est suite à cette prise de conscience qu'est

né, dans les années 1960, le concept de santé internationale. Concentré sur les problèmes de santé dans les pays à faible revenu, ce domaine est à l'origine des grands programmes lancés par l'Unicef (Fonds des Nations unies pour l'enfance) : campagnes de vaccination pour assurer une couverture de base contre un grand nombre de maladies infantiles comme la rougeole, le tétanos ou la polio, lutte contre la diarrhée

DÈS QUE LES ÉCHANGES INTERNATIONAUX SE SONT DÉVELOPPÉS, LE POTENTIEL DE CIRCULATION DES MALADIES TRANSMISSIBLES A AUGMENTÉ



et la déshydratation par administration d'eau salée et sucrée aux enfants, promotion de l'allaitement maternel, lutte contre le paludisme... C'est une période placée sous le signe de l'aide au développement des pays pauvres, une aide unilatérale ou multilatérale, mais toujours dirigée du Nord vers le Sud.

Et ensuite ?

Petit à petit, le concept de santé internationale a, à son tour, évolué en celui de santé globale qui considère que certains problèmes de santé ont une dimension planétaire. Les exemples les plus frappants sont le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), dû à un coronavirus qui a provoqué une épidémie en 2003 et dont un variant a fait son apparition en 2012 en Arabie saoudite, ou encore les virus de la grippe aviaire ou porcine passés à l'homme (H5N1, H1N1, H7N9...). Quand on a une frontière comme celle du canton de Genève qui est franchie 500 000 fois par jour, quand on possède un aéroport comme celui de Cointrin qui voit passer



plus de 10 millions de voyageurs par année, quand on est un pôle d'attraction pour les migrants venus des quatre coins de la planète, alors le problème d'un patient du Sud-Est asiatique contaminé par un virus très contagieux et léthal devient rapidement le problème de toute la population genevoise, de la Suisse, mais aussi de la France voisine. Il est aisé de comprendre que ce genre d'épidémies ne peut plus être traité par le seul médecin cantonal. La stratégie qu'il faut mettre en place, impliquant partage de l'information, coordination des interventions, surveillance, négociation au niveau national et international, devient alors forcément globale.

Comment avez-vous vécu dans votre carrière cette émergence progressive de la santé globale ?

Quand on se réfère à la santé globale, on pense bien souvent à la dimension internationale de la santé publique. Or notre pratique clinique est elle aussi largement modifiée par la globalisation. Lorsque je me suis installé à Genève il y a vingt-cinq ans, après un séjour aux Etats-Unis, j'étais un spécialiste de médecine tropicale et de médecine des voyages. A cette époque, chaque fois qu'un patient africain ou un Latino-Américain se présentait avec de la fièvre, on appelait mon service. Les médecins des autres spécialités craignaient de

passer à côté d'un diagnostic. Prenez par exemple la maladie de Chagas, une trypanosomiase qui sévit en Amérique du Sud et qui peut provoquer des arrêts cardiaques. Les cardiologues ignoraient l'existence même de cette affection qui peut avoir des conséquences graves voire mortelles en cas de troubles du rythme cardiaque ou lors de transplantation du cœur. Ou alors la neurocysticercose, causée par des kystes dans le cerveau, eux-mêmes provoqués par le ténia du porc. Cette maladie, cause de crises d'épilepsie, a totalement disparu chez nous mais dans les régions où le porc représente le seul capital des familles pauvres et où l'hygiène est mauvaise, elle infecte des populations à large échelle. Aujourd'hui, les choses ont bien changé. Le développement des transports et l'immigration ont apporté tellement de ressortissants de pays lointains dans les couloirs de l'hôpital que les spécialistes ont désormais intégré les maladies « exotiques » dans leur pratique quotidienne. Mais pas seulement. Avec les migrants, il a fallu aussi s'adapter à leurs problèmes spécifiques.

C'est-à-dire ?

Quand des demandeurs d'asile du Congo ou d'autres pays africains tropicaux ont commencé à arriver à Genève, les autorités ont d'abord eu peur qu'ils apportent avec eux des

DU PERSONNEL MÉDICAL CHINOIS VÉRIFIE LA TEMPÉRATURE CORPORELLE DES PASSAGERS VENANT DES ETATS-UNIS ET ATTERRISSANT À CHENGDU EN MAI 2009.

LA MESURE VISE À ENDIGUER LA CIRCULATION DU VIRUS DE LA GRIPPE A(H1N1).

CETTE MALADIE EST APPARUE AU MEXIQUE EN 2009 AVANT DE S'ÉTENDRE AU MONDE ENTIER, TUANT PLUS DE 14 000 PERSONNES.



MÉDICAMENTS DE
CONTREFAÇON
VENDUS SUR UN MARCHÉ
AU GUATEMALA.

dans le monde. Les maladies et les complications qui leur sont associées (diabète, maladies cardiovasculaires...) sont devenues des problèmes de santé publique d'envergure planétaire. Les réponses à ces problèmes dépassent largement le domaine médical et imposent une approche interdisciplinaire. Les changements climatiques, la pollution et l'urbanisation exercent une influence majeure sur certaines maladies, en particulier pulmonaires. Les accords commerciaux internationaux peuvent jouer eux aussi un rôle indirect sur la santé de populations entières. Pensez au prix des céréales ou des médicaments, leur impact peut être majeur. A cet égard, une équipe de la Faculté de médecine vient d'ailleurs de démontrer, chiffres à l'appui, que certaines maladies comme le noma sont ainsi typiquement liées à la pauvreté (lire ci-contre). Enfin, la santé globale se retrouve aussi de facto au cœur de nombreuses négociations menées au plus haut niveau. (propriété intellectuelle, gestion des pandémies de grippe, lutte contre le tabagisme...)

Le sida a-t-il joué un rôle dans la prise de conscience que les pays ne parviendront pas seuls à combattre ce genre d'épidémies ?

Cette maladie a joué un grand rôle dans la politique d'accès aux médicaments et aux soins, grâce notamment à la bataille menée par l'Afrique du Sud auprès des firmes pharmaceutiques pour bénéficier de traitements antirétroviraux meilleur marché. Là aussi, il était devenu politiquement inacceptable que les populations les plus touchées par le VIH étaient aussi celles qui avaient le moins accès aux médicaments. J'ajoute que le sida est arrivé à un moment intéressant dans l'histoire de la médecine.

Pouvez-vous préciser ?

Dans les années 1970 et au début des années 1980, la médecine vivait dans une certaine euphorie grâce aux succès fulgurants des antibiotiques et des vaccins. Certains médecins pensaient vraiment qu'ils allaient gagner la bataille contre les maladies infectieuses. Ils ont déchanté depuis. Non seulement le sida est survenu mais, en plus, de nouvelles maladies sont apparues ou ont rebondi, sans parler de l'émergence des souches de bactéries résistantes aux antibiotiques.

La résistance aux antibiotiques est-elle aussi devenue un problème global ?

Bien sûr. Cette résistance provient de la mauvaise utilisation des antibiotiques et celle-ci est omniprésente. La faute en incombe à certains médecins, qui prescrivent mal ou trop d'antibiotiques, et aux patients, qui ne terminent pas leur traitement. Mais pas seulement. Les antibiotiques sont aujourd'hui utilisés massivement dans l'élevage, qu'il s'agisse de bétail, de volaille ou encore de poissons. Ils permettent d'augmenter les rendements mais les éleveurs utilisent les

maladies tropicales à la fois transmissibles et dangereuses. La réalité est sensiblement différente. Si ces migrants étaient en effet souvent porteurs de parasites intestinaux, le risque de transmission locale était, lui, pratiquement inexistant. En fait, les problèmes de santé qu'ils présentaient étaient beaucoup plus d'ordre psychologique, liés à l'exposition à la violence de la guerre, à la torture en prison ou encore à la peur constante d'être renvoyés chez eux et de retrouver l'insécurité qu'ils avaient fuie. Par ailleurs, nombre d'entre eux se sont réfugiés dans la clandestinité, traînant derrière eux des parcours de vie terribles qui provoquent stress et dépression.

La santé globale ne concerne donc pas seulement les maladies infectieuses ?

Non, le concept est beaucoup plus large. Il comprend notamment les maladies non transmissibles, liées par exemple au mode de vie. Le tabagisme, l'urbanisation, la sédentarité, l'alimentation excessive, le vieillissement des populations sont des tendances que l'on rencontre désormais partout

mêmes produits que ceux destinés à l'être humain. Et à cela s'ajoute le fait que l'on peut se procurer des antibiotiques librement sur le marché dans de nombreux pays, en Afrique ou en Inde, par exemple. Les gens les consomment sans respecter ni les doses ni la durée de traitement. Tous ces éléments contribuent à l'émergence de résistances. Et le phénomène est accentué par l'explosion des contrefaçons, un marché mafieux extrêmement lucratif de médicaments ne contenant pas de produits actifs, voire sous dosés ou même toxiques. Dans ce domaine également, il n'y aura pas de solution sans une approche globale, négociée et concertée.

