

Introduction à l'épidémiologie

Emilien Jeannot, Msc, MPH, PhD cand

Faculté de Médecine, Institut de Santé global - Genève –
HUG

Département de Psychiatrie – Service des Addictions -
CHUV

Certificat de Promotion de la santé et santé
Communautaire

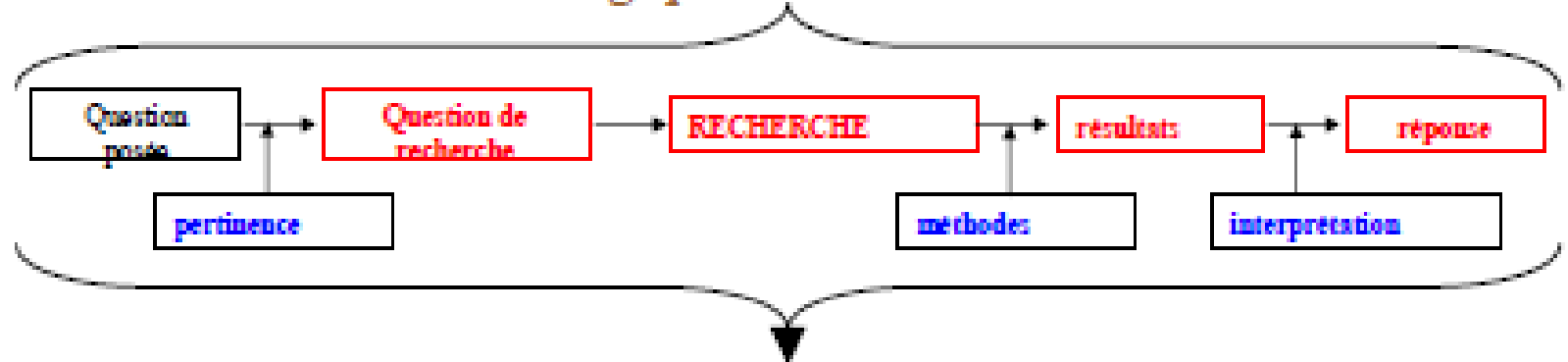


Objectifs

- Connaitre les principes de bases de l'épidémiologie
- Connaitre les principaux personnages / événements historique qui ont façonnés l'épidémiologie.

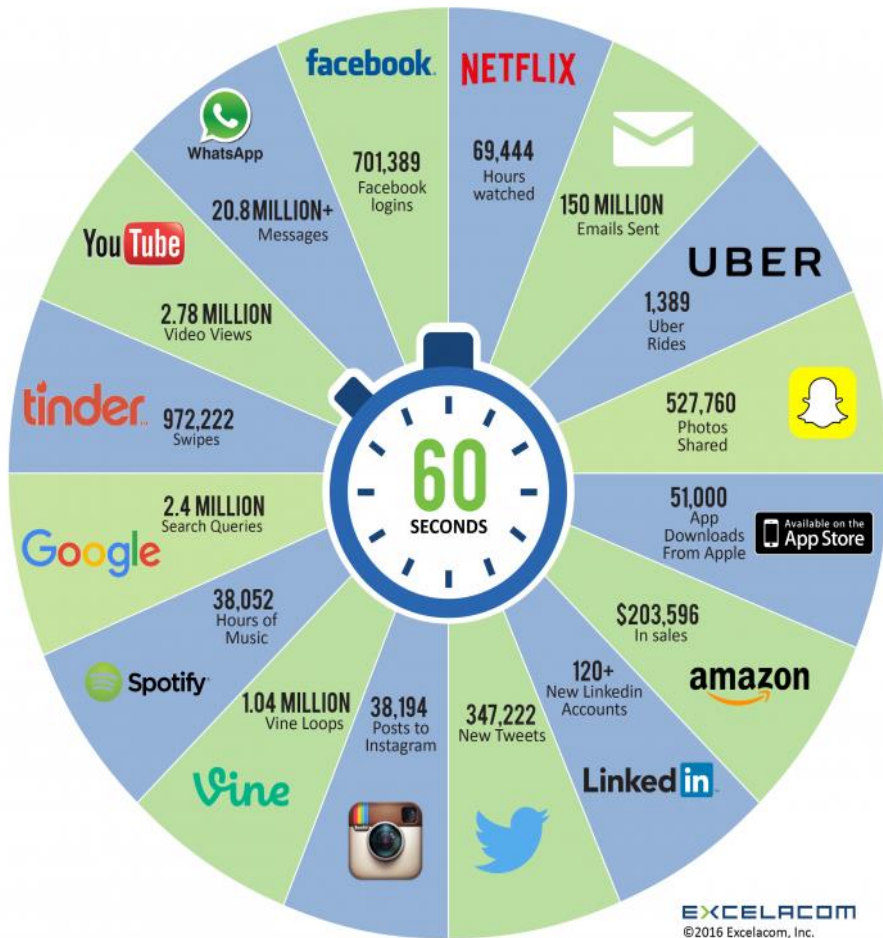
Travail de recherche

Logique d'une étude



- ⌘ Objectif: Répondre à une ou plusieurs questions
- ⌘ Moyens: méthodologie adéquate
- ⌘ Doit aboutir à une diffusion des résultats = rapport d'étude

2016 What happens in an INTERNET MINUTE?



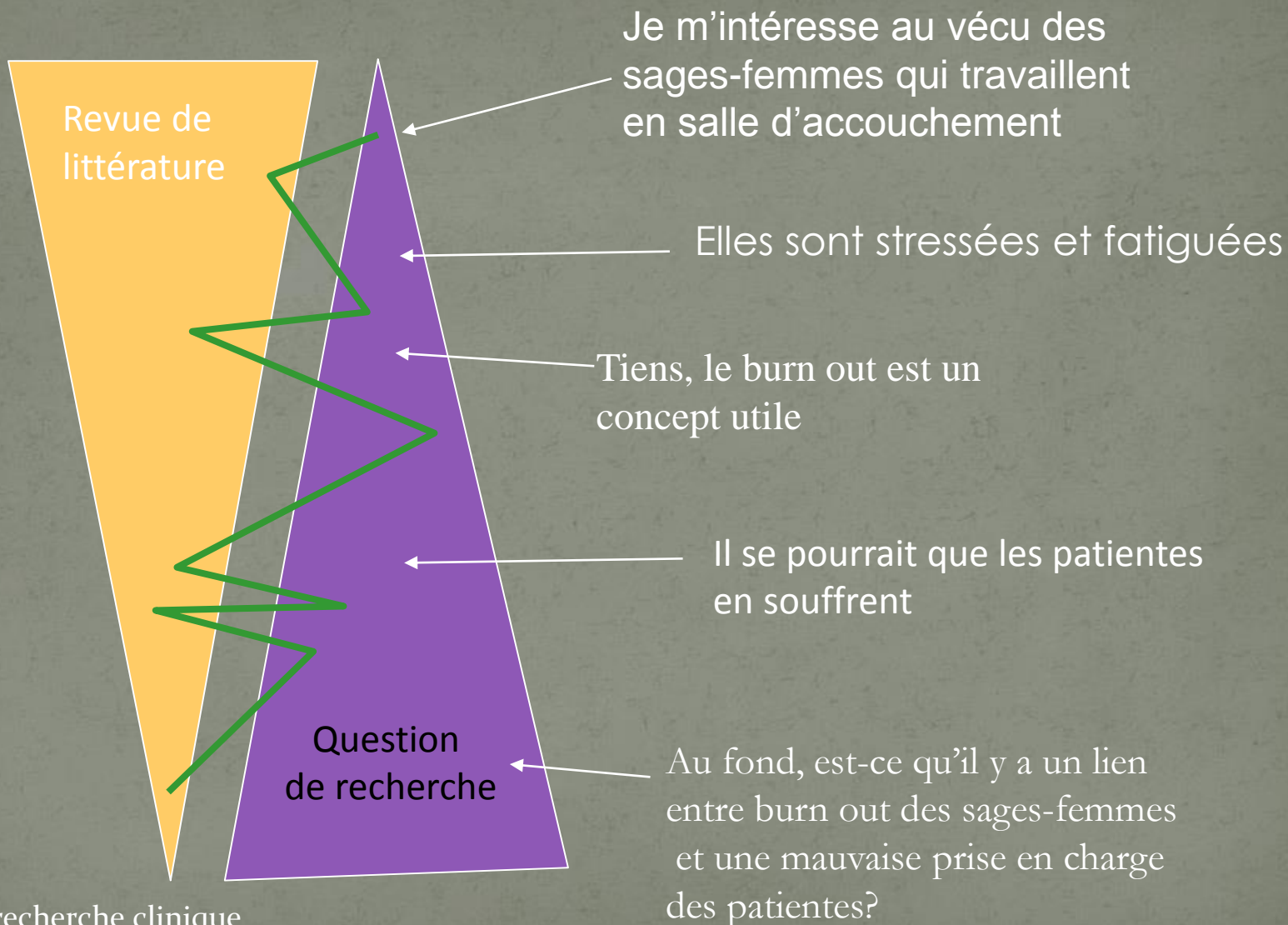
2018 This Is What Happens In An Internet Minute



- PubMed a indexés **813 598** nouveaux articles en 2017, et la base doit contenir **27 millions** d'articles.
- Il y a **5 600** revues scientifiques dans MEDLINE,
- Il existe environ **28 000** revues scientifiques à comité de lecture (estimation 2012) qui publient environ **2 millions** d'articles par an

- ≠ dans la qualité des articles (méthodologie ou pertinence clinique) -> voir des articles sans véritable question de recherche
- Pubmed : childbirth -> 42'744 articles

- **Comment se poser les bonnes questions pour bien démarrer?**



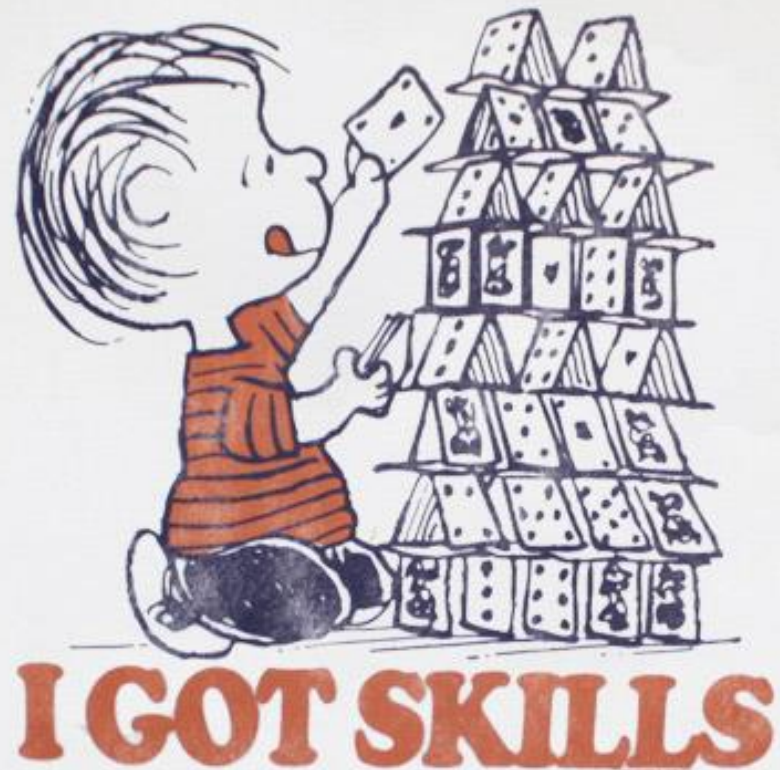
Questionnement ou objectif de recherche

Evaluer les répercussions du burn out des sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement d'un hôpital universitaire sur la qualité des soins.

- Avant de se préciter sur pubmed, il faut un petit warm up et quelques skills !!!

- L'épidémiologie est mon ami (et oui on dirait pas comme cela), en plus c'est facile c'est que des pourcentages ou des moyennes (enfin souvent...)
- Idem pour la lecture critique d'article

Il faut juste connaitre deux ou trois choses



Mais comment bien s'informer??

- 1 – Se poser une bonne question
- 2- Bien définir votre question
- 3– Prendre le temps (avoir une bonne méthodologie) de chercher la bonne information **scientifique** et ne pas succomber au côté obscur d'internet
- 4 – Prendre le temps de lire et d'analyser de façon critique ce qu'on lit et ne pas prendre toutes les informations comme vérité générale

Doctissimo

Santé

Médicaments

Grossesse / bébé

Psychologie

Famille

Nutrition

Beauté

Mode

F

Antibiotiques

Antidépresseurs

Antimigralneux

Asthme

Cholestérol

Contraception

Diabète

Homéopathie

Hépatite

Maux de ventre

Ménopause

Oméga 3

Phytothérapie

Rhumatisme

Rechercher

un article

OK

un médicament

OK

Le médicament et vous

- Médicaments et enfant
- Médicaments et grossesse
- Médicaments et seniors

Les médicaments génériques sont-ils vraiment sûrs ?



Guide des médicaments



Contenant des informations plus de 8 000 médicaments, ce guide vous aidera à mieux comprendre la prescription de votre médecin.

Tapez votre recherche ici

ok

Les médicaments à la une

[Alli](#) - [Aspirine](#) - [Avastin](#) - [Champix](#) - [Cialis](#)
[Cervarix](#) - [Coryzalia](#) - [Cymbalta](#) - [Diane](#)

Sujet : Mon enfant a des reflets roux!!



Posté le 08-03-2011 à 18:48:29



[b][i>Bonjour a toutes,

Mon fils de 2 mois est née brun, aujourd'hui il a les cheveux chatain clair avec des reflets roux

je voudrais savoir s'il a des chances de devenir roux... si certaines ont eu la même expérience avec leurs enfants son père a les cheveux brun et moi je suis chatain clair, cette situation m'angoisse car je n'aimerais pas qu'il ait les cheveux roux 😞

merci d'avance pour vos réponses...

Perles des

FORUMS

Message cité 5 fois



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Planned hospital birth versus planned home birth (Review)

Olsen O, Clausen JA

Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials

YJ Fontein-Kuipers,^a MJ Nieuwenhuijze,^a M Ausems,^a L Budé,^a R de Vries^{a,b}

^a Midwifery Education & Studies Maastricht-ZUYD, Maastricht, the Netherlands ^b Maastricht University Medical Centre/CAPHRI, Maastricht, the Netherlands

Correspondence: YJ Fontein-Kuipers, Midwifery Education & Studies Maastricht-ZUYD, Research Department Midwifery Science, PO Box 1256, 6201 BG Maastricht, the Netherlands. Email y.fontein@AV-M.nl

Accepted 26 September 2013. Published Online 8 January 2014.

Background Maternal distress can have adverse health outcomes for mothers and their children. Antenatal interventions may reduce maternal distress.

Objective To assess the effectiveness of antenatal interventions for the reduction of maternal distress during pregnancy and for up to 1 year postpartum.

Search strategy EBSCO, Medline, PubMed, Cochrane, secondary references of Cochrane reviews and review articles, and experts in the field.

Selection criteria Randomised controlled trials in which the association between an antenatal intervention and the reduction of maternal distress was reported.

Data collection and analysis Two authors independently abstracted data from each trial. A random-effects meta-analysis assessed the reduction of maternal distress associated with antenatal preventive and treatment interventions, compared with routine antenatal care or another intervention.

Main results Ten trials with 3167 participants met the inclusion criteria, and nine trials ($n = 3063$) provided data for the

meta-analysis of six preventive interventions and three treatment interventions. The preventive interventions indicated no beneficial reduction of maternal distress (six trials; $n = 2793$; standardised mean difference, SMD -0.06 ; 95% confidence interval, 95% CI -0.14 – 0.01). The treatment interventions indicated a significant effect for the reduction of maternal distress (three trials; $n = 270$; SMD -0.29 ; 95% CI -0.54 to -0.04). A sample of women, selected retrospectively, who were more vulnerable for developing maternal distress showed a significant reduction of maternal distress after the interventions (three trials; $n = 1410$; SMD -0.25 ; 95% CI -0.37 to -0.14).

Author's conclusions Preventive antenatal interventions for maternal distress show no effect. Antenatal interventions for women who have maternal distress or are at risk for developing maternal distress are associated with a small reduction in maternal distress.

Keywords Interventions, midwifery, mental health, maternal distress, pregnancy, public health.

Original Article

A behavioural nutrition intervention for obese pregnant women: Effects on diet quality, weight gain and the incidence of gestational diabetes

Rachelle S. OPIE,^{1,2} Madeleine NEFF¹ and Audrey C. TIERNEY^{1,2}

¹Nutrition and Dietetics Department, Alfred Health, and ²College of Science, Health and Engineering, School of Allied Health, Department of Rehabilitation, Nutrition and Sport, La Trobe University, Melbourne, Victoria, Australia

Background: Obese pregnant women have an increased risk of antenatal, intra- and post-partum complications. At present, there is limited evidence to support specific nutritional management of obese women in pregnancy, and guidelines are infrequently translated into practice.

Aims: To implement an individually tailored nutrition program for obese pregnant women to reduce the rates of gestational diabetes mellitus (GDM), improve diet quality, achieve weight gain targets, limit gestational weight gain (GWG) and reduce complications for mother and child.

Methods: A prospective dietary intervention study was conducted at a hospital in Melbourne, Australia, using a parallel control group from the Birthing Outcomes System (BOS) database. Obese pregnant women were included if they were ≤ 21 weeks gestation and aged ≥ 18 years. The intervention group received one face-to-face dietitian-delivered consultation, with reviews conducted over the phone.

Results: A total of 92 and 125 obese pregnant women were enrolled into the dietary intervention group and BOS control group, respectively. The diet quality of intervention participants improved, without significant differences in GWG across groups. In the control group, 19.3% of women developed GDM, compared to 6.5% in the diet group (P 0.013). However, after adjusting for ethnicity and body mass index, the association between the diet group and GDM incidence was no longer significant.

Conclusions: This study demonstrates that a behavioural nutrition intervention, individually tailored for obese pregnant women can improve diet quality. A larger randomised controlled trial targeted at obese pregnant women, with comparable groups at baseline, is required to observe the effects of dietary improvement on GDM incidence, and other maternal and neonatal outcomes.

Key words: gestational diabetes, nutrition therapy, obesity.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

MAY 2, 2013

VOL. 368 NO. 18

Surgery versus Physical Therapy for a Meniscal Tear and Osteoarthritis

Jeffrey N. Katz, M.D., Robert H. Brophy, M.D., Christine E. Chaisson, M.P.H., Leigh de Chaves, P.T., O.C.S., Brian J. Cole, M.D., M.B.A., Diane L. Dahm, M.D., Laurel A. Donnell-Fink, M.P.H., Ali Guermazi, M.D., Ph.D., Amanda K. Haas, M.A., Morgan H. Jones, M.D., M.P.H., Bruce A. Levy, M.D., Lisa A. Mandl, M.D., M.P.H., Scott D. Martin, M.D., Robert G. Marx, M.D., Anthony Miniaci, M.D., Matthew J. Matava, M.D., Joseph Palmisano, M.P.H., Emily K. Reinke, Ph.D., Brian E. Richardson, P.T., M.S., S.C.S., C.S.C.S., Benjamin N. Rome, B.A., Clare E. Safran-Norton, P.T., Ph.D., O.C.S., Debra J. Skonieczki, M.S.N., A.N.P., Daniel H. Solomon, M.D., M.P.H., Matthew V. Smith, M.D., Kurt P. Spindler, M.D., Michael J. Stuart, M.D., John Wright, M.D., Rick W. Wright, M.D., and Elena Losina, Ph.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

Whether arthroscopic partial meniscectomy for symptomatic patients with a meniscal tear and knee osteoarthritis results in better functional outcomes than nonoperative therapy is uncertain.

METHODS

We conducted a multicenter, randomized, controlled trial involving symptomatic patients 45 years of age or older with a meniscal tear and evidence of mild-to-moderate osteoarthritis on imaging. We randomly assigned 351 patients to surgery and postoperative physical therapy or to a standardized physical-therapy regimen (with the option to cross over to surgery at the discretion of the patient and surgeon). The patients were evaluated at 6 and 12 months. The primary outcome was the difference between the groups with respect to the change in the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) physical-function score (ranging from 0 to 100, with higher scores indicating more severe symptoms) 6 months after randomization.

RESULTS

In the intention-to-treat analysis, the mean improvement in the WOMAC score after 6 months was 20.9 points (95% confidence interval [CI], 17.9 to 23.9) in the surgical group and 18.5 (95% CI, 15.6 to 21.5) in the physical-therapy group (mean difference, 2.4 points; 95% CI, -1.8 to 6.5). At 6 months, 51 active participants in the study who were assigned to physical therapy alone (30%) had undergone surgery, and 9 patients assigned to surgery (6%) had not undergone surgery. The results at 12 months were similar to those at 6 months. The frequency of adverse events did not differ significantly between the groups.

CONCLUSIONS

In the intention-to-treat analysis, we did not find significant differences between the study groups in functional improvement 6 months after randomization; however, 30% of the patients who were assigned to physical therapy alone underwent surgery within 6 months. (Funded by the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; METEOR ClinicalTrials.gov number, NCT00597012.)

From Brigham and Women's Hospital (J.N.K., L.C., L.A.D.-F., S.D.M., B.N.R., C.E.S.-N., D.J.S., D.H.S., J.W., E.L.) and Boston University (C.E.C., A.G., J.P.) — both in Boston; Washington University, St. Louis (R.H.B., A.K.H., M.J.M., M.V.S., R.W.W.); Rush University, Chicago (B.J.C.); Mayo Clinic, Rochester, MN (D.L.D., B.A.L., M.J.S.); Cleveland Clinic, Cleveland (M.H.J., A.M.); Hospital for Special Surgery, New York (L.A.M., R.G.M.); and Vanderbilt University, Nashville (E.K.R., B.E.R., K.P.S.). Address reprint requests to Dr. Katz at the Orthopedic and Arthritis Center for Outcomes Research, Department of Orthopedic Surgery, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis St., BC-4016, Boston, MA 02115, or at jnkatz@partners.org.

This article was published on March 19, 2013, at NEJM.org.

N Engl J Med 2013;368:1675-84.

DOI: 10.1056/NEJMoa1301408

Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society.

NURSE HEALTH AND WELL-BEING

Treatment and ergonomics training of work-related lower back pain and body posture problems for nurses

Melinda Jaromi, Andrea Nemeth, Janos Kranicz, Tamas Laczko and Jozsef Betlehem

Aims. The purpose of the study was to measure the effectiveness of a spine training programme (Back School) in nurses who have been living with chronic low back pain. It was hypothesised that active therapy, ergonomics and education called Back School will significantly decrease the pain intensity levels and improve the body posture of the study participants.

Background. A chronic low back pain is a significant work-related health problem among healthcare workers around the world. Proper body posture is essential for decreasing pain in healthcare workers who have history of chronic low back pain. By teaching proper body posture and with the creation of occupational settings that are 'spine-friendly' hospitals and other healthcare settings can significantly lower the suffering of their nursing staff.

Design. Single-blinded randomised controlled trial was utilised with six- and 12-months follow-up.

Methods. The study was carried out at the University of Pecs, Faculty of Health Sciences from 2007 to 2008 involving 124 nurses with low back pain. Participants were randomly assigned to the study group (who have received ergonomics training and education called Back School) with an intervention conducted once a week for a six-week period. The control group received passive physiotherapy once a week for a six-week period. Further follow-up measurements were conducted at six and 12 months, respectively. The study variables and outcome measures were pain intensity and body posture (angle of thoracic kyphosis and lumbar lordosis). The pain intensity was investigated with the Visual Analogue Scale. Body posture was recorded and analysed with the Zebris biomechanical motion analysis system.

Results. The statistical analysis of repeated measures indicated a significant decrease in back pain intensity after the therapy in both groups, compared with measurements before the therapy; however, the BS group showed significantly better results during the six-month and one-year follow-up period. The biomechanical analysis of postures after the therapy in the BS group showed significant improvements over the control group; during the follow-up, the difference was still significant, yet slightly reduced.

Conclusions. This study has shown that a significant reduction in the pain intensity and improvement in body posture can be achieved by the usage of the active physical therapy methods (Back School) in nurses who are experiencing chronic lower back pain.

Relevance to clinical practice. The Back School programme when compared with the passive physical therapies (such as massage, ultrasound treatment, etc.) shows significant improvement in reduction in pain and greatly improves the posture of healthcare workers. The adoption of the Back School programme for the treatment of the healthcare workers with chronic low back problems should be a treatment of choice and standard that should be adopted when designing occupational healthcare policies and procedures.

Esprit critique



Définition

- La lecture critique est l'évaluation du niveau de preuve (niveau de confiance) des résultats des études qui pourraient avoir une influence sur la pratique médicale

ou

- qui pourraient intervenir dans la justification et la préparation d'un protocole de recherche.

EBM

- Evidence-based medicine =
- Médecine fondée sur les preuves
- Récuser routine, tradition, généralisation à partir d'anecdotes,...

