Janvier 2022

Vol. 2. No 14.

Info Gazette Médicale

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISBN : 976 – 99970 – 976 – 5 - 1

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

Rédaction et de l'Éditorial

Michel Dodard, directeur
Maxime Coles, conseiller

Lu pour vous

Michel Dodard, coordonnateur
Ernst Jean Baptiste, membre
Henry Jean-Baptiste, membre

Santé Publique

Pavel Desrosiers, coordonnateur
Franck Généus, membre
Guirlaine Raymond, membre
Chesnel Norcéide, membre
Mario Laroche, membre

Actualités Intra Hospitalières

Christophe Milien, coordonnateur
Wilfine Dupont, membre
Pierre-Marie Woolley, membre
Vanessa Jaelle Dor, membre

Informations Socio Culturelles et académiques

Judith Jean-Baptiste, coordonnateur
Wisly Joseph, membre
Claudine Hyppolite, membre
Nadège Charlot, membre

Petites Annonces

Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture

Eunice Dérvois, membre

Conception et réalisation

Jean Alouidor, membre

PROMOTION 82

SPONSOR OFFICIEL
PROMOTION DANTES DESTOUCHES 1976-1982
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'HAITI

SOMMAIRE

	Page
• *Lu pour vous*	2
• *Santé Publique*	5
• *Vie Intra Hospitalière*	8
• *Informations Socio Culturelles et académiques*	15
• *Petites Annonces*	20
	Et plus encore !

EDITORIAL :

Une nouvelle année commence, amenant de nouvelles promesses, nous nourrissant d'espoirs et d'aspirations. Mais, la perte d'un géant de la médecine haïtienne nous force à commencer l'année dans la douleur et la réflexion.

Le Professeur René Charles ne l'aurait pas voulu ainsi avec des pleurs, des lamentations et du désespoir. Malgré ses connaissances médicales, ses habilités exceptionnelles de clinicien et d'enseignant, il exsudait l'optimisme, et l'amour inconditionnel de son pays. Son érudition et ses perles de sagesse étaient dispensées avec un sourire malicieux et une pointe d'humour.

Ses élèves le trouvaient ouvert au dialogue, prêt à combler la distance entre leurs expériences de novices et ses décades de carrière académique et de pratique médicale. Sa famille l'a connu pour son amour profond et sa sagesse. Il n'avait jamais perdu le sens de mission de sa profession. Sa vie été bien remplie et a créé un modèle exemplaire pour les générations présentes et futures de médecins.

Dans ce numéro, vous trouverez un hommage au Dr Charles écrit par un de ces proches. Et comme il l'aurait souhaité nous continuons à avancer dans notre mission de vous informer des dernières avancées en science médicale avec une perspective haïtienne,

Lu pour vous revoit les dernières trouvailles dans la prise en charge de la Covid-19 qui ne nous lâche pas. Il semble que nous devrons apprendre à vivre avec cet intrus que nous n'avons pas invité dans nos demeures et nos lieux de travail. Dans la rubrique **Santé publique**, nous vous présentons un modèle de plan stratégique réplicable. Les **Activités Intra Hospitalières** vous offrent des informations de base sur l'infertilité chez la femme haïtienne. Dans **Informations Socio Culturelles et Académiques** vous découvrirez la vraie personnalité de notre éminent et regretté Pr. René Charles. Au revoir cher Professeur Charles. Votre mission a été accomplie. Nous déplorons également le départ pour le grand voyage du Dr Marie Ena Monosiet Cornély, une anesthésiologiste de carrière, emportée par la Covid-19. **Les Petites Annonces** vous offrent des opportunités intéressantes.

Nous vous souhaitons une meilleure année et une sérénité retrouvée.

Le Comité d'éditorial et de rédaction.

Pensée du mois : "*Le progrès est impossible sans changement : et ceux qui ne peuvent pas changer d'avis ne peuvent rien changer.*"
" *George Bernard Shaw*"

LU POUR VOUS

Michel Dodard, MD

1.- La troisième dose du vaccin à ARN-m contre la Covid-19 est essentielle pour augmenter les anticorps neutralisants contre l'Omicron

George Sakoulas, MD, examen Garcia-Beltran WF et al. Cell 2021 Dec 23

Une dose de rappel du vaccin BNT162b ou de l'ARNm-1273 a amélioré les réponses anticorps réactives croisées suffisantes pour neutraliser la variante Omicron.

Les trois vaccins disponibles aux États-Unis ont réussi à induire une immunité humorale et cellulaire suffisante pour neutraliser le SRAS-CoV-2 et réduire considérablement la COVID-19 grave. Cependant, la variante Omicron abrite 36 mutations protéiques de pointe qui atténuent l'immunité induite par les vaccins. Garcia-Beltran et al. ont mesuré la puissance de neutralisation des sérums de 239 receveurs de BNT162b, mRNA-1273 ou Ad26.COV2.S (Johnson & Johnson) contre des pseudovirus SARS-CoV-2 génétiquement modifiés de type sauvage, Delta et Omicron. Soixante-trois participants avaient reçu une troisième dose de vaccin à ARNm.

Conformément aux études antérieures, les receveurs de la série de vaccins primaires à ARNm ont démontré des titres significativement plus élevés contre le virus de type sauvage que les receveurs d'Ad26.COV2. S. Alors que la neutralisation était plus faible par rapport au type sauvage chez les receveurs de tous les types de vaccins (et la neutralisation Delta était absente chez la plupart des individus >6 mois après la série vaccinale primaire), la neutralisation omicronique était absente chez tous les principaux vaccinés, même ceux récemment vaccinés. Les bénéficiaires antérieurs du vaccin qui avaient également été en convalescence après une infection antérieure à la COVID-19 ont conservé une certaine neutralisation détectable d'Omicron. Plus particulièrement, le sérum de receveurs récents de rappel du vaccin à ARNm présentait une puissante neutralisation d'Omicron ; en particulier, ce sérum a montré des titres de neutralisation du SRAS-CoV-2 plus élevés (via des niveaux d'anticorps anti-spike plus élevés) ainsi que des réponses humorales plus larges réagissant de manière croisée contre Omicron. Dans les études de culture tissulaire, Delta était deux fois plus efficace pour infecter les cellules que le type sauvage et Omicron était deux fois plus efficace pour infecter les cellules.

Citation :

Garcia-Beltran WF et coll. Les rappels du vaccin COVID-19 à base d'ARNm induisent une immunité neutralisante contre la variante Omicron du SARS-CoV-2. Cellule 2021 Déc 23 ; [e-pub]. (https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.12.033. S'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : La pandémie de la Covid-19 nous oblige à suivre l'actualité médicale de façon serrée puisque les directives des autorités sanitaires changent presque chaque semaine. Le virus avec ses mutations multiples qui défient l'immunité acquise par les vaccins est maintenant décrit en termes anthropomorphiques ; malin, ruse, sournois, intelligent, imprévisible. Notre tâche est compliquée par le fait que nous devons relayer ces messages multiples a nos patients. Ce qui renforce en certains d'entre eux leur conviction que les vaccins ne sont pas efficaces. Heureusement ce n'est pas le ca

2.- Utilisation d'antidépresseurs pendant la grossesse

Eleanor Bimla Schwarz, MD, MS, examen Vlenterie R et al. Obstet Gynecol, 2021 Oct.

La dépression pendant la grossesse peut être traitée avec des médicaments sans augmenter les taux d'effets indésirables.

La force des opioïdes utilisés pour gérer la douleur aiguë sévère a été multipliée par plusieurs au cours des 20 dernières années. Dans cet essai australien en double aveugle, les chercheurs ont recruté des patients subissant une fixation chirurgicale de fractures des os longs, du bassin ou du pied pour comparer un opioïde fort et un opioïde léger pour la gestion de la douleur aiguë. Au total, 120 patients (principalement des hommes ; âge moyen, 37 ans) ont été randomisés pour de l'oxycodone ambulatoire (5-10 mg) ou de l'acétaminophène avec de la codéine (500-1000 mg / 8-16 mg) administré quatre fois par jour. Les patients avaient été pris en charge par l'oxycodone après l'opération à l'hôpital avant la randomisation.

La dépression est fréquente chez les femmes en âge de procréer, affectant environ une grossesse sur dix. Pour évaluer si l'utilisation d'antidépresseurs pendant la grossesse augmente les risques d'accouchement prématuré, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'accouchement à petit âge gestationnel (SGA) ou de faible score d'Apgar, les chercheurs ont mené une méta-analyse des données individuelles recueillies auprès de plus de 400 000 femmes ayant participé à 27 études.