N'est-ce pas là le rôle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)?

L'OMS est une institution essentielle en santé globale, particulièrement lorsqu'il s'agit de coordonner les efforts de lutte contre une épidémie ou une maladie en voie d'éradication comme la poliomyélite. De même, elle joue un rôle clé dans la standardisation des approches diagnostiques, thérapeutiques ou de contrôle de nombreuses maladies. Elle s'est également engagée dans de nombreux programmes de prévention et de contrôle de maladies, s'impliquant directement au niveau opérationnel. Certains pensent que ce n'est pas son rôle et désirent voir l'institution se recentrer sur ses attributions fondamentales. Quoi qu'il en soit, structurellement, l'OMS dépend des Etats membres. Elle n'a de comptes à rendre, officiellement du moins, qu'aux Ministères de la santé de ces pays. Ce sont eux qui composent l'assemblée générale et qui prennent, *in fine*, toutes les décisions. En 1948, lors de sa création, une telle structure était logique. Les seuls experts de la santé publique se trouvaient justement dans ces ministères. Mais les choses ont beaucoup évolué. Aujourd'hui, on trouve des compétences en matière de santé dans des ONG, au sein de la société civile, dans des entreprises pharmaceutiques, des universités ou encore des associations professionnelles de médecins, de pharmaciens ou d'infirmières. Toutes

« LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES, LA POLLUTION ET L'URBANISATION EXERCENT UNE INFLUENCE MAJEURE SUR CERTAINES MALADIES, EN PARTICULIER PULMONAIRES. »

LOUIS LOUTAN, PROFESSEUR ET DIRECTEUR DU SERVICE DE MÉDECINE INTERNATIONALE ET HUMANITAIRE AUX HUG ET AU DÉPARTEMENT DE SANTÉ ET MÉDECINE COMMUNAUTAIRES (FACULTÉ DE MÉDECINE)

ces entités, impliquées dans la santé globale, ne sont pas représentées à l'OMS alors qu'elles contribuent largement à l'amélioration de la santé dans le monde. Comment adapter et redéfinir la gouvernance mondiale en matière de santé, quel rôle pour l'OMS dans un monde multipolaire avec une foison d'acteurs non gouvernementaux, comment repenser un modèle qui date à un moment où la globalisation et l'interconnexion du monde imposent des règles et une coordination des efforts pour répondre aux défis de santé actuels? Les débats sont en cours.

www.unige.ch/gsi

NOMA: LE MAL DU PAUVRE

Le noma n'est pas causé par une bactérie ou un virus, mais par la pauvreté. Le développement de cette terrible nécrose foudroyante du visage qui frappe chaque année entre 30 000 et 140 000 enfants, principalement en Afrique, est lié à une modification de la flore buccale. C'est ce que démontrent les résultats d'une étude menée par une équipe réunissant des chercheurs de la Faculté de médecine et des

Hôpitaux universitaires de Genève. Publiés *online* dans la revue médicale *The Lancet Global Health* du 5 juillet, les travaux de l'équipe GESNOMA (*Geneva Study Group on Noma*) reposent sur une étude longitudinale d'une ampleur inédite. Basés au Niger, les chercheurs ont en effet suivi durant sept ans près de 400 enfants de moins de 12 ans, dont 85 atteints par le noma. Chez ces derniers, ils ont

constaté une perte de diversité de la flore buccale qui, associée à la malnutrition et à une baisse des défenses immunitaires liée aux naissances rapprochées, serait la principale cause du développement de la maladie. Selon les auteurs de l'article, le meilleur moyen de lutter contre le noma, qui apparaît selon eux comme « *la face immergée de l'iceberg de la pauvreté* », est

donc de miser sur la prévention en développant l'information des populations touchées pour dépister la maladie dès ses premiers signes et en encourageant une alimentation équilibrée ainsi qu'une bonne hygiène buccale.

« Risk factors for noma disease: a 6-year, prospective, matched case-control study in Niger » par Denise Barratti-Meyer et al., *The Lancet Global Health*

www.thelancet.com/lancetgh

VOYAGEURS PATIENTANT DEVANT LA GARE DE GUANGZHOU, DANS LA PROVINCE DE GUANGDONG EN CHINE LORS DE L'ÉPIDÉMIE DE SRAS EN 2003.



PANDÉMIE

NOUVEAUX VIRUS: LE COÛT DU SILENCE

FACE AUX RISQUES ÉPIDÉMIQUES AUXQUELS LE MONDE EST DE PLUS EN PLUS RÉGULIÈREMENT CONFRONTÉ, LA SURVEILLANCE DES FRONTIÈRES NE SUFFIT PAS. FAIRE FACE À CETTE MENACE EXIGE DE REPENSER LA GOUVERNANCE ET DE MODIFIER LE COMPORTEMENT DES POUVOIRS PUBLICS

Dans un monde où 160 personnes montent dans un avion à chaque seconde, la lutte contre les nouveaux agents pathogènes suppose non seulement une veille scrupuleuse, mais aussi une collaboration internationale efficace. Or, si sur le premier point de nombreux progrès ont été accomplis, essentiellement sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il reste encore beaucoup à faire pour responsabiliser les Etats. En témoigne l'histoire de deux crises récentes: celle du SRAS et celle du *Middle East corona virus*. Explications avec Didier Pittet, professeur à la Faculté de médecine, responsable du service de prévention des infections aux HUG et directeur du Centre de collaboration de l'OMS pour la sécurité des patients.

12 mars 2003: l'OMS lance une alerte mondiale suite à la propagation extrêmement rapide d'un nouveau virus appartenant à la famille des corona depuis Hong Kong. Cet agent pathogène, présent habituellement chez les rongeurs, les oiseaux ou les chauves-souris, entraîne des infections respiratoires aiguës (d'où son nom de syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS) et une forte mortalité. En quelques semaines, ce mal mystérieux est identifié à Singapour, à Hanoï et à Toronto, puis dans le reste du monde. Alors que la psychose s'installe en Asie, on passe de 800 cas au début de la crise à 8000 en juillet 2003, avec un bilan de 774 décès.

Le secret du Guandong «Le taux de mortalité est resté élevé jusqu'à ce que le virus soit identifié, ce qui a été fait relativement rapidement», explique Didier Pittet. *Le drame, c'est qu'entre-temps les patients ont continué à arriver dans les hôpitaux où ils ont infecté des infirmières ou des médecins, ce qui a contribué à renforcer encore le traumatisme.*» Finalement pour juguler la pandémie, les aéroports tels que ceux de Hong Kong et de Singapour sont fermés au prix de pertes économiques considérables.

Certaines des victimes du SRAS auraient sans doute pu être évitées. D'une part, si le port du masque et le lavage des mains avaient été systématiques. De l'autre, si les autorités chinoises avaient pris plus rapidement des mesures de sécurité strictes comme la mise en quarantaine des cas probables et la diffusion d'informations adéquates à la population.

«Le problème, c'est qu'au départ, les Chinois n'ont rien dit, pour suit Didier Pittet. On savait que le virus s'était propagé à travers

le monde depuis une chambre du 9^e étage de l'hôtel Métropole de Hong Kong mais on ignorait qu'il existait un réservoir de la maladie dans la Province du Guandong. L'aspect positif, c'est que cette crise a transformé le contrôle des infections sur le plan mondial.»

La mise en place par l'OMS de règles internationales pour la veille sanitaire ainsi que la publication de *guidelines* en cas d'épidémie, si utiles soient-elles, n'ont pourtant pas suffi à éviter qu'un scénario similaire se reproduise au moment de l'apparition d'un nouveau coronavirus, depuis rebaptisé *Middle East respiratory syndrome coronavirus* (MERS-CoV), en 2012. Un nouveau venu également responsable de troubles respiratoires aigus et affichant un taux de mortalité dépassant 50%.

A la recherche du temps perdu Si cette crise a globalement été mieux gérée, les premiers pays concernés, dont l'Arabie saoudite, n'ont une fois encore pas joué la carte de la transparence, redoutant sans doute légitimement des retombées négatives en termes d'images, en particulier dans la perspective du proche pèlerinage à La Mecque. «Nous nous sommes retrouvés dans la même situation que dix ans auparavant», explique Didier Pittet. *Confrontés à un nouveau virus dont on a longtemps ignoré l'épidémiologie. Pour connaître la vérité, il a fallu qu'une délégation de l'OMS se rende sur place pour enquêter. Nous avons donc perdu beaucoup de temps alors même que dans ce genre de situation il faut pouvoir disposer de la meilleure intelligence sur place dans les plus brefs délais, ce qui ne peut évidemment pas se faire si personne ne vous dit ce qui se passe.*»

Afin d'éviter que les mêmes causes ne produisent indéfiniment les mêmes effets, il est essentiel, selon Didier Pittet, que l'OMS continue à produire des documents de référence, à édicter des règles minimales et à concevoir des marches à suivre. Mais cela ne sera sans doute pas suffisant.