Basé sur l'empirisme

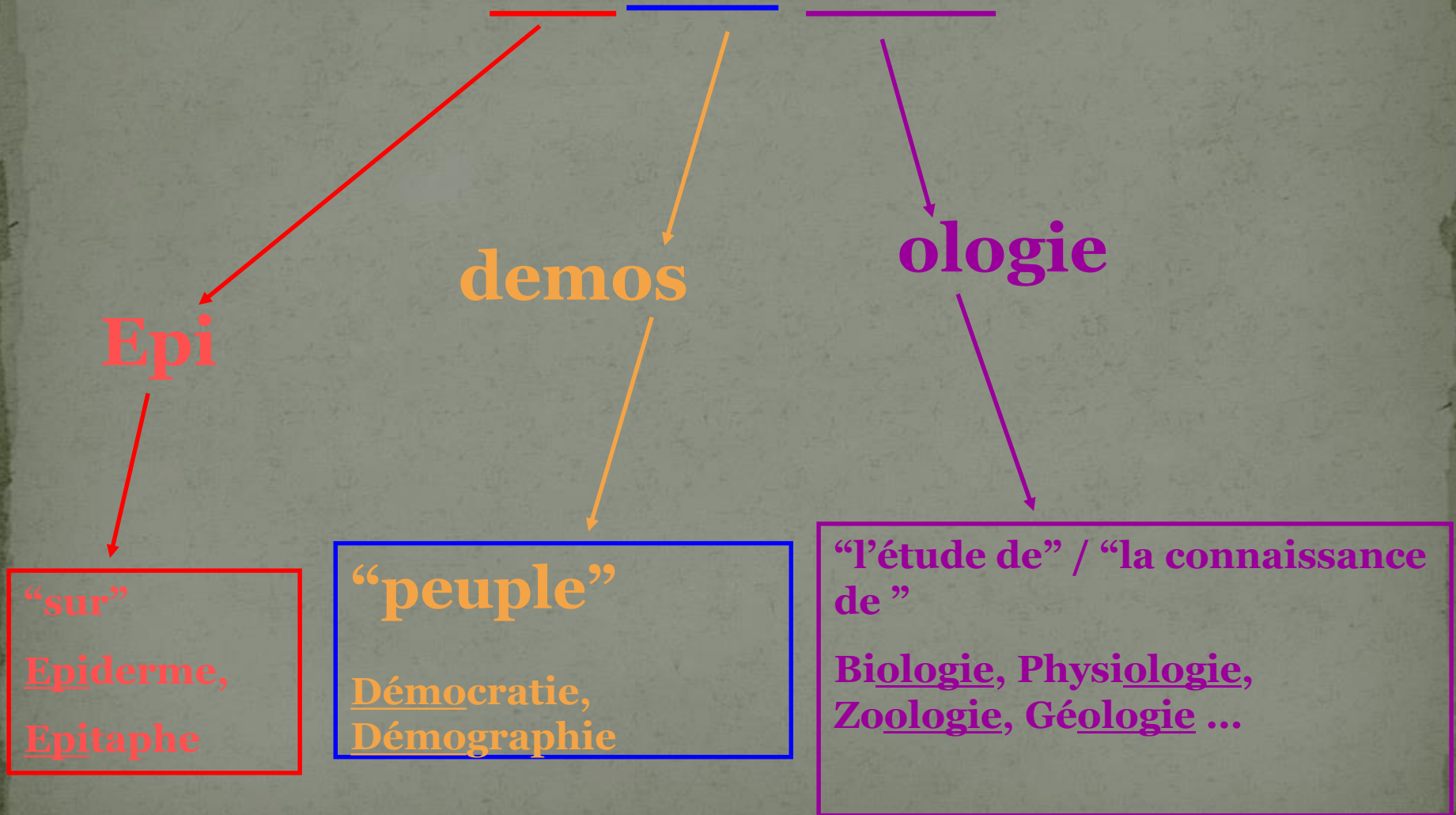
Niveaux de preuves



- Pourquoi de la lecture critique?
- Modification des pratiques
- Long life learning
- **si la médecine ne progressait pas, nous n'aurions pas besoin de lire.....

- Notions de base
en épidémiologie

C'est quoi l'Epidemiologie ?



Web [Images](#) [Maps](#) [News](#) [Shopping](#) [Gmail](#) [more](#) ▾

Google

Epidemiology

Search

[Advanced Search](#)
[Preferences](#)

Web [Books](#)

Results 1 - 10 of about **43,300,000** for **Epidemiology** [\[definition\]](#).

[Epidemiology - Wikipedia, the free encyclopedia](#)

Feb 3, 2008 ... **Epidemiology** is the study of factors affecting the health and illness of populations, and serves as the foundation and logic of ...

en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology - 127k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

[Epidemiology - home](#)

Official Journal of the International Society for Environmental **Epidemiology**. Includes contents, a search feature, subscription and society information.

www.epidem.com/ - [Similar pages](#)

[WWW Epidemiology Virtual Library](#)

Includes listing and database of **epidemiology** subjects.

www.epibiostat.ucsf.edu/epidem/epidem.html - 122k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

[Department of Epidemiology](#)

Admission information, graduate program course listings, registration information, seminars, faculty directory, and additional resources.

depts.washington.edu/epidem/ - 16k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

[WHO | Epidemiology](#)

Epidemiology. This page provides links to descriptions of activities, reports, news and events, as well as contacts and cooperating partners in the various ...

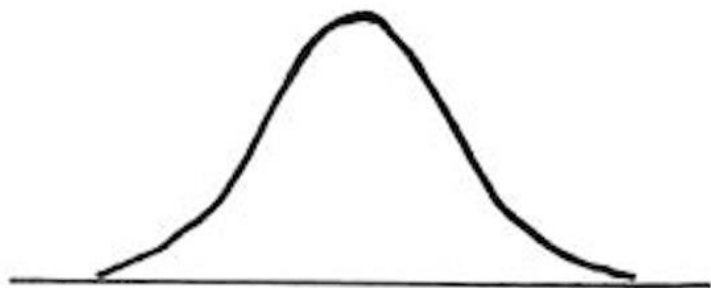
www.who.int/topics/epidemiology/en/ - 14k - [Cached](#) - [Similar pages](#)

I. Définition

- Épidémiologie = étude de la distribution des états de santé et de leurs déterminants dans la population.
- Au départ, principale application aux maladies transmissibles (étude des épidémies).
- Puis extension à d'autres phénomènes de santé (maladies chroniques, accidents domestiques...).

Monsieur, dessine moi un épidémiologiste

- Médecine
- Sciences sociales
- Informatique
- Statistiques
- Bio-statistiques



NORMAL DISTRIBUTION



PARANORMAL DISTRIBUTION

Frenan.

I. Définition

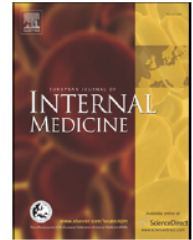
- Décrire : épidémiologie **descriptive**
fréquence des problèmes de santé dans une population
et leur répartition dans le temps et l'espace
- Comprendre: épidémiologie **analytique/étiologique**
Identifier des facteurs de risques ou protecteurs
- Évaluer: épidémiologie **évaluative** ou
d'intervention
efficacité, efficience (coût)



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejim



Original article

Prevalence and clinical characteristics of the DSM IV major depression among general internal medicine patients

Babak Moayedoddin ^{a,*}, Grégoire Rubovszky ^b, Laurent Mammana ^d, Emilien Jeannot ^{c,f}, Marlène Sartori ^d, Nicolas Garin ^e, Antonio Andreoli ^d, Alessandra Canuto ^d, Arnaud Perrier ^e

^a *Liaison Psychiatry and Crisis Intervention Service, Department of Psychiatry, University Hospitals of Geneva (HUG), Hôpitaux Universitaires de Genève, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14, Switzerland*

^b *Psychiatric Emergency Room Unit, Department of Community Medicine and Primary Care, University Hospitals of Geneva (HUG), Switzerland*

^c *Institute of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland*

^d *Liaison Psychiatry and Crisis Intervention Service, Department of Mental Health and Psychiatry, University Hospitals of Geneva (HUG), Switzerland*

^e *General Internal Medicine Service, Department of Internal Medicine, University Hospitals of Geneva (HUG), Switzerland*

^f *University of Applied Sciences Western Switzerland, Switzerland*

A B S T R A C T

Objective: The aim of this study was to investigate the prevalence and clinical characteristics of the DSM IV major depressive disorder (MDD) among patients admitted to the General Internal Medicine Service of the Geneva University Hospital.

Method: 557 patients admitted to the IM of the Geneva University Hospital aged 18 to 70 were investigated. Each subject was assessed by a clinical psychologist using the SCID (Structured Clinical Interview Depression for DSM-IV) questionnaire.

Results: 69 patients (12.4%) met diagnostic criteria for MDD (men: 8.8%, women: 16.9%, $p = .004$). Among subjects with major depression, depressed mood (97%), fatigue (91%), and diminished interest and pleasure (81%) were the most prevalent symptoms. Recurrent thoughts of death were present in 48% of depressed patients.

Conclusions: This study raises further evidence that an elevated proportion of patients admitted to an acute care general internal medicine facility meet DSM IV criteria for MDD with nearly half of depressed patients suffering from recurrent thoughts of death. It emphasizes the necessity of a targeted, continuous, and active support given by the psychiatry liaison service in the internal medicine setting.

© 2013 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

Table 1

Frequency of SCID A criteria among general internal medicine patients with major depression.

SCID A criteria	All patients			Gender difference ^a
	n = 69	%	95% CI	p value
A1 Depressed mood	67	97	91–99	0.25
A2 Diminished interest or pleasure	56	81	71–89	0.188
A3 Weight loss or weight gain, diminished appetite	48	70	58–79	0.461
A4 Insomnia, hypersomnia	47	68	56–78	1
A5 Psychomotor agitation or slowing	38	55	43–66	0.713
A6 Fatigue or loss of energy	63	91	83–96	0.321
A7 Feeling of worthlessness, guilt	42	61	49–72	0.468
A8 Ability to think, to concentrate, to take decisions	41	59	48–70	0.305
A9 Recurrent thoughts of death	33	48	36–60	0.303

^a p value for difference of symptom prevalence between men and women.

Original article | Published 22 July 2010, doi:10.4414/smw.2010.13040

Cite this as: Swiss Med Wkly. 2010;140:w13040

Evolution of overweight and obesity among 5–6-year-old schoolchildren in Geneva

Emilien Jeannot^{a, b}, Per Mahler^b, Olivier Duperrex^{a, c}, Philippe Chastonay^a

^a Institut de Médecine Sociale et Préventive, Faculté de médecine, Université de Genève, Switzerland

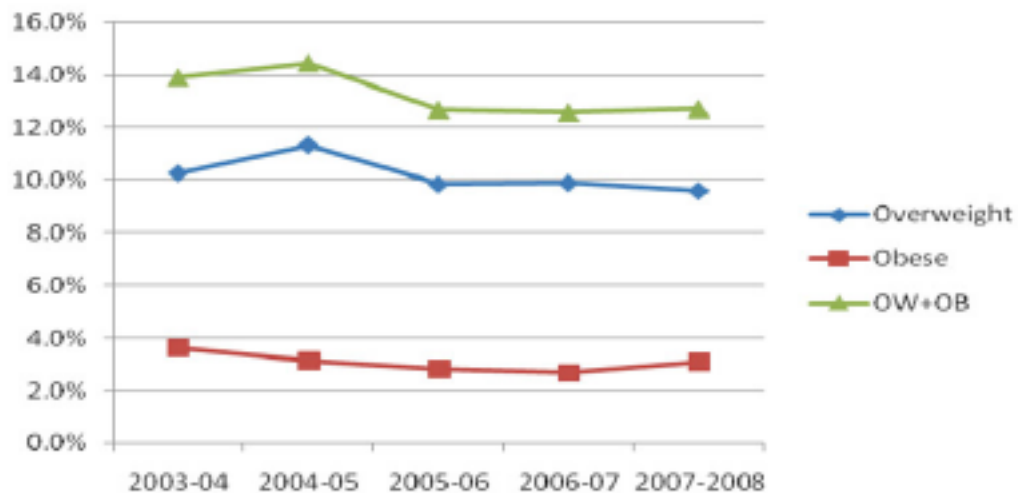
^b Service de santé de la jeunesse, Département de l'instruction publique, Geneva, Switzerland

^c Office des écoles en Santé, Vaud, Switzerland

Table 1

Distribution of the prevalence (95% confidence intervals) divided into ISO-BMI subgroups for the entire group.

Prevalence	2003-4		2004-5		2005-6		2006-7		2007-8	
	N = 3728		N = 3908		N = 3718		N = 3709		N = 3533	
ISO-BMI <25	86.1%	84.9-87.1	85.5%	84.3-86.5	87.3%	86.2-88.3	87.4%	86.3-88.4	87.3%	86.1-88.3
ISO-BMI 25-30	10.3%	9.3-11.3	11.3%	10.3-12.3	9.8%	8.9-10.8	9.9%	8.9-10.9	9.6%	8.6-10.6
ISO-BMI >30	3.6%	3-4.2	3.1%	2.5-3.6	2.8%	2.3-3.4	2.7%	2.2-3.2	3.1%	2.6-3.7

**Figure 1**

BMI over time for the entire group.



Sociodemographic and Economic Determinants of Overweight and Obesity for Public-school Children in Geneva State, Switzerland: A Cross-sectional Study

Emilien Jeannot^{1,2,3}, Per Mahler³, Nadia Elia¹, Bernard Cerruti¹, P. Chastonay²

¹University of Applied Sciences Western Switzerland, High School of Health, 1206 Geneva, Switzerland, ²Institute of Global Health, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland, ³School Health Service, Department of Public Instruction, Geneva, Switzerland

Correspondence to:

Dr. Emilien Jeannot, University of Applied Sciences Western Switzerland, High School of Health, 47 Avenue de Champel, 1206 Geneva, Switzerland.
E-mail: Emilien.Jeannot@unige.ch

How to cite this article: Jeannot E, Mahler P, Elia N, Cerruti B, Chastonay P. Sociodemographic and economic determinants of overweight and obesity for public-school children in Geneva State, Switzerland: A cross-sectional study. *Int J Prev Med* 2015;6:39.

Table 2: Socio demographical characteristics, overweight and obesity; Proportions (%) are given

	<i>N</i>	Overweight	Obesity	Overweight or obese
Citizenship				
Switzerland	5'477	11.4%	2.0%	13.4%
Portuguese	1'012	20.0%	4.8%	24.8%
Italian	225	20.9%	8.0%	28.9%
Kosovo	200	22.0%	8.0%	30.0%
Spanish	188	19.1%	4.3%	23.4%
France	176	10.2%	4.0%	14.2%
Other European	340	14.1%	4.4%	18.5%
America	332	18.7%	4.8%	23.5%
Africa	331	16.6%	7.3%	23.9%
Other	303	15.8%	3.3%	19.1%
Socio-professional categories mother				
Leaders and senior executives	614	8.3%	1.5%	9.8%
Executives and employees	3'388	12.4%	2.3%	14.7%
Self employed	126	10.3%	0.8%	11.1%
Workers	1'486	19.5%	4.6%	24.2%
Other	2'970	13.8%	3.9%	17.6%
Socio-professional categories father				
Leaders and senior executives	1'595	8.4%	2.0%	10.4%
Executives and employees	2'872	11.9%	2.0%	14.0%
Self employed	401	15.0%	3.0%	18.0%
Workers	2'528	17.7%	4.4%	22.1%
Other	1'188	16.8%	5.0%	21.7%
District of residence				
Higher median income	3'006	11.2%	2.1%	13.3%
Middle median income	2'148	13.4%	3.5%	16.9%
Lower median income	3'430	16.3%	3.8%	20.1%

Table 3: Odds ratios (OR) for obesity or overweight by sex, citizenship, socio-professional categories of the mother and the father, and district of residence; 95% confidence intervals (CI) are given for the results of the multivariate analysis

	2 nd grade			5 th grade			8 th grade		
	OR	Adjusted OR	95% CI	OR	Adjusted OR	95% CI	OR	Adjusted OR	95% CI
Sex¹									
Male	0.73	0.72	0.57-0.90	0.94	-	-	1.13	-	-
Citizenship²									
Portuguese	2.41	1.51	1.05-2.17	2.41	1.52	1.12-2.06	2.06	1.68	1.28-2.20
Italian	2.70	2.38	1.26-4.50	2.70	2.06	1.19-3.58	2.62	2.38	1.52-3.72
Kosovo	3.52	2.19	1.20-4.00	3.52	2.36	1.27-4.39	2.59	2.15	1.31-3.51
Spanish	3.02	1.55	0.75-3.18	3.02	2.17	1.24-3.77	1.32	1.15	0.62-2.14
France	0.90	0.84	0.35-2.01	0.90	1.02	0.42-2.45	1.37	1.28	0.69-2.38
Other European	1.85	1.19	0.69-2.05	1.85	1.87	1.11-3.16	1.46	1.31	0.82-2.08
America	2.27	2.36	1.42-3.91	2.27	1.74	1.05-2.89	1.48	1.26	0.81-1.95
Africa	2.10	1.82	1.13-2.93	2.10	1.56	0.89-2.74	2.01	1.72	1.13-2.63
Other	1.70	1.06	0.60-1.85	1.70	1.52	0.89-2.59	2.13	1.84	1.09-3.11
Socio professional categories mother³									
Executives and employees	1.83	1.77	1.02-3.05	1.60	-	-	1.43	1.33	0.85-2.08
Self employed	0.56	0.40	0.09-1.88	1.04	-	-	1.73	1.68	0.70-4.03
Workers	2.91	1.83	1.01-3.34	3.48	-	-	2.51	1.88	1.18-2.99
Other	1.72	1.30	0.75-2.27	2.22	-	-	2.00	1.58	1.01-2.48
Socio-professional categories father³									
Executives and employees	0.89	0.82	0.57-1.16	2.27	2.27	1.53-3.37	1.42	-	-
Self employed	0.66	0.57	0.26-1.26	3.71	3.61	2.08-5.13	1.88	-	-
Workers	1.78	1.30	0.90-1.88	5.09	4.21	2.83-6.25	1.80	-	-
Other	1.72	1.33	0.88-2.01	4.33	3.27	2.08-5.13	2.02	-	-
District of residence⁴									
Median income	1.21	1.13	0.82-1.55	1.21	0.95	0.71-1.28	1.45	1.28	1.01-1.62
Lower income	1.76	1.36	1.03-1.80	1.76	1.34	1.05-1.72	1.62	1.32	1.06-1.64

¹Female, ²Swiss, ³Leaders and senior executives, ⁴ Higher median income districts. -: Not selected in the multivariate model



Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies

Yin Cao,¹ Walter C Willett,^{1,2,3} Eric B Rimm,^{1,2,3} Meir J Stampfer,^{1,2,3} Edward L Giovannucci^{1,2,3}

¹Department of Nutrition, Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA 02115, USA

²Department of Epidemiology, Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

³Channing Division of Network Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Correspondence to: E L Giovannucci
egiovann@hsph.harvard.edu

Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h4238>)

Cite this as: *BMJ* 2015;351:h4238
doi: 10.1136/bmj.h4238

Accepted: 28 July 2015

ABSTRACT

OBJECTIVES

To quantify risk of overall cancer across all levels of alcohol consumption among women and men separately, with a focus on light to moderate drinking and never smokers; and assess the influence of drinking patterns on overall cancer risk.

DESIGN

Two prospective cohort studies.

SETTING

Health professionals in the United States.

PARTICIPANTS

88 084 women and 47 881 men participating in the Nurses' Health Study (from 1980) and Health Professionals Follow-up Study (from 1986), followed until 2010.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES

Relative risks of cancer.

RESULTS

19 269 and 7571 (excluding non-advanced prostate cancers) incident cancers were documented among women and men, respectively, over 3 144 853 person years. Compared with non-drinkers, light to moderate drinkers had relative risks of total cancer of 1.02 (95% confidence interval 0.98 to 1.06) and 1.04 (1.00 to 1.09; $P_{\text{trend}}=0.12$) for alcohol intake of 0.1-4.9 and 5-14.9 g/day among women, respectively. Corresponding values for men were 1.03 (0.96 to 1.11), 1.05 (0.97 to 1.12), and 1.06 (0.98 to 1.15; $P_{\text{trend}}=0.31$) for alcohol intake of 0.1-4.9, 5-14.9, and 15-29.9 g/day, respectively. Associations for light to moderate drinking and total cancer were similar among ever or never smokers, although alcohol consumption above moderate levels

(in particular ≥ 30 g/day) was more strongly associated with risk of total cancer among ever smokers than never smokers. For a priori defined alcohol related cancers in men, risk was not appreciably increased for light and moderate drinkers who never smoked ($P_{\text{trend}}=0.18$). However, for women, even an alcohol consumption of 5-14.9 g/day was associated with increased risk of alcohol related cancer (relative risk 1.13 (95% confidence interval 1.06 to 1.20)), driven by breast cancer. More frequent and heavy episodic drinking was not further associated with risk of total cancer after adjusting for total alcohol intake.

CONCLUSION

Light to moderate drinking is associated with minimally increased risk of overall cancer. For men who have never smoked, risk of alcohol related cancers is not appreciably increased for light and moderate drinking (up to two drinks per day). However, for women who have never smoked, risk of alcohol related cancers (mainly breast cancer) increases even within the range of up to one alcoholic drink a day.

Introduction

Heavy alcohol consumption has been linked to increased risk of several cancers, including cancer of the colorectum, female breast, oral cavity, pharynx, larynx, liver, and esophagus,¹ and possibly to a higher risk of cancer of the stomach,^{2,3} pancreas,^{3,4} lung,^{3,5} and gallbladder.³ However, the association of these cancers with light to moderate drinking (up to one alcoholic drink per day for women and up to two alcoholic drinks per day for men according to the Dietary Guidelines for Americans, 2010⁶) is less clear.⁷⁻⁹

Extensive literature has documented the J shaped

ORIGINAL PAPER

A case–control study of breast cancer risk in nurses from Northeastern Ontario, Canada

**Stacey A. Santi¹ · Margaret L. Meigs¹ · Yantao Zhao¹ ·
Mary A. Bewick¹ · Robert M. Lafrenie^{2,3,4} ·
Michael S. Conlon^{1,2,4}**

Received: 26 February 2015 / Accepted: 14 July 2015 / Published online: 25 July 2015
© Springer International Publishing Switzerland 2015

Exemple de RCT (médicament)

Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial

Richard J Derman, Bhalchandra S Kodkany, Shivaprasad S Goudar, Stacie E Geller, Vijaya A Naik, M B Bellad, Shobhana S Patted, Ashlesha Patel, Stanley A Edlavitch, Tyler Hartwell, Hrishikesh Chakraborty, Nancy Moss

Summary

Background Postpartum haemorrhage is a major cause of maternal mortality in the developing world. Although effective methods for prevention and treatment of such haemorrhage exist—such as the uterotonic drug oxytocin—most are not feasible in resource-poor settings where many births occur at home. We aimed to investigate whether oral misoprostol, a potential alternative to oxytocin, could prevent postpartum haemorrhage in a community home-birth setting.

Methods In a placebo-controlled trial undertaken between September, 2002, and December, 2005, 1620 women in rural India were randomised to receive oral misoprostol (n=812) or placebo (n=808) after delivery. 25 auxiliary nurse midwives undertook the deliveries, administered the study drug, and measured blood loss. The primary outcome was the incidence of acute postpartum haemorrhage (defined as ≥ 500 mL bleeding) within 2 h of delivery. Analysis was by intention-to-treat. The trial was registered with the US clinical trials database (<http://www.clinicaltrials.gov>) as number NCT00097123.

Findings Oral misoprostol was associated with a significant reduction in the rate of acute postpartum haemorrhage (12.0% to 6.4%, $p < 0.0001$; relative risk 0.53 [95% CI 0.39–0.74]) and acute severe postpartum haemorrhage (1.2% to 0.2%, $p < 0.0001$; 0.20 [0.04–0.91]). One case of postpartum haemorrhage was prevented for every 18 women treated. Misoprostol was also associated with a decrease in mean postpartum blood loss (262.3 mL to 214.3 mL, $p < 0.0001$). Postpartum haemorrhage rates fell over time in both groups but remained significantly higher in the placebo group. Women taking misoprostol had a higher rate of transitory symptoms of chills and fever than the control.

Interpretation Oral misoprostol was associated with significant decreases in the rate of acute postpartum haemorrhage and mean blood loss. The drug's low cost, ease of administration, stability, and a positive safety profile make it a good option in resource-poor settings.