Parmi 375 000 participants disposant de données disponibles sur la santé mentale, 7,6 % présentaient des symptômes ou un diagnostic clinique de dépression. Et parmi les 118 000 participants pour lesquels des données sont disponibles sur l'utilisation d'antidépresseurs, 2,2 % ont déclaré avoir utilisé des antidépresseurs pendant la grossesse.

Que des antidépresseurs aient été utilisés ou non, la dépression pendant la grossesse était significativement associée à une naissance prématurée et à un faible score d'Apgar, après ajustement pour le tabagisme, la parité et l'origine ethnique raciale / hispanique. Ni la dépression ni l'utilisation d'antidépresseurs n'étaient associées à un faible poids à la naissance ou à un accouchement par SGA.

Bibliographie :

Vlenterie R et coll. Associations between maternal depression, antidepressant use during pregnancy, and adverse pregnancy outcomes: An individual participant data meta-analysis. Obstet Gynecol 2021 Octobre; 138:633. (https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004538.s'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : C'est un dogme médical que l'utilisation des médicaments pendant la grossesse doit être limite et soumise au scrutin clinique. Cependant, la dépression non traitée pose des problèmes sérieux qui peuvent affecter le cours de la grossesse. Il est rassurant que les résultats de cette étude nous permettent de prescrire les antidépresseurs aux femmes enceintes quand c'est nécessaire.

Commentaire :

J'ai revu le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie qui abonde en tiré-à-parts sur la dépression, les antidépresseurs et grossesse.

Voici ce qui est dit :

1- C'est de la bonne éthique que les recherches continuent pour savoir à quoi s'en tenir.
2- Les facteurs associés à la dépression chez les gestantes sont souvent socio-ethniques auxquels il faut ajouter le style de vie, l'abus des narcotiques, et la coexistence de maladies courantes ou antérieures.
3- Est-ce que les complications y relatives, observées pendant la parturition ou dans le postpartum sont dues à la dépression elle-même ou à l'antidépresseur administré ? Cela n'est pas clair. « L'enquête se poursuit ».
4- Il semble pourtant, que les antidépresseurs soient associés á l'hémorragie postpartum et que, quant à la dépression, elle engendre un faible pourcentage (1.6-

1.9 %) de naissance prématurée.
5- L'administration d'antidépresseurs change les paramètres (Inhibin, HCG, Estriol) utilisés dans nos tests de dépistage (Down, Edwards, Patau syndromes- i.e. Trisomie 21, 18 et 16)).
6- Les exercices légers (aérobics) continuent de faire des miracles.

Mes observations et fouilles personnelles m'autorisent à comprendre et à recommander qu'une attention spéciale et soutenue soit accordée á la dépression chez la femme enceinte et dans le postpartum. Je me rappelle cette patiente qui posait de sérieux défis de prise en charge. Son diagnostic antérieur à la grossesse, était « Bipolar disorder ». Pour des raisons connues d'elle seule, la nature engage le placenta à produire en grande quantité de bêta endorphine, une opioïde endogène quatre fois et demie plus puissante que la morphine. Ce qui met la patiente en état de "withdrawal" aussitôt expulsé le génial placenta.

Luc Charlot. M.D, F.A.C.O.G (Fellow of the American College of Obsetrics and Gynecology)

3.- Persistance d'un an de la douleur incisionnelle après la chirurgie

Allan S. Brett, MD, examen de Khan JS et al. Anesthésiologie 2021 Oct

Dans une vaste étude, l'incidence de ce problème était de 3,3 %.

L'incidence rapportée de douleur incisionnelle persistante après la chirurgie varie considérablement dans la littérature médicale. Dans cette étude de cohorte – qui comprenait des patients d'Amérique du Nord et du Sud, d'Europe, d'Asie, d'Afrique et d'Australie – les chercheurs ont déterminé l'incidence de la douleur incisionnelle persistante chez près de 15 000 patients (âge, ≥45 ; âge moyen, 69 ans) qui ont subi un large éventail d'interventions chirurgicales non cardiaques. Tous les patients ont reçu une anesthésie générale ou régionale et ont passé au moins 1 nuit à l'hôpital.

À 1 an, 3,3% des patients ont signalé une douleur persistante au site d'incision. L'incidence variait de ≤2 % pour la prostatectomie et l'hystérectomie à 6 % pour la chirurgie de la colonne vertébrale et la chirurgie viscérale complexe. Les patients ayant des antécédents de douleur chronique étaient plus susceptibles que les autres patients de signaler une douleur incisionnelle (7,3% contre 2,9%). La douleur présentait des caractéristiques neuropathiques (c.-à-d. associées à un engourdissement, des picotements ou une allodynie) chez 81 % des patients. La plupart des patients souffrant de douleur incisionnelle persistante ont déclaré qu'elle interférait avec certains aspects de l'activité générale, et 53% prenaient des analgésiques spécifiquement pour cela.

Bibliographie

Khan JS et coll. Persistent incisional pain after noncardiac surgery : An international prospective cohort study. *Anesthésiologie* 2021 Oct; 135:711. (https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003951.s 'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : les médecins de famille rencontrent ce problème plus fréquemment que les chirurgiens. Il est important d'évaluer cette douleur pour établir un diagnostic corrects ; douleur incisionnelle ou cicatrice interne ou une récurrence du problème chirurgical initial. S'il y a aucun doute une consultation avec le chirurgien est souhaitable.

4.- Suivi à plus long terme d'un essai sur la sciatique

Allan S. Brett, MD, examen Bailey CS et al. J Bone Joint Surg Am 2021 Dec 1

Les différences de résultats entre les groupes chirurgicaux et non chirurgicaux se sont réduites au cours d'une deuxième année de suivi.

Dans un essai randomisé récent, 128 patients atteints de sciatique, de hernie discale avec compression de la racine nerveuse au niveau L4-L5 ou L5-S1 et de douleur unilatérale aux jambes pendant 4 à 12 mois ont été randomisés pour une micro disdiskctomie ou une prise en charge conservatrice (NEJM JW Gen Med 15 avril 2020 et *N Engl J Med* 2020 ; 382: 1093). Bien que les deux groupes se soient améliorés avec le temps, ceux du groupe de discectomie avaient significativement moins de douleurs aux jambes que ceux du groupe de gestion conservatrice à 1 an (différence moyenne, 2,1 points sur une échelle de 0 à 10 points). Maintenant, les chercheurs fournissent un suivi supplémentaire.

Dans l'analyse en intention de traiter à 2 ans, la différence moyenne dans le score de douleur aux jambes (le critère de jugement principal) s'était réduite à 1,3 point – une différence statistiquement significative, mais cliniquement marginale. Les différences significatives dans les critères d'évaluation secondaires (par exemple, un indice d'invalidité) qui avaient favorisé la chirurgie à 1 an se sont également réduites ou sont devenues insignifiantes. À 2 ans, environ un tiers des patients du groupe de gestion conservatrice étaient passés à la chirurgie. Bien que 30% des patients aient été perdus dans le suivi, les analyses de sensibilité ont suggéré que, selon la plupart des hypothèses plausibles, ces patients manquants n'ont pas influencé de manière substantielle les résultats.

References

Bailey cs et coll. Discectomy compared with standardized nonoperative care for chronic sciatica due to a lumbar disc herniation: a secondary analysis of a randomized controlled trial with 2-year follow-up. *J bone joint surg am* 2021 déc 1; 103:2161. (https://doi.org/10.2106/jbjs.21.00448. S'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : la sciatique a été une compagne malheureuse de l'humanité depuis toujours. Les descriptions de ce syndrome caractéristique peuvent se trouver dans la littérature perse Rhazes (865 AD-925 AD). Chaque chapitre de l'histoire de la médecine a proposé des théories pour la causes de la sciatique reflétant la pensée de l'époque jusqu'à 1934 ou l'explication moderne de la sciatique a été décrite dans la littérature médicale italienne. Les solutions proposées à ce problème épineux font toujours l'objet d'études sans qu'un consensus soit atteint.

5.- Un autre agoniste du récepteur GLP-1 pour la gestion du poids

Allan S. Brett, M.D.

Les patients obèses sans diabète ont eu une perte de poids substantielle dans plusieurs études sur le sémaglutide.

Dans les études sur les agonistes des récepteurs du peptide-1 de type glucagon (GLP-1) pour le traitement du diabète, la perte de poids a été un effet secondaire constamment observé – et bienvenu. En 2014, le liraglutide a été le premier agoniste du GLP-1 à être approuvé par la FDA américaine pour la gestion du poids chez les patients obèses *sans* diabète ; dans les essais cliniques, la perte de poids avec une injection quotidienne de liraglutide, par rapport au placebo, était en moyenne d'environ 5 kg pendant 1 an. En 2021, le sémaglutide agoniste GLP-1 a également été approuvé pour cette indication, sur la base d'une perte de poids impressionnante dans des études parrainées par l'industrie.