«L'OMS a certes son mot à dire en termes de santé publique internationale, mais il ne faut pas perdre de vue que cette institution reflète les positions des pays qui la composent et surtout qu'elle ne dispose d'aucun pouvoir de contrainte», explique le médecin. D'où l'idée d'une sorte de gouvernement mondial, dont les modalités restent à définir, qui permettrait également de faire face aux autres défis posés par la santé au XXI^e siècle tels le développement des maladies chroniques dans les pays émergents, les enjeux liés à la démographie et à la nutrition, le changement climatique, la mondialisation de l'économie...

OPÉRATION MAINS PROPRES

HYGIÈNE DES MAINS: LE SUCCÈS UNIVERSEL DU MODÈLE GENEVOIS

PROFESSEUR À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET RESPONSABLE DU SERVICE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS AUX HUG, DIDIER PITTET A LANCÉ AU DÉBUT DES ANNÉES 1990 UNE IDÉE QUI A RÉVOLUTIONNÉ L'HYGIÈNE MÉDICALE : REMPLACER LE LAVAGE DES MAINS AU SAVON PAR L'UTILISATION D'UNE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE

Adoptée par 170 Etats, élue au rang de standard universel par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'opération « mains propres » lancée au début des années 1990 par le professeur Didier Pittet (Faculté de médecine) concerne aujourd'hui un peu plus de 90% de la population mondiale. Contrairement à la justice italienne, le médecin genevois ne traque pas le crime organisé mais les germes susceptibles de propager des infections en milieu hospitalier. Pour en venir à bout, il a mis au point une stratégie fondée sur l'utilisation d'une solution à base d'alcool plutôt que sur le traditionnel usage du savon. Pratique, simple, peu coûteuse et applicable partout, sa méthode a obtenu des résultats spectaculaires autant à Genève que dans les zones les plus pauvres de la planète. Récit.

Consignes intenable Cette incroyable *success story* commence au début des années 1990. Fraîchement nommé à la direction du programme de prévention des infections des HUG, Didier Pittet lance une enquête afin d'avoir une image précise de la situation qui prévaut dans les murs de l'hôpital. Il constate notamment que les recommandations en matière d'hygiène des mains ne sont pas respectées très scrupuleusement. « Selon les standards de l'époque, il faut en effet aller au lavabo, se savonner, se rincer, puis se sécher les mains, explique-t-il. Or même si ledit lavabo ne se trouve qu'à quelques mètres, ces opérations deviennent vite chronophages. Nous avons calculé, montre en main, que si une infirmière des soins intensifs souhaitait respecter ces consignes, elle y consacrerait plus de la moitié de son temps de travail, ce qui est tout à fait impossible à imaginer dans un monde médical où le temps dédié aux soins est fortement limité. » Pour avoir souvent travaillé en laboratoire, Didier Pittet sait qu'on y utilise des solutions d'alcool pour éviter la propagation de germes résistants. D'où l'idée de fournir le même type de produits au personnel soignant, sous la forme de petits flacons qui peuvent être déposés partout y compris dans une poche ou au pied du lit d'un malade.

Beaucoup plus rapide que le lavage des mains traditionnel (une vingtaine de secondes contre une minute à une minute trente),

cette façon de faire permet, en outre, d'éviter les risques liés à l'usage d'une eau de mauvaise qualité, ce qui n'est pas rare dans les pays pauvres.

Informé et éduqué « Les solutions hydro-alcooliques agissent en explosant la paroi des bactéries, ce qui, contrairement au savon (antiseptique ou non) ne leur laisse aucune chance de survie, complète Didier Pittet. Cependant, pour être efficaces, ces gels doivent être composés d'un mélange d'alcool (à hauteur de 75 à 80%) et d'eau. S'il n'y a pas d'eau, cela ne fonctionne pas et, inversement, s'il y a trop ou pas assez d'alcool le résultat ne sera pas non plus concluant. » Différents adjuvants peuvent par ailleurs y être ajoutés, par exemple pour éviter d'assécher les mains, sans que l'efficacité du produit ne s'en trouve altérée.

Conditionnés sous l'appellation « Hopigel » ou « Hopirub », une multitude de petits flacons sont ensuite distribués aux quatre coins de l'Hôpital. Pour faire passer le message, une campagne d'affichage et d'information est lancée avant de procéder à une première évaluation. « Afin de faire changer les comportements en profondeur, une équipe d'une quarantaine de personnes a été mobilisée durant plusieurs années pour assurer le suivi du projet et éduquer le personnel soignant », raconte Didier Pittet. Résultat : une chute de 50% des infections au sein de l'hôpital après quatre ans d'utilisation, soit une économie de 24 millions de francs par année, sans parler du bien-être des patients.

Publiés dans la revue *The Lancet* du 14 octobre 2000, les résultats obtenus à Genève ne tardent pas à attirer l'attention. La stratégie est d'abord répliquée en Belgique, en Australie et aux Etats-Unis par des collègues de Didier Pittet. Le médecin reçoit ensuite la visite d'une importante délégation britannique souhaitant généraliser le *Geneva model* à l'échelle nationale avec la mise en place d'un système centralisé incluant la production et la distribution de l'alcool mais aussi la fabrication des posters et autres outils pédagogiques.

« Egalement intéressée par la démarche, l'OMS nous a dans un premier temps demandé de réaliser des marches à suivre pour l'hygiène des mains utilisables dans le monde entier, poursuit

Bio express



Nom : Didier Pittet

Nationalité : Suisse

Titres : Professeur de médecine et d'épidémiologie hospitalière à la Faculté de médecine, responsable du Service de prévention des infections aux HUG et directeur du Centre de collaboration de l'OMS pour la sécurité des patients.

Parcours : Diplôme en Médecine tropicale et en Santé communautaire de l'UNIGE, diplôme d'épidémiologie et santé communautaire de l'Université d'Iowa (Etats-Unis).



FIGURANT SUR LA LISTE DES 350 MÉDICAMENTS ESSENTIELS DE L'OMS, **LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE DOIT ÊTRE UTILISÉE SYSTÉMATIQUEMENT:**

AVANT UN CONTACT AVEC LE PATIENT

AVANT UN GESTE ASEPTIQUE (SOINS BUCCODENTAIRES, ASPIRATION DE SÉCRÉTIONS, RÉFÉCTION DE PANSEMENT, INSERTION DE CATHÉTER)

APRÈS LE RISQUE D'UNE EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE (SUEUR, SANG, URINE)

APRÈS UN CONTACT AVEC LE PATIENT

APRÈS UN CONTACT AVEC L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT (QUI PEUT ÊTRE RICHE EN AGENTS PATHOGÈNES)

L'OPÉRATION NE DISPENSE PAS D'UN LAVAGE CLASSIQUE AU SAVON LORSQUE LES MAINS SONT VISIBLEMENT SOUILLÉES.

Didier Pittet. *Puis en 2005, l'organisation a lancé l'initiative Clean Care is Safer Care et publié un document faisant de la friction hydro-alcoolique la méthode universellement recommandée pour l'hygiène des mains.*»

Faux ongles et docteurs de la foi

Mener à bien ce véritable changement de paradigme n'a pas été sans poser quelques difficultés. Aux Etats-Unis, il a ainsi fallu batailler ferme avec certains *Fire Marshall* peu enclins à stocker des flacons d'alcool au sein de l'hôpital dont ils avaient à assurer la sécurité. Des infirmières se sont également élevées contre l'usage de cette substance qui délogeait les faux ongles, depuis bannis des soins pour des raisons évidentes d'hygiène.

Un problème plus sérieux est apparu en Grande-Bretagne lorsqu'une jeune infirmière musulmane a été expulsée de son domicile par ses parents sous prétexte qu'elle était exposée à l'alcool en se servant d'un gel hydro-alcoolique, ce qui n'est pas conforme à la religion. « Cette histoire n'avait rien d'anecdotique dans la mesure où elle aurait pu conduire à un rejet de la stratégie que nous avons développée dans une grande partie du monde musulman, explique Didier Pittet. Nous avons donc mis sur pied une task force avec les docteurs de la foi du clergé musulman qui ont relu le Coran avant de conclure que l'utilisation d'une friction hydro-alcoolique ne brisait pas l'interdit posé sur la consommation d'alcool.

Parallèlement, nous avons tout de même mis au point une formule alternative de notre solution basée sur un type d'alcool, isopropylique, qui n'est pas absorbé à travers la peau. Depuis, grâce notamment au soutien de la Ligue musulmane, c'est dans cette région du monde que le décollage de notre initiative est le plus impressionnant.»

« LES SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES EXPLOSENT LA PAROI DES BACTÉRIES, CE QUI NE LEUR LAISSE AUCUNE CHANCE DE SURVIE »

Une autre difficulté est apparue lorsqu'il s'est avéré que dans certains pays africains un flacon pouvait coûter jusqu'à deux fois et demie plus cher qu'à Boston ou à Genève. L'équipe de Didier Pittet a alors décidé d'en donner la recette à l'OMS afin d'éviter toute spéculation abusive de la part d'entreprises privées. Si bien qu'aujourd'hui près de 40 pays produisent localement les stocks dont ils ont besoin à partir de matières premières comme la

canne à sucre, le manioc ou la noix.

