

Université de Sétif
Faculté de Médecine
Département de Médecine

Module Santé Société Humanité (SSH)

transition épidémiologique

**COURS DE GRADUATION
ETUDIANTS 1^{ÈRE} ANNÉE DE MÉDECINE**

Année universitaire : 2018 - 2019

A-Transition épidémiologique ou sanitaire.

Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. Les causes dominantes de morbidité et de mortalité changent systématiquement au fur et à mesure qu'un pays évolue économiquement, ce qui influe, à son tour, sur la longévité. La transition épidémiologique décrit cette évolution systématique en les maladies caractéristiques à travers les étapes du développement économique.

Quelques mots sur la transition épidémiologique.

« Série de changements complexes et multifactoriels dans la distribution des maladies et de la santé, qui interviennent dans la population humaine durant des périodes de temps longues, ces changements étant en relation étroite avec les importantes transformations économiques, sociales et démographiques de la société »
(Omran, 1971)

I-A l'origine cette transition était décrite en trois phases:

1- ère de la peste :

- mortalité très importante
- espérance de vie à la naissance 20 à 40 ans
- pas ou peu de croissance de la population

2- ère de la diminution des épidémies:

- réduction des pics de mortalité dus aux épidémies
- espérance de vie augmente: 30 à 50 ans
- croissance démographique soutenue

3-ère des maladies dégénératives et des « man-made diseases »:

- déclin important de la mortalité
- espérance de vie supérieure à 50 ans
- déclin de la fertilité.

II-trois modèles :

trois modèles différents, tous linéaires (passant successivement par chacune des trois étapes ou ères) mais se différenciant par le temps séparant les différentes étapes

- Modèle classique
- Modèle accéléré
- Modèle retardé.

1-modèle classique : l'Europe

- ✓ la transition débute **avant** les grands progrès scientifiques (Antibiotiques,...)
- ✓ clairement associée à l'amélioration de la situation socio-économique
- ✓ a pris plus ou moins 100 à 200 ans.

2-Le modèle accéléré: le Japon, l'URSS,...

- ✓ Diminution de la mortalité et de la fertilité très rapide
- ✓ changement rapide du profil des pathologies.

3-Le modèle retardé: les pays en développement

- ✓ la transition démarre plus tardivement
- ✓ pas de diminution rapide de la fertilité
- ✓ pas toujours d'amélioration notable des conditions de vie : transition incomplète

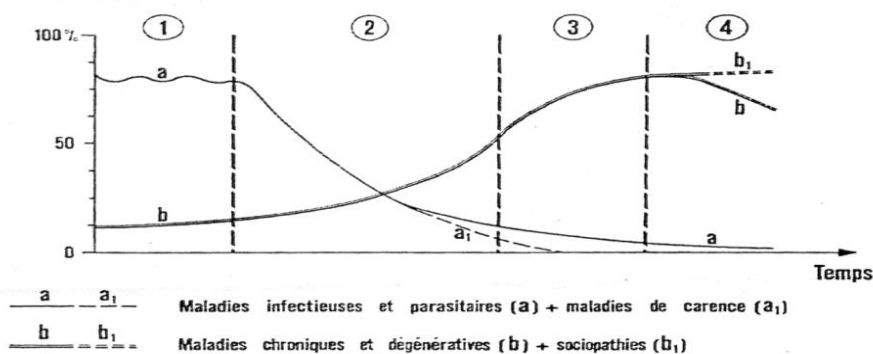
III-Transition épidémiologique prolongée.

- ✓ L'approche linéaire décrite ne peut satisfaire la description de la transition épidémiologique de pays à économie intermédiaire (Moyen Orient, Maghreb,...) ou des villes des pays en développement.

- ✓ On y constate la présence simultanée de plusieurs périodes du modèle linéaire et donc plusieurs types de pathologies, souvent distribuées en fonction de critères socio-économiques et de critères d'urbanisation : c'est ce que certains auteurs ont appelé la transition épidémiologique prolongée

Stade	Description	Espérance de vie type	% de décès causé par une MCV	Exemples de pays
Pestilence et famine	Une prédominance de malnutrition et de maladies infectieuses	35	5-10	SAfrique du sud du Sahara
Recul des pandémies	L'amélioration de la nutrition et de la santé publique mène à une augmentation des maladies chroniques	50	15-35	Asie du Sud; partie d'Amérique latine et des Caraïbes
Maladies dégénératives et d'origine humaine	À la suite d'une augmentation de l'apport en gras et en calories, de même que du tabagisme et de l'alcoolisme, les décès découlant de maladies chroniques dépassent ceux liés aux maladies infectieuses	60	>50	Europe et Asie centrale; Amérique latine; Moyen-Orient; Afrique du Nord et les parties urbaines de l'Inde
Affections dégénératives différées	Les MCV et le cancer sont les principales causes de décès. La prévention retarde le début de la maladie et les traitements prolongent la survie, de sorte que les taux selon l'âge baissent.	> 70	<50	Pays à revenus élevés

Les trois cycles d'Omran



B- transition épidémiologique.

1-La première transition épidémiologique.