Dans une étude, près de 2000 patients obèses sans diabète (indice de masse corporelle moyen [IMC], 38 kg / m^2) ont été randomisés pour des injections sous-cutanées une fois par semaine de sémaglutide ou de placebo en plus de recevoir des conseils individuels sur l'alimentation et l'exercice. À 16 mois, la perte de poids avec le sémaglutide était en moyenne de près de 13 kg

par rapport à aucun changement avec le placebo, et la moitié des bénéficiaires de sémaglutide ont perdu au moins 15% de leur poids de base (NEJM JW Gen Med 15 mars 2021 et *N Engl J Med* 2021 ; 384 : 989). Les résultats étaient similaires dans une autre étude sur l'effet différentiel de ce médicament lorsqu'il a été ajouté à une intervention diététique et comportementale plus intensive – encore une fois, chez les patients sans diabète (NEJM JW Gen Med Apr 1 2021 et *JAMA* 2021 ; 325 : 1403). Une troisième étude a été menée chez des patients *atteints* de diabète de type 2 (IMC moyen, 36 kg / m²); la perte de poids avec le sémaglutide par rapport au placebo était moins spectaculaire que celle observée dans les essais non diabétiques, mais était toujours substantielle à ≈6 kg (NEJM JW Gen Med Apr 1 2021 et *Lancet* 2021; 397: 971).

La dose cible de sémaglutide pour la perte de poids est de 2,4 mg par semaine, titrée sur 4 mois à partir d'une dose initiale de 0,25 mg. Cet objectif est beaucoup plus élevé que la dose maximale approuvée pour le traitement du diabète (1,0 mg), et sans surprise, les effets secondaires gastro-intestinaux ne sont pas anodins. Dans le premier des trois essais résumés ci-dessus, des nausées, des vomissements et de la diarrhée ont été rapportés par 44%, 25% et 32% des receveurs de sémaglutide, respectivement, soit plus de deux fois l'incidence de ces effets secondaires chez les receveurs du placebo. Et le coût est une énorme préoccupation : le prix au comptant actuel de chaque dose hebdomadaire est d'environ 400 $ US – plus de 20 000 $ par an.

Les traitements médicamenteux précédemment approuvés pour la perte de poids ont diverses limites, y compris des effets secondaires considérables et le manque de données sur l'utilisation à long terme. Les mêmes préoccupations s'appliquent aux agonistes des récepteurs du GLP-1 à forte dose chez les personnes non diabétiques. Pour répondre à ces préoccupations, le fabricant de sémaglutide mène un essai de plusieurs années de la dose de perte de poids de 2,4 mg chez les patients en surpoids ou obèses atteints d'une maladie cardiovasculaire établie, mais sans diabète.

Note de l'éditeur : les études s'accumulent sur l'utilisation des récepteurs GLP-1 pour la gestion du surpoids dans la population mondiale. Il semble qu'une solution de cette épidémie est proche et serait aussi une gestion du diabète qui suit le surpoids. La prudence est de mise, cependant. D'autres médicaments ont été proposés depuis plus de 40 sans que les promesses de solution ne se soient matérialisées. En fait dans certains cas les conséquences des effets secondaires ont été néfastes.

SANTÉ PUBLIQUE

Pavel Desrosiers, MD, MSc.

1.- Historicité de la pandémie de Covid-19 en Haïti

Dyemy Dumerjuste
EM Physician

Les premiers cas d'une forme de pneumonie grave, ayant entrainé plusieurs décès, ont été diagnostiqués à Wuhan en Chine en décembre 2019. Le nombre de pays touchés et le nombre de personnes atteintes augmentaient de plus en plus. Cette maladie allait être considérée comme le Novel Coronavirus disease (2019-nCoV) qui sera plus tard appelée, Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Devant l'explosion du nombre de cas en Chine et dans le monde, avec 114 pays touchés, 118.000 cas et 4.291 décès, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le COVID-19 une pandémie, le 11 mars 2020.

L'ensemble des mesures prises par l'OMS encouragea les états à développer des stratégies pour combattre la pandémie. Depuis février 2020, des techniciens au Laboratoire National en Haïti avaient déjà annoncé disposer de compétences pour détecter le SARS-COV-2. Le 19 mars 2020, les deux premiers cas de COVID-19 ont été diagnostiqués dans le pays et tout un train de mesures a été annoncé par le Président Moise pour protéger la population et éviter la propagation de la pandémie. La fermeture des frontières, des ports, des aéroports, des églises, des écoles, des universités, l'interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes, un couvre-feu de 20 h : 00 à 5h :00, un support de 3,000.00 gourdes aux plus démunis, figuraient parmi les mesures annoncées. Entre autres, une cellule scientifique de gestion de la crise sanitaire a été créée avec pour mission de collecter et de traiter les données liées à l'évolution de la pandémie dans le pays et de produire des recommandations sur les mesures sanitaires à prendre.

Deux semaines après le diagnostic des premiers cas dans le pays, le 5 avril 2020, le premier décès lié au COVID-19 a été annoncé : un patient de 55 ans hypertendu et diabétique, figurant parmi les 21 premières personnes testées positives dans le pays. La pauvreté qui touche plus de 60% de la population, le fort taux de chômage, une économie de plus en plus dépendante de l'aide extérieure, un système sanitaire défaillant, etc représentaient certains des facteurs qui ont fait craindre le pire dans le pays, dans ce contexte de pandémie. Le gouvernement intervint par l'acquisition de ventilateurs, de générateurs d'oxygène, de concentrateurs d'oxygène. Des structures sanitaires en dehors de la capitale attendront des jours pour les prélèvements de leurs patients suspects. Très vite s'est posé le problème du dépistage.

Le 27 aout 2020, soit cinq mois après les premiers décès authentifiés, le 200e décès lié à la pandémie a été confirmé dans le pays. Si la situation en Haïti semble peu alarmante, elle l'est de plus en plus chez nos voisins caraïbéens à population égale, où le nombre de tests, de cas confirmés, de décès sont de loin supérieurs aux nôtres.

Cependant, à un moment de la durée, le nombre de cas confirmés dans le pays baissa de plus en plus et les activités ont pu reprendre. Les gestes barrières étaient de moins en moins respectés. Eglises, écoles, commerces, marchés publics, … rouvraient leurs portes. Des centres de prise en charge de patients avec COVID19 fermaient leurs portes. Des acteurs se désengageaient.

En décembre 2020, aux Etats-Unis et dans certains pays européens, débutèrent les premiers essais sur la vaccination contre la COVID-19 qui s'annonçaient déjà très prometteurs : réduction des cas critiques et sévères, réduction des hospitalisations, un soulagement pour les systèmes sanitaires à bout de souffle depuis plusieurs mois. Alors que de nombreux pays se mettaient au pas avec la vaccination, les autorités haïtiennes ont annoncé le carnaval national à Port de Paix. Pendant que la COVID19 était presqu'oublié dans les grandes décisions publiques, des variants émergèrent et inquiétèrent de plus en plus. La vaccination répondait aux abonnés absents dans les grandes priorités du gouvernement.

Une augmentation légère du nombre de cas s'observa en mars et avril 2021. Le 14 mai 2021, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) annonça la détection dans le pays de **variants** alpha et gamma, qui s'accompagnèrent aussi d'une augmentation du nombre de cas, d'hospitalisation et décès. Le 302e décès était annoncé le 22 mai 2021. Le nombre de cas augmenta et des centres COVID qui étaient fermés considérèrent réouvrir leurs portes. Le 400e décès était annoncé le 24 juin 2021 ; le 500e au 17 juillet, le 603e au 17 septembre 2021 et le 711e au 13 novembre 2021. S'il y a eu près de huit mois entre le 200e et le 300e décès, il a fallu seulement un mois pour passer du 300e au 400e. Entre le 400e et le 500e décès, moins d'un mois a suffi.

Dans la foulée, le MSPP lança la campagne de vaccination contre le COVID-19, le 15 juillet 2021 dans tout le pays. Cependant, cette campagne se heurta à la grande hésitation à la vaccination rencontrée en Haïti. Entre temps, les variants delta et mu ont été détectés dans le pays, et ce variant delta était associé à des formes plus sévères de la maladie.

Nous vivons depuis deux ans avec la pandémie. En décembre 2021, les premiers cas du variant omicron ont été détectés en Afrique du Sud. Les premières données montrent une plus forte contagiosité de ce variant, mais cette forme serait moins sévère.