« Dans tous les pays où ce dispositif a été adopté, on constate une chute spectaculaire des taux d'infection, conclut Didier Pittet. Au Bénin, par exemple, la campagne en faveur de la friction hydro-alcoolique a été introduite dans un tiers du pays. Depuis, les taux d'infection pour cette région sont passés de près de 30%, ce qui est la moyenne nationale, à 12%. En Ouganda, l'introduction de ce programme a permis de réduire la mortalité des suites de couches de plus de 80% en six mois tandis que la septicémie post-chirurgicale, mortelle une fois sur trois, a chuté de plus de 70%. »

www.who.int/gpsc/fr/

SOIGNER ET FORMER À DISTANCE

LA TÉLÉMÉDECINE JOUE EN LIGUE GLOBALE

LE RÉSEAU DE TÉLÉMÉDECINE RAFT PERMET AUX MÉDECINS DE LA BROUSSE AFRICAINE DE SOUMETTRE DES CAS DE PATIENTS À DES COLLÈGUES À TRAVERS LE CONTINENT ET DE SUIVRE DES COURS DE FORMATION CONTINUE SANS QUITTER LEUR DISPENSAIRE

C'est un effet d'aspirateur implacable. La main-d'œuvre locale étant insuffisante, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) engagent du personnel frontalier. Les établissements de santé français emploient à leur tour des médecins et des infirmières du sud de l'Europe. Les pays méditerranéens font de même avec des soignants d'Afrique du Nord, et ces derniers attirent ceux des pays du sud du Sahara, déjà peu pourvus au départ, et qui voient ainsi une partie de leurs professionnels de la santé s'en aller inexorablement vers le Nord sans pouvoir se fournir ailleurs. Cette accentuation du déséquilibre mondial des forces de travail dans le domaine de la santé est un des effets pervers de la mondialisation qui fait partie des enjeux de la santé globale. C'est dans ce contexte que des initiatives comme le RAFT (Réseau en Afrique francophone pour la télé-médecine), mis en place et dirigé par Antoine Geissbühler, professeur au Département de radiologie et informatique (Faculté de médecine), peuvent apporter des solutions.

Expertise appréciée «*Le RAFT n'est pas un projet de santé globale à proprement parler, précise le chercheur genevois. Mais il est une bonne illustration de la maxime chère aux tenants d'une mondialisation réussie: "pensez global, agissez local."* En fin de compte, les membres du réseau sont en effet des médecins isolés dans la brousse, vivant et agissant localement au sein de leur communauté, en fonction de la réalité du terrain. Grâce au RAFT, ils sont insérés dans un réseau professionnel régional ou national inscrit lui-même dans un système plus vaste englobant une partie du continent et qui rassemble au final une palette d'expériences très riches et très appréciées.

Rompre l'isolement Lancé en février 2000, le RAFT vise à rompre l'isolement et la précarité des centres de soins

éparpillés dans la brousse africaine. Grâce à des logiciels (gratuits) développés à l'Université de Genève, notamment par Jean-Marc Naef, de la Division informatique, les hôpitaux peuvent se transmettre des images et des documents par Internet, même si les conditions sont difficiles, avec une bande passante très réduite ou des coupures de courant fréquentes. Il suffit donc de doter le dispensaire d'un ordinateur portable muni des fameux programmes informatiques, d'une caméra et d'une connexion (via satellite grâce à des antennes ou via le réseau de téléphonie mobile) et le tour est joué.

A partir de cette installation sommaire mais robuste, les médecins de campagne peuvent communiquer avec leurs collègues de l'hôpital de la capitale, voire avec ceux des HUG, où sont d'ailleurs installés les serveurs informatiques du RAFT. Le système permet, d'une part, de dispenser des

cours de formation continue et, de l'autre, de pratiquer des consultations, le tout à distance, sans bouger du dispensaire. Certains hôpitaux ruraux ont même été équipés d'échographes et d'électrocardiographes adaptés aux conditions du terrain. Le médecin local, qui a reçu au préalable une formation accélérée de deux semaines, peut ainsi envoyer immédiate-

ment les images obtenues à des experts, installés parfois à des milliers de kilomètres, pour obtenir une confirmation ou une correction de son diagnostic.

«*Quand un médecin demande un avis sur le réseau, il n'obtient pas une réponse en direct, précise encore Antoine Geissbühler. Il est très difficile de coordonner rapidement les emplois du temps des uns et des autres. En revanche, grâce aux*

**LE RAFT EST UNE
BONNE ILLUSTRATION
DE LA MAXIME
CHÈRE AUX
TENANTS D'UNE
MONDIALISATION
RÉUSSIE:
« PENSEZ GLOBAL,
AGISSEZ LOCAL »**



outils informatiques que nous avons développés, il peut poser ses questions et joindre les documents (radios, rapports...) nécessaires à la compréhension du cas via Internet et être sûr de recevoir une réponse dans les 24 heures.»

Baisse des coûts Et c'est là le principal bénéfice du réseau. Grâce à lui, le médecin de brousse n'est plus obligé de s'absenter régulièrement pour se rendre en ville afin de consulter ses collègues ou de suivre un colloque, laissant derrière lui un centre de soins sans remplaçant. Mieux, il peut soigner sur place des malades qui, en temps normal, auraient dû être envoyés vers un hôpital plus important. Les patients évitent ainsi souvent un voyage dangereux et coûteux, pour eux et la famille qui les accompagne.

«Nous avons mené les premières études mesurant l'impact réel de RAFT sur le système de santé local, explique Antoine Geissbühler. Deux mémoires de maîtrise universitaire, que viennent d'achever Laurence Thévoz et David Pécol, ont porté sur l'évaluation médico-économique de la télé-médecine au Mali. Ils ont pu montrer que le RAFT entraîne une baisse significative des coûts puisque les patients ne doivent pas forcément se rendre à Bamako pour se faire soigner. L'autre avantage est que le réseau a souvent aidé les médecins de brousse à prendre les bonnes décisions et à poser les bons diagnostics, ce qu'ils n'auraient probablement pas pu faire sans son appui.»

Quelques indicateurs semblent également montrer que, grâce au RAFT, les médecins de campagne restent plus longtemps à leur poste. Le taux de rotation dans les centres de soins ruraux est en effet très élevé. Il n'est pas rare qu'après une

année seulement les médecins s'en aillent, fatigués des conditions de travail. Désormais, il semblerait qu'ils demeurent plus longtemps en place car leur travail est plus satisfaisant. Grâce à la télé-médecine, ils ont davantage de consultations, sont plus disponibles pour leurs patients et sont valorisés dans leur pratique par le fait que la bonne réputation de leur centre de soins se répand loin à la ronde.

Le RAFT est implanté dans chaque pays avec le soutien des autorités. Le processus commence toujours modestement et le nombre d'hôpitaux connectés croît ensuite régulièrement jusqu'à former un véritable réseau de personnes, médecins, politiciens, techniciens, etc. Plus de 80% des consultations et des séminaires (dispensés trois fois par semaine) sont produits ou traités par des équipes africaines. Plus qu'un transfert de connaissances Nord-Sud, le RAFT est donc devenu une véritable plateforme d'échange Sud-Sud. Le réseau vient d'ailleurs de recevoir en septembre à Tunis l'*e-Health Award 2013*, catégorie *Empowering the health workforce*, un prix décerné par la Banque africaine de développement.

D'un continent à l'autre Soutenu principalement par le Fonds de solidarité internationale de l'Etat de Genève, ainsi que par les HUG, l'Université, la Fondation Lynx for Hope et la Fondation Johnson & Johnson, le RAFT, après plus de treize ans de fonctionnement, continue de se développer. Aujourd'hui, en Afrique, une vingtaine de pays, surtout francophones mais aussi anglophones, font partie du réseau. D'autres sont sur le point de le rejoindre, comme le Togo ou le Gabon. Des premiers contacts ont aussi été établis avec

Bio express



Nom : Antoine Geissbühler

Nationalité : Suisse

Titres : médecin-chef du Service de cybersanté et télé-médecine des HUG, directeur du département de radiologie et informatique médicale (Faculté de Médecine)

Parcours : Après une formation à l'Université de Genève, il se spécialise durant près de quatre ans à l'Université de Vanderbilt, aux Etats-Unis. Il revient à Genève en 1999 et devient professeur ordinaire en 2006.

ÉCHOGRAPHIE
À L'HÔPITAL RÉGIONAL
DE KOLOKANI.

CET ÉTABLISSEMENT
EST L'UN DES CINQ
SITES PILOTES DU
RÉSEAU RAFT POUR LA
TÉLÉ-ÉCHOGRAPHIE
ET LA TÉLÉ-ÉLECTRO-
CARDIOGRAPHIE.