Une « pathocénose » désigne l'ensemble des maladies et de leurs manifestations dans une société, à une époque donnée. La pathocénose d'une ville du XXI^e siècle diffère de celle d'un village du Moyen Âge. Certaines transformations ont bouleversé la pathocénose. Au Néolithique, l'élevage a provoqué les épidémies d'origine animale (grippe, tuberculose, etc.). La sédentarisation et l'augmentation de taille des groupes sociaux ont majoré la contamination fécale. L'alimentation et bien d'autres facteurs ont contribué à ce bouleversement, nommé : « première transition épidémiologique ».

2-La deuxième transition épidémiologique.

La deuxième transition épidémiologique correspond à l'exode rural des XIX^e et XX^e siècles où la population urbaine est passée de 5% à 95% ! Disparition du contact avec la terre et ses parasites, lavage des aliments, disparition de la contamination fécale. L'environnement de l'homme est devenu « abiotique ». Puis, le confort, les progrès sociaux et médicaux ont abouti à une forte diminution des morts prématurées (médicalement définies comme antérieures à l'âge de 65 ans).

3-la troisième transition épidémiologique.

Depuis un demi-siècle, nous vivons, la **troisième** transition épidémiologique, intrinsèquement différente des précédentes. Les deux premières pathocénoses concernaient des maladies vécues par des patients qui amenaient leurs plaintes et leurs souffrances aux sorciers, guérisseurs, barbiers et médecins de leur époque. Cette troisième transition débouche sur une **pathocénose virtuelle**, car les maladies qui la composent ne sont plus concrètement vécues par les patients...

Hors évènement traumatique (accident, homicide, suicide), il ne reste que trois causes de morts NON prématurées correspondant à la dégénérescence naturelle des trois systèmes vitaux :

- 1-immunitaire,
- 2- cardio-vasculaire et
- 3-neurologique.

C'est pourquoi, tout sujet, ayant eu la chance d'échapper à une mort prématurée, finira par mourir, soit d'une dégénérescence immunitaire (cancer, infection tardive), soit d'une maladie neuro-dégénérative (Alzheimer ou autre), soit d'une dégénérescence vasculaire (maladies touchant tous les autres organes en raison de l'ubiquité vasculaire). Pour intervenir sur ces trois façons de mourir non prématurément, la médecine a été dans l'obligation d'inverser le **sens de l'offre et de la demande de soins**. Ce ne sont plus les patients qui viennent déposer leurs plaintes, mais les médecins qui leur en proposent de nouvelles. Les maladies de la nouvelle pathocénose sont en réalité des **facteurs de risque** de majoration de la dégénérescence, facteurs sélectionnés par la médecine qui en établit les normes. Curieusement, ces nouvelles **maladies virtuelles** sont vécues, par de nombreux patients, comme des **maladies réelles**. Le déficit cognitif léger, l'excès de cholestérol, ou la cellule tumorale silencieuse ont pris la valeur existentielle de la tuberculose... Cette troisième transition épidémiologique augure d'un bouleversement de pathocénose bien plus profond que les deux précédents.

C-la transition épidémiologique en Algérie.

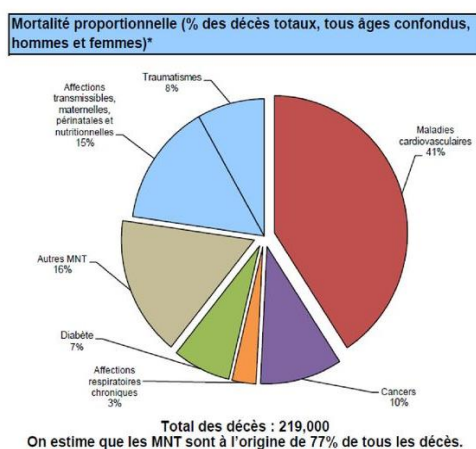
En Algérie, la transition épidémiologique se traduit par une charge de plus en plus importante sur le système de santé due aux maladies non-transmissibles (MNT).

Les MNT représentent aujourd'hui 58,6% des causes de mortalité contre 22,7% pour les maladies transmissibles selon l'étude TAHINA réalisée en 2005. Aussi est-il impératif de développer et de mettre en place une stratégie de lutte intégrée contre ces pathologies et contre les facteurs de risque.

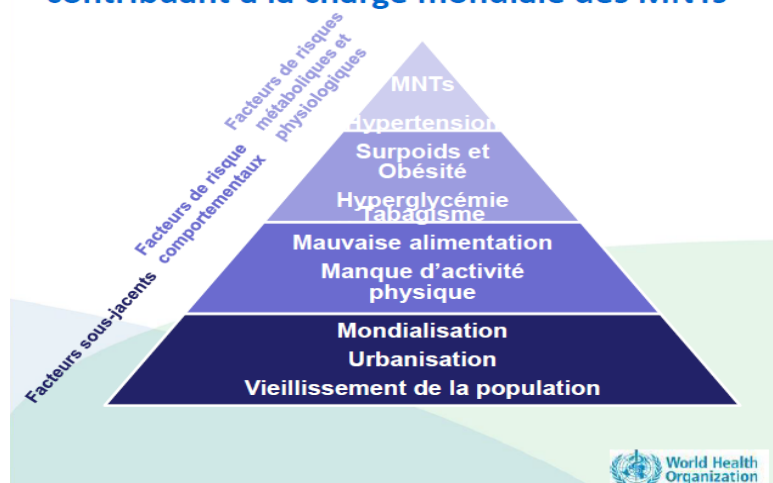
Algerie:PROFIL OMS 2014 La probabilité de décéder entre 30 et 70 ans de l'une des 4 principales MNT est de 22%.