Dans ce contexte, la Société Haïtienne de Médecine d'Urgences et de Catastrophes (SHAMUC) a lancé une conférence médicale le 18 décembre 2021 sur la **Pandémie de COVID19 et les variants : Enjeux et défis pour Haïti.**

Auteur:
Dyemy Dumerjuste EM Physician

Twitter: @Dyemy1 / @Ta100T- Website : ta100t.com
<dumerjuste@gmail.com>

2. Quand le plan stratégique répond aux enjeux de l'environnement interne et externe d'un hôpital spécialisé de niveau tertiaire : le cas de l'Hôpital Saint Damien (HSD)/Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS) Deuxième partie : une démarche réplicable

[1] Wolf JEAN-PHILIPPE, MD, MSc ;
[2] Jacqueline GAUTIER, MD, MSc ;
[3] Nora St-VICTOR NELY, MD.

[1] Consultant/Facilitateur,
[2] Directrice Exécutive de HSD/NPH,
[3] Directrice des Opérations Médicales HSD/NPH

1. Introduction

Cet article est conçu suivant une démarche d'étude de cas, mettant l'accent sur une approche de planification participative utilisée par l'Hôpital Saint Damien (HSD)/Nos Petits Frères et Sœurs (NPH1) dans la définition des enjeux, des besoins, dans le but d'orienter son travail entre 2022 à 2026.

2. Objectif

Faisant suite à l'article paru le mois dernier sur cette même étude de cas, l'objectif de ce deuxième papier est de faire ressortir la démarche de réplicabilité. En effet, il sera question, dans un but pédagogique, de préciser les phases ou étapes, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour reproduire un plan stratégique adapté aux différents contextes dans lesquels évolue l'organisation.

3. Démarches de réplicabilité

Partant des résultats liés aux procédures et processus méthodologiques pour atteindre une planification participative et consensuelle, on peut postuler qu'un tel exercice peut être réalisé par n'importe quelle institution en variant, selon le contexte et la taille de l'organisation. En voici les étapes suivies dans le cadre de cette étude :

3.1 : Synthèse et validation des travaux des groupes de travail

Une synthèse des éléments du SWOT (forces, faiblesses, menaces et opportunités) et des plans opérationnels est réalisée par le facilitateur du processus. Cette synthèse est partagée avec les autres membres du comité pour une première validation.

Lorsqu'elle est validée par les membres du comité, elle est acheminée aux représentant(e)s des différents groupes pour une deuxième validation. Une classification des plans opérationnels a été réalisée en fonction des coûts estimés en projets intra-budgétaire et extrabudgétaire, en fonction des considérations de coûts et de début de mise en œuvre. Les projets intra-budgétaires sont des projets susceptibles d'être mis-en-œuvre avec le financement actuel de l'HSD, tandis que les projets extrabudgétaires nécessitent la recherche de financement externe.

Le tableau ci-dessous met en évidence une synthèse des projets extrabudgétaires de qualité du NPS (2022-2026) pour certaines unités de l'HSD.

3.3 : Stratégies/Objectifs/ Actions du NPS (2022-2026)

Un nombre de six (6) axes stratégiques a été déterminé pour faire face aux enjeux analysés. La concrétisation de ces six (6) axes stratégiques du nouveau plan stratégique (2022-2026) fera appel à 39 objectifs et à 153 actions pour la concrétisation de la vision de l'HSD sur un horizon de cinq (5) ans. Le schéma ci-dessous fait une synthèse des stratégies, des objectifs et des actions du nouveau plan stratégique (NPS 2022-2026) de HSD et de NHP.

3.4 : Démarche de réplicabilité de la rédaction du NPS (2022-2026)

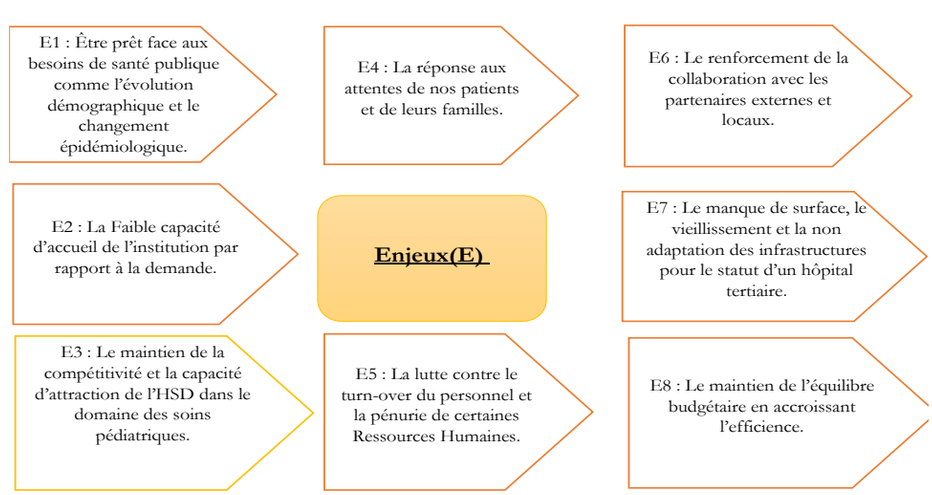
Trois (3) phases avec des étapes bien spécifiées pour la production du NPS (2022-2026)

Projets de Qualité Extra-Budgetaire		
No	Unite	Titre du projet
1	Archives	Diminution du volume élevé de dossiers incomplets à HSD.Systeme Information.
2	Isolement	Projet de renforcement des capacites infrastructurales et techniques de l'Isolement(Infrastructure)
3	Maternite/Anesthesiologie	Mise en place d'une Banque de sang(ST)
4	Néonatologie	Renforcement des capacités d'interventions et de gestion du service de Néonatologie(ST).
5	Oncologie	Améliorer la qualité des soins en Oncologie(ST)
6	Radiologie	Améliorer la qualité du service offert par la radiologie(ST)
7	Urgence	Améliorer la qualité des services au niveau de l'urgence.(ST)

3.2 : Identification des enjeux/besoins

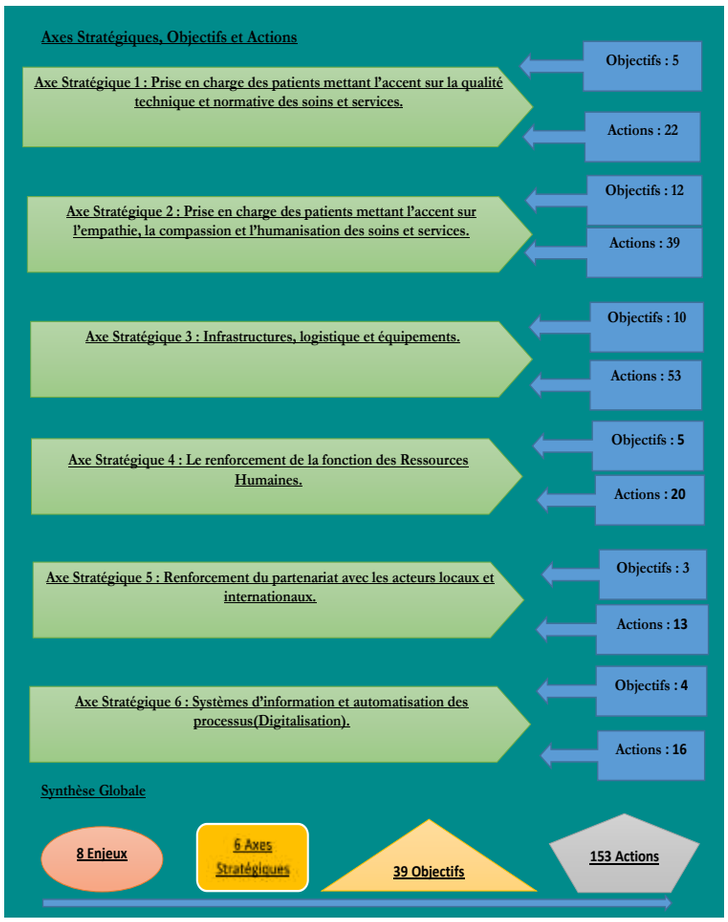
En croisant les éléments issus de l'analyse SWOT (Forces, faiblesses, menaces et opportunités), avec les analyses des problèmes issus des ateliers, avec les différentes trouvailles de l'étude de marché, cette technique a permis de dresser huit (8) enjeux auxquels doit faire face le nouveau plan stratégique de HSD.