ANTOINE GEISSBUHLER



l'Angola. La création en Afrique d'un réseau lusophone (le portugais est la langue la plus parlée dans l'hémisphère Sud) pourrait attirer le Brésil, très expérimenté en matière de télé-médecine en raison de son très vaste territoire, et faire de lui un partenaire précieux du RAFT.

Par ailleurs, depuis 2011, un réseau indépendant s'est également développé, grâce au soutien de la société horlogère Piaget, dans l'Altiplano bolivien (autour du lac Titicaca, du lac salé d'Uyuni et de la région d'Oruro), qui présente de nombreuses similitudes, en termes d'isolement et de pauvreté, avec l'Afrique. Cette extension latino-américaine du réseau a valu à Antoine Geissbühler de se voir approché par l'Union internationale des télécommunications (UIT), désireuse d'étendre le principe du RAFT à tout le continent sud-américain. Un accord de principe a été signé entre l'Université et l'UIT et même si le projet n'existe pour l'instant que sur le papier, c'est une bonne illustration, selon le médecin genevois, de ce que les économistes appellent la *reverse innovation*.

Ce terme, imaginé par des professeurs du Dartmouth College au New Hampshire et par le PDG de General Electric en 2009, désigne les innovations développées pour répondre à des besoins spécifiques du terrain et qui, par la suite, trouvent un débouché global. Il s'oppose au concept de «glocalisation», qui tend à adapter à un marché local un produit initialement pensé pour être vendu à une échelle globale.

«Le but du RAFT est que les pays participants, après quelques années, s'emparent totalement du réseau national que nous avons implanté et récupèrent les compétences que nous avons édifiées sur place, explique Antoine Geissbühler. Le réseau de l'Altiplano, bien qu'il conserve des liens forts avec nous, est actuellement totalement géré depuis la Bolivie par des personnes dont certaines sont passées par mon équipe. Notre cellule au Niger, quant à elle, sur l'initiative du Ministère de la santé local vient d'identifier tous les hôpitaux du pays connectés à Internet mais qui ne sont pas encore membres du RAFT. Ils en ont trouvé une trentaine qui vont simplement intégrer le réseau. Au Tchad, c'est le gouvernement qui a pris sur lui d'installer des antennes satellites dans des hôpitaux isolés.»

Des antennes satellites, il y en aura d'ailleurs de moins en moins besoin. Sans que cela améliore la qualité de la connexion, le système 3G se répand progressivement sur tout le continent. C'est une bonne nouvelle pour les finances du RAFT. Un abonnement pour une connexion par satellite coûte en effet plus de 400 francs par mois, sans parler du coût de l'antenne, alors que via la téléphonie mobile, ce prix chute à 30 francs. Ces frais représentant l'une des principales charges sur le long terme du réseau, cette diminution permettra de transférer des fonds vers d'autres projets d'implémentation.

<http://raft.hcuge.ch/>

BOL D'AIR

LES PARCS NOUS METTENT AU VERT

LA QUALITÉ DE L'URBANISATION EST UN ÉLÉMENT IMPORTANT DANS LA SANTÉ GLOBALE. DE QUELLE MANIÈRE LES ESPACES VERTS AMÉNAGÉS DANS L'ENVIRONNEMENT CONSTRUIT AMÉLIORENT-ILS LA SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE ? UN PROGRAMME DE RECHERCHE EUROPÉEN TENTE DE LE SAVOIR

Bio express



Nom : Roderick Lawrence

Nationalité :

Titres : Responsable du groupe écologie humaine à l'Institut des sciences de l'environnement et professeur associé au Département de géographie et environnement

Parcours : Lawrence Roderick a fait ses études à l'Université d'Adélaïde (Australie), à l'Université de Cambridge (Angleterre) et à l'École polytechnique fédérale de Lausanne.

Une ville riche en espaces verts est meilleure pour la santé et la qualité de vie de ses habitants qu'une cité entièrement bétonnée. Personne n'en doute. Mais le simple fait d'aménager un parc dans un quartier a-t-il véritablement comme résultat d'améliorer le bien-être des riverains ? Sa simple existence diminue-t-elle le stress ou motive-t-elle les gens à s'adonner à la course à pied ? En réalité les scientifiques savent peu de choses à propos des liens existant entre l'exposition d'une population à des espaces verts et les effets bénéfiques que cela pourrait avoir sur sa santé. Ces informations concernant la santé environnementale seraient pourtant d'une grande utilité en matière d'aménagement du territoire, de développement urbain et de gestion des espaces verts.

C'est pour en savoir davantage sur ces questions que la Commission européenne, dans son septième programme-cadre, finance sur quatre ans un projet interdisciplinaire baptisé PHENOTYPE (acronyme pour *Positive health effects of the natural outdoor environment in typical populations of different regions in Europe*). Celui-ci regroupe plusieurs équipes, dont celle du professeur Roderick Lawrence, responsable du groupe écologie humaine à l'Institut des sciences de l'environnement et professeur associé au Département de géographie et environnement (Faculté des sciences économiques et sociales).

«Aujourd'hui, l'aménagement d'espaces naturels dans des zones urbaines répond avant tout à des critères dont les priorités sont d'ordre esthétique, économique, technologique ou encore politique, explique le chercheur genevois. Quand on analyse rationnellement ces critères, il apparaît que la dimension de santé et de qualité de vie des habitants est largement négligée. Le projet PHENOTYPE, qui doit se terminer fin 2015, vise à accumuler

d'avantage de connaissances sur ce sujet et, surtout, à combler le fossé qui sépare cette masse d'informations de leur applicabilité dans la politique, autrement dit leur mise en œuvre concrète. C'est sur ce point-là, justement, que se concentre mon travail.»

En d'autres termes, après ces quatre années de recherches, Roderick Lawrence espère bien être en mesure de fournir un certain nombre de lignes directrices utiles aux décideurs. Des lignes directrices qui, si l'on ramenait la problématique à la situation genevoise, permettraient de répondre à des questions telles que de savoir s'il faut prévoir ou non des parcs dans le futur quartier genevois de la Praille-Acacias-Vernets ; si cela vaut la peine de transformer la pointe de la Jonction en un grand espace vert ; s'il est opportun d'introduire des jardins communautaires en ville ; ou encore comment réaménager les pelouses entre certaines barres d'immeubles à Meyrin qui, au lieu d'être des lieux de rencontre ou d'activité physique, sont en réalité des no man's land dont on ignore la réelle utilité.

De manière plus générale, l'intérêt récent des chercheurs pour la santé environnementale vient du fait qu'un nombre croissant de maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardiovasculaires) sont reliées à notre mode de vie. Et ce terme ne recouvre pas seulement l'alimentation mais aussi la sédentarité et d'autres facteurs qui doivent beaucoup à l'environnement construit. Ainsi, un quartier sans trottoirs, comme on en trouve aux Etats-Unis, ne favorise pas l'exercice physique, pour prendre un exemple extrême. Dans ce contexte, l'aménagement urbain dont font partie les espaces verts joue un rôle indéniable sur la santé, mais méconnu.

De Barcelone à Vilnius Un des volets du projet PHENOTYPE consiste à consulter le passé et à retrouver

A PRIORI ÉVIDENTS,
LES BÉNÉFICES POUR
LA SANTÉ DES ESPACES
VERTS NE SONT PAS
FACILES À CHIFFRER.



« L'AMÉNAGEMENT D'ESPACES NATURELS DANS DES ZONES URBAINES RÉPOND AVANT TOUT À DES CRITÈRES D'ORDRE ESTHÉTIQUE, ÉCONOMIQUE, TECHNOLOGIQUE OU ENCORE POLITIQUE »

toutes les études qui ont été réalisées sur la relation entre les gens et leur milieu de vie. Le problème c'est que la grande majorité de la littérature scientifique, qui remonte aux années 1970, est composée d'études de cas. Réalisées sur de petits groupes de personnes, non représentatifs de la population entière, ces analyses ponctuelles ne peuvent pas répondre aux exigences de la recherche médicale actuelle, basée sur des preuves. Les chercheurs tenteront malgré tout d'en tirer des informations épidémiologiques intégrant la santé mentale, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le cancer, l'obésité, etc.

Le projet PHENOTYPE prévoit aussi la réalisation de nouvelles études. Quatre d'entre elles, comptant un millier de participants à chaque fois, sont d'ailleurs en cours dans les villes de Barcelone, Amsterdam, Stockholm et Vilnius. Leur objectif consiste notamment à déterminer dans quelle mesure les espaces verts sont à même, chez les riverains, de réduire le stress ou d'augmenter l'activité physique et l'interaction sociale. Elles seront doublées de quatre autres études, plus approfondies et donc comptant moins de participants (entre 20 et 40), pour cibler davantage certaines questions comme la santé mentale ou les maladies cardiovasculaires. Fidèle à la transdisciplinarité, le projet PHENOTYPE compte plusieurs épidémiologistes dans ses rangs, en plus des sociologues, géographes et autres psychologues.