Scorbut : l'épidémiologie évaluative

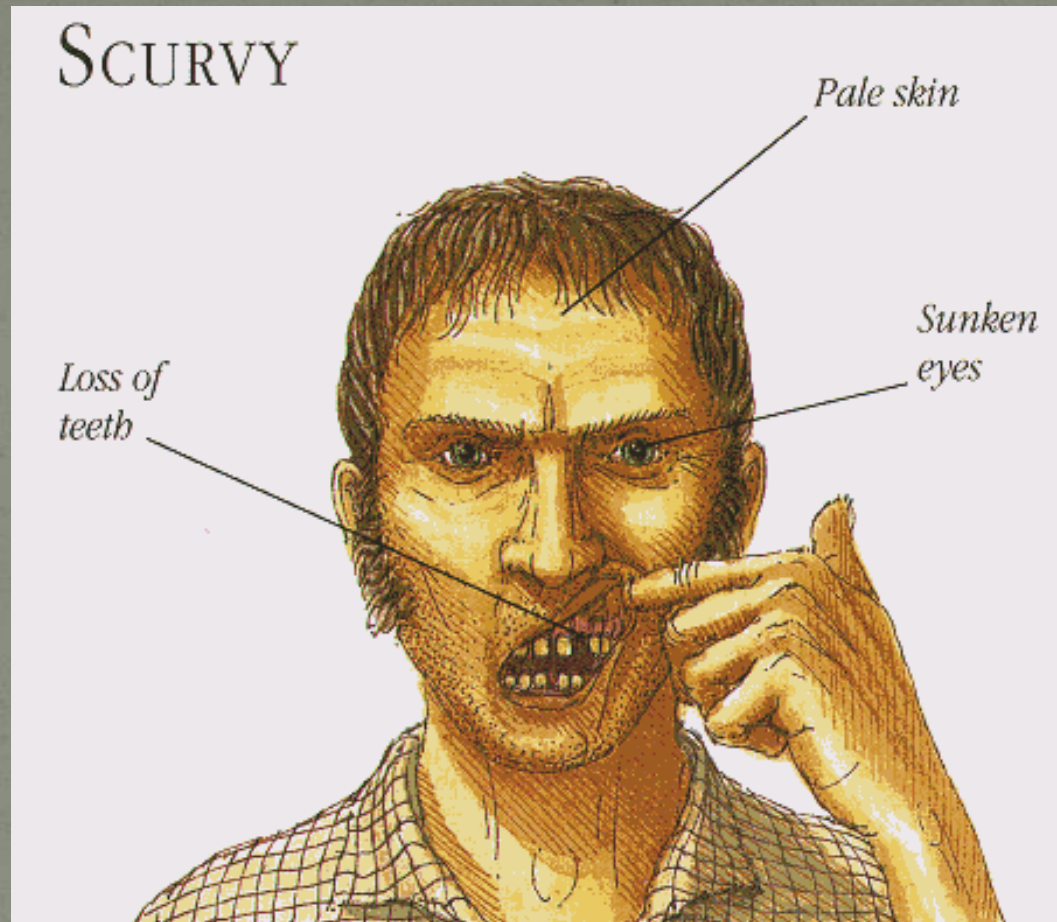
- James Lind ou le génial expérimentateur

Scorbut : l'épidémiologie évaluative

- Le scorbut est une maladie provoquée par une carence alimentaire en vitamine C (acide ascorbique).

- L'absence de cette vitamine provoque la dégradation de la fonction de liaison des tissus, produisant une série de signes et de symptômes caractéristiques : faiblesse, léthargie, irritabilité, anémie, gencives spongieuses violacées qui saignent facilement, déchaussement des dents, vieilles cicatrices qui se rouvrent (incluant des fractures) et hémorragies au niveau des muqueuses et de la peau.
- Dans les cas graves, le taux de mortalité est élevé.

Scorbut : l'épidémiologie évaluative



<https://www.youtube.com/watch?v=Jlw96wRPKzo>

- Le Sire de Joinville rapporte en 1249 les ravages du scorbut au cours de la VI^{ème} croisade de Louis IX: *«la chair de leurs jambes devenait sèche jusqu'à l'os et le cuir devenait tanné de noir et de terre tellement que vous eussiez dit que leurs jambes étaient de vieilles bottes qui avaient été cachées longtemps derrière un coffre. Et outre cela il leur venait dans la bouche un très grand mal en sorte que la chair se pourrissait entre les gencives dont il en sortait une puanteur si grande que l'on ne pouvait approcher l'un de l'autre. Le signe de la mort était que le nez se prenait à saigner »*

Lettres gothiques

Joinville

VIE
DE SAINT LOUIS



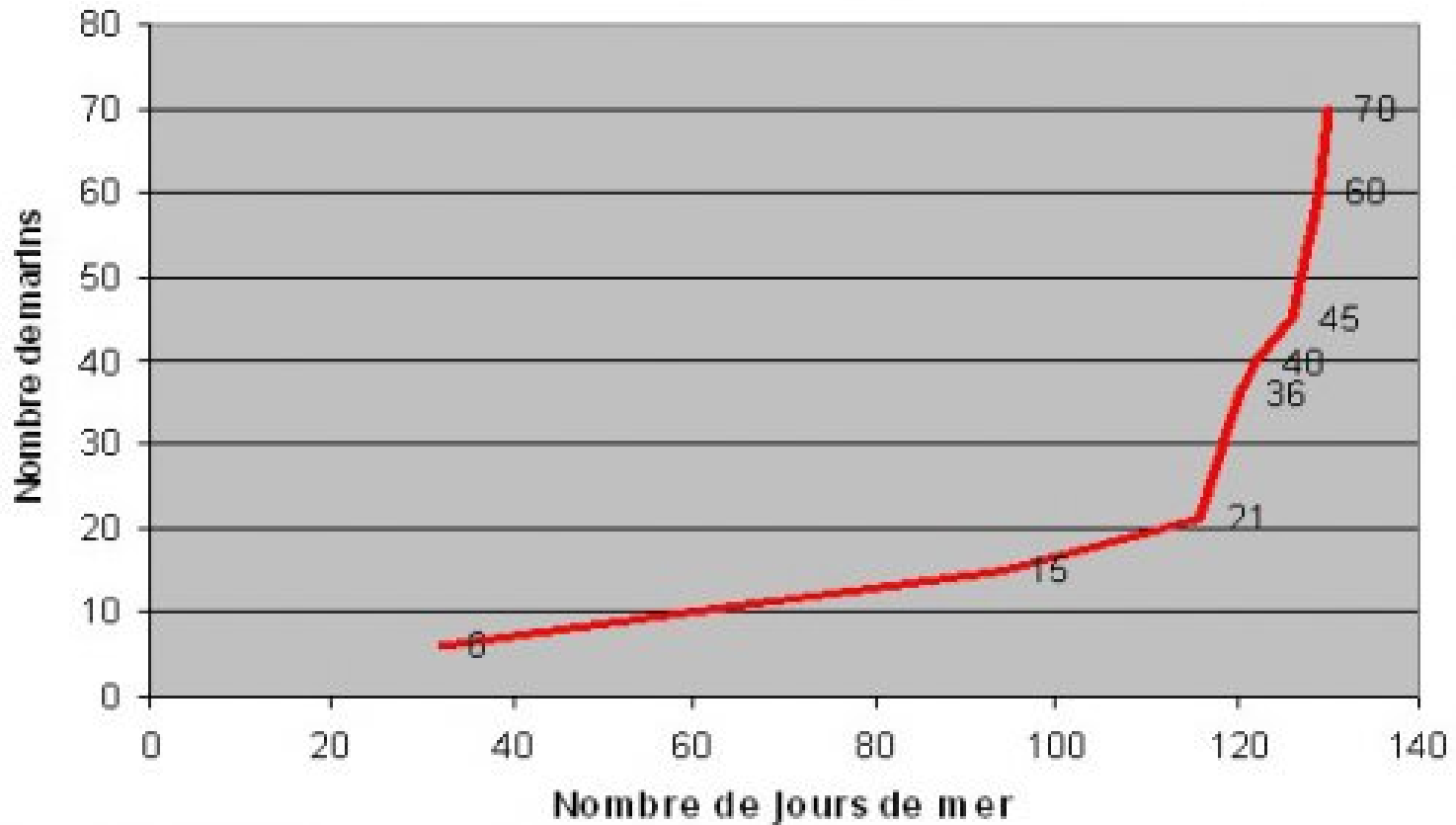
William Clowes, chirurgien de la marine britannique, 1596

- *« leurs gencives étaient abîmées jusqu'à la racine de chaque dent, et leurs joues étaient enflées et dures, les dents branlantes et prêtes à tomber, leur respiration avaient un goût fétide. Les jambes étaient faibles et chancelantes, au point qu'elles pouvaient à peine porter leurs corps. De plus, ils étaient remplis de maux et de douleurs, avec de nombreuses tâches bleuâtres ou rouges, les unes larges, les autres de la taille d'une piqûre de puce. »*

Rapport de l'Amirauté (Annual report, 1763)

- Pertes de la marine britannique de 1756 au traité de Paris – 1763, Guerre de sept ans (la guerre opposait l'Angleterre et la Prusse à la France, l'Espagne et la Russie):
 - Marins enrôlés: 184,899
 - Morts en action: 1,512
 - Morts du scorbut: 133,708 (72 %)

Evolution du nombre de marins atteints du scorbut en fonction du nombre de jours de mer



Ration individuelle des marins à bord des bateaux de l'Amirauté britannique au XVIII^{ème}

Biscuit (sorte de pain sec): 1 livre par jour (450g)

- Boeuf salé: 2 livres 2 fois par semaine
 - Porc salé: 1 livre 2 fois par semaine
 - Poisson séché: 2 onces (60g) 3 fois par semaine
 - Beurre: 2 onces 3 fois par semaine
 - Fromage: 4 onces (120g) 3 fois par semaine
 - Pois secs: 8 onces (480g) 4 fois par semaine
 - Bière: 1 gallon par jour (4,5 litres)
 - Selon disponibilité, un peu de raisin sec, d'orge et de sucre
 - Rhum après le repas (en général en grog)
-
- **Apport calorique quotidien : environ 4 000 Kcal**

L'expérimentation de LIND, 1747

- Douze scorbutiques sont répartis en six paires, hygiène et régime alimentaire contrôlés. Traitement sur 15 jours
- • 1^{ère} paire : un quart de cidre par jour . **Amélioration des symptômes, mais toujours impropres au service.**
- • 2^{ème} paire: 25 gouttes d'élixir de vitriol x 3 fois par jour. **Aucun effet.**

L'expérimentation de LIND, 1747

- 3^{ème} paire: 2 cuillères de vinaigre 3x fois par jour. Aucun effet.
- 4^{ème} paire: 1 pinte d'eau de mer par jour. **Aucun effet, pas d'aggravation.**
- 5^{ème} paire: 2 oranges et 1 citron par jour. Guérison et reprise du service au 6^è jour.
- 6^{ème} paire: 1 pilule par jour contenant ail + radis + moutarde + myrrhe + baume du Pérou + purgatif. **Aucun effet.**

Première édition française de LIND

TRAITÉ
DU
SCORBUT,
DIVISÉ EN TROIS PARTIES,
CONTENANT

Des recherches sur la nature, les causes
& la curation de cette Maladie.

*Avec un Tableau chronologique & critique de
tout ce qui a paru sur ce sujet.*

Traduit de l'Anglois de M. LIND, D. M. Membre
du Collège Royal de Médecine d'Edimbourg.

*Auquel on a joint la Traduction du Traité du Scorbut
de ROERHAAVE, commenté par M. VAN SWIETEN.*

TOME PREMIER.



A PARIS,

Chez GANEAU, Libraire, rue Saint Severin,
aux Armes de Dombes.

M. DCC. LVI.

Avec Approbation & Privilège du Roi.

A
TREATISE
ON THE *Asplumy*
SCURVY.
IN THREE PARTS.

CONTAINING
An Inquiry into the Nature, Causes,
and Cure, of that Disease.

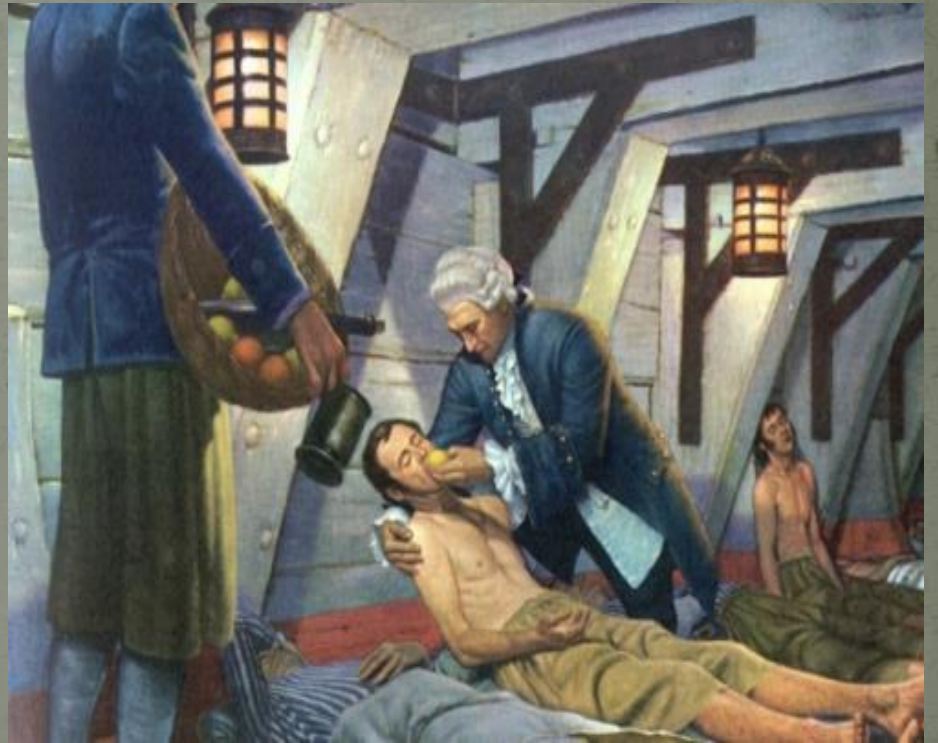
Together with
A Critical and Chronological View of what
has been published on the Subject.

By JAMES LIND, M. D.
Physician to his Majesty's Royal Hospital at *Hastar*
near *Portsmouth*, and Fellow of the Royal
College of Physicians in *Edinburgh*.

The THIRD EDITION, enlarged and improved.

LONDON:

Printed for S. CROWDER, D. WILSON and G.
NICHOLLS, T. CADELL, T. BECKET and Co.
G. PEARCE, and W. WOODFALL.
MDCCLXXII.



Pourquoi le rejet de LIND ?

- Oppose l'expérience à la théorie
- Chirurgien, donc non qualifié pour parler
- De basse classe: aucun droit
- Ecossais rebelle

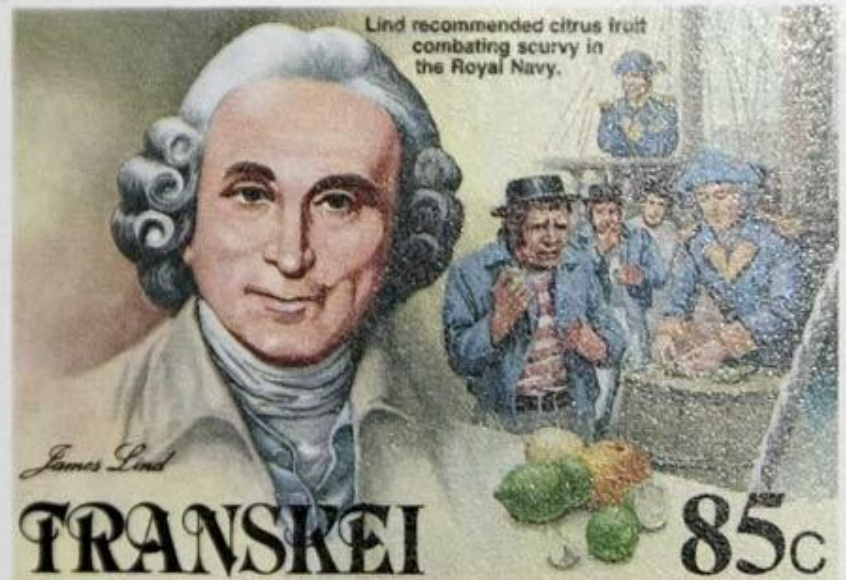


*The True Story of
One Man's War
against Ignorance,
the Establishment
and the Deadly
Scurvy*

Limeys



DAVID I.
HARVIE



JOHAN VAN NIEKERK

C3.4

1993

- Encore présent dans toutes les guerres
- Guerre de sécession (1861-1865)
- 1^{Er} guerre / 2^e guerre mondiale :-> notamment sur le front russe

« LES TUNIKUES BLEUES »

N°58

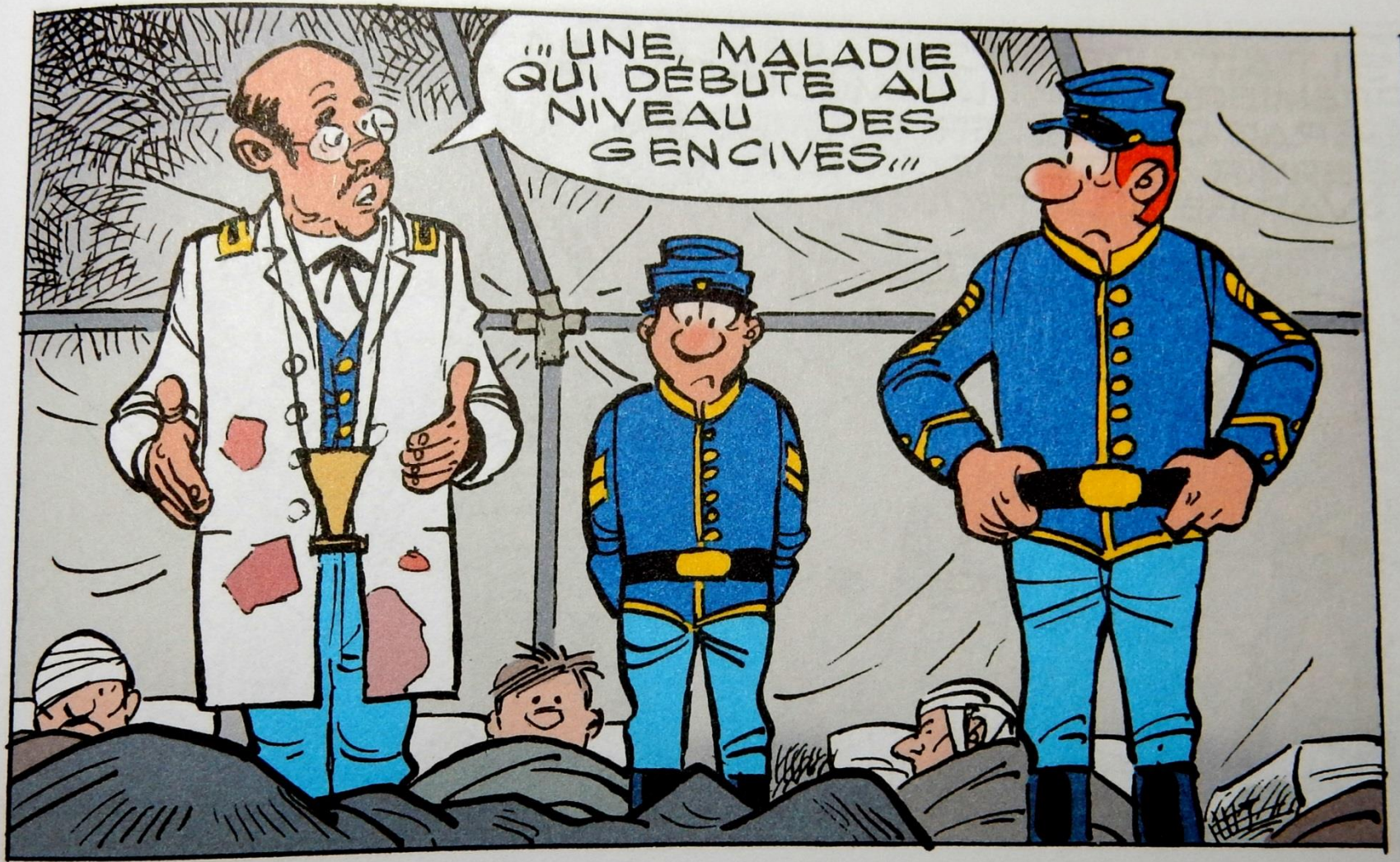
LES BLEUS SE METTENT AU VERT

DESSINS : WILLY LAMBIL

SCÉNARIO : RAOUL CAUVIN



DUPUIS







- 1932: Szent-Gyorgyi isole l'acide hexuronique = a-scorbique.
-> Nobel de médecine et physiologie 1937
- 1934: Walter N. Haworth la synthétise et la nomme Vitamine C. Nobel chimie 1937

- Dans certaines régions du monde le scorbut reste un fléau : plus de 100 000 cas ont été répertoriés dans les années 1990 parmi les réfugiés de la corne de l'Afrique
- En l'an 2014, 2 nouvelles observations de malades (7 ans) atteints de scorbut ont été détecté en France.

Source : [Arch Pediatr](#). 2015 Jan;22(1):63-5. doi: 10.1016/j.arcped.2014.10.003. Epub 2014 Nov 20. Scurvy, an old disease still in the news: two case reports



LETTER

Risks of inadequate nutrition in disabled children: four cases of scurvy

Scurvy is the clinical consequence of chronic vitamin C deficiency. It is the oldest known nutritional disease, with the first report being in the 1550 BC Papyrus of Ebers, which includes a clear recommendation to eat some vegetables.¹ Today, scurvy is rare and almost exclusively associated with malnutrition, malabsorption

details). The duration of symptoms was <1 month in three patients and about 3 months in the fourth. After oral supplementation with vitamin C, the symptoms promptly improved, with complete regression by 3 months after diagnosis. The nutritional intake of all patients was based on pureed homemade foods, taken by mouth (two patients) and via gastrostomy tubes (two patients). After the diagnosis of scurvy, patient 1 underwent gastrostomy and commercial enteral formulas were started. For patients 2 and 3 who had gastrostomies, the pureed homemade foods were replaced by com-

always be considered, with particular attention paid to disabled children who are receiving enteral feeds with diets based on homemade food or children with neuropsychiatric food selectivity. The use of a commercial enteral formula clearly minimises the risk of nutritionally inadequate feeding in patients with gastrostomy.

**M A De Ioris,¹ C Geremia,¹ A Diamanti,²
M H Lombardi,¹ R E Papa,¹ A Campana¹**

¹University Department of Pediatrics, Bambino Gesù Children's Hospital, IRCCS, Fiumicino, Italy

²Artificial Nutrition Unit-Hepatic-Metabolic Diseases Unit, Pediatrics Department, Bambino Gesù Children's Hospital, IRCCS, Roma, Italy

Haemodynamic instability of uncommon aetiology in Switzerland

Lorenzo Pucci, Orane Addor, Hervé Duplain

Department of Internal
Medicine, Hôpital du Jura,
Delémont, Switzerland

Correspondence to
Dr Hervé Duplain,
herve.duplain@h-ju.ch

Accepted 1 March 2016

SUMMARY

In Switzerland, vitamin C deficiency is a rare condition. Nonetheless, in clinical practice, there are some patients exhibiting a vitamin C deficiency as a result of an unbalanced diet or intestinal malabsorption. We report the clinical history of a 55-year-old man known for alcoholism and insufficient intake of fresh fruits and vegetables. He was admitted to the intensive care unit, for haemodynamic instability caused by blood loss due to fragile vessels (skin, gastrointestinal). Further analyses revealed a severe lack of vitamin C. The patient received a high dose of intravenous substitutive treatment, leading to a favourable clinical outcome.

BACKGROUND

Vitamin C deficiency is currently a relatively rare condition in Western countries, but it can be found in certain subpopulations, such as patients with alcohol abuse, patients suffering from malabsorption/maldigestion or those presenting with psychi-

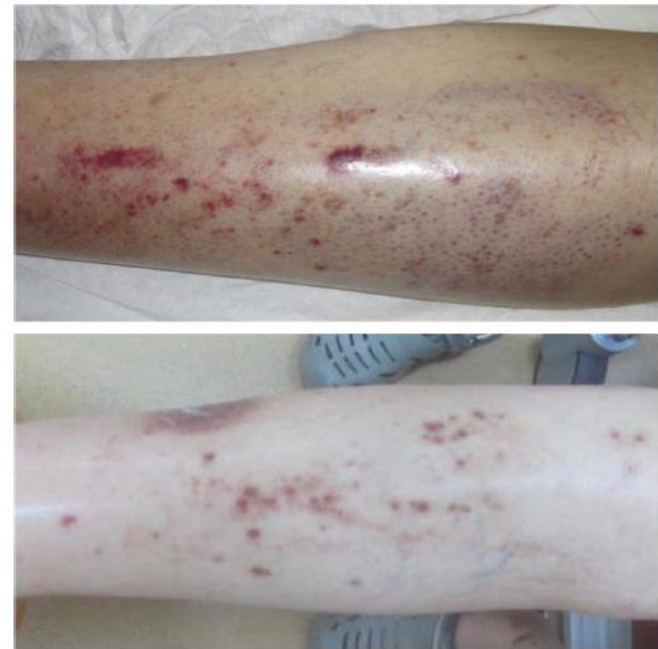


Figure 1 Bruises and petechia on legs, before and after treatment.



Figure 2 Gingivitis and bleeding gums.

Les grands noms de la SP: XVIIe et XVIIIe siècles

- La première grande victoire: La vaccination contre la variole (Smallpox)

Le rêve fou d'Edward Jenner

Le rêve de Jenner

- Origine de la variole: 10 000 av. J.C., au temps des premiers camps dans le nord-est de l'Afrique. Puis en Inde (marchands égyptiens). Lésions de la peau sur le visage des momies égyptiennes (1570-1085 av. J.C.). Aussi décrite en Chine à la même époque.
- En Europe la variole apparaît entre le 5^{ème} et 7^{ème} siècle due aux invasions arabes . Souvent épidémique au Moyen âge.
- La variole a influencé le développement de la civilisation: le déclin de l'empire romain coïncide avec une grande épidémie de variole pendant le règne de Marc Aurele (7 millions de morts).
- Les croisades et la découverte des Indes contribuent à la dissémination de la maladie.