ALGERIE :PROFIL OMS 2014

La probabilité de décéder entre 30 et 70 ans de l'une des 4 principales MNT est de 22%



Les facteurs individuels et populationnels contribuant à la charge mondiale des MNTs



D-Développement des maladies chroniques.

❖ Le risque de développement de maladies chroniques dégénératives dans une population est conditionné par:

- ✓ la structure par âge de sa population (relation causale entre âge et pathologies comme cancers, MCV,...)
- ✓ l'exposition à des facteurs de risque de ces maladies (alimentation, tabagisme, stress,...) ; or très souvent, la prévalence de certains de ces comportements augmente avec le développement économique.

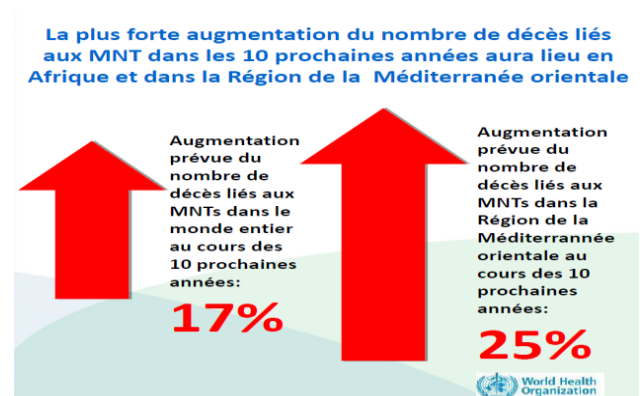
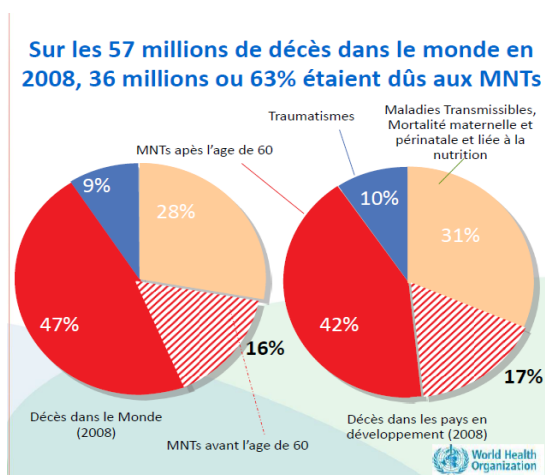
❖ Un agenda chargé notamment en milieu URBAIN dans les pays en développement.

- ✓ les anciens problèmes sont toujours présents...
Maladies infectieuses: infections respiratoires aiguës, diarrhées, poliomyélite, parasitoses, tétanos, rougeole, lèpre, malaria, hépatite B, ...
santé reproductive: excès de fertilité, pathologies obstétricales et mortalité maternelle,...
malnutrition : protéino-énergétique, carence en micronutriments (fer, vitamine A, iode, sélénium,...)
- ✓ les nouveaux problèmes prennent de plus en plus de place...
- ✓ Certains problèmes que l'on croyait en « perdition » reviennent avec force...

E-MNTs dans le monde.

- ✓ Pourquoi les MNTs constituent la nouvelle frontière dans le combat pour améliorer la santé publique et le développement socio-économique?

Dans tous les pays en développement, les MNTs représentent aujourd'hui une part suffisamment importante des décès prématurés et de la pauvreté pour justifier une riposte politique concertée et coordonnée.



❖ transition épidémiologique.

1 Ce changement s'accompagne de modifications des besoins vis-à-vis du système de santé, de mutations profondes de ses structures et de son mode d'organisation.

2 L'objectif est de mettre en lumière quelques innovations apparaissant dans :

- ✚ l'implication des patients dans leur expérience de soin ;
- ✚ l'apparition chez les professionnels de nouveaux métiers, de
- ✚ nouvelles pratiques et de transferts de compétences ;
- ✚ l'organisation des soins.

– Implication des patients :

Les **patients** vivant avec une maladie chronique; le diabète ou avec une hépatite C réalisent un vrai travail pour se soigner, enchaîner les recours multiples, les coordonner entre eux et avec leurs activités courantes. Un aménagement de leur vie dans la dépendance à la médecine leur est nécessaire. (Vignes M ; Lhuillier D *et al.*). La reconnaissance du savoir expérientiel du patient, complémentaire du savoir des professionnels, permet d'avancer vers le modèle relationnel du patient-partenaire (Pomey MP *et al.*). Pour les **professionnels**, la méthode d'intégration du patient-partenaire de soins permet de le replacer au centre de ses soins et de sa vie (Abidli Y *et al.*).

– **Nouveaux métiers et pratiques innovantes :**

En soin ambulatoire, le modèle du thérapeute diagnostiquant et traitant dans l’instant de la consultation n’est pas adapté aux suivis des malades chroniques.