Pas de formule magique « Ces études ne sont pas réalisées dans des environnements contrôlés mais sur le terrain, dans le milieu

de vie réel des gens, explique Roderick Lawrence. Certains paramètres environnementaux sont assez faciles à collecter, comme la qualité de l'air ou de l'eau, le niveau du bruit, le nombre de parcs et leur étendue, la pression artérielle des sujets étudiés, ou encore l'état de leurs poumons. Mais d'autres informations sont nettement plus subtiles à obtenir. L'idée consiste à soumettre aux participants des questionnaires sur leur niveau de satisfaction, leur santé, leur qualité

de vie... La conception de ces questionnaires n'est pas aisée. Le nombre de paramètres qui entrent en ligne de compte est en effet très important. Et il faut pouvoir isoler le facteur des espaces verts de tous les autres, comme par exemple le fait d'avoir des voisins sympathiques ou de bénéficier d'un climat agréable. »

Les chercheurs impliqués dans le projet PHENOTYPE doivent aussi lutter contre la volonté de certains (politiques, promoteurs...) de produire comme résultat final un ou des chiffres faciles à manipuler. Pour Roderick Lawrence, il est illusoire de penser que le projet aboutisse à une recette magique, comme le nombre de mètres carrés d'espace vert par habitant nécessaire à leur bonheur ou encore la distance minimale qui devrait exister entre une habitation et un parc.

www.phenotype.eu/fr

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE: LA SUISSE À LA TRAÎNE

En matière de santé environnementale, la Suisse, autrefois pionnière, est désormais à la traîne. C'est un des résultats de la thèse qu'est en train de terminer Julien Forbat, doctorant à l'Institut des sciences de l'environnement. Ce dernier a comparé les politiques publiques en la matière dans trois pays au régime fédéral, la Suisse, l'Allemagne et la Belgique, entre 1995 et 2008. La santé environnementale est la discipline qui vise à évaluer les facteurs environnementaux qui ont un impact sur la santé des individus. Cela peut comprendre la qualité de l'air et de l'eau mais pas seulement. Une vision plus large

du concept comprend aussi l'environnement socio-économique, esthétique, culturel, etc. Sous la pression de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Union européenne (UE), les différents pays européens, y compris la Suisse, ont défini dans les années 1990 des stratégies spécifiques en matière de santé environnementale. Dans l'UE, certains ont joué le rôle de moteur, comme l'Allemagne et, plus tardivement la France. Les autres, en se contentant d'un rôle de suiveur, ont néanmoins réussi à maintenir un bon niveau dans le domaine.

En Suisse, la mise en œuvre de la stratégie a été confiée à une section de l'Office fédéral de la santé publique qui ne disposait pas des compétences adéquates. L'équipe n'a pas réussi à développer une expertise propre ni à trouver des soutiens politiques. En 2007, en période de restriction du budget, ce service a donc été sacrifié sans beaucoup de résistance. Toute la stratégie de santé environnementale au niveau fédéral a alors été totalement abandonnée.

CARICATURE DATANT DE 1883 MONTRANT LE CHOLÉRA ARRIVANT DANS LES VILLES OCCIDENTALES PAR BATEAU.

CES ÉPIDÉMIES ONT CONDUIT À UN RENFORCEMENT DES RÈGLES DE QUARANTAINE ET À L'ÉTABLISSEMENT D'ACCORDS INTERNATIONAUX VISANT À ÉVITER LES ABUS QUI NUIRAIENT AU COMMERCE.

UN OBJET DE NÉGOCIATION

«NOTRE SANTÉ DÉPEND DE CELLE DES AUTRES»

LA DIPLOMATIE EN SANTÉ GLOBALE EXISTE DEPUIS AU MOINS 150 ANS. ELLE EST DEVENUE RÉCEMMENT UN DOMAINE D'ACTIVITÉ ET UN SUJET D'ÉTUDE À PART ENTIÈRE

Les diplomates négocient depuis longtemps des accords touchant, de près ou de loin, à la santé. Aujourd'hui, la santé globale devient de plus en plus un objectif direct de la politique extérieure. Ilona Kickbusch, professeure et directrice du Programme de santé globale à l'Institut universitaire de hautes études internationales et de développement (IUHEID), en a fait son champ de recherche.

Qu'est-ce que la diplomatie en santé globale ?

La diplomatie en santé globale comprend l'ensemble des négociations internationales qui touchent, directement ou indirectement, à la santé globale. C'est une ancienne pratique qui n'est devenue que récemment un champ de recherche et un domaine d'activité à part entière. Elle existe probablement depuis au moins 150 ans. Elle a commencé pour des raisons commerciales. A l'époque, les navires marchands suspectés de véhiculer des maladies comme le choléra ou la fièvre jaune, devaient rester en quarantaine dans les ports avant de pouvoir débarquer leurs marchandises et continuer leur route. Le problème, c'est que certains Etats soupçonnaient leurs rivaux d'utiliser cette mesure pour entraver le commerce. A un certain moment, les grands pays commerçants ont compris qu'il valait mieux se mettre d'accord et édicter des règles communes en matière de quarantaine.

Comment les choses ont-elles évolué ensuite ?

La diplomatie en santé globale s'est développée avec la création de l'Organisation de la santé, au sein de la Société des

Nations à Genève puis celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948 dans le cadre de l'Organisation des Nations unies, toujours à Genève. Cette ville, on le voit, possède une longue expérience dans ce domaine. Cela dit, la diplomatie en santé globale n'est pas l'exclusivité de l'OMS. On la pratique aussi à l'Organisation mondiale du commerce (OMC), puisque les accords sur le commerce ou la propriété

intellectuelle peuvent avoir un impact sur la santé des populations, ou encore au Conseil des droits de l'homme des Nations unies, car l'on considère la santé comme un droit humain. La santé globale fait également partie des négociations dans les clubs politiques comme le G8 ou le G20, où les dirigeants des pays les plus industrialisés se mettent d'accord sur le financement d'initiatives de santé publique à

l'échelle planétaire, comme la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002.

Avez-vous des exemples concrets de négociations en santé globale ?

Dans le contexte de l'accès aux traitements, de nombreuses discussions tournent autour de la question de savoir qui peut fabriquer les médicaments et fixer leur prix ou encore qui a le

« A UN CERTAIN MOMENT, LES GRANDS PAYS COMMERÇANTS ONT COMPRIS QU'IL VALAIT MIEUX SE METTRE D'ACCORD ET ÉDICTER DES RÈGLES COMMUNES EN MATIÈRE DE QUARANTAINE »



droit de produire des génériques. Les gouvernements des pays développés ont un intérêt économique à protéger leur industrie pharmaceutique et à refuser que ne soient levées certaines réglementations en matière de commerce et de propriété intellectuelle. De l'autre côté, les pays en voie de développement souhaitent obtenir de meilleurs prix afin que la population puisse acheter des médicaments. Cela donne lieu à d'après négociations comme avec les génériques des antirétroviraux contre le VIH. Autre exemple : dans les années 1980-1990, la Thaïlande a eu un grave conflit avec les Etats-Unis à propos de l'importation du tabac, dont les méfaits sur la santé globale ne sont plus à démontrer. Le gouvernement thaïlandais ne voulait pas être forcé, pour des questions d'accords commerciaux, à retirer des réglementations mises en place pour lutter contre le tabagisme (interdiction de la publicité notamment).

A l'issue d'une bataille assez dure contre le lobby des cigarettiers américains, la Thaïlande a pu maintenir, en l'adaptant, son système préventif.

Pourquoi l'IUHEID (ou Graduate Institute) s'intéresse-t-il à la diplomatie en santé globale ?

Ces dernières années, les Ministères des affaires étrangères s'impliquent davantage dans les négociations en santé globale car celles-ci mettent de plus en plus souvent en jeu les intérêts nationaux. C'est donc devenu une pièce incontournable des relations internationales qui représentent notre domaine d'étude. Concrètement, nous analysons les cas de figure où la politique extérieure sert ou dessert la santé globale. Nous remarquons ainsi que les diplomates ont joué un rôle très important et positif dans le cas des négociations autour de



la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le premier traité international, adopté en 2003, à avoir été négocié sous les auspices de l'OMS. Ils se sont également avérés utiles dans des réunions traitant du programme de l'OMS de préparation aux pandémies. Mais dans d'autres cas, nous l'avons vu avec l'exemple du tabac en Thaïlande, les intérêts de la politique extérieure d'un pays peuvent aller à l'encontre de ceux de la santé publique. Parfois aussi, la santé sert d'instrument à la politique extérieure avec, de nouveau, des conséquences positives et négatives. Elle peut ainsi être utilisée pour nouer de meilleures relations entre les pays, comme c'est le cas en général dans l'aide au développement. A l'inverse, on remarque que certaines actions visent à conquérir les cœurs et les esprits de la population sur le moment mais qu'elles ne valent rien sur le long terme. Il est arrivé qu'on construise un hôpital magnifique dans une région défavorisée avec de nombreuses promesses d'une vie meilleure. Et lorsqu'on revient quelques années plus tard, il est totalement vide.

La diplomatie en santé globale est-elle également engagée en cas de crise pandémique ?