Momie de Ramsès V: 3000 an avant JC



Smallpox Day 3





Smallpox Day 8

Smallpox Day 8





Le rêve de Jenner

- La variole fut introduite en Amérique du sud par les conquistadors espagnols. Elle décima la population locale et contribua à la chute des empires Aztèques et Incas (idem en Amérique du nord et chez les Indiens d'Amérique).
- Toutes les couches de la société sont touchées (paysans comme rois).
Louis XV – Mirabeau – Danton – Mozart – Beethoven – Lincoln – Staline
- Au 18^{ème}, 400 000 morts/ans dû à la variole (Angleterre) + 50% des survivants restant aveugles.
- Mot *Variola* introduit par l'évêque Marius d'Avenches (CH) en 570.
Varus (latin)= marques sur la peau, et/ou *varius* = colore.

La variole

- 1763: FORT PITT → Ohio
 - Les britanniques assiégés distribuent aux indiens des couvertures et des mouchoirs de varioleux, déclenchant des épidémies meurtrières de variole parmi les assaillants.

« Vous feriez bien d'essayer d'infecter les Indiens avec des couvertures, ou par toute autre méthode visant à exterminer cette race exécrationnelle ».

Sir Jeffrey Amherst



Le rêve de Jenner

- **Variolisation:** inoculation volontaire de la variole, prélevée sur un sujet faiblement malade, ou lui-même variolisé. Technique qui remonte à la Chine ancienne et sensé protéger les sujets d'une variole grave. Mais rien ne prouve que le sujet variolisé ne fera pas une variole grave. Résultat aléatoire et risqué.
- Dès le XI^{ème} siècle, les Chinois pratiquent la variolisation de façon presque systématique. C'est le premier ministre Wang Dan qui après la perte d'un de ses fils de la variole convoque divers praticiens de toute la Chine pour mettre au point une prophylaxie.
- La technique est importée en Occident au début du XVIII^{ème} siècle (1700), par *Lady Mary Wortley Montagu*, la femme de l'ambassadeur d'Angleterre en Turquie.

Le rêve de Jenner

Lady Wortley Montagu découvrit lors de ce séjour la technique ottomane de l'inoculation contre la variole.

Elle accepta de faire inoculer son fils puis, de retour à Londres, elle demanda l'inoculation de sa fille.



Le rêve de Jenner

- 1721: épidémie de variole aux USA. Près 50% de la population de Boston est infectée. Mather et Boylston introduisent une campagne de variolisation. Après l'épidémie, ils comparent la mortalité entre les non variolisés (14%) et les variolisés (2%). L'une des premières études comparative pour évaluer une procédure médicale.
- En 1777, Georges Washington ordonne que tous les soldats soient variolisés avant de partir en guerre.
- En 1757, un garçon de huit ans originaire de Gloucester (UK) fut variolisé, un des nombreux enfants inoculés cette année-là. Il développa une forme atténuée de la variole et fut protégé. Son nom: Edward Jenner



Le rêve de Jenner

- 14 mai 1796, Angleterre: Edward Jenner inocule James Phipps (8 ans) du pus prélevé sur le bras de Sarah Nelmes. Celle-ci avait été infectée par la variole de la vache (vaccine).
- En juillet 1796, Jenner lui inocule la véritable variole (variolisation). L'enfant ne développera pas la maladie. Jenner inoculera de nouveau le garçon quelques mois plus tard sans que la maladie ne se développe.



Le rêve de Jenner

- En 1797, Jenner écrit un rapport à la Royal Society, mais le papier est rejeté.
- En 1798, après avoir ajouté plusieurs autres cas à son expérience initiale, Jenner publie personnellement un livre intitulé: "*An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae, a disease discovered in some of the western counties of England, particularly Gloucestershire and Known by the Name of Cow Pox*". Réaction mitigée du corps médical.
- Le nom latin pour vache est *Vacca*, et la vaccine de la vache *vaccinia*. Il décide donc d'appeler la procédure ***vaccination***.

Le rêve de Jenner

- La décision d'éradiquer la variole du globe fut prise à la suite d'un rapport écrit en 1958 décrivant les conséquences catastrophiques de la maladie dans 63 pays par la "World Health Assembly".
- 1967: lancement d'une campagne mondiale sous l'emblème de l'OMS qui conduit à l'éradication complète de la maladie en 1977 (dernier cas: Ali Maow Maali, somalien qui survécu).
- 1980: l'OMS déclare officiellement l'éradication de la variole et la cessation de la vaccination (180 ans après Jenner).
- La campagne n'avait coûté que 112 millions de dollars.

Ali Maow Maalin

From Wikipedia, the free encyclopedia

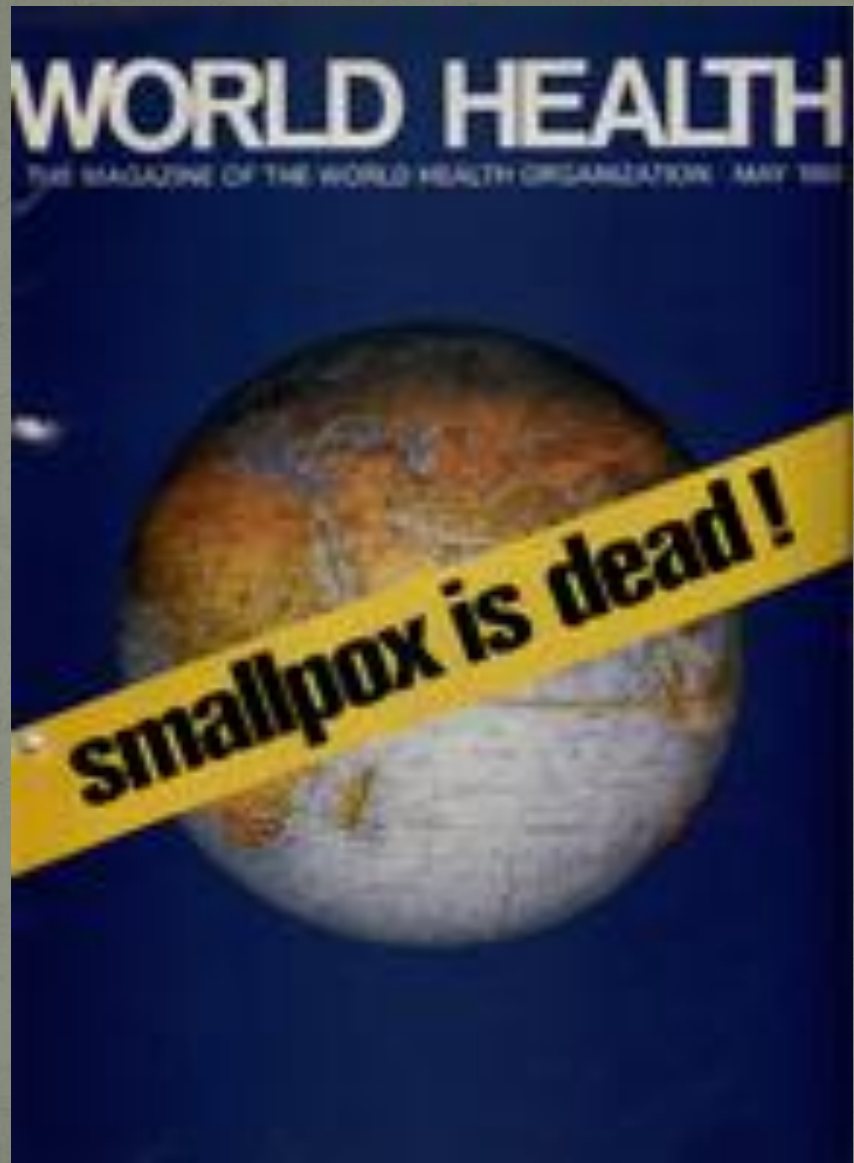
Ali Maow Maalin was the last person in the world known to be infected with naturally occurring [smallpox](#). At age 23, Maalin was a cook at the hospital in the town of [Merca](#), [Somalia](#), as well as an occasional vaccinator for a [World Health Organization](#) smallpox eradication team. In October 1977, he went out to meet two children with smallpox symptoms being brought in from an outlying village. On [26 October 1977](#), he was diagnosed with an infection of the *Variola minor* strain of smallpox. Maalin had previously received the [smallpox vaccine](#) but was apparently not successfully vaccinated. He subsequently recovered.

Maalin volunteered in the successful effort to eradicate [polio](#) in Somalia in 2008.^[1]



Ali Maow Maalin in 1977

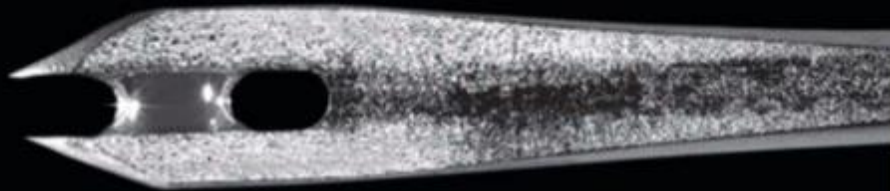




D. A. Henderson, MD

SMALLPOX

THE DEATH OF A DISEASE



Alfred P. Sloan
Foundation
Grant recipient



The Inside Story of
Eradicating a Worldwide Killer

Foreword by Richard Preston
Author of *The Demon in the Freezer* and *The Hot Zone*

Copyrighted Material



D.A. Henderson

Janet Parker

From Wikipedia, the free encyclopedia

Janet Parker (1938–1978) was the last known person to die from [smallpox](#).^[1] She was a medical photographer and worked in the [Anatomy](#) department of [University of Birmingham Medical School](#). Parker died after being exposed to the smallpox virus which was grown in a research laboratory, on the floor below the Anatomy department. The tragedy led to the suicide of Professor Henry Bedson, the head of the microbiology department. An official government enquiry into Parker's death was led by Professor R. A. Shooter, whose report was debated in the [British Parliament](#). Government discussions on Shooter's report have recently been declassified. Parker's death triggered radical changes in how dangerous pathogens are studied in the UK.^{[2][3]} The University was prosecuted by the [Health and Safety Executive](#) for breaking Health and Safety laws, but the University was cleared in court.



The east wing of Birmingham University Medical School



Anatomy
Dept. photo
studio

How did the
virus get up
there?

Virology
laboratory

**University of Birmingham School of Medicine... where
the world's last smallpox outbreak began in August 1978**

Et pour l'avenir?

Epidémie / Pandémie / Zoonose

- Une épidémie est une augmentation significative du nombre de cas d'une maladie sur un territoire donné, au-delà des attentes habituelles
- Une pandémie est une forte augmentation du nombre de cas d'une maladie, limitée dans le temps mais illimitée dans l'espace
- une zoonose est une maladie animale affectant l'homme (ex grippe aviaire)



Définir une pandémie :

C'est l'apparition d'une « épidémie »
universelle qui touche toutes les
populations de tous les pays



1889–1891 H3N8

1918–1919 H1N1

1957–1958 H2N2

1968–1969 H3N2

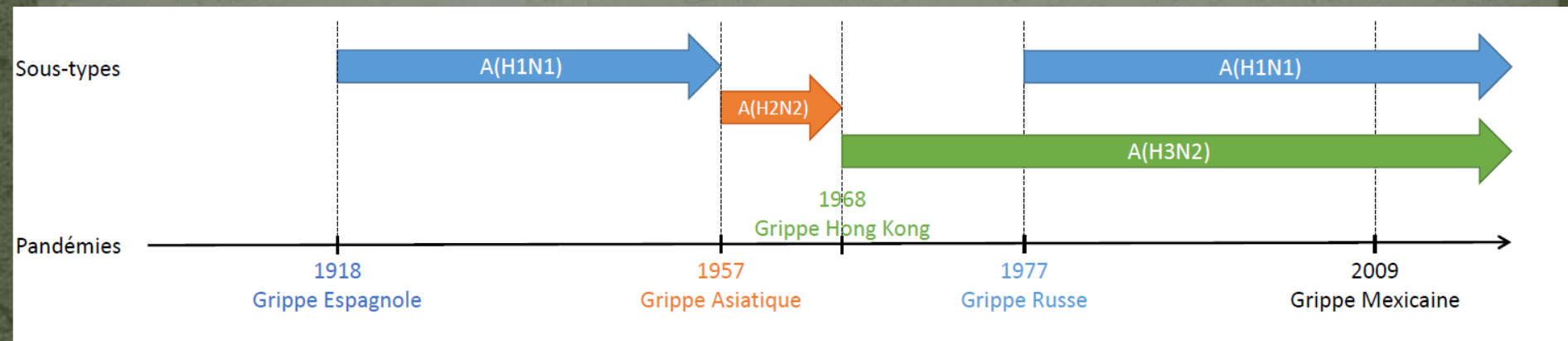
?X - ?Y H?xN?y

Apparition d'un nouveau virus capable de :

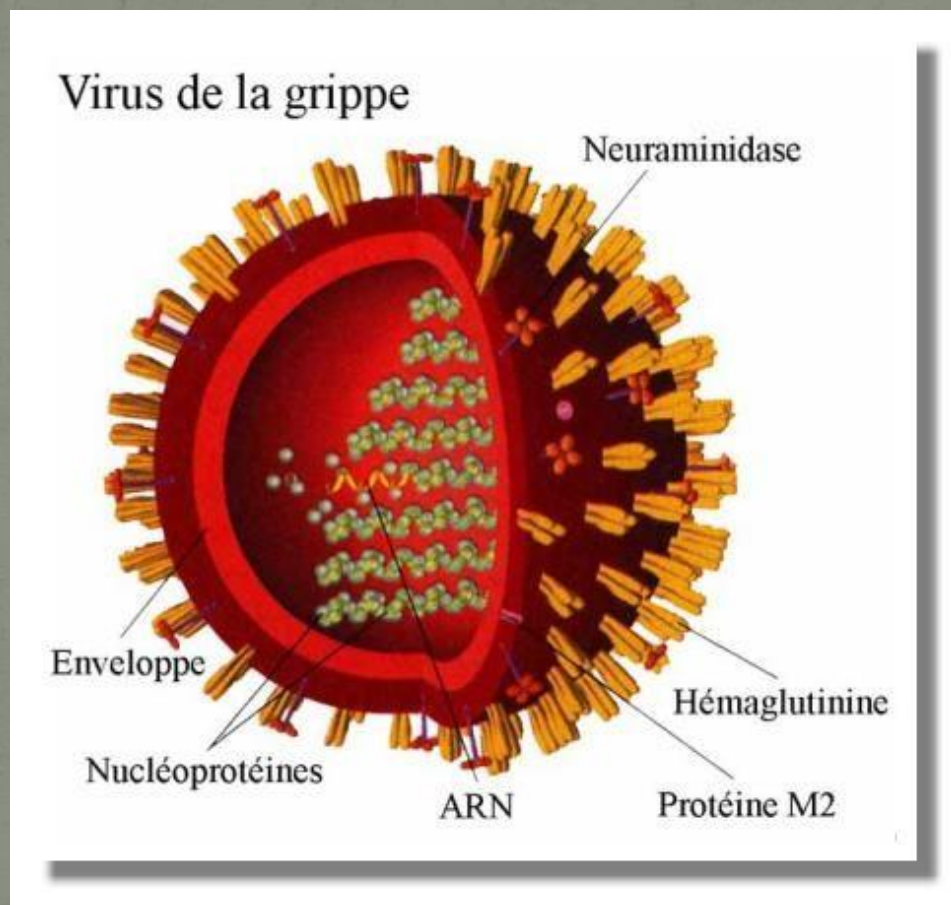
- * se répliquer
- * de passer entre les espèces
- * à transmission interhumaine efficace

qui rencontre une population humaine naïve

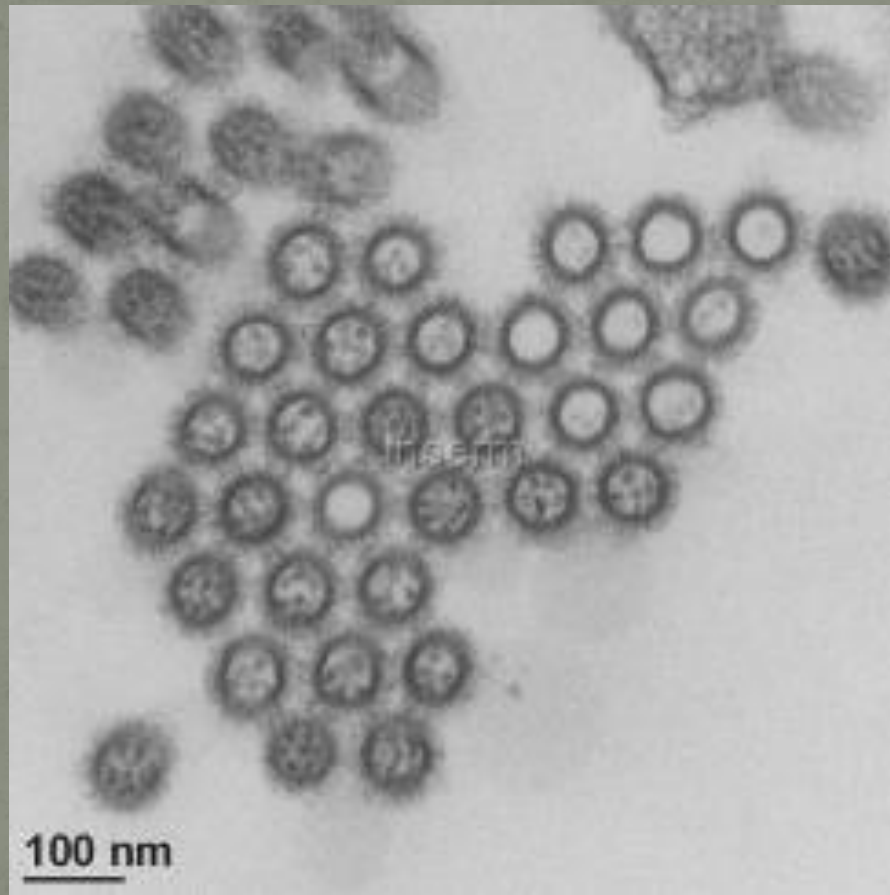
La pandémie grippale



Arme de destruction massive



Arme de destruction massive

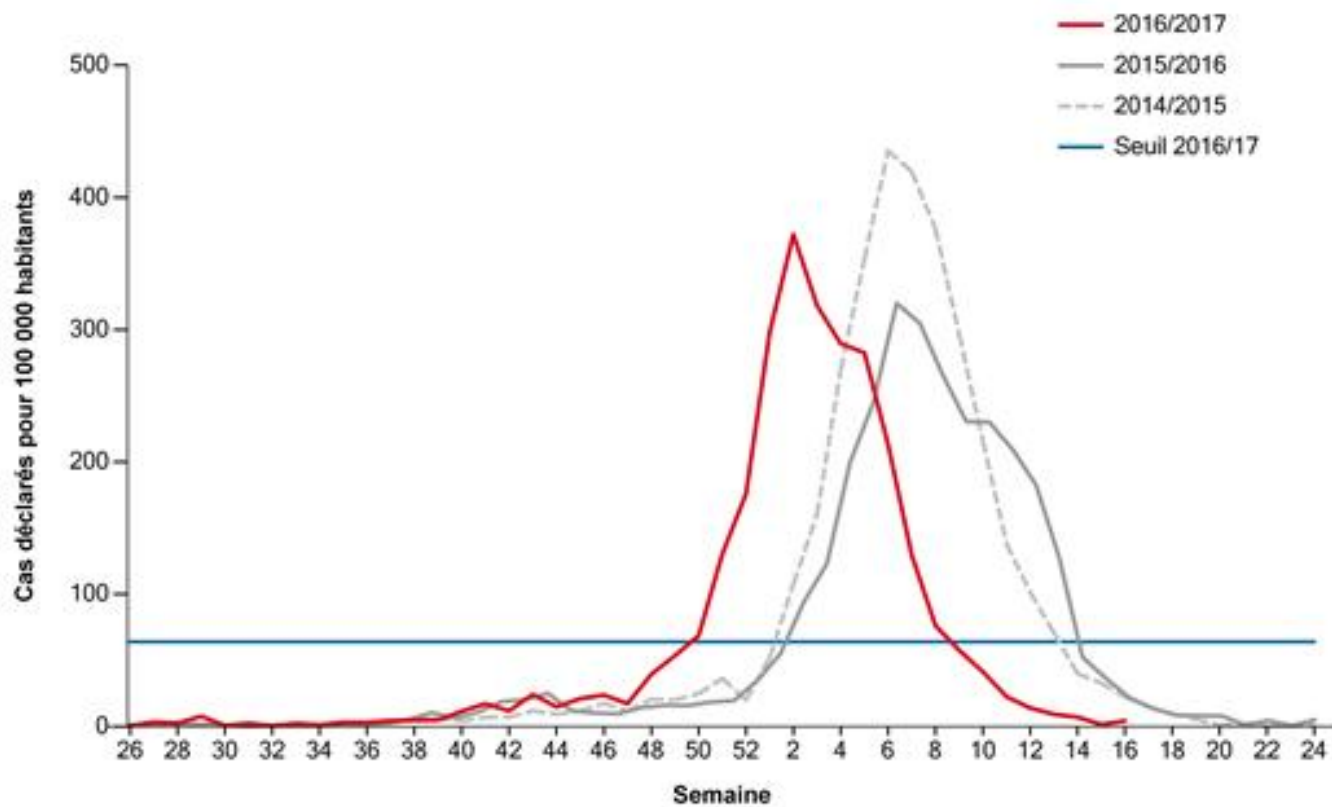


Grandes pandémies grippales du XXème siècle

- « Grippe espagnole » 1918-1919, origine inconnue, 20 à 40 millions de morts (estimation)
- « Grippe asiatique » 1957-1958, origine Chine, 4 millions de morts
- « Grippe de Hong-Kong » 1968-1969, origine Chine, 2 millions de morts

Seuil épidémique:

- Nombre de cas minimum à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique.
- Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à **64 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2016/17.**

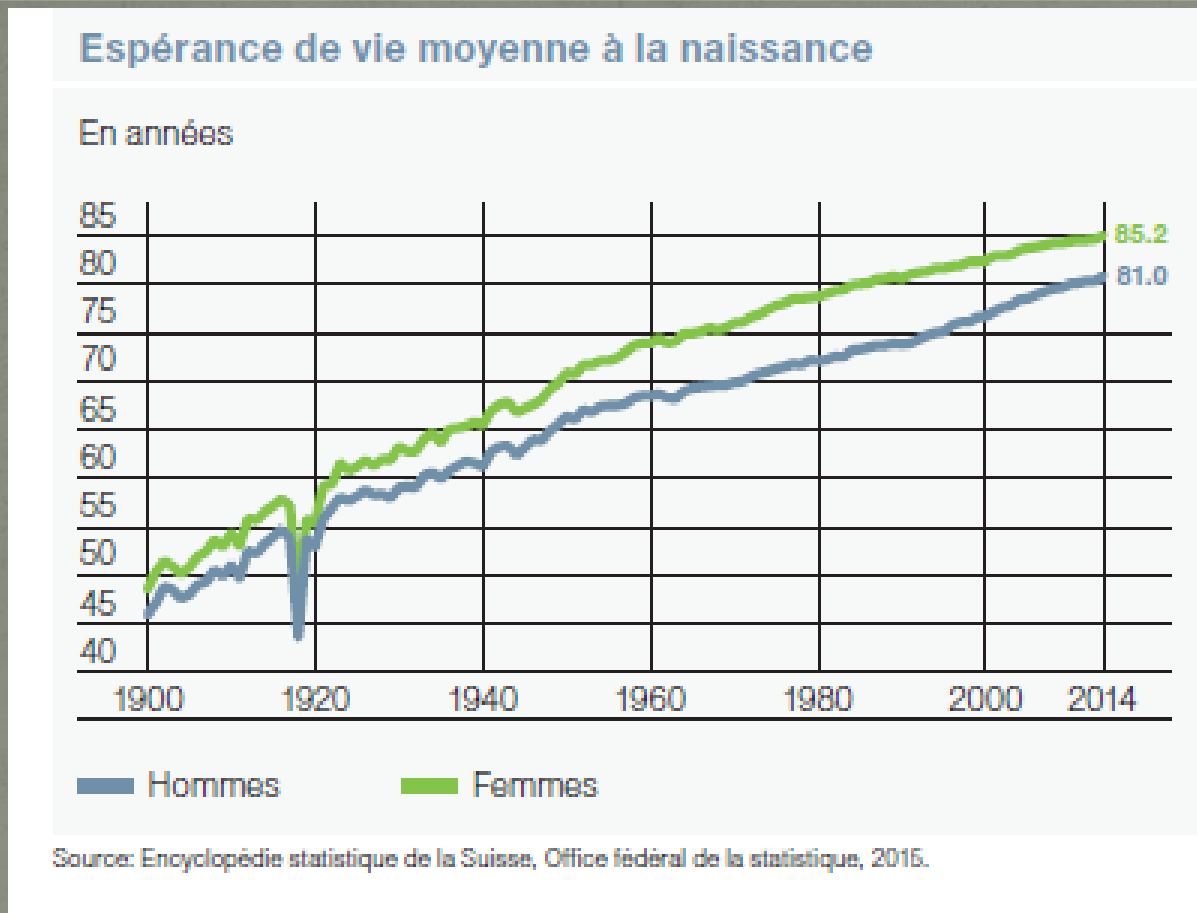


La grippe et ses répercussions

La grippe est l'une des maladies infectieuses les plus importantes en suisse.