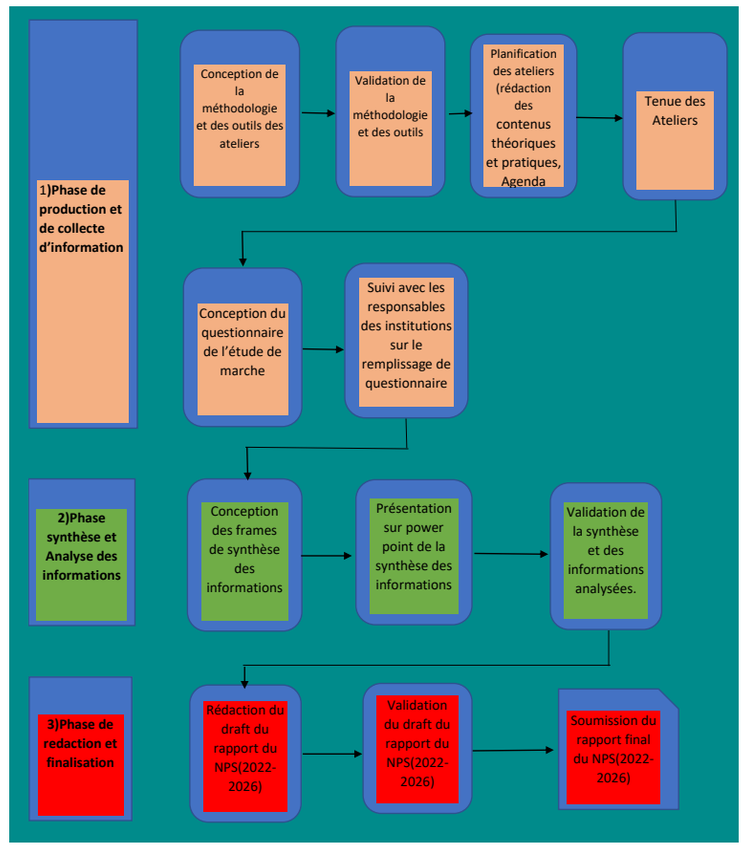
Le schéma suivant résume ces enjeux.



Conclusion

En résumé cet article met en évidence les démarches, lesprocédures et processus méthodologiques pour atteindre une planification participative et consensuelle répondant aux préoccupations de la clientèle et dupersonnel d'une institution complexe. Un tel exercice peut être réalisé par n'importe quelle institution en variant, selon le contexte et la taille de l'organisation, les démarches méthodologiques. En fonction des éléments contextuels et de la complexité de l'Hôpital Saint Damien (HSD), le nouveau plan stratégique de l'HSD (2022-





2026) a été construit de la manière suivante :

- Rappel des missions confiées à HSD par le NPH.
- Affirmation des valeurs qui fondent l'action de HSD.
- Formulation de la vision sur la base des missions, des valeurs et des orientations stratégiques retenues.
- Analyse de l'évolution de la vision, de la mission et valeurs de l'HSD en fonction des référentiels de NPH.
- Analyse des problématiques de chaque unité de l'HSD en fonction des causes que ces problèmes induisent ainsi que de leurs conséquences en termes d'impact sur la qualité et l'humanisation des soins et services.
- Analyse du contexte politique, social, sanitaire et économique de HSD en faisant l'évaluation des forces, marges de progressions, menaces et opportunités. Cela a amené à l'identification des enjeux majeurs.
- Analyse de l'offre des soins et services en matière de pédiatrie générale, de néonatologie, de prise en charge des urgences obstétricales, d'oncologie, des pathologies cardiaques ; des pathologies rénales ainsi que des programmes de santé publique comme : le VIH/SIDA, la Vaccination, la Tuberculose, l'anémie falciforme etc....
- Analyse des grandes fonctions managériales comme : les ressources humaines, les finances, les opérations et l'information stratégique et opérationnelle.
- Identification et choix des axes stratégiques et objectifs prioritaires pour répondre aux enjeux.
- Détermination deS actions concrètes pour chaque objectif prioritaire.
- Proposition des plans opérationnels pour chaque unité en appui à la réalisation des axes stratégiques.

Christophe, Millien MD, MMSc

1. Département de Maintenance de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM)

Dieudonné FANFAN Ing[1*] ; Maxi Raymondville, MD, MMSc[1,2], Christophe Millien, MD, MMSc[1]

[1]Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM)

[2]Zanmi Lasante (ZL)

INTRODUCTION

Le Département de Maintenance (DM) de l'hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) assure l'entretien, la réparation et le remplacement des systèmes et des composants des installations, la conservation, l'électricité, la menuiserie, la plomberie et le soutien des systèmes électroniques aux installations. Il est chargé aussi de s'assurer que les systèmes de l'environnement bâti, ou de l'installation, fonctionnent harmonieusement. Toutes les sous- sections du DM sont importantes, car elles garantissent que les lieux dans lesquels les gens travaillent, apprennent et vivent soient sûrs, confortables, productifs et durables. L'objectif de ce papier est de présenter le département de maintenance de l'HUM au grand public et les défis auxquels il fait face.

Notre Vision : Être une équipe professionnelle en gestion des installations pour la création et la maintenance d'un environnement exceptionnel et innovant.

Notre Mission : Fournir un environnement physique sûr, propre, productif et bien entretenu à la communauté de l'HUM, incluant les patients les plus démunis.

Nos Valeurs : Le service des installations se soucie de l'environnement qu'il offre aux employés et aux patients de l'HUM. Offrir cet environnement signifie adhérer à des valeurs qui contribuent à la réalisation de notre mission et de notre vision.

Les valeurs suivantes identifient les croyances et les comportements en faveur desquels nous nous engageons personnellement et qui se reflètent dans toutes nos activités de travail au sein de l'hôpital y compris dans notre vie quotidienne :

4- **Respect :** Respecter les besoins personnels et professionnels en encourageant la communication et la compréhension des besoins de chacun.

1- **Excellence :** Viser la qualité et l'excellence tout au long de nos activités et de nos services.

2- **Responsabilité :** Être responsable de la qualité, des résultats, du professionnalisme et de l'efficience dans la prestation des services.

3- **Coopération :** Utiliser le travail d'équipe au sein du DM afin de travailler ensemble pour un bénéfice et un succès mutuels.

L'organigramme (fig.1) du DM se présente comme suit .

Fig.1 : Organigramme du DM

LES DIFFÉRENTS CHALLENGES DU DM

Les challenges rencontrés au niveau du DM sont :

1- Eau

En période de sécheresse, il arrive parfois qu'il y ait une diminution de l'eau au niveau du forage. C'est pour nous un défi majeur, car ne pas avoir d'eau à l'hôpital empêche la délivrance des soins. Mais on arrive toujours à surmonter cette difficulté en utilisant des méthodes qui priorisent certains secteurs et en gérant efficacement ceux qui sont branchés. (fig. 2)

Fig. 2 : Système de distribution de l'eau à l'hôpital

2- Électricité

À l'hôpital, la production d'énergie électrique est un challenge majeur, car une coupure non planifiée de quelques secondes peut être la cause d'un décès. Donc pour ne pas avoir à fonctionner comme des pompiers, nous avons mis en place des protocoles de maintenance au niveau de nos sources d'énergie, pour mieux gérer les coupures inattendues. (Fig. 3)

Fig. 3 : Chambre de contrôle électrique de l'hôpital

1- La production d'oxygène

Le centre de production d'oxygène, communément appelé le « *mechanic room* », qui est le cœur même du système, est pour nous une grande préoccupation. (Fig. 4) Il est ce qu'on appelle « a pièce maitresse » de l'hôpital en matière de production et d'alimentation en oxygène. Un défaut de fonctionnement provoque la diminution ou l'arrêt de l'arrivée de l'oxygène au niveau du branchement mural avec des conséquences qui peuvent être graves. Lorsque ce genre de problème se produit, c'est toute l'équipe qui est mobilisée pour en atténuer les effets. Dans ce secteur stratégique il y a :

Fig. 4 : images montrant le centre de production et de distribution d'oxygène à l'hôpital

- la production d'oxygène ;
- le remplissage des bombonnes à oxygène ;
- la machine à vacuum ;
- la machine à air ;
- les pompes permettant de distribuer l'eau dans les différents secteurs de l'hôpital ;
- les différents tableaux de contrôle de chaque espace de l'hôpital ;
- le contrôle des sources d'énergie.

Donc pour gérer tout le système, il faut de nombreux techniciens spécialisés, qui ont reçu des formations depuis l'ouverture de l'HUM. Ils sont entraînés à bien gérer ces matériels.

COMMENT EFFECTUER LES MAINTENANCES AU NIVEAU DU DM ?