La santé entre de plain-pied dans la politique extérieure dès lors que la sécurité sanitaire est en péril. Les virus ne connaissent pas les frontières. Prenez le cas du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient qui est apparu en Arabie saoudite en 2012 (82 cas et 44 décès à ce jour dans le

monde). De nombreuses négociations ont eu lieu pour gérer la pandémie et notamment prendre des mesures préventives concernant le pèlerinage à La Mecque qui rassemble chaque année des millions de personnes. Finalement, une tendance qui s'accroît avec le temps est celle de faire de la santé globale l'objectif premier de la politique extérieure. Dans ce cas, on ne s'occupe plus seulement de la santé de sa propre population mais aussi de celle des autres. De tous les autres. C'est le principe de la « Déclaration ministérielle d'Oslo », une initiative lancée en 2007 par un groupe de pays, comprenant la France, la Norvège, l'Indonésie et l'Afrique du Sud, et adoptée par l'ONU en 2010. Le texte considère que la santé est un des principaux objectifs de la politique extérieure du XXI^e siècle. Dans la même veine, la santé globale fait partie des Objectifs du Millénaire pour le développement, adopté en 2000 par l'ONU et qui arrivent à échéance en 2015. De nombreux efforts ont été entrepris pour les atteindre, grâce à des initiatives visant, par exemple, à améliorer la santé de la mère et de l'enfant. La date butoir approchant, les négociations ont déjà commencé pour déterminer quelle suite donner à ce programme.

Qui sont les négociateurs en santé globale ?

Nous estimons que tout le monde est un négociateur de santé. Cela comprend les fonctionnaires des Ministères des affaires étrangères, de la santé ou encore du développement mais aussi

MANIFESTANTS
ANTI-FUMÉE À MANILLE
AUX PHILIPPINES
EN MARS 2013.

les représentants de la société civile, de même que ceux du secteur privé. Cela est particulièrement visible dans les organisations hybrides telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou le GAVI (Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation) dans lesquelles sont représentés différents acteurs politiques et sociaux investis dans la santé globale.

Les diplomates professionnels sont-ils compétents en matière de santé ?

Plus la santé globale monte dans l'agenda politique, plus il y aura besoin de diplomates et de fonctionnaires des affaires étrangères qui devront se perfectionner en santé. C'est pourquoi nous proposons une formation de diplomatie en santé globale pour les diplomates en Suisse mais aussi à l'étranger. Nous attirons ainsi des acteurs de la santé, de la politique extérieure, des organisations non gouvernementales (ONG) ou encore des universités. L'un des buts de cette formation est que les participants apprennent la manière de parler et de réfléchir des uns et des autres. Ce n'est pas trivial. De par la nature de son travail, un diplomate ne s'exprime pas comme un médecin, plus direct. Les professionnels de la santé travaillent avec passion et se basent sur des preuves. Il est important que cette passion soit transmise aux diplomates et que ces derniers utilisent les mêmes preuves pour œuvrer dans l'intérêt national et, surtout, global. L'un ne va pas sans l'autre. Tout est interconnecté.

Comment la société civile intervient-elle dans ces discussions ?

La particularité de la diplomatie en santé globale, c'est qu'elle est ce qui se rapproche le plus d'une diplomatie publique. Chaque citoyen a intérêt à s'impliquer dans le débat. Nous remarquons que les diplomates ont absolument besoin de parler avec les représentants de la société civile, notamment des groupes de patients. Ces derniers, de leur côté, participent ou assistent aux négociations. D'ailleurs, à l'OMS cette année, pour la première fois, les représentants de la société civile ont utilisé les médias sociaux (Twitter, Facebook...) durant tout le temps des discussions. Chacun pouvait être au courant en direct et, le cas échéant, vérifier que le délégué de son pays n'était pas venu à Genève seulement pour se payer du bon temps. Cette transparence, qui tranche avec le secret généralement attaché aux négociations, oblige les politiques à rendre des comptes. Elle contribue à la démocratisation de la santé en général qui commence avec le rapport d'égal à égal avec

« LA DÉMOCRATISATION DE LA SANTÉ COMMENCE AVEC LE RAPPORT D'ÉGAL À ÉGAL AVEC SON DOCTEUR ET SE TERMINE AVEC UNE PARTICIPATION AUX NÉGOCIATIONS INTERNATIONALES »

son propre docteur et se termine avec une participation aux négociations internationales.

L'OMS ne devrait-elle pas se réformer si elle veut répondre à ces évolutions ?

L'OMS est déjà en train de se réformer depuis plusieurs années. Les ONG et la société civile ont joué un grand rôle dans les négociations autour de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Concernant la préparation aux pandémies, les diplomates ont discuté ferme avec les représentants du secteur privé. Quelqu'un a qualifié l'OMS de vaisseau mère. C'est en effet un gros navire, pas toujours facile à manœuvrer, mais qui est entouré par une myriade de petites embarcations. Ces cinq dernières années, le comité exécutif de l'agence a énormément changé. Il est toujours formé de 34 membres mais, en janvier dernier, une de ses réunions a rassemblé à Genève pas moins de 1000 personnes, histoire de pouvoir influencer sur les décisions. Quant à l'Assemblée générale de l'OMS, qui rassemble 197 pays, elle mériterait une réforme. Dans ce cénacle, les négociations sont lourdes et ennuyeuses pour le grand public, ce qui fait que les médias ne relaient presque pas les résultats des débats. Par ailleurs, étant donné la structure de l'institution, les ONG ont de grandes difficultés à faire entendre leur voix. Cela dit, les différentes réunions de l'OMS mobilisent malgré tout à chaque fois tout un ballet diplomatique. En d'autres termes, en évoluant un peu, l'OMS pourrait jouer parfaitement le rôle de forum mondial de la santé globale.

<http://graduateinstitute.ch/globalhealth>

Bio express



Nom : Ilona Kickbusch
Nationalité : Allemande
Titre : professeure et directrice du Programme de santé globale à l'IUHEID

Parcours : Diplômée de l'Université de Constance en Allemagne, elle entre à l'OMS en 1981 et y occupe plusieurs hauts postes jusqu'en 1998. Entre 1998 et 2004 elle dirige le Global Health Program à l'Université de Yale, Etats-Unis.

COURS MASSIFS EN LIGNE

L'UNIVERSITÉ SE POSE SUR LA PLANÈTE DES MOOC'S

L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE LANCE CET AUTOMNE SES PREMIERS COURS EN LIGNE OUVERTS ET MASSIFS. L'UN D'EUX TRAITE DE LA SANTÉ GLOBALE

Dès cet automne, l'Université de Genève lance quatre MOOC's (*Massive Open Online Course*) dont un sur la santé globale (les trois autres traitent du management des organisations internationales, de l'histoire et de la réception de la Réforme calviniste et de la diversité des exoplanètes). Les MOOC's sont des cours en ligne ouverts et massifs. Ils sont massifs car ils rassemblent des milliers, voire des centaines de milliers d'auditeurs à travers le monde. Ils sont ouverts car ils sont proposés gratuitement à tout le monde. Et ils sont en ligne, c'est-à-dire installés sur une plateforme spécialement dédiée à cela (en l'occurrence celle de la start-up américaine Coursera) à laquelle on peut accéder via n'importe quel navigateur.

Distance et qualité Apparus en 2011, les MOOC's ne sont pas de simples cours, filmés dans un auditoire puis diffusés sur Internet, comme cela existe depuis plus de dix ans. Ils ont été totalement repensés dans le but d'offrir un enseignement alliant distance et qualité. Les enseignements ne sont ainsi pas diffusés en direct mais ont été filmés et montés auparavant. La spécificité de ces cours réside surtout dans le fait que les milliers d'étudiants (ou apprenants, selon le jargon en usage dans les MOOC's) se branchent simultanément sur la plateforme et apprennent la même matière en même temps. Ce phénomène crée une dynamique de réseau social avec des discussions sur le cours et des forums animés. Mais il arrive aussi que les auditeurs, ceux d'une même ville par exemple, se retrouvent physiquement pour travailler ensemble ou pour traduire les cours à destination de ceux qui ne maîtrisent pas la langue utilisée.

«*Le cours sur la santé globale s'étendra sur huit semaines, explique Antoine Geissbühler, professeur au Département de radiologie et informatique (Faculté de médecine) qui figure parmi les responsables du MOOC sur la santé globale de l'UNIGE. Il regroupera 40 intervenants, s'exprimant tous*

en anglais. Il s'agit de montrer la capacité de l'Université à produire une vision de la santé globale multiple, transdisciplinaire et en connexion avec les organisations internationales basées dans sa région. On aimerait montrer que nous sommes une institution généraliste et idéalement placée pour l'étude et la recherche en santé globale.»

Nouveau modèle économique Concrètement, le cours, qui commence le 7 octobre, comprend une série de séquences vidéo longues de 10 à 15 minutes, des documents à lire, des tests à passer et des travaux à rendre chaque semaine. La quantité de travail est estimée à 5 ou 6 heures hebdomadaires.