- Suisse :
 - De 100'000 à 300'000 consultations médicales motivées par une suspicion de grippe
 - De 1'000 à 5'000 hospitalisations
 - De 400 à 1'000 cas de décès

Evolution de l'espérance de vie moyenne en Suisse chez les hommes et chez les femmes de 1900 à 2014



(L'espérance de vie moyenne est le nombre moyen d'années que peuvent espérer vivre les personnes d'une classe d'âge donnée)

Source: Annuaire statistique de la Suisse, diverses années. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

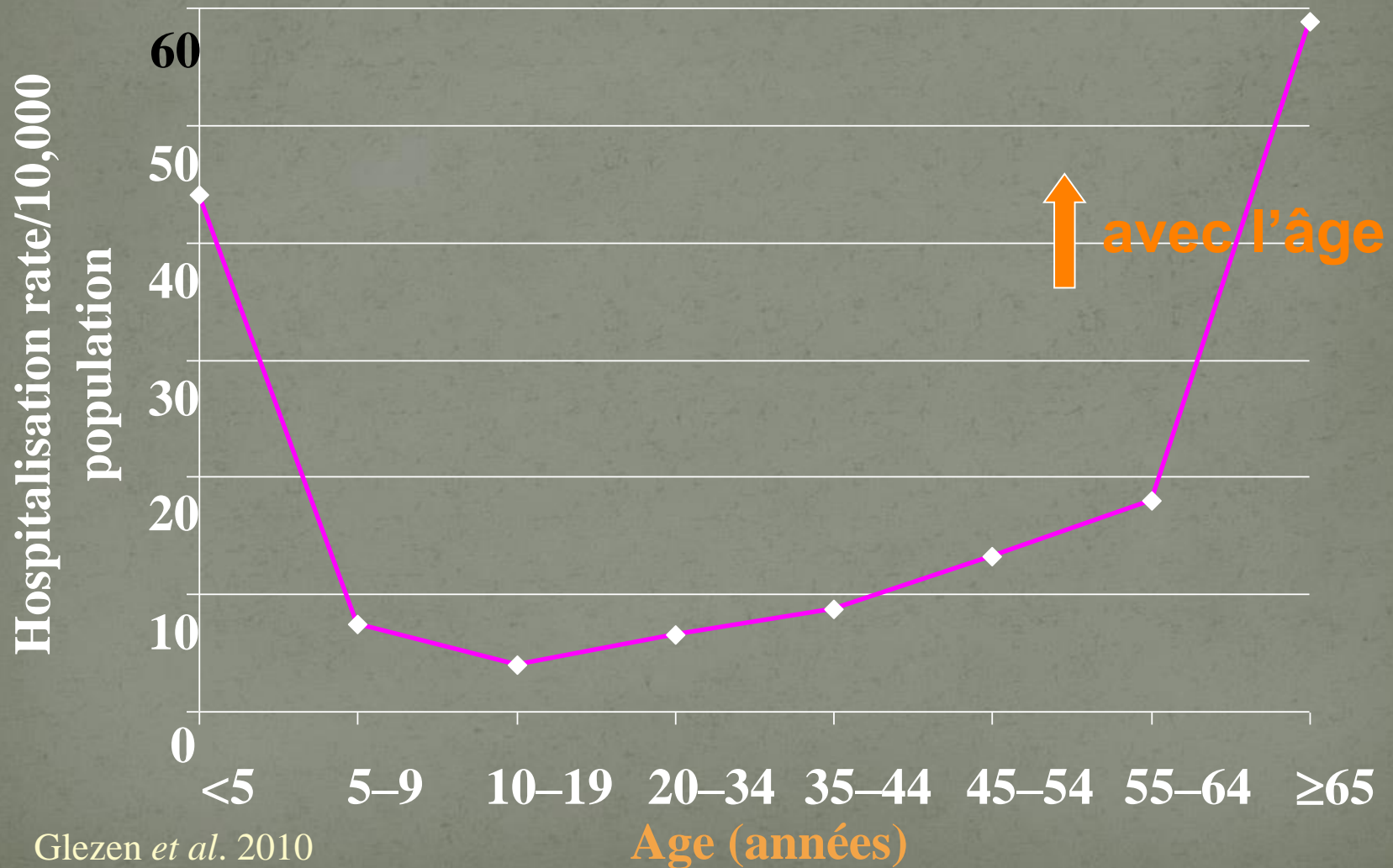
Qui est infecté par la grippe?

Incidence de consultations médicales dues à une affection grippale en Suisse, par classe d'âge

Incidence hebdomadaire maximale et incidence saisonnière extrapolées à 100 000 habitants, semaines 40/2016 à 16/2017 (données : système de déclaration Sentinella)

	Incidence hebdomadaire maximale	Incidence saisonnière (saison complète)
Classe d'âge		
0-4 ans	681	5266
5-14 ans	363	2633
15-29 ans	424	3089
30-64 ans	371	2605
> 64 ans	276	1844
Suisse	372	2759

Taux des hospitalisations liées à la grippe saisonnière

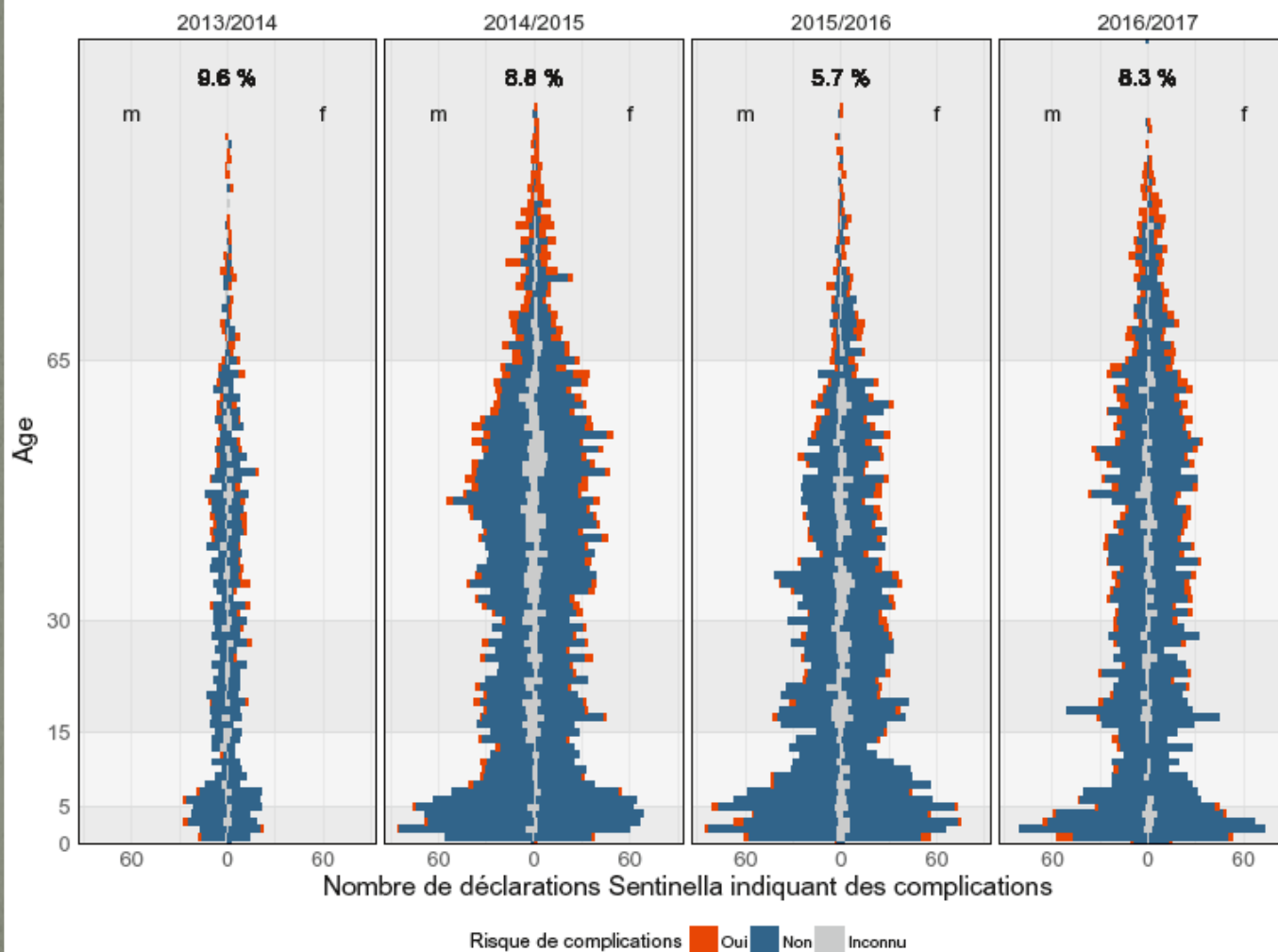


Glezen *et al.* 2010

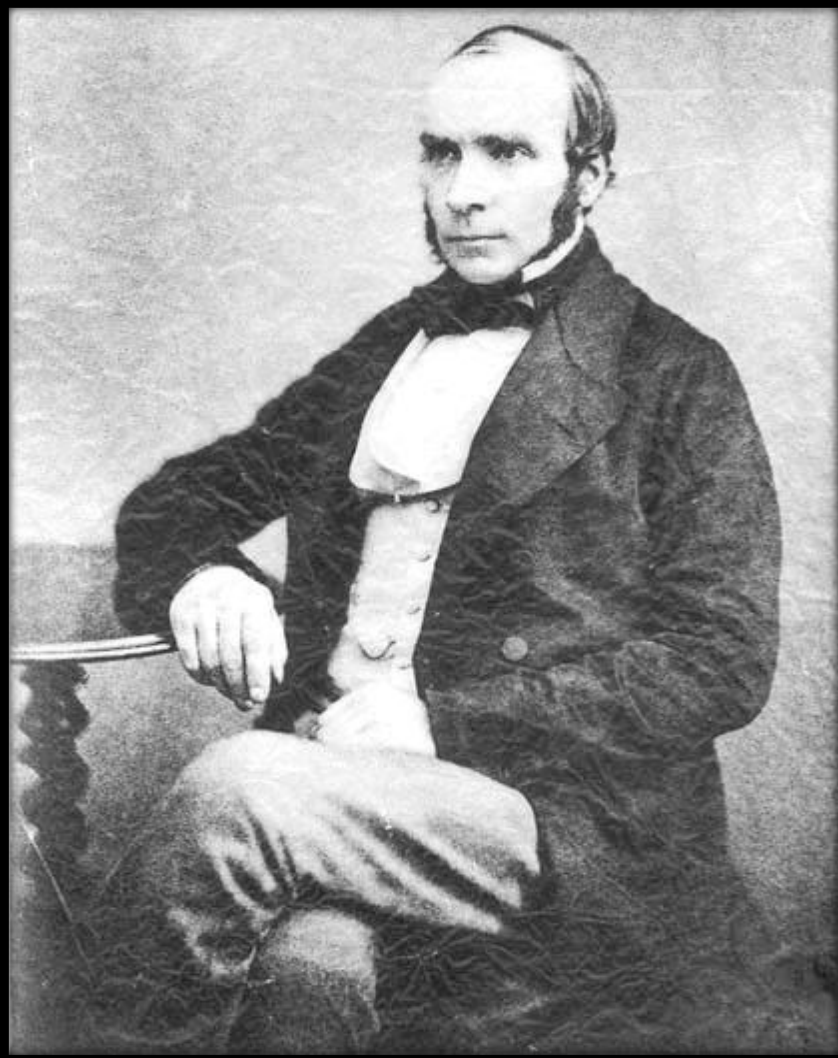
Qui

Risque de complications des cas de suspicion de grippe, par âge et par sexe

Nombre de cas de suspicion de grippe déclarés durant la saison 2016/17 avec les hommes à gauche et les femmes à droite, comparaison des quatre saisons précédentes (données: système de déclaration Sentinella)



John Snow : un pionnier de l'épidémiologie



John Snow
(1813-1858)

Petit rappel sur le choléra

- Le choléra est une maladie de la misère, de la malnutrition et de la surpopulation qui entraîne diarrhées et vomissements gravissimes.
- Présent dans des textes sanscrits depuis 2 500 ans avant JC, Vasco de Gama décrit une épidémie de choléra en 1503 entraînant 20 000 mort à Calcutta en quelques heures.
- Mortalité dépassant souvent les 50%, avec de nombreux porteurs sains pouvant disséminer la maladie.

John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

- Dans l'automne de 1848, une deuxième pandémie de Choléra asiatique sévit à Londres.
- A l'époque, dans la majorité des théories, « le miasme » était le responsable de l'infection.

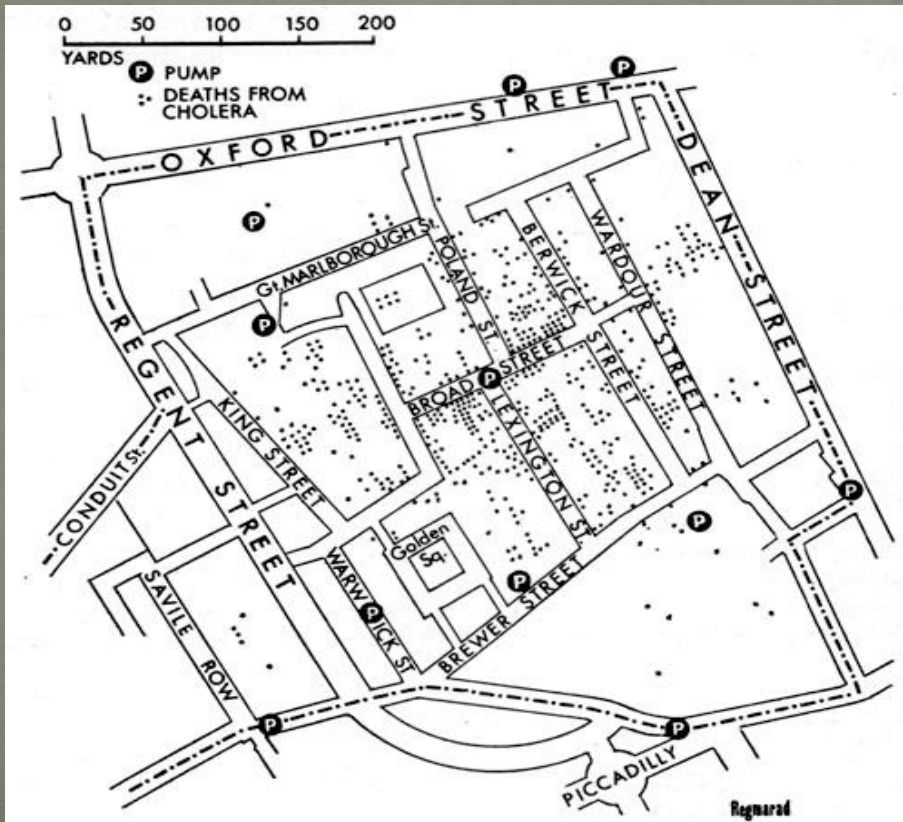
<https://www.youtube.com/watch?v=CBgShPFqU7Q>

John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

- Le choléra revient à Londres dans l'été de 1853.
- John Snow fait une vaste étude épidémiologique pour trouver un lien entre le choléra et les sources d'eau. Il interroge tous les résidents de Broad Street.
- Il découvre que la majorité des décès se concentrent autour de la pompe à eau de Broad Street.

John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

- Le quartier de Soho



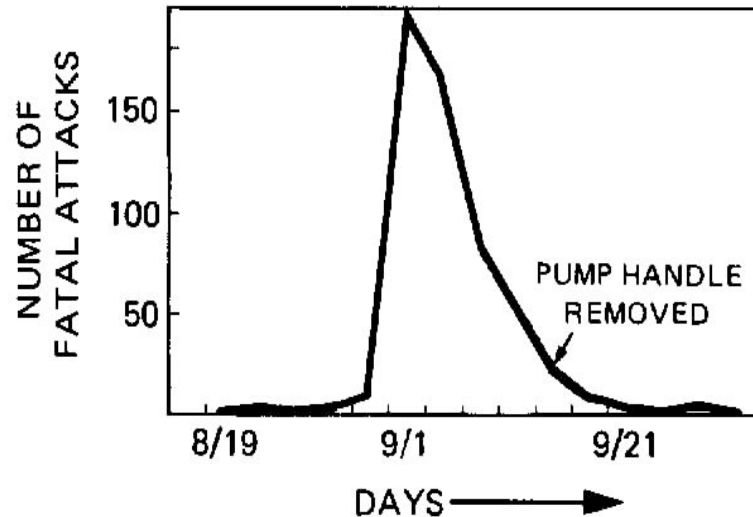
L'eau de la Lambeth Water Company ne contenait pas de matières fécales.

Les maisons qui étaient desservies par la Southwark and Vauxhall Water Company avaient une forte incidence de choléra.

John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

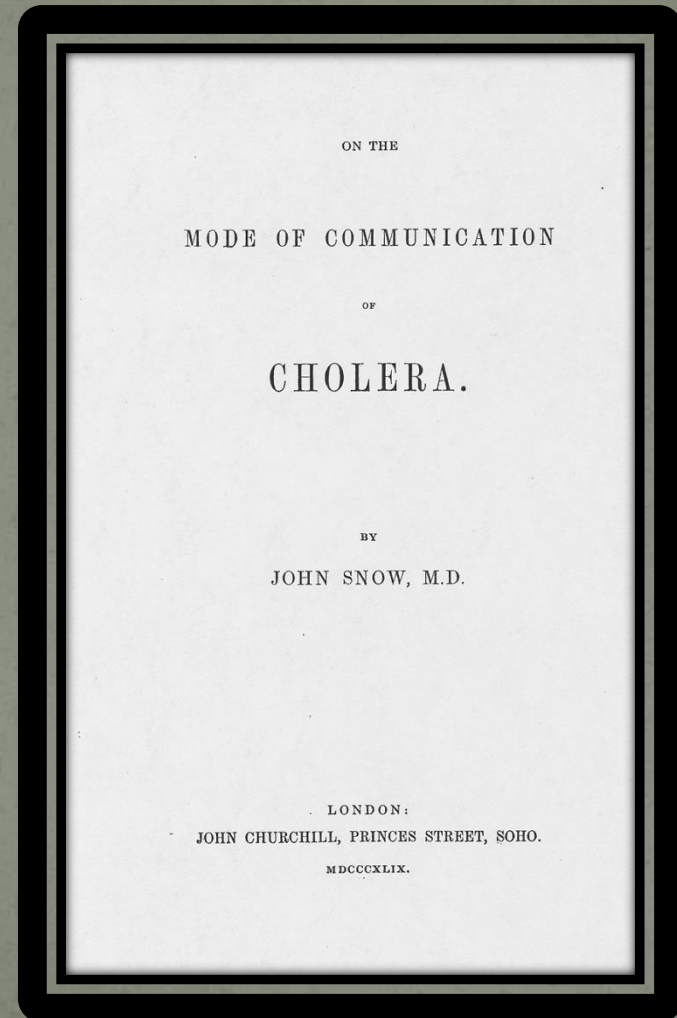
- Il présente ses conclusions au conseil des gouverneurs de la paroisse de St. James.
- La pompe sera fermée.
- Le conseil des médecins n'est pas convaincu.

CHOLERA:
Broad Street Pump Epidemic Investigated By Snow



John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

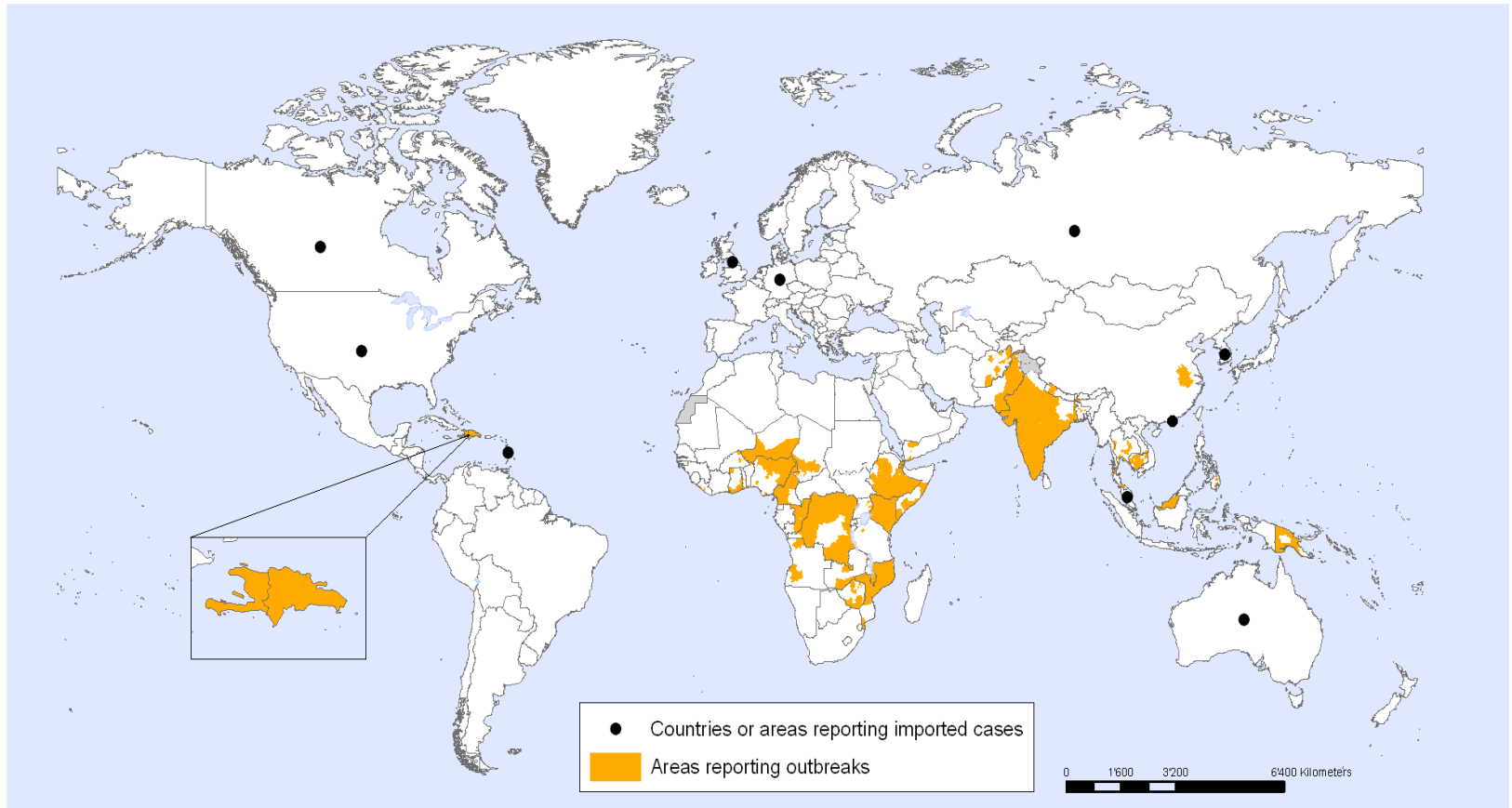
Sa théorie sera acceptée seulement lors de la quatrième épidémie de choléra en 1866, huit ans après sa mort.



John Snow : un pionnier de l'épidémiologie

- Il meurt prématurément à 45 ans en 1858
- C'est en 1884 que Robert Koch découvrit le bacille du choléra qu'on appela *Vibrio cholerae*.

Cholera, areas reporting outbreaks, 2010–2011



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



© WHO 2012. All rights reserved.



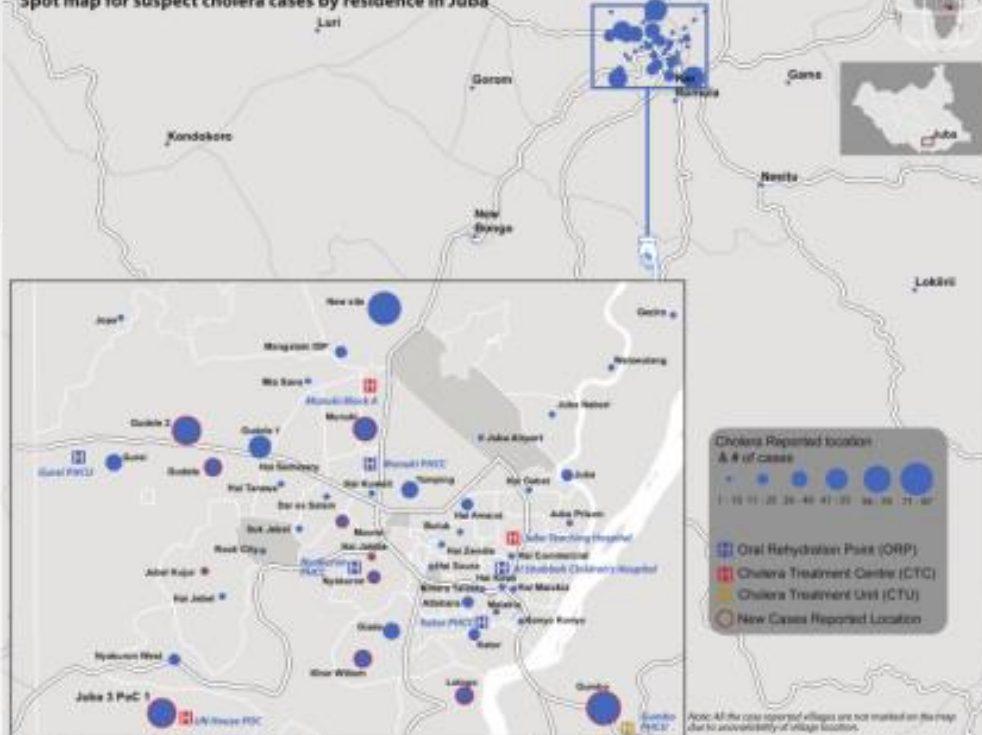
Situation Update

As of 15 July 2015, a total of 1,014 cholera cases including 36 deaths (CFR 3.55%) have been reported in Juba and Bor Counties in Central Equatoria and Jonglei States respectively.