- Le professionnel doit être **pro-actif**, promouvoir la santé, prévenir les maladies, les complications et les séquelles, donner les explications nécessaires au patient à chacune des étapes.
- Cette pratique obtient sa pleine efficacité quand elle est réalisée en équipe multidisciplinaire articulée avec d’autres acteurs du soin et du secteur social.
- Pour répondre à ces besoins, des métiers apparaissent comme les coordonnateurs en éducation thérapeutique (Foucaud J *et al.*), les coordinateurs d’appui au médecin traitant (Fratini MO *et al.*), les infirmières de pratique avancée (Lecoq D *et al.*) et les gestionnaires de cas.
- Une formation spécifique à ces nouveaux métiers s’impose (Somme D *et al.*).
- Pro actif: [Qui anticipe les résultats à fournir à un problème donné.](#)

– **Nouveaux métiers et pratiques innovantes :**

L’augmentation de la prévalence des maladies chroniques suscite des stratégies d’adaptation des professionnels et favorise le travail en réseau (Sylvain C *et al.*). L’amélioration de la prise en charge des situations complexes s’obtient notamment par une meilleure coordination d’équipe (Schusselé-Fillietaz S *et al.*). Dans ce contexte de partage d’activité, l’élaboration collective d’indicateurs de qualité de la prise en charge des maladies chroniques les plus fréquentes devient nécessaire (Beaulieu MD *et al.*). Au Québec, les ordonnances collectives améliorent la relation entre les patients et les professionnels et permettent au personnel infirmier d’être plus actif dans le suivi des malades chroniques (Bois C *et al.*). Chez les enfants ayant une déficience physique, l’intégration d’activités de prévention et de promotion de la santé permettent d’assurer une meilleure complémentarité des services et de favoriser la participation sociale (Foley V *et al.*).

– **Nouvelle organisation :**

Ces recherches portent aussi un regard critique sur les changements ne donnant pas les résultats attendus. Au Québec, une étude montre que, par rapport aux cabinets médicaux de groupe, l’expérience de soins des patients n’est pas meilleure dans les nouvelles formes d’organisation que sont les groupes de médecine de famille – GMF et les cliniques-réseaux. Pourtant, celles-ci visaient à améliorer la continuité des soins et l’accessibilité des services (Pineault R *et al.*). Une expérience lorraine montre que des actions doivent être menées pour que le mode de transport des patients dialysés soit adapté à leur état de santé (Allenbach D *et al.*). Enfin, des tendances récentes apparaissent. Vernay M *et al.* nous montrent qu’à l’exception du diabète, la morbidité et la mortalité des principales maladies ont globalement diminué dans la dernière décennie, mais le différentiel selon le genre pourrait se réduire.

– Conclusion :

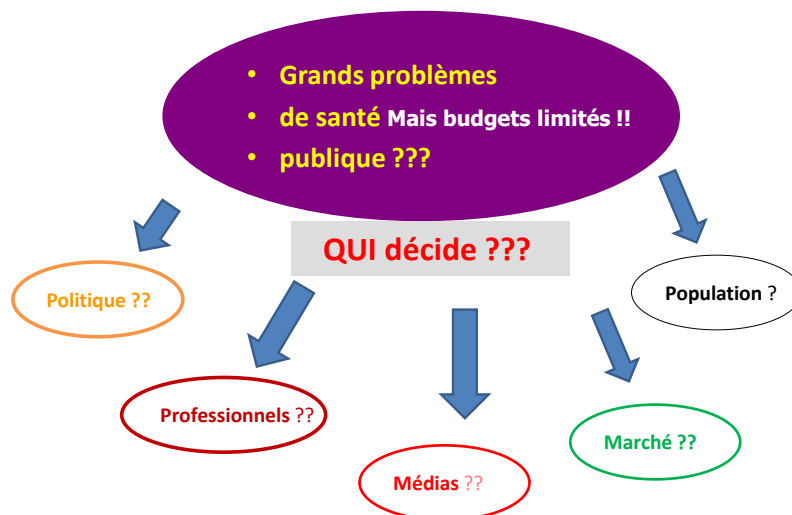
Des anciens problèmes que l’on croyait « en perte » reviennent avec force...

- Choléra
- fièvre typhoïde
- Tuberculose

Beaucoup de priorités. Mais budgets limités !!

3 sujets à « approfondir »

- accidents et traumatismes
- Alimentation et santé
- Notion de risque et de danger en santé publique



F-Quel est l'impact socio-économique des maladies non transmissibles?

Les maladies non transmissibles compromettent les progrès pour la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, comportant la cible de réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles d'ici 2030.

Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les maladies non transmissibles. On prévoit que la croissance rapide des maladies non transmissibles fera obstacle aux initiatives de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenu, en particulier du fait de la hausse des dépenses de santé à la charge des ménages. Les personnes vulnérables et socialement désavantagées sont malades et meurent plus vite que celles à un niveau social plus élevé, notamment parce qu'elles ont un risque plus grand d'exposition à des produits nocifs, comme le tabac, de mauvaises habitudes alimentaires et parce qu'elles ont un accès limité aux services de santé.

G-Prévention des maladies non transmissibles et lutte :

Un moyen de lutte important consiste à réduire les facteurs de risque associés à ces maladies. Il est important de suivre l'évolution et les tendances des maladies non transmissibles et des risques pour orienter les politiques et les priorités.