Les procédures qui sont en place pour effectuer la maintenance au niveau du département, sont régies par des normes internationales pour le bon fonctionnement et la durabilité de tous les matériels qui sont installés à l'hôpital. Les travaux de maintenance se font de la façon suivante :

1- Visite quotidienne de tous les services (tournées), trois fois par jour pour :
   - évaluer les besoins urgents ;
   - retourner au dépôt pour prendre les pièces nécessaires ;
   - satisfaire les besoins urgents ;
   - retourner les feuilles de rapports des travaux effectués dans le département ; vérifier les travaux de maintenance.

2- Appel sur poste pour répondre à un besoin :
   - appel du manager pour un problème ;
   - envoi du technicien dans le pôle concerné pour évaluer le problème ;
   - retour au dépôt pour prendre les pièces afin de réparer la panne ;
   - réparation de la panne ;
   - retour avec la feuille de travail dans le DM ;
   - vérification des travaux par le manager du DM.

CONCLUSION

Le DM surveille et contrôle la bonne marche des installations à l'hôpital. Il joue un rôle prépondérant dans toutes les décisions prises pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Les techniciens sont sur place 24h/24 pour s'assurer que les services fonctionnent dans les meilleures conditions possibles, et que les personnels puissent se sentir en sécurité pour donner le meilleur d'eux-mêmes.

Auteur Correspondant*
Dieudonné FANFAN Ing[1]
Email:dfanfan@pih.org
Tél : (509)36621199 / 36514177
Co-auteurs
Maxi Raymonville, mraymonville@pih.org;
Christophe Millien, mchristophe@pih.org

2. Présentation, Vision et Objectifs de Lab Echo Haïti

Edet HAMEL : Responsable de l'implémentation du Projet ECHO en Haïti

Reynold DORVAL : Responsable technique du Laboratoire National de Sante Publique (NSP) et de la mise en œuvre du projet Lab ECHO

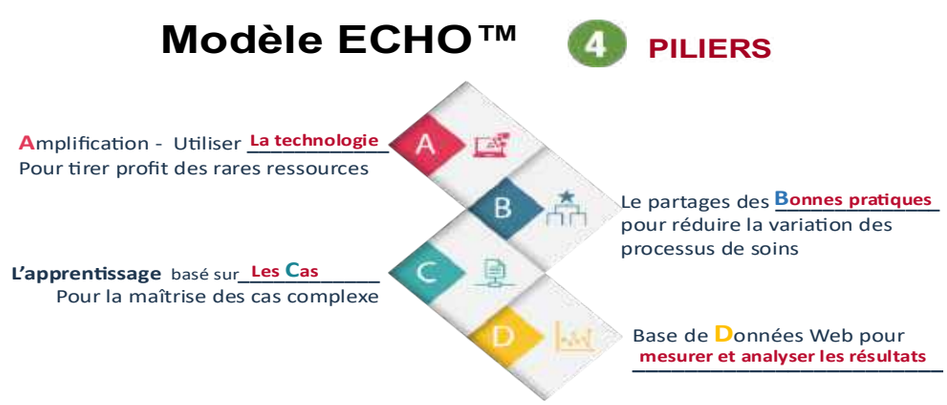
L'extension pour les résultats de soins de santé communautaires (ECHO) a pour objectif le développement des communautés de pratiques en vue de l'amélioration continue de la qualité (résultats) des services et des soins de santé (santé communautaire).

Le projet ECHO a été lancé en 2003 en tant qu'initiative de santé avant de s'étendre à d'autres domaines. Il est né de la vision d'un médecin le Pr. Sanjeev Arora, hépatologue (spécialiste des maladies du foie) au Centre des sciences de la santé de l'Université du Nouveau-Mexique à Albuquerque. Il était frustré de ne pouvoir soigner qu'une fraction des patients atteints d'hépatite C. Il voulait servir autant que possible de patients atteints d'hépatite C. Il a donc créé un modèle éducatif gratuit et encadré des prestataires de soins communautaires à travers le Nouveau-Mexique sur la façon de traiter la maladie.

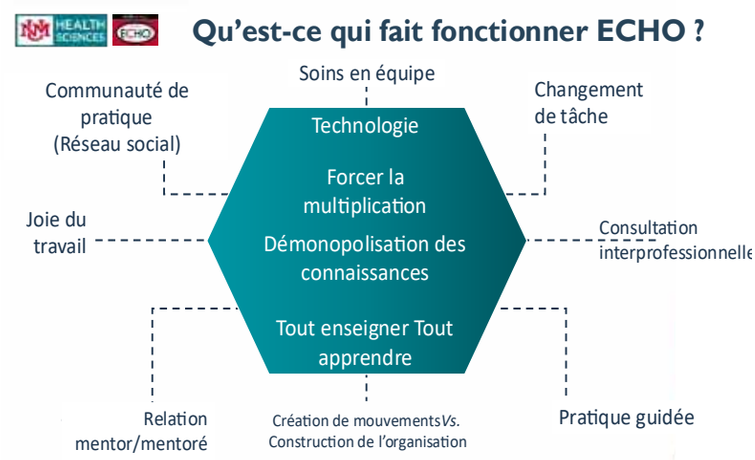
Les aspirations du projet ECHO sont de démocratiser les connaissances médicales et d'améliorer considérablement l'accès aux meilleures pratiques de soins pour les personnes mal desservies partout dans le monde. Notre objectif est d'améliorer le vie d'un milliard de personnes d'ici 2025.

Le modèle ECHO se base sur quatre (4) piliers : la technologie, les bonnes pratiques, les mesures et l'analyse des résultats et les cas. (fig. 1)

La figure 1 montre le modèle ECHO



La figure 2 montre ce qui fait fonctionner ECHO



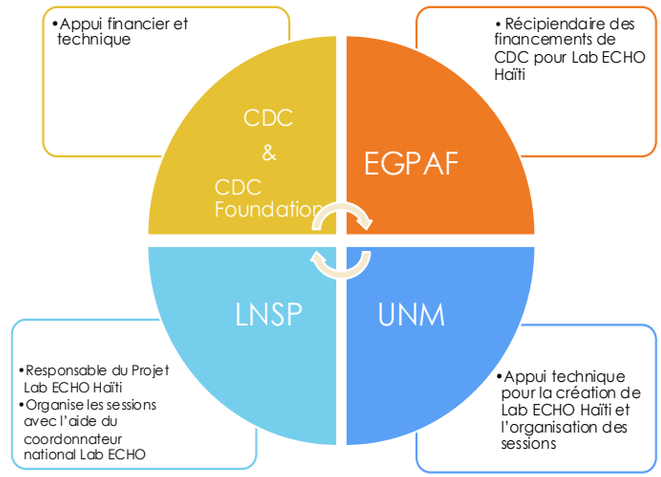
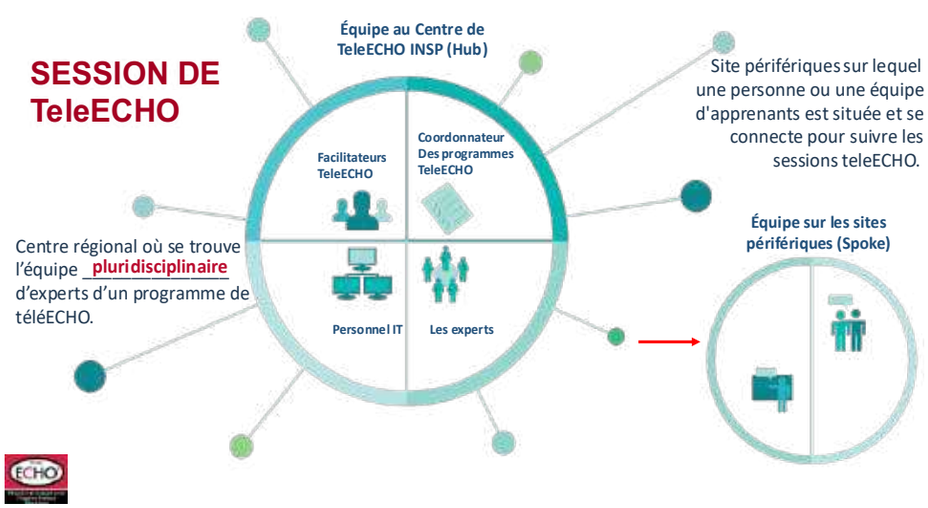


Fig. 4 : Une approche collaborative

La figure 3 montre comment fonctionne une session ECHO



Les Avantages pour les prestataires en périphérie sont de plusieurs ordres :

1) Accès à la consultation et au coaching de spécialistes dans plusieurs domaines, notamment la médecine, la pharmacie, le laboratoire, etc. avec la démonopolisation de la connaissance et le pouvoir de l'enseignement par les pairs et le partage des connaissances et expériences.