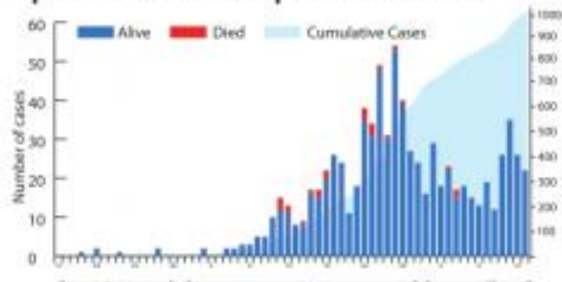
In Juba County, 920 cases including 35 deaths (CFR 3.8%) have been reported from eight Payams and 90 villages. In Bor, 94 cases including one death (CFR 1.06%) have been reported from Malou in Makuach Payam and other areas within the County.

1,014 TOTAL CASES	920 Juba	94 Bor
44%	42% Juba	37% Bor
56%	58% Juba	43% Bor
75 TOTAL CASES CURRENTLY ADMITTED		
36 CUMULATIVE DEATHS		
3.55% CASE FATALITY RATE		

Spot map for suspect cholera cases by residence in Juba



Epidemic curve for suspect cholera cases



Cholera Alerts in South Sudan



Laboratory updates

Health Facility	Number of RT-PCR tests	Number of cholera RT-PCR positives	Number of cholera culture positives	Number of cholera culture positives
CEB - Juba				
Al Dakhil Hospital	0	0	0	0
Juba Teaching Hospital	70	57	44	17
Juba 3 PoC clinic	60	60	50	10
Juba-Mbary Hospital	3	3	3	0
Miriba 2 clinic	2	2	0	2
Garon PHCC	7	7	6	1
Medika Gumbo CTU	0	0	2	2
Jonglei states - Bor				
Bor State Hospital	27	24	1	0
Total	174	164	107	30

Planned and On-going Activities

- The next national cholera taskforce meeting is scheduled for Monday 20 July 2015 at 10:00 am in the Ministry of Health Ministerial Boardroom.
- The next cholera coordination meeting in UN House PoC is scheduled for 23 July 2015 at 11:30 am in the RRP Boardroom.

For more information please contact:

Dr. John Ramamo - Preventive Health Services Manager, Ministry of Health, Republic of South Sudan
Tel: +211 913 999738

Dr. Thomas Allen Uggie Ag. Director - ICDF, Ministry of Health, Republic of South Sudan
Tel: +211 913 118436

<http://www.who.int/hac/crisis/south-sudan>
<http://southsudan.humanitarianresponse.info/crisis/health>

John Snow : un pionnier de l'épidémiologie





Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

- Naissance 1^{er} juillet 1818
Buda, Hongrie
- Décès 13 août 1865
Döbling, Autriche
- Médecin obstétricien.



Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

- Gymnase Catholique de Buda.
- 1835-1837: licence en droit à l'Université de Pest.
- 1837: inscription à la faculté de médecine de Vienne.
- 1839: retour à Pest pour poursuivre ses études médicales.
- 1841: déçu des conditions archaïques de l'Université de Pest, retour à Vienne à la *Seconde Ecole de Médecine de Vienne*.

Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

- 1844: soutient sa thèse en botanique et obtient sa maîtrise en obstétrique.
- 1844-1846: formation en chirurgie et études de méthodes diagnostiques et statistiques.
 - Il devient médecin assistant du premier service d'obstétrique de l'Hôpital Général de Vienne.
 - Puis chef de clinique.

La fièvre Puerpérale : un fléau de l'époque

- La **fièvre puerpérale** (du latin *puer, enfant*) est une maladie infectieuse, qui survient après un accouchement ou une fausse couche.
- Dans l'accouchement traditionnel, tel qu'il s'est pratiqué pendant des siècles (naissance à la maison et prise en charge par des sages-femmes), la fièvre puerpérale était relativement rare.
- C'est seulement lorsqu'on a fondé dans les grandes villes européennes des cliniques d'accouchement (par exemple l'Hôtel-Dieu de Paris au XVIIe siècle) et que les accouchements ont été pratiqués par des médecins, que la fièvre puerpérale devint une complication fréquente et redoutée.

La fièvre Puerpérale : un fléau de l'époque

- Dans certains établissements il arrivait parfois que les deux tiers des femmes en couches meurent de cette infection.
- Lorsque Semmelweis prend sa fonction de chef de clinique, la réputation de l'Hôpital Général de Vienne est un mouvoir pour femmes enceintes. Les femmes préfèrent accoucher dans la rue plutôt que d'y aller.

Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

• Service du Dr. Klein

- 13 % de mortalité maternelle et néonatale
- Médecins et étudiants en médecine
- Instruction des étudiants en médecine = dissections et accouchements

• Service du Dr. Bracht

- 2% de mortalité maternelle et néonatale
- Sages-femmes et élèves sages-femmes
- Formation des sages-femmes = accouchements

Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

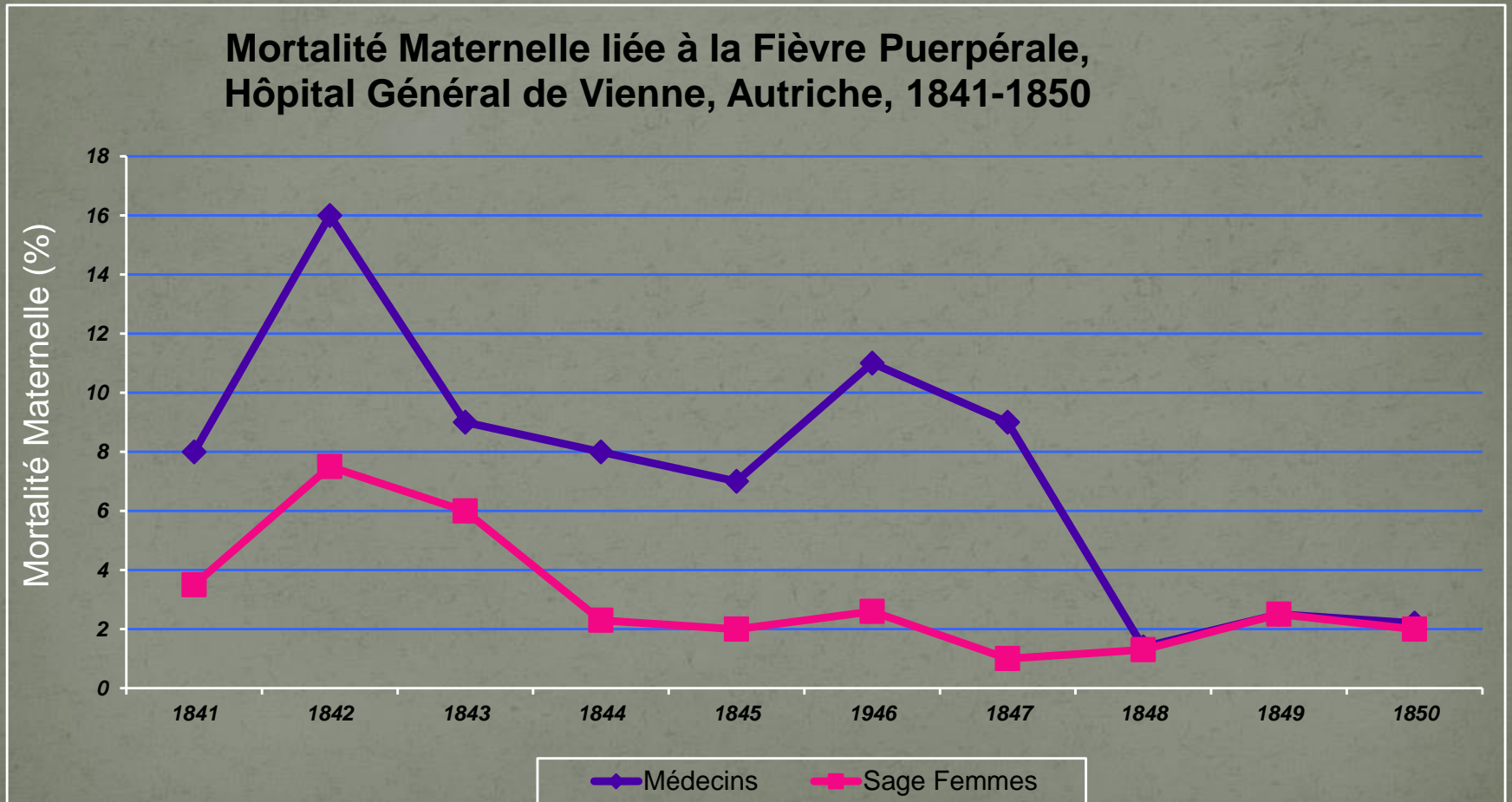
- Il pose plusieurs hypothèses pour trouver une réponse à cette différence de mortalité entre les 2 services:
 - Atmosphère putride
 - Régime alimentaire
 - Soins différents
 - Position lors de l'accouchement
 - Actes médicaux réalisés par les étudiants
- SON HYPOTHESE : AGENT INVISIBLE transporté par les mains des professeurs, des assistants et des étudiants en médecine de la salle d'autopsie à la salle d'accouchement.

Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

- Lavage des mains avec du chlorure de chaux
 - pour les personnes passant de la salle d'autopsie à la salle d'accouchement
 - pour des personnes en contact avec un malade, des instruments de chirurgie ou des pansements
- Diminution du taux de mortalité maternelle et néonatale de 13% à 2,4%



Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris



Source: *Hosp Epidemiol Infect Control*, 2nd Edition, 1999.

Rejet par l'institution médicale

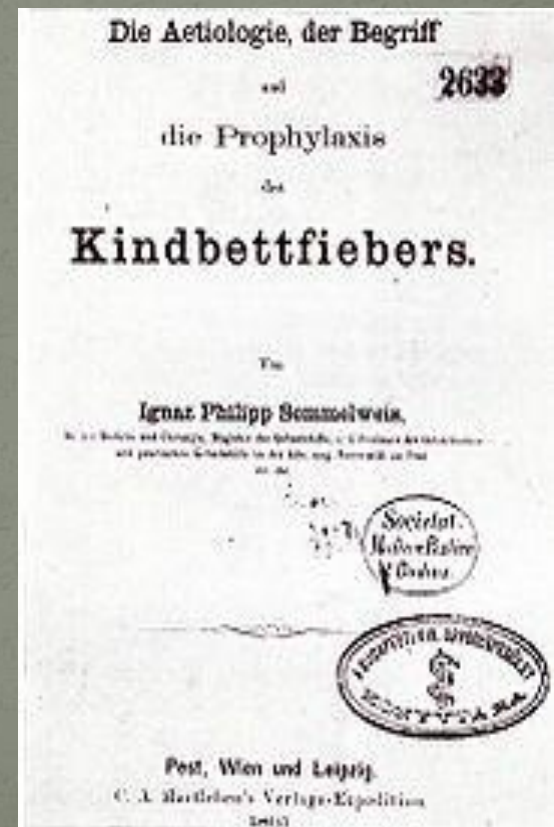
- Ses observations allaient contre l'opinion qui prévalait alors chez les scientifiques, lesquels (parmi d'autres causes aussi extravagantes) attribuaient les maladies soit à un déséquilibre dans le corps des « quatre humeurs fondamentales » soit à une théorie connue sous le nom de dyscrasie ou encore aux miasmes (Fracastor) contenus dans l'air.
- En aucun cas celles-ci pouvaient venir des mains.

Rejet par l'institution médicale

- On alla jusqu'à soutenir que, ses découvertes seraient-elles exactes, se laver les mains à chaque fois avant de s'occuper d'une femme enceinte, comme Semmelweis le demandait, serait **vraiment trop de travail**
- Il était surtout inconcevable pour l'époque que le tout puissant corps médicale puisse être le responsable de la transmission d'une maladie et contaminer des patientes.
- Le refus de la communauté médicale de reconnaître sa découverte condamna à une mort tragique de nombreuses mères.

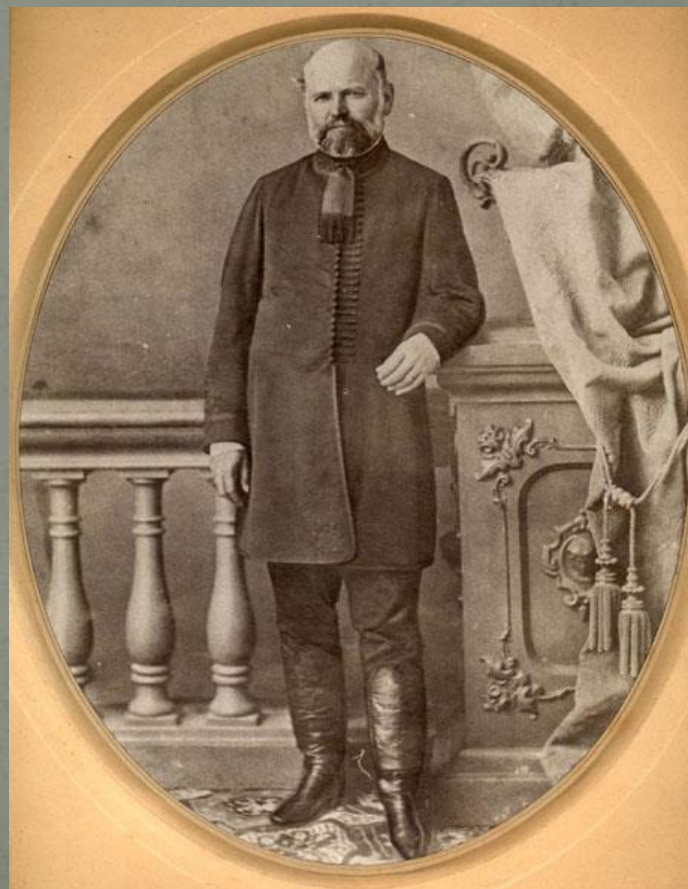
Ses écrits

- 1861, il publie enfin sa découverte dans un livre:
« Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers »



Sa mort

- Juillet 1865: il meurt à l'âge de 47 ans dans un asile psychiatrique des suites d'une septicémie due aux mauvais traitements subis lors de son internement.



Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

- Il fut un pionnier victime de la bêtise de son temps.
- Louis Ferdinand Celine lui rendi un vibrant hommage dans sa thèse de médecine.
- Avant Pasteur, il a démontré que des agents invisibles (=virus ou bactéries) peuvent transmettre des maladies.
- Précurseur de la surveillance des infections nosocomiales.
- Identifie le moyen de lutter contre la contamination par des gestes simple, le lavage des mains -> Grippe A H₁N₁.

Ignace Philippe Semmelweis: l'incompris

Statue de Semmelweis devant
L'Institut de Pathologie de
Budapest



LOUIS-FERDINAND
CÉLINE



IMAGINARE
GALLIMARD

Des études de cohorte célèbres

- Il existe plusieurs études de cohorte “célèbres”, ayant contribué à définir l’impact de certaines pratiques, l’exposition à des facteurs de risque, le mode de vie (alimentation, activité physique) en tant que facteurs étiologiques des maladies cardiovasculaires ou du cancer. Le prototype est sans conteste celle des médecins britanniques, commencée dans les années 1950 qui a apporté la preuve de l’étiologie du tabagisme dans le cancer du poumon. Citons aussi l’étude des infirmières ou celles des praticiens, toutes deux américaines, ou encore l’étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition).

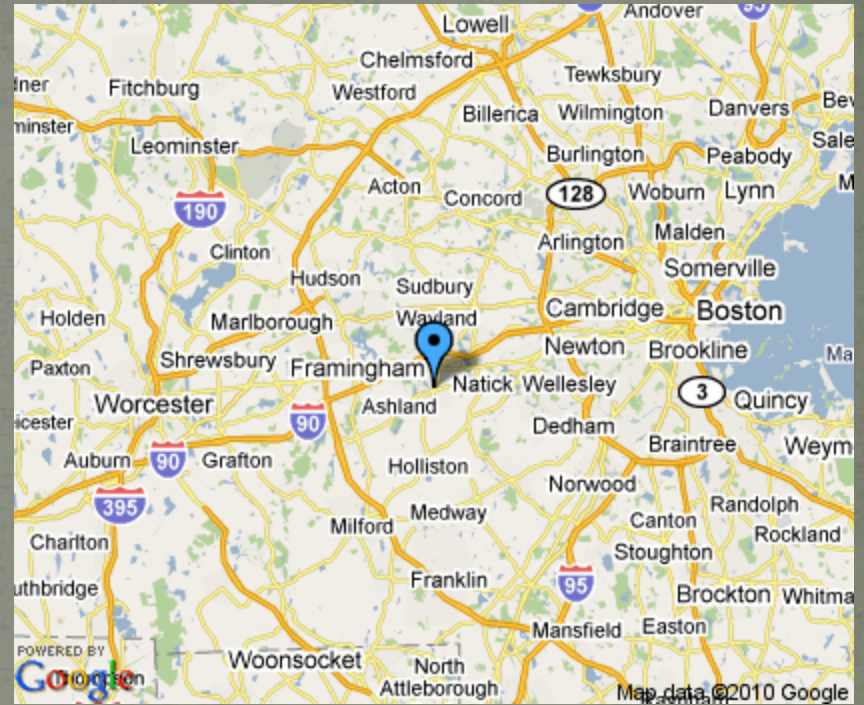
Des études de cohorte célèbres

Mise en place, objectifs et résultats de trois grandes cohortes

Etude	Population concernée	Durée	Objectifs	Résultats
Physicians' Health study	112528 praticiens aux USA de 40-84 ans ont répondu au questionnaire	1981 - toujours en cours	Prévention de l'infarctus du myocarde	Effet anti-thrombotique de l'aspirine Diverses études de susceptibilité Dépistage du cancer de la prostate Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires
Nurses' Health study	121700 infirmières de 30-55 ans enrôlées en 1979	1976 - toujours en cours	Effets de la prise de contraceptifs	Facteurs de risque de cancer Surpoids, activité physique, alimentation Traitement hormonal substitutif et cancer du sein
Multiethnic Cohort study	49359 caucasiens 13971 natifs d'Hawai 47438 hispaniques 56921 d'origine japonaise 35107 d'origine africaine	1993-1996	Influence de mode de vie pour les migrants	Influence du mode de vie chez les migrants dès la 1ère génération Âge des premières règles, concentration des hormones circulantes, facteurs alimentaires, en particulier pendant l'enfance ou l'adolescence

Framingham

- L'étude de cohorte la plus importante est celle de Framingham, pilotée par Kannel, qui comporte un suivi de plus de 5 000 habitants de la ville de Framingham (Massachusetts, États-Unis) sur plus de 50 ans . Cette étude a débuté en 1948 et se poursuit toujours actuellement. Elle a largement contribué à la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaires ainsi qu'à la démonstration de l'étiologie multifactorielle de ces maladies.
- <http://www.framinghamheartstudy.org/>





FRAMINGHAM RISK SCORE to predict 10 year ABSOLUTE RISK of CHD EVENT

ST ALBANS & HEMEL HEMPSTEAD NHS TRUST : CARDIOLOGY DEPARTMENT



This risk assessment only applies to assessment for PRIMARY PREVENTION of CHD, in people who do not have evidence of established vascular disease. Patients who *already* have evidence of vascular disease usually have a >20% risk of further events of over 10 years, and require vigorous SECONDARY PREVENTION. People with a Family History of premature vascular disease are at higher risk than predicted; Southern Europeans and some Asians may have a lower risk in relation to standard risk factors.

STEP 1: Add scores by sex for Age, Total Cholesterol, HDL-Cholesterol, BP, Diabetes and Smoking. (If HDL unknown, assume 1.1 in Males, 1.4 in Females)

Age			Total Cholesterol			HDL Cholesterol			Systolic BP		Diastolic BP					Diabetes			Smoking		
	M	F		M	F		M	F	Male	<80	80-84	85-89	90-99	≥100	No	M	F	No	M	F	
30-34	-1	-9	< 4.1	-3	-2	< 0.9	2	5	<120	0	0	1	2	3	No	0	0	No	0	0	
35-39	0	-4	4.1 - 5.1	0	0	0.9 - 1.16	1	2	120-129	0	0	1	2	3	Yes	2	4	Yes	2	2	
40-44	1	0	5.2 - 6.2	1	1	1.17 - 1.29	0	1	130-139	1	1	1	2	3							
45-49	2	3	6.3 - 7.1	2	1	1.30 - 1.55	0	0	140-159	2	2	2	2	3							
50-54	3	6	7.2	3	3	≥1.56	-2	-3	≥160	3	3	3	3	3							
55-59	4	7							Female	<80	80-84	85-89	90-99	≥100							
60-64	5	8							<120	-3	0	0	2	3							
65-69	6	8							120-129	0	0	0	2	3							
70-74	7	8							130-139	0	0	0	2	3							
									140-159	2	2	2	2	3							
									≥160	3	3	3	3	3							

If Systolic and Diastolic BP fall into different categories, use score from higher category

Categorisation of 10 year Risk of CHD Event	
Very Low risk	< 10%
Low risk	< 15%
Moderate risk	15-20%
High risk	> 20%

STEP 2: Use total score to determine Predicted 10 year Absolute Risk of CHD Event (Coronary Death, Myocardial Infarction, Angina) by sex

Total Score	≤-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	≥17
10 year Risk: Male		<2%	3%	3%	4%	5%	7%	8%	10%	13%	16%	20%	25%	31%	37%	45%	53%	53%	53%	53%
10 year Risk: Female	<1%	2%	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	6%	7%	8%	10%	11%	13%	15%	18%	20%	24%	27%

STEP 3: Compare Predicted 10 year Absolute Risk with "Average" and "Ideal" 10 year Risks, to give Relative Risks

Age	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74
"Average" Male	3%	5%	7%	11%	14%	16%	21%	25%	30%
"Ideal" Male	2%	3%	4%	4%	6%	7%	9%	11%	14%
"Average" Female	< 1%	< 1%	2%	5%	8%	12%	12%	13%	14%
"Ideal" Female	< 1%	1%	2%	3%	5%	7%	8%	8%	8%

"Ideal" risk represents
Total Cholesterol = 4.1 - 5.1
HDL = 1.2 (Male), 1.4 (Female)
BP < 120/80
No Diabetes, Non Smoker

People with an absolute risk of ≥20% should be considered for treatment: with a Statin to achieve a Total Cholesterol <5 and/or LDL cholesterol <3.2 with anti-hypertensives to achieve a BP ≤160/90 (ideally ≤140/80)



INTRODUCTION

The Swiss HIV Cohort Study (SHCS) is an ongoing multi-center research project dealing with HIV infected adults aged 16years or older. It was established in 1988. At the end of 1995, a complete reorganization has been implemented, with the following hallmarks: clear separation between infrastructure and research budgets, retribution for the infrastructure according to the performance of each center, implementation of a quality control program, and research by focused projects evaluated by a Scientific board, with relative independence within a defined budget envelop. In 2000, the budget was transferred from the Federal Office of Public Health (FOPH) to the [Swiss National Science Foundation \(SNSF\)](#) and the SHCS grant for the period 2000-2003 was placed under the latter agency.

Moreover, the 2 studies on HIV in pregnancy and HIV infected children ongoing since the late 80's fused and were integrated in the SHCS grant 2000-2003 under the name "Swiss Mother+Child HIV Cohort Study (**MoCHiV**)"

HAVE A LOOK...



Thank you our Patients (2012 / 2013).
[Read the letter \(FR, DE, IT\)](#).

CALENDAR OF MEETINGS



Check the [SHCS agenda](#) for remaining meetings of the different bodies.

WHAT'S NEW IN THE COHORT !

	Deaths in stage A	Deaths in stage B	Deaths in stage C	Total	Patients seen
2008	16	18	32	67	1420
2009	20	22	30	80	1857
2010	19	24	36	79	1720
2011	20	14	30	64	1410

[Update of the SHCS Tables](#)

(Novembre 2012)

[former news](#)

Florence Nightingale: la dame à la Lampe

- Florence naît à Florence en Italie
- 12 Mai 1820
- Ses parents sont extrêmement riches et parcourent le monde sans se soucier de l'argent.