Pour atténuer l'impact des maladies non transmissibles sur les individus et la société, il faut une approche globale nécessitant que tous les secteurs, santé, finance, transport, éducation, agriculture, planification et d'autres, collaborent pour réduire les risques associés à ces maladies et fassent la promotion d'interventions pour les éviter et les endiguer.

A-LA PREVENTION :

1-La prévention primaire : Activités visant à prévenir la survenue de la pathologie chez des sujets ou des populations sensibles en modifiant les facteurs de risque et les déterminants environnementaux et comportementaux. L'éducation sanitaire : régime alimentaire, exercice, abstinence de drogues, activité physique régulière, tolérance sociale, choix de loisirs, hygiène personnelle, etc....Les mesures sur l'environnement, dépendront de plusieurs activités non médicales parmi lesquels l'assainissement de l'environnement, étude de sa qualité, milieu du travail, élimination des produits toxiques, assainissement social.

2-La prévention secondaire : Fait appel à des activités visant à déceler la maladie précocement : Dépistage et à la prendre en charge rapidement et efficacement dans l'intérêt de ralentir ou d'arrêter sa progression.

3- La prévention tertiaire : Les stratégies de prévention tertiaire font appel à la prévention des complications par des contrôles stricts, à l'éducation et à un traitement efficace

B-Action de l'OMS :

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 reconnaît les maladies non transmissibles comme un défi majeur pour le développement durable. Dans le cadre de ce Programme, les chefs d'États et de

gouvernements se sont engagés à monter des actions nationales ambitieuses et d'ici 2030 à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT grâce à la prévention et au traitement (cible 3.4 des ODD).

Pour aider les pays dans leurs efforts nationaux, l'OMS a élaboré un *Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013–2020*, comportant 9 cibles mondiales ayant le plus fort impact sur la mortalité mondiale due à ces maladies. Ces cibles portent sur la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.

plan

6. Transition épidémiologique : des Maladies prevalentes et ré émergentes aux maladies non transmissibles émergentes

❖ Objectifs :

1. Définir le concept d'émergence et de réémergence des maladies infectieuses.
2. Citer des exemples de maladies infectieuses émergentes et réémergentes.
3. Définir le concept de maladie chronique
4. Citer les principales maladies et problèmes liés à la santé que l'on qualifie de chroniques.
5. Décrire les différents niveaux de leurs préventions (primaire, secondaire et tertiaire)

I-DEFINITIONS : Emergence.

Ce qui nous apparaît – Larousse

Emerger : vient du latin « emergere » sortir de l'eau, qui commence à apparaître.
L'émergence s'effectue en règle générale en 2 étapes : introduction d'un nouvel agent pathogène et dissémination dans une population ne possédant pas ou peu de défense immunitaire contre lui.

❑ Le concept d'émergence:

➤ Dictionnaire Larousse :

Etat de ce qui émerge, à savoir dépasse le niveau moyen, retient l'attention ou sort du lot...

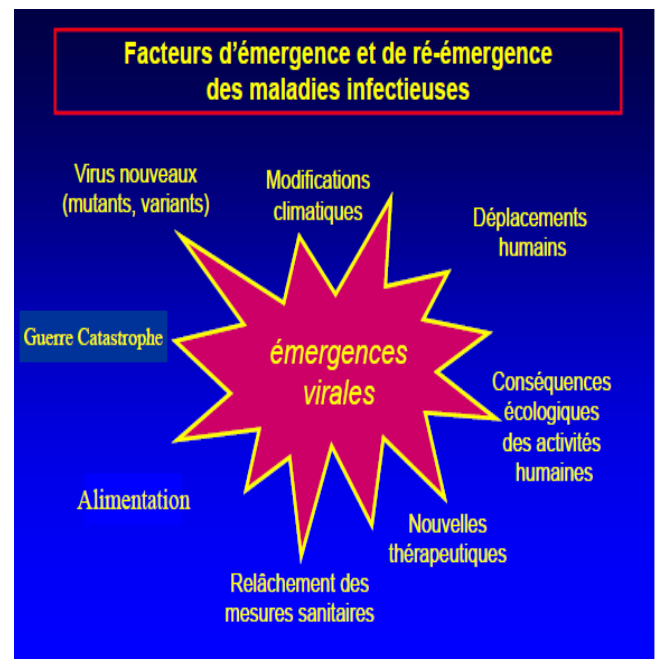
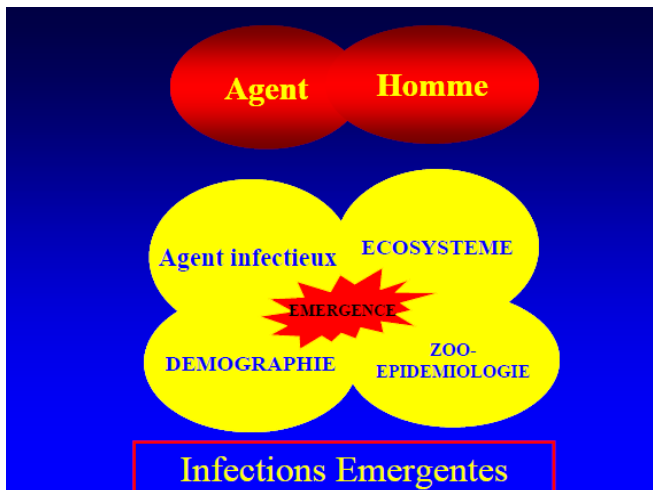
➤ François Rodhain :

Apparition brusque d'une maladie due à un agent infectieux inconnu jusqu'alors, ou d'une souche (ou variant) particulière d'un germe connu.