«*Pour l'instant, les MOOC's n'offrent pas de crédits mais une attestation précisant que les étudiants ont suivi le cours et effectué les travaux avec succès, précise Antoine Geissbühler.*

Pour pouvoir délivrer des crédits, il faudrait que tous les étudiants d'une volée suivent le même MOOC et passent ensuite un examen dans une salle. C'est imaginable mais nous ne le faisons pas encore.»

C'est pourtant une des idées qui se cachent derrière le modèle économique des MOOC's. L'utilisation de la plateforme pour y déposer des cours et l'inscription des auditeurs à ces derniers sont actuellement gratuites. A terme, on s'attend toutefois à ce que certaines universités

achètent des MOOC's délivrés par des spécialistes mondiaux pour les offrir à leurs étudiants, dans l'espoir d'économiser un professeur et un auditoire. Ou alors, si le professeur est conservé, celui-ci pourrait compléter le MOOC et donner des leçons à des élèves qui auront déjà étudié la matière. Le système ayant identifié les questions non résolues et les sujets les plus porteurs pour entamer une discussion, ce «second cours» pourra être nettement plus interactif et efficace. C'est le concept de la *flipped classroom*, la salle de cours à l'envers.

<http://moocs.unige.ch/index.html>

« ON AIMERAIT MONTRER QUE NOUS SOMMES UNE INSTITUTION GÉNÉRALISTE ET IDÉALEMENT PLACÉE POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ GLOBALE »

Tu veux toujours avoir accès
aux derniers tubes?

Chez nous tu peux



1.-

Samsung Galaxy S4 Mini
Orange Young Universe
79.-/mois



Avec Orange Young, tu profites
gratuitement de Spotify Premium.

orange™

Changez pour Orange:
0800 078 078 | orange.ch/shop

Offre valable à la conclusion d'un nouveau contrat Orange Young Universe de 24 mois (min. illim. vers tous les réseaux suisses, l'Europe et les USA, SMS illim. et 10 Go pour 79.-/mois). Carte SIM: 40.-. Samsung Galaxy S4 Mini (9195 sans abonnement: 669.-. Disponible dès 10 ans, jusqu'au 27^e anniversaire. L'abonnement sera ensuite transféré vers un abonnement Orange Me avec une taxe mensuelle égale ou similaire. Les avantages peuvent toutefois varier. Spotify Premium gratuit pendant les 12 premiers mois, puis 12.95 par mois.

INTERDISCIPLINARITÉ

UNE ARÈNE POUR REDESSINER LES FRONTIÈRES DE LA MÉDECINE

LE GENEVA HEALTH FORUM, DONT LA PROCHAINE ÉDITION SE TIENDRA EN AVRIL 2014, RÉUNIT PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, REPRÉSENTANTS D'ONG ET DÉCIDEURS POLITIQUES AUTOUR DE THÉMATIQUES DÉPASSANT AUSSI BIEN LES FRONTIÈRES NATIONALES QUE LES TERRITOIRES DISCIPLINAIRES. PRÉSENTATION

Depuis une trentaine d'années, le nombre d'acteurs impliqués dans la santé à l'échelle mondiale a littéralement explosé. En 2013, on recense ainsi 26 organisations onusiennes, 20 fonds globaux ou régionaux et 90 initiatives touchant au domaine de la santé globale, sans parler des groupes de pression, des représentants de la société civile ou du secteur privé. Les arènes où ces individus sont susceptibles de se rencontrer sont cependant encore rares. C'est le cas du Geneva Health Forum, une structure créée en 2005 à l'initiative de Bernard Gruson, ancien directeur des HUG, à l'occasion des 150 ans de l'hôpital cantonal. Après avoir abordé des thématiques comme l'accès à la santé ou les maladies chroniques, la prochaine édition du Forum, qui s'est doté ce printemps d'une plateforme interactive entièrement rénovée (lire ci-dessous), est prévue en avril prochain. Elle sera consacrée au thème de l'intégration avec un accent particulier sur le développement durable et le rôle de la santé dans l'agenda post-2015.

Double ancrage «*La spécificité du Geneva Health Forum est le double ancrage qu'il cultive depuis sa première édition, explique Slim Slama, médecin adjoint au Département de médecine humaine et internationale des HUG et responsable du programme scientifique de la manifestation. Né dans une ville où la concentration des expertises sur les questions de santé est exceptionnelle, compte tenu de la présence d'organisations internationales comme l'OMS, l'OMC ou l'ONU mais également d'ONG, d'associations professionnelles ou encore de partenariats publics privés, comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), il a d'emblée été un espace interdisciplinaire. D'autre part, nous avons dès l'origine insisté sur la nécessité de développer les liens entre les pratiques cliniques locales et les normes internationales, domaines qui sont habituellement très éloignés l'un de l'autre.*»

La recette, même si elle implique parfois des arbitrages délicats tant les rapports de force peuvent être tendus, a rapidement porté ses fruits. Depuis 2005, près de

1000 participants fréquentent ainsi chaque édition du Forum, où l'on peut croiser aussi bien des scientifiques, des acteurs de terrain, des responsables politiques que des dirigeants d'entreprise.

Démarche active «*Notre responsabilité est d'offrir cet espace de dialogue, d'essayer de faire bouger les agendas, de susciter des discussions et de faire naître des collaborations entre des individus qui n'ont pas l'habitude de s'asseoir à la même table, poursuit Slim Slama. Personnellement, en tant que clinicien, je ne peux pas me satisfaire de traiter des gens malades, puis de renvoyer dans un environnement sur lequel je n'ai pas d'implication. Aujourd'hui, on ne peut plus se contenter de travailler*

uniquement sur les causes biologiques des maladies. Il faut rompre avec l'idée que la santé se réduit à la médecine.»

Des propos qui prennent tout leur sens lorsqu'on songe, par exemple, que les facteurs environnementaux constituent aujourd'hui le déter-

minant ayant le plus fort impact sur la santé des individus (entre 25 et 30%).

Arène d'échange et de débats, le Forum permet aussi d'identifier de nouvelles problématiques, d'ouvrir de nouveaux champs de recherche et de développer des solutions ad hoc. Comment faire, par exemple, pour assurer le traitement des maladies chroniques en temps de guerre, lorsque les médicaments manquent et que les infrastructures sont détruites comme c'est le cas actuellement en Syrie?

«*C'est un sujet sur lequel il n'existe ni guidelines de l'OMS ni stratégie du côté des humanitaires, explique Slim Slama. Le fait d'en discuter dans le cadre du Forum a permis de dresser la liste des manques et d'élaborer des pistes de recherche concrètes. Du coup, je me suis retrouvé ce printemps au Liban afin d'élaborer des marches à suivre cliniques pour la prise en charge du diabète en situation d'urgence humanitaire.*»

« IL FAUT ROMPRE AVEC L'IDÉE QUE LA SANTÉ SE RÉDUIT À LA MÉDECINE »

LE CHAÎNON MANQUANT

Depuis ce printemps, le Global Health Forum peut s'appuyer sur un site Web entièrement repensé. Conçu comme une plateforme collaborative, ce nouvel outil permet aux personnels de la santé ainsi qu'à tout autre acteur intéressé par le sujet de se rencontrer virtuellement. Plus flexible que le site précédant, il permet d'héberger une multitude d'autres sites et offre un espace communautaire proposant des centaines de vidéos,

1000 abstract d'articles scientifiques et 400 présentations de type « Power Point ».

Afin d'être accessible aisément, l'ensemble de la matière a été regroupé au sein de 13 thématiques principales recouvrant tous les sujets abordés dans le cadre du Geneva Health Forum depuis sa création en 2005.

L'objectif est double. Il s'agit, d'une part, de garder le contact avec les personnes actives sur le terrain ou

les membres de la communauté qui n'ont pas suivi toutes les éditions du Forum et, de l'autre, de disposer d'une vue globale de ce qui se passe dans le monde sur les sujets abordés lors des précédentes éditions.

« Durant tout le XX^e siècle, les disciplines se sont spécialisées, explique Didier Wernli, collaborateur scientifique au Département de médecine communautaire (Faculté de médecine) et concepteur

du projet. Aujourd'hui, nous en sommes arrivés à un stade où nous avons besoin de gens capables d'intégrer ces connaissances. Faute de quoi, nous allons nous retrouver de plus en plus souvent face à des situations absurdes, avec des développements dans un domaine qui perdent leur sens lorsqu'on regarde la problématique sous un angle plus large. »

<http://ghf.globalhealthforum.net/>

Publicité

The ideal preparation for an exciting career in health...

Master in Health Sciences



You can focus on an area that interests you most:

- Health Communication
- Health Economics
- Health and Social Behavior
- Human Functioning Sciences
- Research Methods



The program is suited for students with different educational backgrounds (health-related or non-health related).

- In-depth knowledge of Health, Functioning and Disability
- Approach to health from a biopsychosocial and interdisciplinary perspective
- A new dimension for research, health service provision and healthcare management
- Internship in a research environment

www.master-healthsciences.ch