Florence Nightingale: la dame à la Lampe

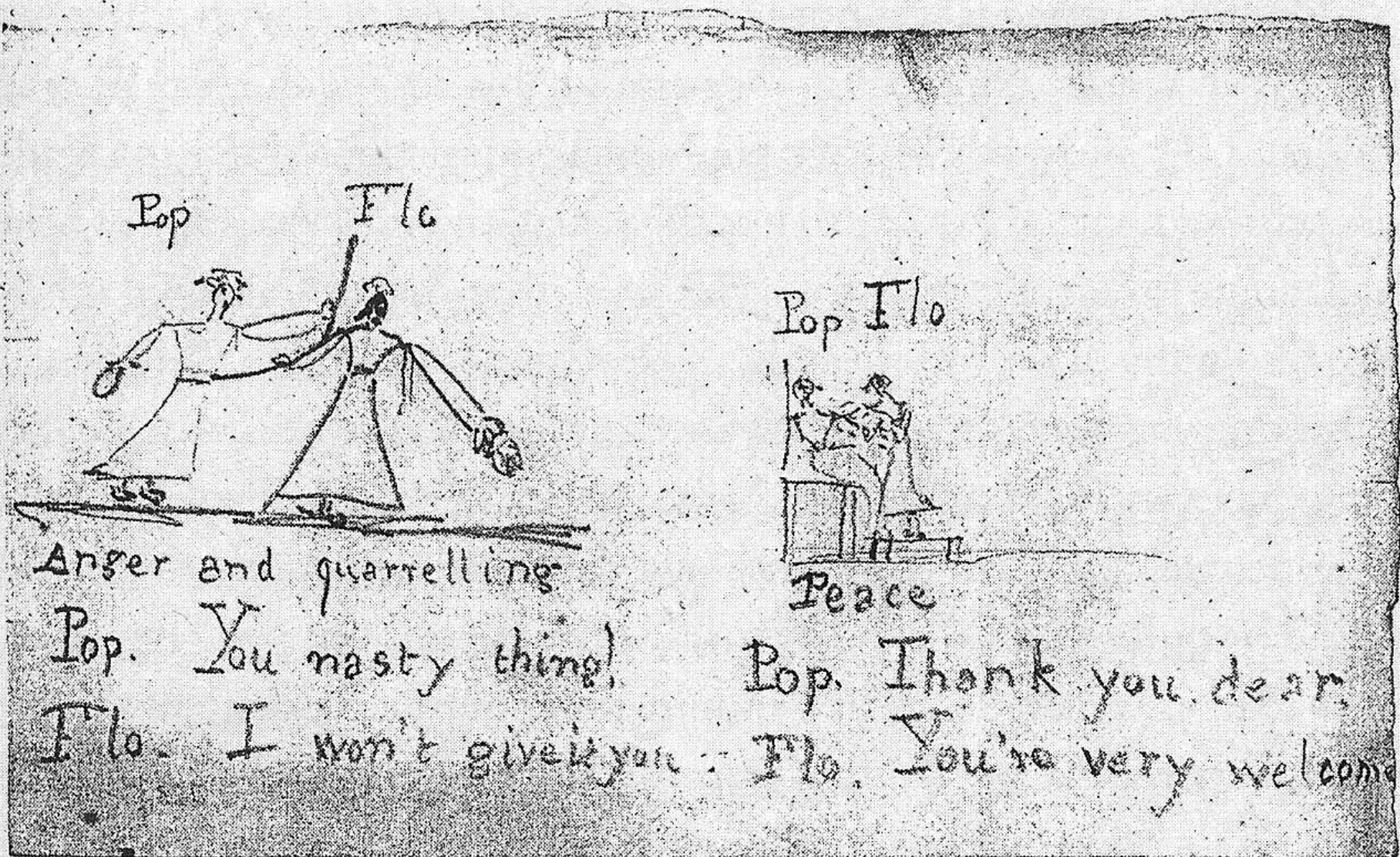
Fanny Nightingale avec ses 2 filles: Parthenope et Florence très jeune (~1823).



Fanny with Parthenope and Florence as very young children.

Florence Nightingale: la dame à la Lampe

- Elle retourne en Angleterre en 1921, elle y passe toute son enfance entre les deux énormes propriétés de ces parents.
- C'est une enfant sage et très discrète.
- Elle est peu communicative avec ses parents et en conflit avec sa grande sœur.



Florence Nightingale, aged about six, sketches a quarrel with her sister.



L'été:
Lea Hurst

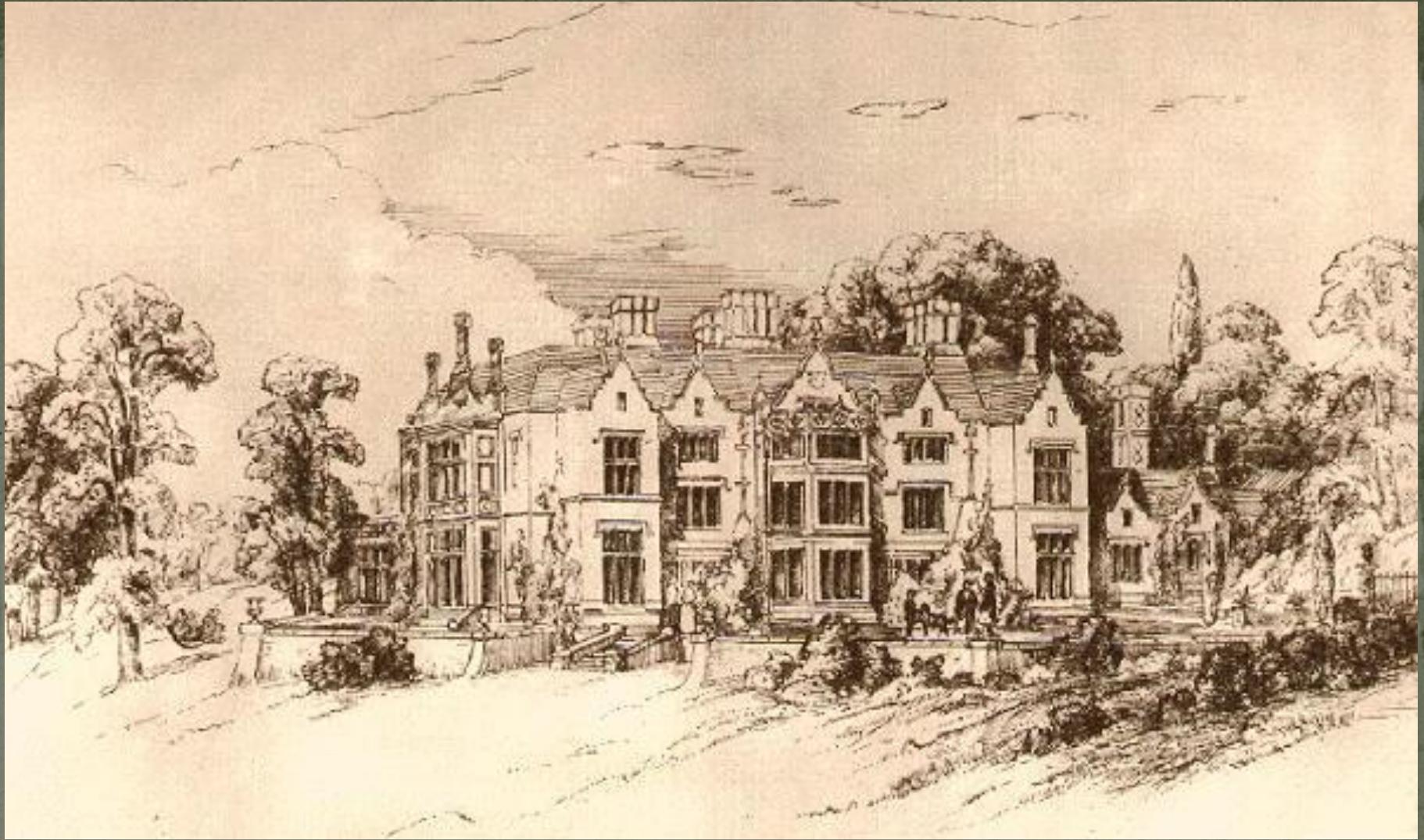
L'hiver at:
Embley Park



Lea Hurst in Derbyshire



Lea Hurst in Derbyshire: The Nightingale's "Summer house"
(Gill P. 71-73)



Embley Park in Hampshire: The Nightingale's "Winter house"

- *(Dessiné par Parthenope Nightingale !)*



Embley Park in Hampshire: The Nightingale's "Winter house"
(Gill P. 77)

Information

Age range: 3 - 18

Day pupils: 210 boys 160 girls

Annual day fees: £5,000-£10,005

Weekly boarding pupils: 32 boys 15 girls

Annual weekly boarding fees: £8,310-£16,620

Full boarding pupils: 30 boys 15 girls

Annual full boarding fees: £8,310-£16,620

TOTAL PUPILS: 272 boys 190 girls

Including 6th form/FE: 40 boys 20 girls

Staff numbers: 40 full time - 14 part time

Method of entry: Common Entrance, School exam or test, Interview, Report from previous school

Professional affiliations: BSA, SHA, SHMIS, AGBIS

Religious affiliation: Church of England



Florence Nightingale: la dame à la Lampe

- En 1837, à 17 ans, elle a le sentiment qu'elle doit consacrer sa vie aux autres.
- Elle visite les malades dans un hôpital de Londres duquel elle sort meurtrie.



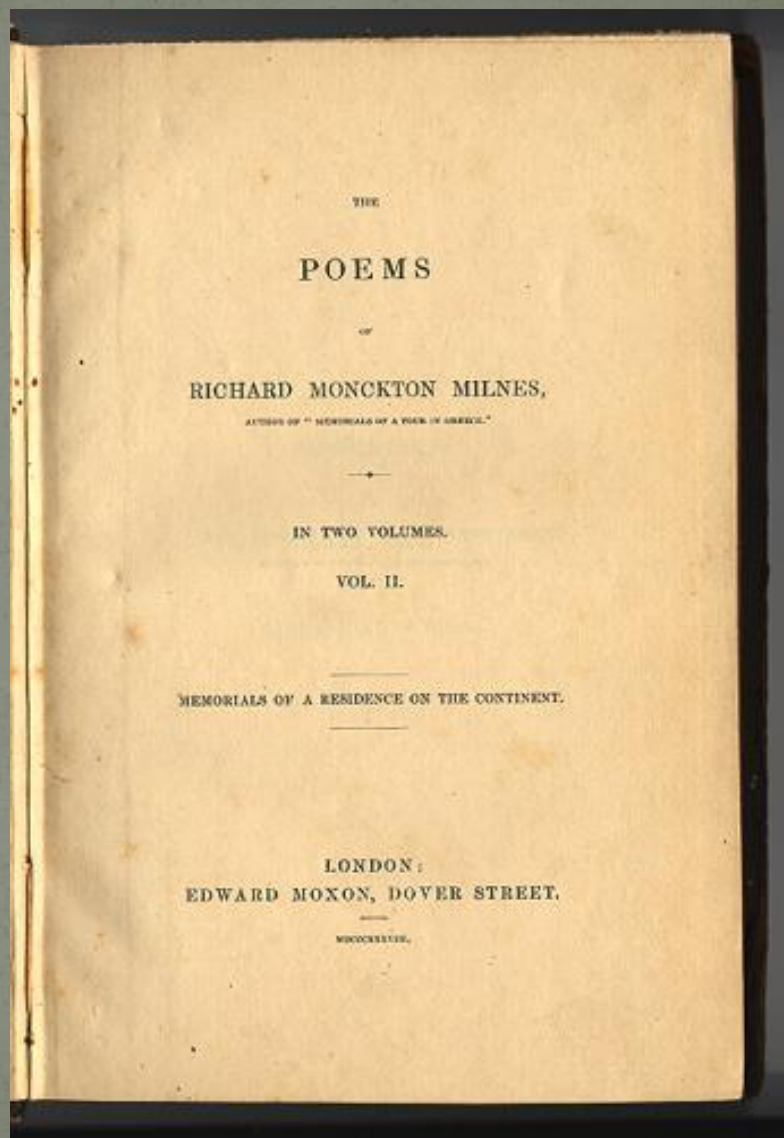
Un hôpital en 1830

- Ils sont généralement très sales.
- Fonctionnent mal.
- Les infirmières ne savent pas ce qu'elles doivent faire.



Florence Nightingale: la dame à la Lampe

- Ses parents veulent la marier à Richard Monckton Milnes, politicien (membre du parlement) et poète qui deviendra Baron Houghton: 1809-1885.
- Florence s'oppose à ce mariage, elle a d'autres idées en tête. Elle veut voyager dans toute l'Europe et voir l'état des hôpitaux ailleurs.
- Elle se forme à Paris et en Allemagne et devient infirmière contre l'avis de ses parents.



Florence Nightingale: la dame à la Lampe

- En 1854 la guerre de Crimée débute; L'Angleterre entre guerre contre la Russie.
- En Angleterre, les informations venant du front indiquent que les soldats blessés meurent de façon effroyable dans des hôpitaux de fortunes.
- Florence part avec 38 autres infirmières pour travailler dans un hôpital de Crimée.



La guerre de Crimée

- British + French + Ottoman Turks vs. Russian empire
- À l'origine du conflit, une querelle surréaliste entre l'empereur français Napoléon III et le tsar Nicolas I^{er}. Chacun veut assurer en exclusivité la protection des Lieux Saints de Jérusalem, partie intégrante de l'empire turc.
- Comme le sultan d'Istanbul semble donner la préférence aux catholiques représentés par Napoléon III, le tsar Nicolas I^{er} propose à l'Angleterre de se partager l'empire turc en déliquescence. L'Angleterre refuse par crainte que la Russie n'acquière trop d'influence en Méditerranée et en Orient.
- Dépité, le tsar attaque et détruit de son propre chef la flotte turque de la mer Noire. Il envahit aussi les provinces roumaines de l'empire turc.
- Napoléon III et le gouvernement anglais de la reine Victoria font cause commune avec le sultan. C'est la première fois depuis le couronnement d'Aliénor d'Aquitaine et Henri II Plantagenêt, 700 ans plus tôt, que les deux nations s'apprêtent à combattre ensemble! Invoquant la préservation de l'empire ottoman, les deux alliés envoient leur flotte dans la mer Noire.



1858. - Second Empire. Campagne de Crimée.



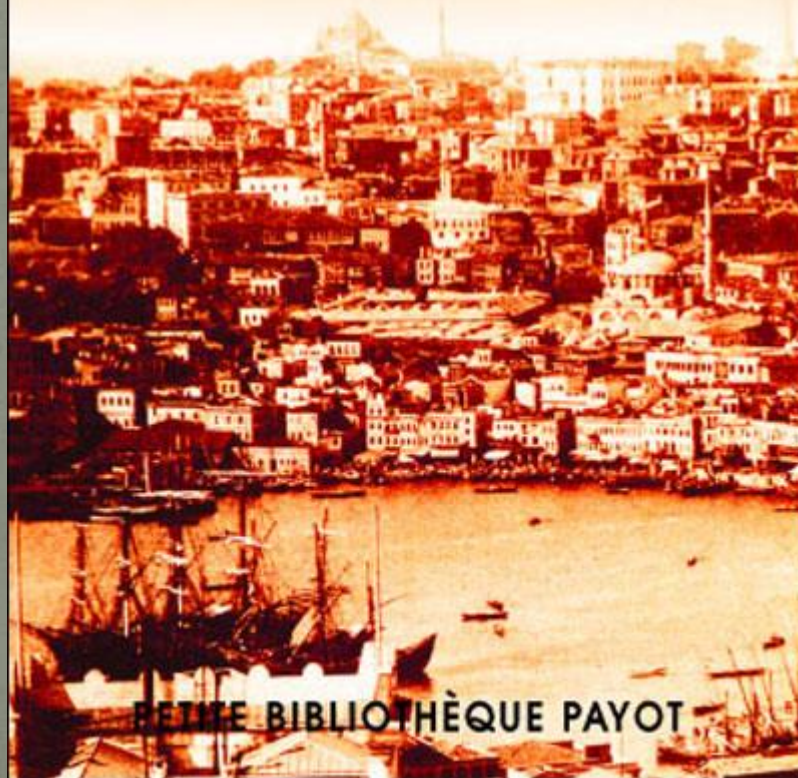




The
“**Scutari
Barracks
Hospital**”
where
Florence
Nightingale
worked
during the
Crimean
War

Léon Tolstoï

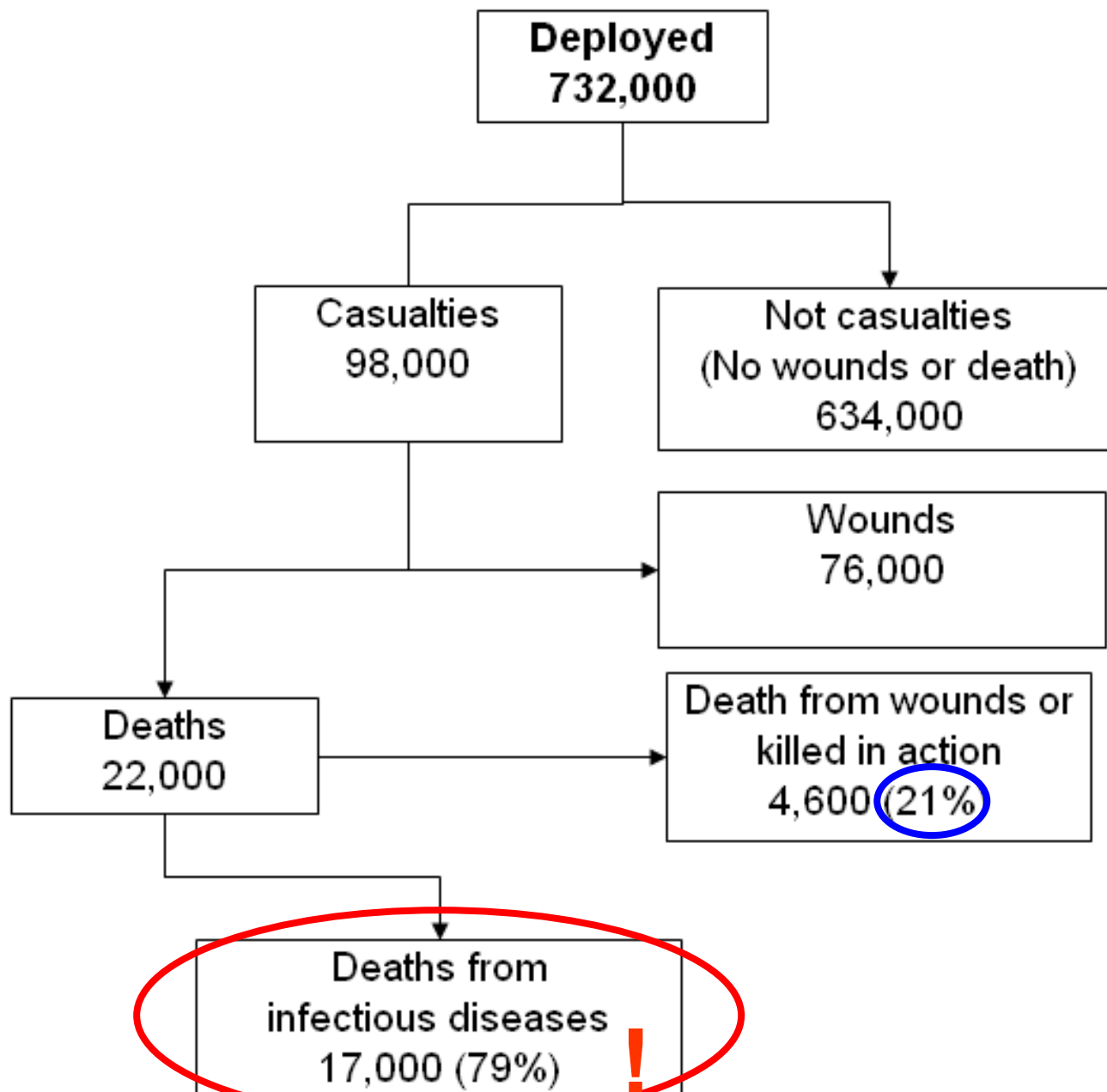
**Les récits
de Sébastopol**



PETITE BIBLIOTHÈQUE PAYOT



The Barrack Hospital at Scutari, a village across the Bosphorus from Constantinople.



Hygiène hospitalière

- Nettoyage des planchers.
- Nettoyage des salles de soins.
- Lavage des draps et remplacement des draps entre les patients.
- Nettoyage et changement régulier des pansements des blessés.



National Institutes of Health/Corbis (IH019486)



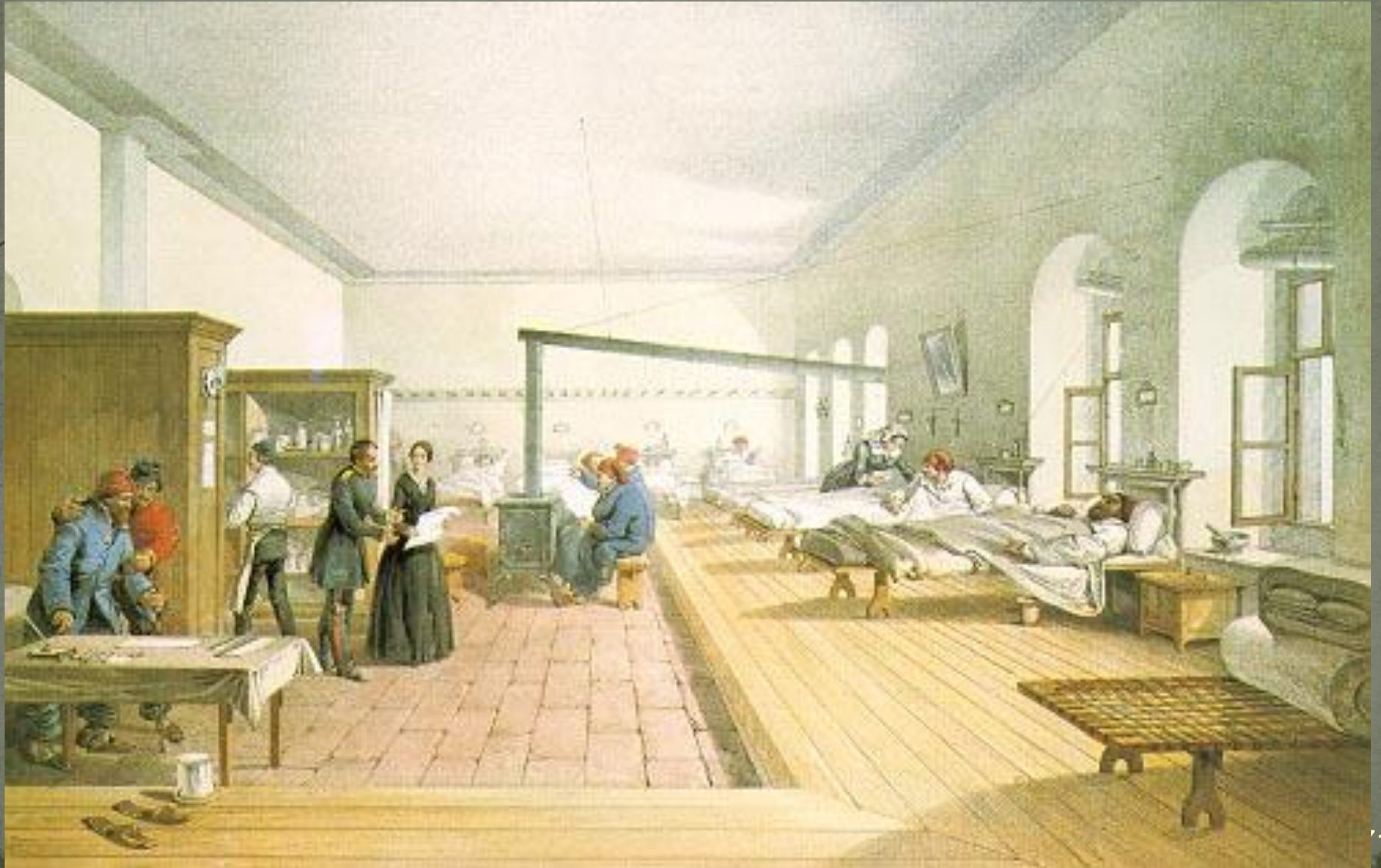
- Pendant la nuit elle circule pour voir les blessés, éclairée par sa lampe. Elle est surnommée "la Dame à la Lampe ».

- Les soldats embrassent son ombre.





Les conditions d'hygiène progressent



Florence Nightingale et le contrôle moderne des infections

Table 2. Data on admissions and deaths for British soldiers at Barracks, General, and Koulali hospitals (Scutari, Turkey) from January through March 1855.