Définition OMS : Infections

- nouvelles
- réapparues
- devenues résistantes aux médicaments
- dont l'incidence a augmenté au cours des deux dernières décennies
- risquant d'augmenter dans le futur proche.

Emergence



Mode de vie – Nouvelles épidémies

- Guerre – Catastrophe – Précarité → Tuberculose – Bioterrorisme
- Climat : réchauffement → Arboviroses – West Nile
- Modifications écologie
 - + Hydrographie → Bilharziose
 - + Animaux → Lyme (cervidés)
- Conditions
 - + Elevage → SRAS – Bactérie R. – Grippe
 - + Alimentation → Listéria
 - + Restauration collective → Intoxications alimentaires (salmonelles)
- Technologie
 - + Climatisation → Légionelle

Mode de vie – Nouvelles épidémies

- Commerce : animaux → Monkey Pox
- Voyage → Pathologie « exotique » :
- Transports → Infections virales :
 - grippe
 - fièvres hémorragiques
- Toxicomanie → VIH – hépatite C
- Libération sexuelle → VIH – hépatite B – (syphilis)
- Traitements → Bactéries R – Infections nosocomiales
- ...

Mode de vie – Nouvelles épidémies

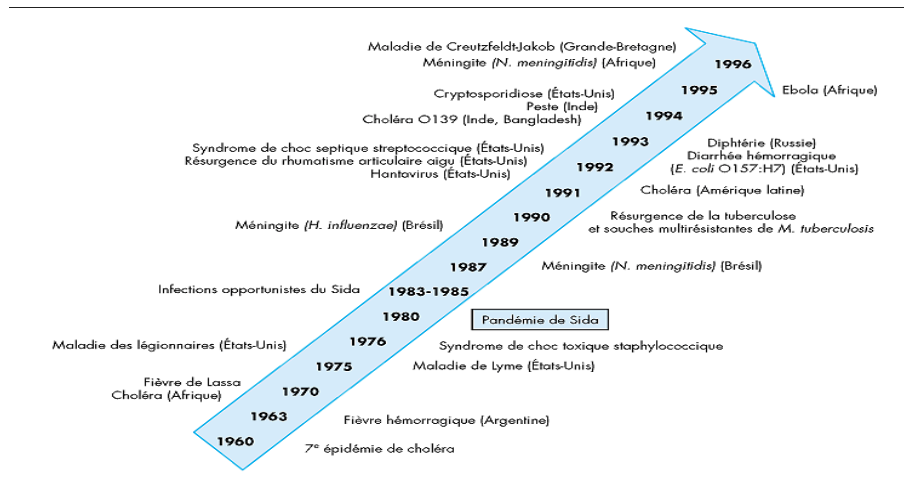
- | | |
|--|---|
| • Médication AB | Infections résistantes
Infections nosocomiales |
| • Nouvelles techniques médicales de pointe | Infections nosocomiales |
| • Nouveaux moyens Dg | Hépatite C – G |
| • Infections et maladies autres | H. pylori et ulcère
chlamydia et coronarite |



Principales émergences virales dans le monde au cours des 50 dernières années



Figure 2. Dynamique des principales maladies émergentes ou réémergentes chez l'homme depuis 1960.



Le « retour » des Maladies Infectieuses au XXI^e siècle : le concept de maladies émergentes.

Remarques :

1. Les Maladies Emergentes sont avant tout des infections

2. Mais non exclusivement: ex. diabète dans PED, obésité en Europe USA.

Les maladies infectieuses « émergentes » : d'hier à aujourd'hui :

De grands fléaux épidémiques ont marqué l'histoire de l'humanité:

– La peste, la variole, le choléra.....la grippe espagnole Du XIX^eème siècle à la deuxième moitié du XX^eème siècle:

– rationalisation du discours médical (« science médicale »)

– recul majeur des grandes infections ex: variole, tuberculose, syphilis, diphtérie... grâce à : vaccination, hygiène publique, meilleure alimentation, antibiotiques ...

– croyance en un progrès indéfini, en la toute puissance de la science médicale, et en particulier en celle des antibiotiques...

1970-80 : les maladies infectieuses sont sur le point d'être maîtrisées leur déclin est proche !!!

Depuis les années 80, le temps du « désenchantement ou du réalisme médical » :

– La pandémie VIH /Sida,

– l'émergence et la diffusion des bactéries multirésistantes,
 – de « nouvelles menaces » identifiées : spectre du bioterrorisme (2001),
 nvx virus émergents: SARS-grippe aviaire (2003-4) ...pandémie grippale H1N1(2009).

En ce début du XXI^e siècle, les maladies infectieuses restent responsables d'un tiers des décès au plan mondial !!
 À l'origine de 14 millions de décès /an (principale cause de réduction espérance de vie): 90% de ces décès dans les pays du SUD 43% des causes de DC dans les pays du Sud vs 1% pour les pays du Nord Augmentation de l'incidence des maladies infectieuses émergentes non Seulement au Sud mais aussi dans les pays du Nord: 10 à 20% ces 15 dernières années ...