2) Interaction et collaboration avec des collègues ayant les mêmes intérêts professionnels dans le but de réduire l'isolement avec une satisfaction professionnelle améliorée.

3) Développement de carrière sans frais (possibilité d'intégrer des certificats de formation).

4) Combinaison de travail et d'apprentissage et de socialisation professionnelle

Le circuit d'apprentissage inclut un environnement d'apprentissage interactif, une cogestion des cas, un apprentissage par la pratique, le moyen d'apprendre de la didactique et des uns des autres et la résolution collaborative de problèmes.

La vision de Lab ECHO Haïti est tout d'abord d'offrir une plateforme pour la diffusion des connaissances et de bonnes pratiques dans le diagnostic biologique des maladies prioritaires pour une prise en charge clinique optimale des patients en Haïti et ensuite de favoriser l'amélioration des programmes de santé à travers une communication continue, régulière entre les prestataires de soins et les professionnels du laboratoire.

La figure 4 présente l'approche collective.

L'objectif principal d'ECHO LAB HAITI est de soutenir la mise en place d'une communauté de pratiques au sein des institutions sanitaires par des échanges via des sessions ECHO entre les prestataires de soins et/ou les professionnels du laboratoire.

Les objectifs spécifiques sont de :

1) créer une communauté de pratique pour les professionnels de laboratoire

2) renforcer les interactions entre les professionnels de laboratoire, les cliniciens, les responsables des institutions et les réseaux de partenaires

3) promouvoir l'apprentissage par des études de cas, afin de renforcer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels du laboratoire

4) promouvoir le partage des bonnes pratiques, outils et ressources pour améliorer les services de laboratoire et influencer /améliorer la qualité des soins fournis aux patients.

5) proposer les éléments nécessaires à l'extension du programme

L'audience ciblée pour la Lab ECHO Haïti est constituée par les laboratoires, les prestataires et l'appui aux programmes.

Les institutions sélectionnées pour la phase initiale sont dans l'Artibonite, l'Hôpital St Nicolas de St Marc (HSN), Hôpital Albert Schweitzer (HAS); dans le Centre, l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) ; dans l'Ouest, l'Hôpital Universitaire la Paix (HUP) ; dans le Nord, l'Hôpital Universitaire Justinien (HUJ) ; dans le Sud, l'Hôpital St Boniface (HSB).

Le calendrier des activités de Lab ECHO Haïti a été établi comme suit :

Le calendrier des activités de Lab ECHO Haïti a été établi comme suit :

1) de décembre 2020 à février 21 : recrutement du coordonnateur national, évaluation de base des institutions sélectionnées pour la phase initiale ;
2) de janvier 2021à février 2021, développement des différents curricula par chaque équipe technique et Identification des facilitateurs de sessions Lab ECHO ;
3) en février 21, organisation des sessions d'orientation et de formation immersion par UNM ;
4) de février 20 21 à Mars 202, installation des équipements audio-visuels dans les différentes institutions et formation à leur utilisation ;
5) de mars 2021 à septembre 2021 - LANCEMENTDE ECHO LAB
6) de mars 21 à septembre 2021, déroulement des sessions selon les calendriers préétablis

Les résultats attendus sont la mise en place d'une communauté de pratique associant les professionnels du laboratoire et les prestataires de soins selon le modèle ECHO (e.g. Mentorat). Des sessions mensuelles de Télé ECHO Lab sont réalisées et documentées. Les modalités institutionnelles et opérationnelles pour une extension de cette communauté de pratique sont définies et adoptées par les institutions nationales.

3. Infertilité chez la femme en Haïti – informations de base

Dr Garry René
Gynécologie Obstétrique
HUEH, Haïti

Texte extrait de la conférence prononcée le 23 01 22

INTRODUCTION

L'infertilité entraîne des conséquences sociales. Dans notre société où la fécondité est hautement prisée, l'infertilité est anxiogène, discutée en chuchotements et très souvent une cause de dysfonction maritale. La femme qui est la cause de seulement 40 % des cas, se voit porter la quasi totale responsabilité et en ressent donc une culpabilité certaine. (réf. 1)

Le problème et ses solutions devraient être élevés au niveau de la conscience nationale, quoique la priorité des efforts d'éducation et d'attribution va dans le sens contraire de contrôle des naissances, eu égard à la surpopulation. Il n'en est pas moins vrai que l'infertilité peut être à l'origine de la dissolution de plusieurs ménages ou de leur affaiblissement. La société paie le prix de ces dépressions individuelles et du stress soufferts par les couples affectés.

Nous offrons une feuille de route pour les patients et pour les travailleurs de la santé. Le format se veut schématique tout en couvrant l'étendue et la prise en charge de l'infertilité de la femme chez nous.

I- NOTIONS PRELIMINAIRES

1) Fécondabilité/ stérilité/hypo fertilité (réf. 2)

a) La fécondabilité est la probabilité mensuelle d'obtenir une grossesse. Dans l'espèce humaine elle est de 25 % /mois. Pour être fécondable, il faut planifier le jour du rapport sexuel selon le cycle menstruel. (Fig. 1) La chance maximale se situe au moment de l'ovulation (13e et le 15e jour du cycle pour cycle régulier de 28e jour).

b) La stérilité est de probabilité nulle (incapacité totale de procréer naturellement).

c) L'hypo fertilité_est de <5%).

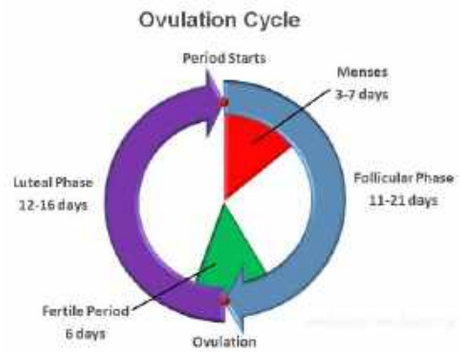


Fig. 1 : Cycle ovulatoire

2) DNC = délai nécessaire pour concevoir :

a) Il est en moyenne de 6 mois (f>35 ans) ;
b) Il est anormal si le délai est > à 1 an (f <35ans).

3) Données épidémiologiques : (réf. 3)

a) Problème de santé publique : environ 15% des couples consultent un médecin au moins une fois pour un problème d'infertilité ;
b) En Haïti, il y a 4 millions de femmes en âge de procréer ;
c) 400.000 environ ont un problème de fertilité.
d) Les causes les plus fréquentes sont dans environ 40 % la cause est féminine ; dans 40 % des cas une cause masculine ; dans 15 % des cas les deux ; dans 7% des cas, aucune cause n'est pas trouvée (infertilités inexpliquées). (Fig. 2)

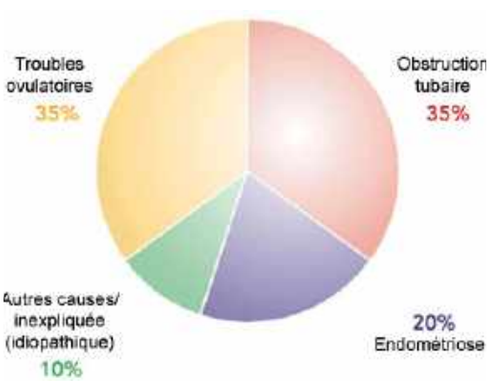


Fig. 2 : Graphique indiquant l'incidence (en %) des différentes causes d'infertilité (infertilité – Dr Bessueille PH Gynécologie Obstétrique CHICAS)

II- QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE D'INFERTILITE CHEZ LA FEMME ? (réf. 1, 3, 4)

Ce sont :

1) L' age:
a) 85% vers 25 ans;
b) 52 % vers 35 ans;
c) 10 à 20 % à 40 ans;
d) pratiquement réduite à 0 à 45 ans.

A noter un risque élevé de fausse couche après 40 ans.

2) **Déséquilibres alimentaires :**
   a) L'obésité avec BMI >30;
   b) Le déficit de poids (maigreur) affecte la qualité de l'ovulation.
   3) **Le Tabagisme et l'alcoolisme sont aussi incriminés.**

COMMENT MENER L'INTERROGATOIRE CHEZ LA FEMME ?

Il s'agit d'obtenir les informations suivantes :

1) état civil, âge, profession.
2) vie génitale :
   a) ménarches ; période de puberté,
   b) régularité et durée des cycles,
   c) durée et abondance des règles, dysménorrhée,
   d) infections génitales (hautes ou basses).
3) ancienneté de l'infertilité et son caractère primaire ou secondaire, avec le même ou avec un autre partenaire
4) antécédents chirurgicaux :
   a) cicatrice sur abdomen;
   b) le pelvis (césarienne, kystectomie, myomectomie, grossesse ectopique, appendicite, peritonite..)
   c) intervention sur les trompes ;
   d) fibrome? kyste ovaire? endometrioses?
5) antécédents médicaux : primo-infection tuberculeuse, diabète...
6) habitudes: drogue, tabac, alcool;
7) la notion d'IVG;
8) infections génitales (salpingites, tuberculose urogénitale) ;
9) antécédents chirurgicaux (col : curetages utérins ; post partum, post abortum) ;
10) douleurs pelviennes (endométriose, synéchies, infections).