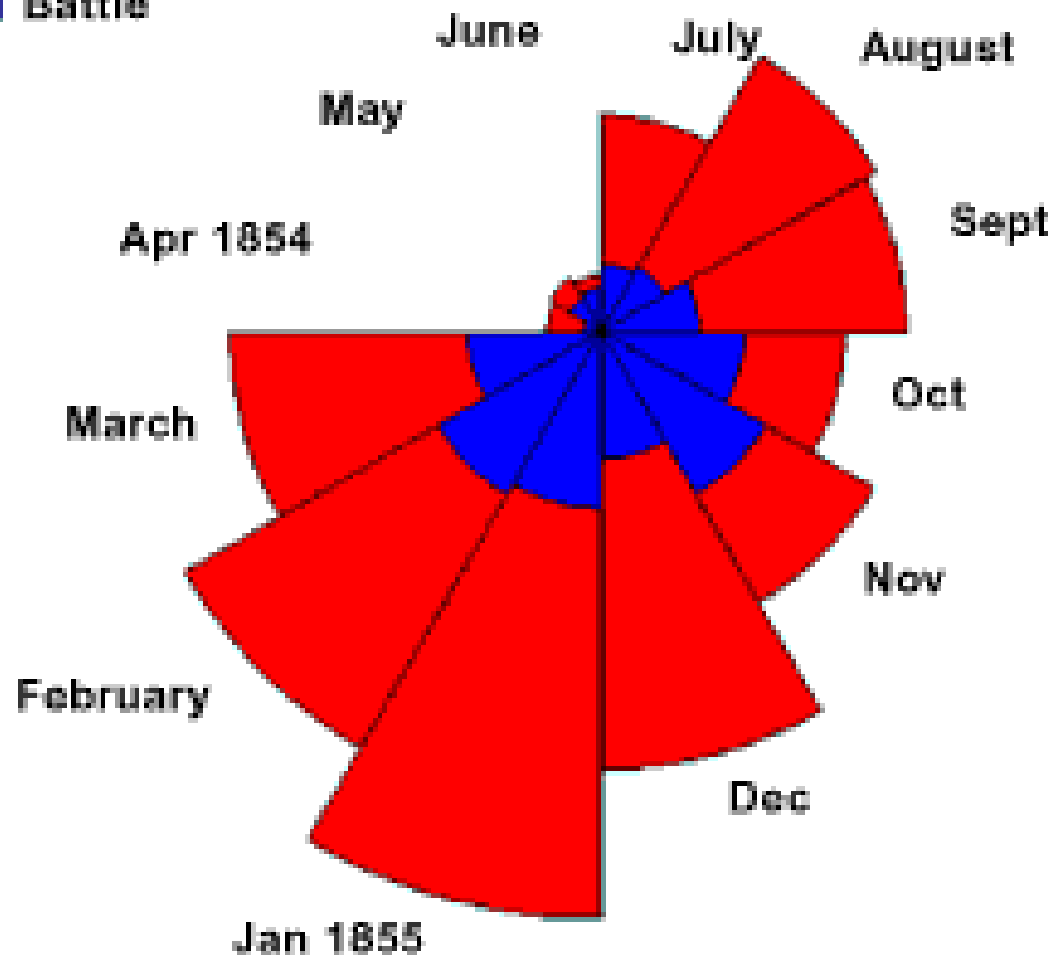
Interval during 1855	No. of soldiers admitted to the hospital	No. (%) of soldiers who died
January through March	10,283	3354 (33)
April through June	5544	342 (6)
July through September	7649	167 (2)

NOTE. Nightingale arrived in Scutari in November 1854. Data are from Shepherd [8].

Causes of Mortality in the Army in the East April, 1854 to March 1855

■ Non-Battle

■ Battle



From: F. Nightingale, "Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army", 1858

Hygiène hospitalière

- Presque un siècle après la mort de Florence (1820-1910), les historiens continuent à débattre de son héritage. De nombreuses publications ont été consacrées à son travail pendant la Guerre de Crimée (1854-1856); son travail a eu un impact indéniable dans les domaines des soins modernes, du contrôle des infections, de l'épidémiologie hospitalière et des soins hospitaliers.

Lettre de la Reine Victoria



- Remercie “Miss Nightingale and her ladies” pour leurs fabuleux travaux.

Florence Nightingale



1883 Royal Red Cross

- Quand la guerre finit en 1856, Florence retourne en Angleterre.
- Elle se donne pour but d'améliorer les hôpitaux dans le pays.
- La qualité des hôpitaux progresse.



1907 Order of Merit



Florence Nightingale

- Meurt en 1910 à l'âge de 90 ans.





Florence Nightingale Memorial Statue: London

£10

BANK OF ENGLAND

I PROMISE TO PAY THE BEAVER ON DEMAND THE SUM OF

£10

HT60 883026

TEN
POUNDS



LONDON
FOR THE GOV^t AND COM^r
OF THE BANK OF ENGLAND

Andrew Gurr

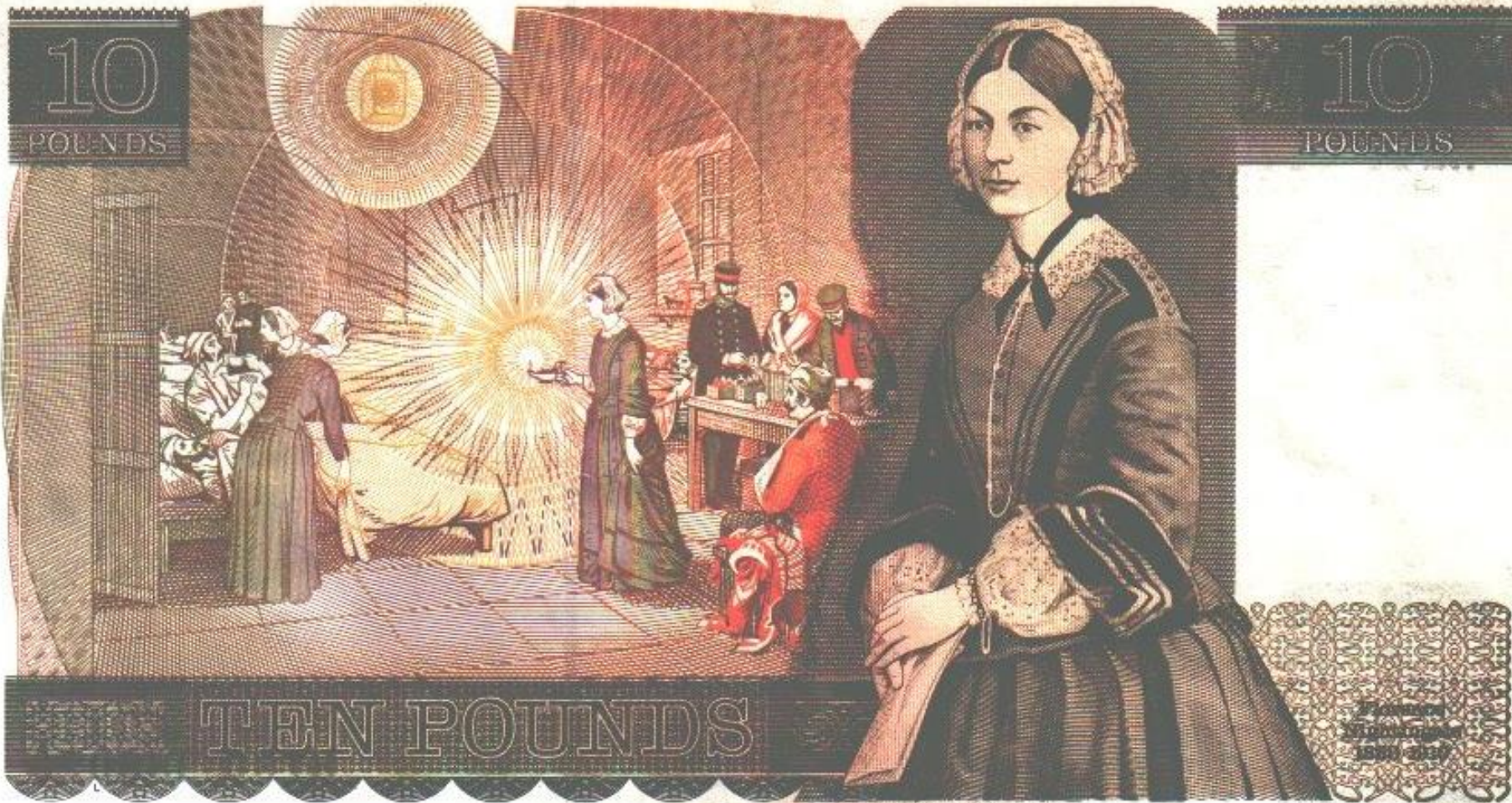
CHIEF CASHIER



HT60 883026

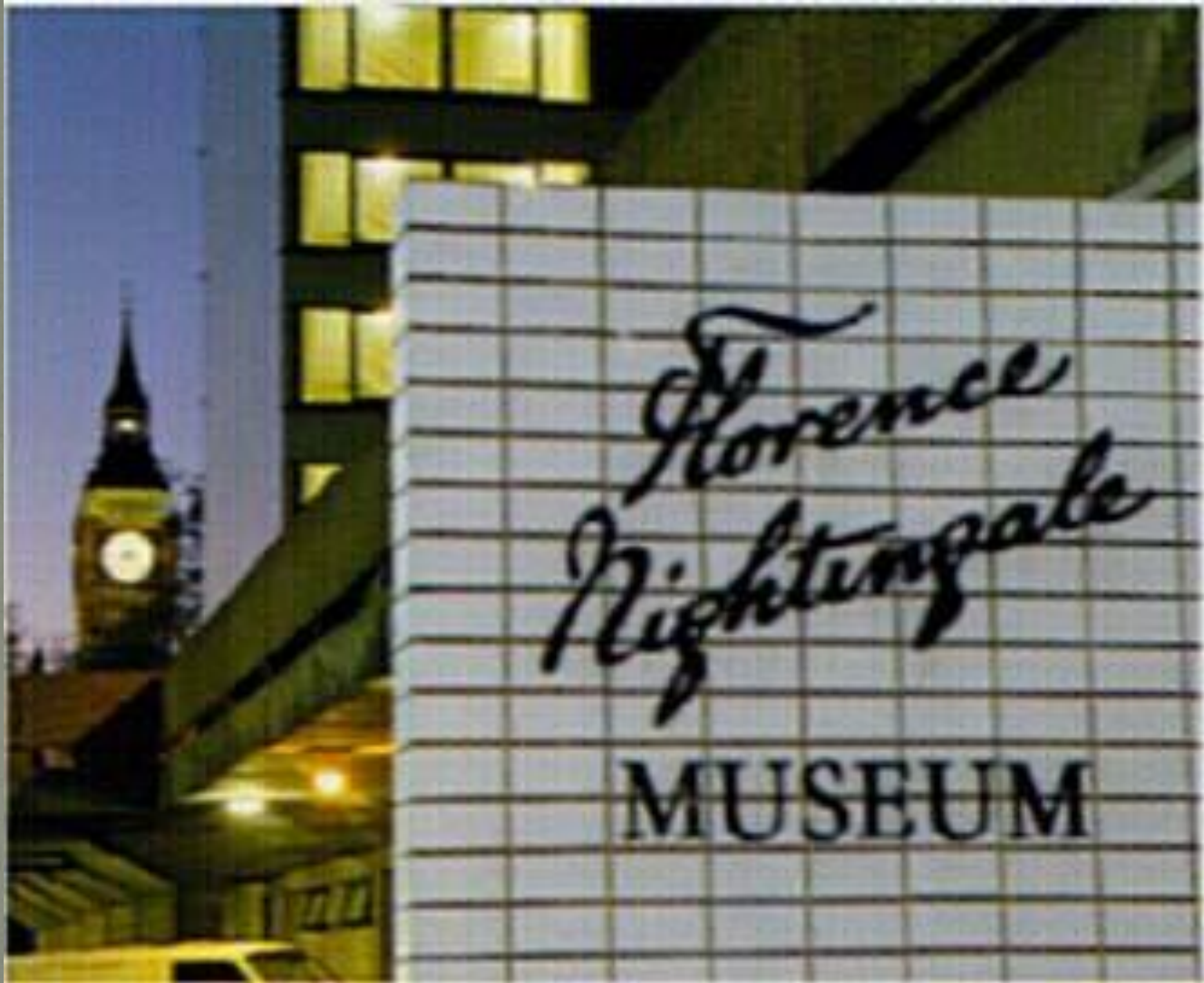
10
POUNDS

10
POUNDS



TEN POUNDS

THE ROYAL MINT
LONDON
1875



The Florence Nightingale Iris



www.iriscolorado.c

The Florence Nightingale Hibiscus



www.exotichibiscus.com

**LIMITED EDITION - NO
LONGER IN PRODUCTION!**

"The Lady with the Lamp"

With the cooperation of The Florence Nightingale Museum in London, The United States Historical Society, has authorized the official Florence Nightingale Doll.

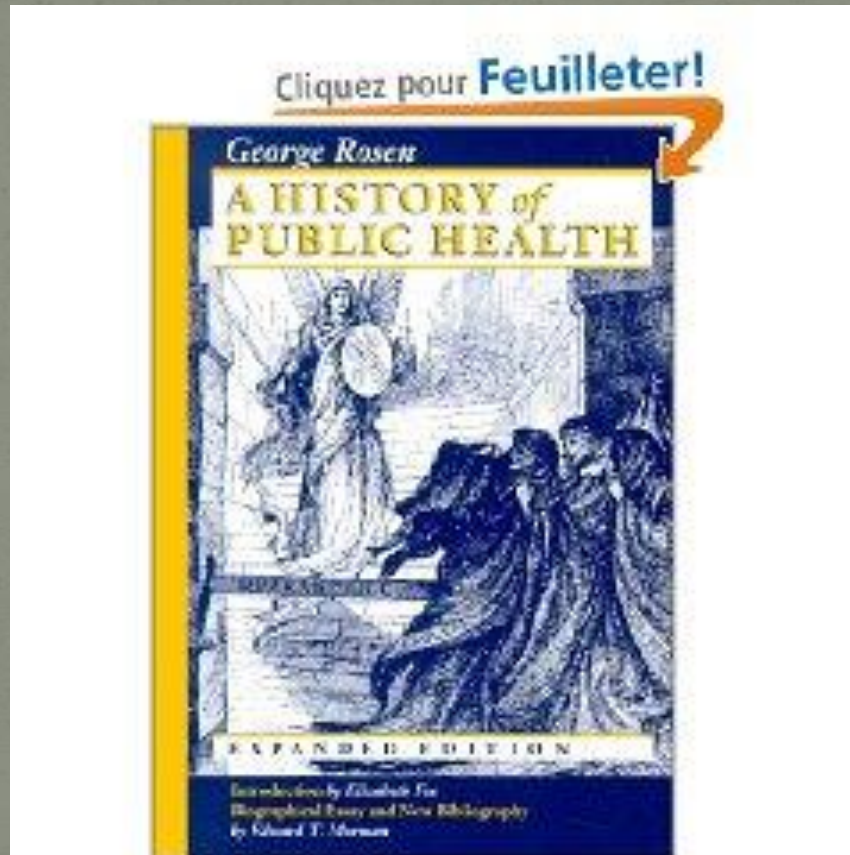
Miss Nightingale is regarded as the founder of the modern nursing profession. She was a visionary pioneer who changed the way that the injured and sick were treated. She was an inspiration in the founding of the Red Cross.

On her rounds in the wards, during the Crimean War, she carried a lantern to light her way and to examine the

wounded soldiers. She soon became known as the "*Lady with the Lamp.*"



Bibliographie



Bibliographie

Patrick Berche

L'histoire secrète des guerres biologiques

Messagers et crimes d'État

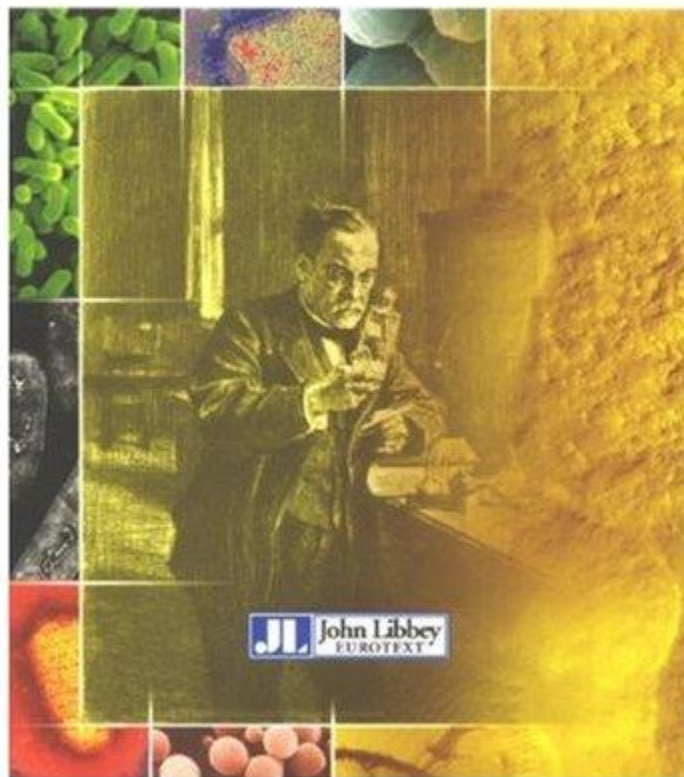


Illustration de
Robert Lafont

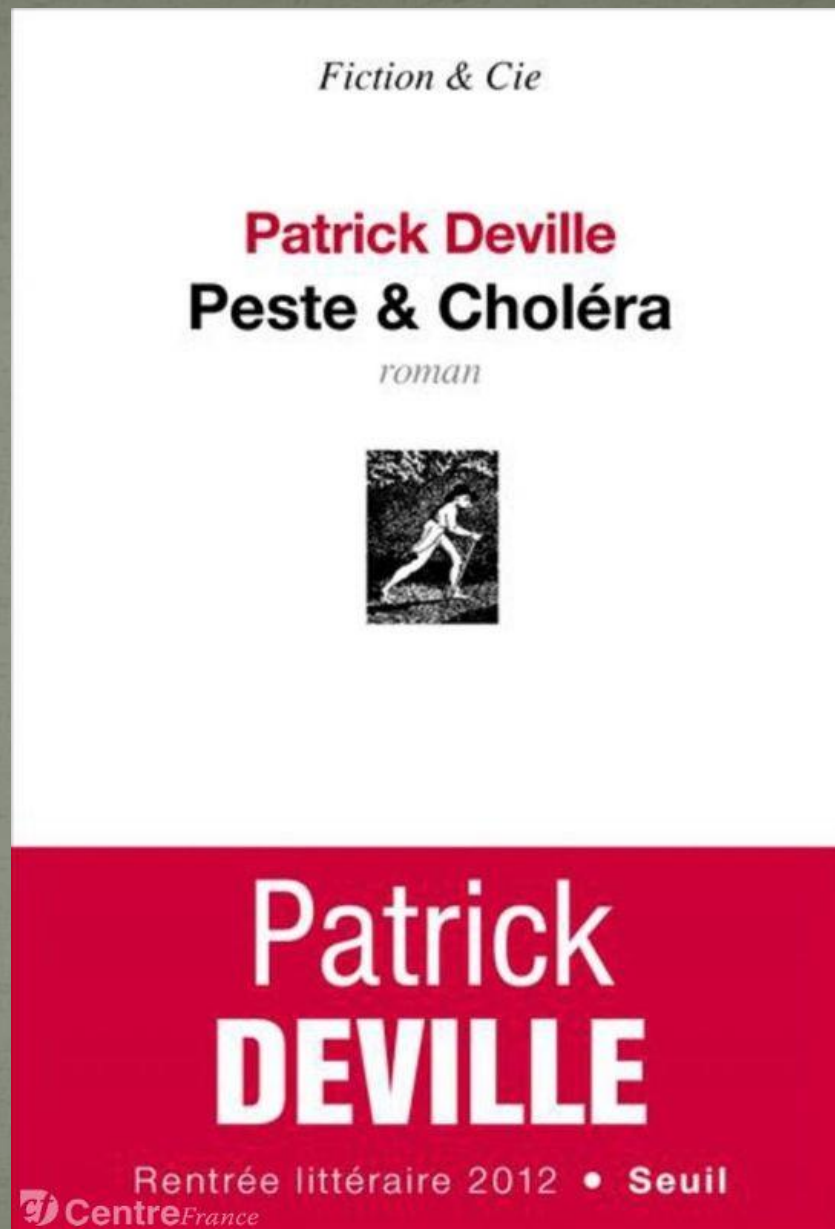
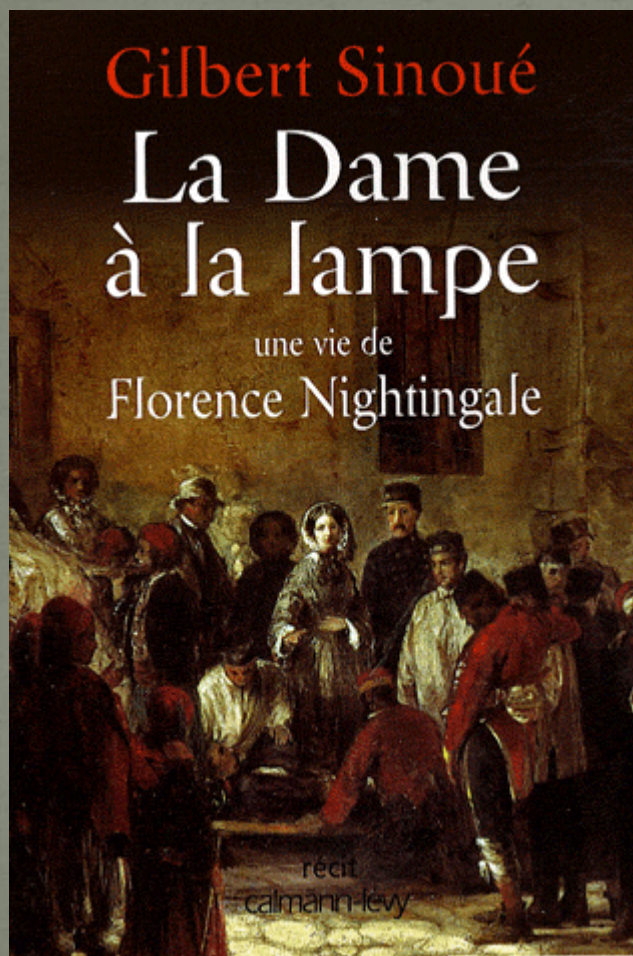


Une histoire des microbes

Patrick Berche



Bibliographie



Bibliographie

Albert Camus
La peste



Mary Shelley
Le dernier homme



Bibliographie

Boccace

Le Décaméron

Préface de Pierre Laurens

Traduction de Giovanni Clerico

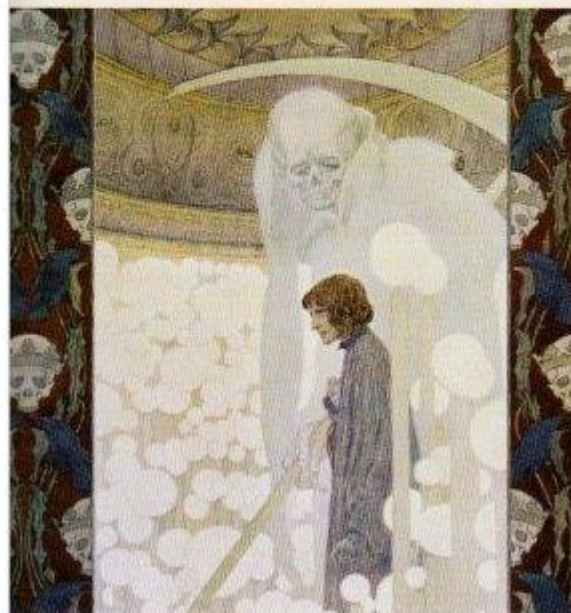


folio classique

Defoe

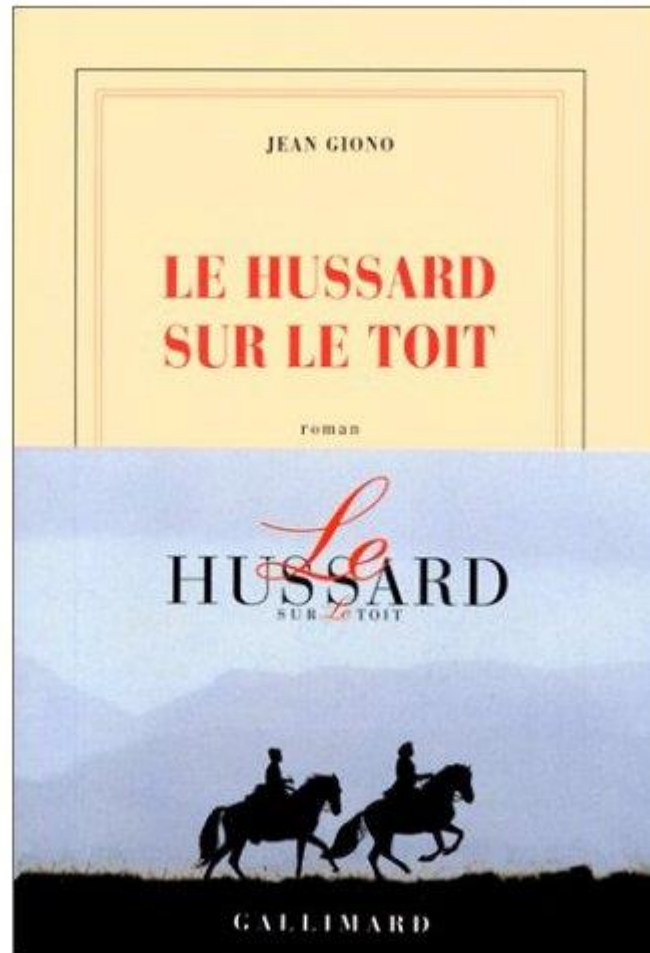
Journal de l'Année de la Peste

Préface d'Henri H. Mollaret



folio classique

Bibliographie



Bibliographie