Foyers de maladies infectieuses émergentes dans le monde (tous pathogènes confondus)



335 nouvelles maladies infectieuses découvertes entre 1940 et 2004:
 - les virus les plus connus ont été découverts seulement à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle (chikungunya, monkeypox, orthopovirus, Ebola, filovirus, VIH...)
 La plupart des maladies infectieuses émergentes proviennent du monde animal :
 - 60 % sont des zoonoses provenant à 72 % de la faune sauvage.

Émergentes, ré-émergentes ou nouvelles ?

➤ **Apparition d'une nouvelle maladie:**

VIH, SARS (syndrome aigue respiratoire sévère), Virus grippal aviaire...

➤ **Réémergence:**

Diptérie(Europe de l'est), Syphilis, TB en région parisienne, Rougeole suite à baisse couverture vaccinale...

➤ **Diffusion à une nouvelle zone géographique:**

West Nile et USA.....

➤ **Identification récente de l'agent de maladies anciennes:**

VHC et hépatites, *Tropherima whipelli* & Whipple

➤ **Découverte d'une origine infectieuse:**

Ulcère et *Helicobacter pylori*

➤ **Diffusion de souches résistantes:**

BK-Afrique, résistances aux antibiotiques (BMR et hôpitaux, mésusage des AB et surconsommation humaine mais aussi dans les élevages d'animaux, de poissons ...)

➤ **Bioterrorisme:**

Variole, charbon ...

Quelles tendances pour demain ?

Evolution des principaux facteurs ou variables propices aux émergences ou ré-émergences:

Explosion démographique et urbanisation:

- 9 milliards d'ici 2050, explosion des mégalo-pôles.....

➤ Evolution des pratiques agricoles:

- déforestation (rapproche Hommes Faune sauvage...), élevages intensifs,

➤ Mondialisation des échanges de biens et de marchandises

- Diffusion des vecteurs (commerce maritime ou trafic denrées alimentaires..)

- **Accroissement exponentiel des déplacements des hommes, des animaux ...: explosion**

du trafic aérien

- **flambée épidémique, fragilise populations naïves (touristes, hommes d'affaires)**

- **Déplacements des populations**

- **200 millions de « déplacés » (catastrophes naturelles, famines, guerres...)**

- **Changements climatiques et multiplication de certains vecteurs**

- **X vectorielle (Dengue, Chikungunya en zones tempérées ...)**

Quelles sont les mesures réglementaires ?

1-Au plan national : MDO, signalement, veille sanitaire...

a) MDO:

Pour assurer une surveillance épidémiologique adéquate un système de déclaration obligatoire des maladies transmissibles a été instauré dont le but est le signalement:

1/ Les procédures de déclaration

1.1/ La procédure de signalement

Le « signalement » des maladies à déclaration obligatoire par les médecins et les biologistes, qui les suspectent ou les diagnostiquent, est une procédure d'urgence et d'alerte qui s'effectue sans délai et par tout moyen approprié.

Il n'existe pas de fiche spécifique dédiée au signalement. Les informations indispensables pour le traitement du signal peuvent être transmises au choix par téléphone, télécopie, mail. Il est également possible de compléter et transmettre ces informations à partir de la fiche de notification.

1.2/ La procédure de notification

La notification est une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le Biologiste déclarant au médecin désigné par le Directeur général de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque MDO . La notification intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic.

Le Programme OMS :

1-Au plan national,

Le *Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) mis en place en 2016* fait que l'OMS devient une organisation entièrement opérationnelle qui a pour buts de : *préparer, prévenir, protéger, riposter, relever. Le Programme collabore avec les pays et les partenaires pour les préparer à faire face à tous les dangers donnant lieu à des situations d'urgence sanitaire, à les prévenir, à assurer la riposte et le relèvement, notamment en cas de catastrophes et de conflit et non plus seulement dans le cadre traditionnel des flambées épidémiques de maladies.*

Le Programme sera aussi appelé à diriger et coordonner la riposte internationale en santé pour soulager les populations touchées et contribuer à leur relèvement.

EN ALGERIE :

En Algérie la surveillance épidémiologique des MT est basée essentiellement sur la déclaration obligatoire des maladies. Les textes officiels qui régissent la déclaration obligatoire des maladies transmissibles sont l'arrêté n°179/MS/CAB du 17 novembre 1990 fixant la liste des maladies à déclaration obligatoire et les modalités de notification et la circulaire n°1126/MS/DP/SDPG du 17 novembre 1990 relative au système de surveillance des maladies transmissibles.

2-Au plan international:

Nouveau règlement sanitaire international (RSI)

Calendrier du RSI

- **Mai 2005** l'assemblée mondiale de la santé adopte le RSI révisé
- **15 Juin 2007** entrée en force du RSI, obligatoire pour les 194 états membres
- **2007-2009** les états membres évaluent et améliorent leurs capacités principales nationales pour la surveillance et la notification
- **2012** les capacités principales sont en place et fonctionnent
- **Pour plus d'information, visiter :**
<http://www.who.int/ihr/fr/>

Règlement Sanitaire International



1. Le règlement sanitaire international : RSI

Les actions

- Établir une liste de maladies soumises à surveillance
- Connaître les modes de propagation des maladies infectieuses.
- Fixer la durée des isolements.
- Fixer les mesures de désinfection efficaces
- Repérer risques nouveaux ou ré émergents. **RSI2**
RSI3

II-Emergence des Maladies non transmissibles :

1-Émergence du concept pour 3 raisons :

- ◆ sociologique
 - associés aux décisions
- ◆ épidémiologique
 - vieillissement
 - maladies chroniques
 - comportements à risques
- ◆ économique
 - coûts /+ qualité de vie

2-Définir la notion de maladie chronique.

«au delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leurs points communs est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade» (OMS, 2005, p.15).

3-Leurs origines.

Les maladies chroniques résultent le plus souvent de causes environnementales, en majorité comportementales. En anglais, ces dernières prennent le nom de «*noncommunicable disease*». Ce concept traduit le rôle majeur joué par des comportements délétères pour la santé comme par exemple l'inactivité physique, le tabagisme, l'alcoolisme ou une mauvaise alimentation. Les maladies chroniques sont sources d'apparition de nouveaux problèmes de santé, les comorbidités (Bousquet *et al.*, 2011), qui les rendent complexes et à effets systémiques (De Ridder *et al.*, 2008). L'enjeu thérapeutique pour les patients est autant de mieux vivre avec la maladie et en meilleure santé que de gagner à tout prix des jours de vie.

4-Leur évolution.

De façon schématique, les maladies chroniques évoluent selon quatre trajectoires différentes :

1. la maladie stable évolue peu dans le temps avec grâce aux traitements à vie, à une chirurgie et/ou d'autres dispositifs médicaux,

2. la maladie dégénérative où l'état de **santé** se détériore progressivement (par exemple des démences neurodégénératives et des cancers à un stade avancé),
3. la maladie évoluant par poussée, par décompensation ou encore par poussée (par exemple la sclérose en plaque),
4. la maladie évoluant par phase de crise ou exacerbation (par exemple la broncho-pneumopathie chronique obstructive).

5-Prévention.

3 niveaux déclaration OMS Alma-Alta 1976

- **prévention primaire**
 - éviter comportements à risque (tabac, alcool ...)
 - éducation pour la santé
- **prévention secondaire :**
 - présence du facteur de risque
 - retarder l'apparition de la maladie
- **prévention tertiaire**
 - population atteinte d'une maladie
 - retarder les complications
 - éducation du patient

6-L'éducation : *educare, educere.*

- **Educare**
 - nourrir
 - maintenir en vie
- **Educere**
 - conduire vers
 - diriger l'action

L'éducation pour la santé du patient,

- **C'est quoi ?**
- **Pourquoi on en parle ?**
- **Comment on fait ?**
- **Et dans ma pratique ?**
- **situations difficiles pour les soignants**
 - maladies chroniques
 - conduites à risques : fumer, sédentarité...
 - difficultés sociales majeures
- **impuissance du soignant**
- **concours actif du patient nécessaire.**

L'éducation thérapeutique du patient.

- **apprentissage centré sur le patient**
 - adaptation à la maladie
 - besoins subjectifs & objectifs
 - vie quotidienne, environnement
 - sa famille, entourage
- **intégrée aux soins, adaptée**
 - état de santé, vie
- **méthodes et moyens variés**
 - évaluation : processus, effets
 - professionnels de soins formés.

7-Le patient : *patiens.*

- « celui qui supporte les défauts d'autrui et qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés »

- XVI^{ème} : le malade / médecin.

8-Conséquences des MNTs.

✚ Mortalité évitable

Décès « prématurés » < 65 ans, 1/5ème de l'ensemble des décès:

100 000/500 000 1/3 des décès prématurés serait évitable

✚ Causes de décès prématurés :

- 20 000 tumeurs (tabac)
- 12 000 accidents ou suicides
- 8 000 maladies cardiovasculaire
- ✚ Risque de décès prématuré x 2,4 chez un ouvrier par rapport à un cadre.

9-Raison économique.

- coût /+ qualité de vie
 - asthme
 - - 80% visites en urgence, hospitalisations
 - - 50% arrêts de travail, coûts de traitement
 - diabète
 - - 80% hypoglycémies sévères
 - - 75% amputations
 - choix dépenses ?
 - ressources/résultats : santé, qualité vie
 - approche macro-économique

10-L'OMS a neuf objectifs à atteindre en 2025 pour diminuer les MNTs.

- 1- Réduction de 25% du risque de décès prématuré par MNT,
- 2- Réduction de 10% de la consommation d'alcool,
- 3- Réduction de 10% de l'activité physique insuffisante,
- 4- Réduction de 30% de l'apport moyen en sel,
- 5- Réduction de 30% du tabagisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans,
- 6- Réduction de 25% de la pression artérielle élevée,
- 7- Interruption de la hausse du diabète et de l'obésité,
- 8- Qu'au moins 30% des personnes éligibles reçoivent un traitement et des conseils pour prévenir une crise cardiaque ou un AVC,
- 9- Disponibilité d'au moins 80% des technologies de base et des médicaments essentiels, y compris génériques, nécessaires au traitement des MNT.

La prévention permettrait de sauver 16 millions de vie.