IV- QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE D'INFERTILITE CONJUGALES (réf. 3, 5) (fig. 3)

On peut citer :

1) l'absence de rapports.
2) les rapports incomplets;
3) les MST chez la femme : les trompes, l'ovaire, l'utérus et le col ;
4) les MST chez l'homme : les testicules et les canaux excréteurs ;
5) l'âge de la femme

COMMENT MENER L'INTERROGATOIRE POUR LE COUPLE ?

Il faut préciser :

1) le nombre d'années de mariage ;
2) le concubinage ;
3) le projet de grossesse ?
4) la contraception : quand, durée, le type (pilule, stérilet, moyen mécanique, méthode « naturelle »).

La vie sexuelle doit être investiguée en ce qui concerne la fréquence des rapports, la notion de dyspareunie, le type de rapports sexuels et la programmation adéquate des rapports sexuels en phase pré-ovulatoire (j10 à j16).

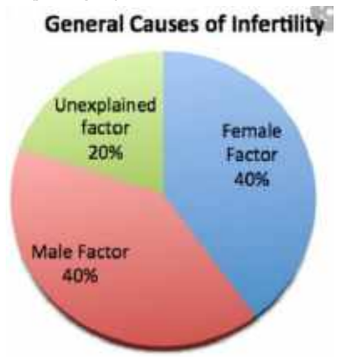


Fig. 3 : infertilité pour le couple (https://www.quora.com/Fertility-What-are-the-most-common-causes-of-infertility)

III- COMMENT MENER L'EXAMEN CLINIQUE CHEZ LA FEMME ?

Cet examen clinique comprend :

1) une étude du morphotype (rapport poids-taille) ;
2) la recherche de pilosité (hypertrichose, hirsutisme ou dépilation) ;
3) la palpation de la glande thyroïde ;
4) un examen gynécologique classique avec :
   a) examen des seins et aires ganglionnaires de drainage (nodules, galactorrhée provoquée uni ou bilatérale, uni ou pluri canalaire) ;
   b) examen du périné;
   c) toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l'utérus, masse latéro-utérine) ;
   d) examen au spéculum : vagin, le col, la glaire ;
   e) une étude de la glaire cervicale : = gel glycoprotéique avec deux attributs physiques très importants : élasticité et cristallisation. Le mucus est observé, pour vérifier son élasticité (8 cm ou plus), son abondance et sa cristallisation en feuille de fougère ;
   f) l'échographie pelvienne : Elle permet le dépistage de fibrome, de kyste, d'anomalies de l'endomètre. On étudie les facteurs cervical, utérin, tubaire, péritonéal, ovarien. Au niveau du facteur cervical, on recherche la glaire cervicale, un polype de l'endocol, une sténose du col.

V- QUELS SONT LES OBSTACLES MÉCANIQUES ? (réf. 6)

1) **Au niveau du col utérin**, ce sont l'insuffisance de glaire, les sténoses cervicales, la glaire cervicale absente (pathologie infectieuse, causes endocriniennes) et les fibromes. (Fig. 4 et 5)

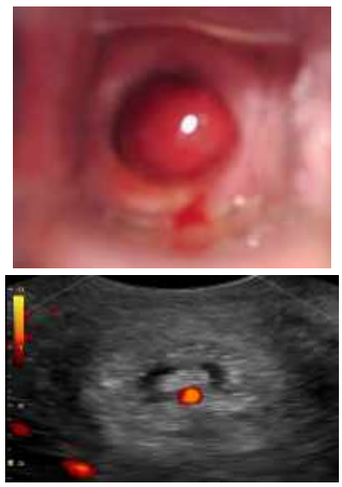


Fig. 4 et 5 : polype endo cervical (vue et coupe transverssale)

1) **Au niveau de l'utérus**, on peut trouver un endomètre normal (phase proliférative, phase sécrétoire), un endomètre anormal (polype endométrial, synéchies, métrorragies, ossifications).

Une Hystéro sonographie (HS) permet l'évaluation intra cavitaire, l'adénomyose (endométriose utérine) qui peut être localisée (adénomyome) ou diffuse. (Fig. 6 et 7)

Fig. 6 masses intra cavitaire dépistée par HS

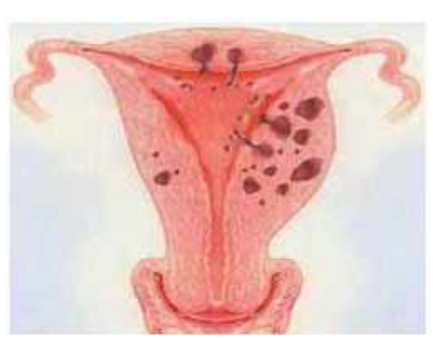


Fig. 7 : Adénomyose localisée (adénomyome)
https://gynecotaarji.com/ladenomyose-cest-quoi-au-juste/

2) **Facteur Ovarien**

On fait le test de réserve ovarienne par le compte des follicules antraux à j 3 (dosage d'anti mullerian hormone, AMH ; dosage de folliculo stimuline hormone, FSH). Le monitorage de l'ovulation est effectué par une échographie vaginale entre j 8 et j16. Des examens en série étudient la croissance folliculaire et sa transformation en corps jaune, après l'ovulation. Le corps jaune est aussi évalué. (Fig. 11 et 12)

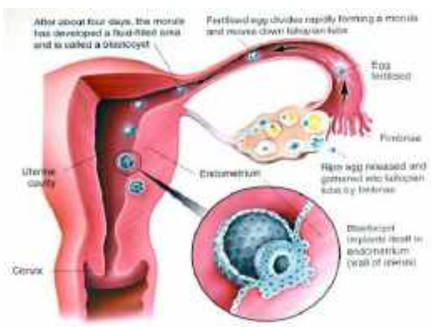


Fig. 11 : processus de fécondation et de nidation

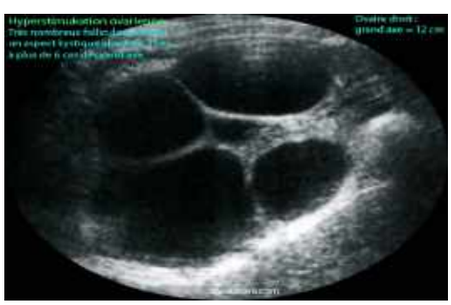


Fig. 12 : monitorage folliculaire (syndrome d'hyper stimulation ovarienne https://www.aly-abbara.com/echographie/Atlas_echographie/pages/serie_02/ovaires_hyperstimulation.html

Les anovulations sont une cause très fréquente (20%). Le diagnostic est évident devant une aménorrhée ou une irrégularité menstruelle, le syndrome des ovaires polykystiques (OMPK), des ovaires multi folliculaires (OMF) et d'une hyperprolactinémie et un déficit gonadotrope ou d'une insuffisance ovarienne primitive. (fig. 13)

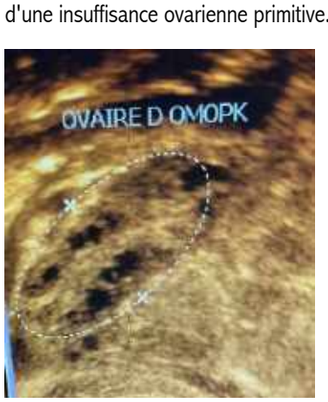


Fig. 13 : ovaires polykystiques

Les kystes ovariens fonctionnels sont les kystes folliculaires (taille ; contour ; cloison ; végétation; contenu) et les kyste du corps jaune (fibrine).

Les kystes organiques peuvent être séreux ou mucineux. Une endométriome présente un contenu finement échogène. Elle provoque une « stérilité idiopathique », 50%. Le diagnostic se base sur des douleurs pelviennes. Une hystérographie permet d'objectiver des : images typiques (diverticules). Si l'hystérographie est normale, il faut faire une coelioscopie pour infécondité inexpliquée. Il existe des foyers d'endométriose qui se présentent comme des grains bleutés) sur le péritoine ou les ovaires. (fig. 14, 15 et 16)

Fig. 16 : endométriose péritonéale (https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/endometriose/endometriose_peritoneale.html)

I- LES TRAITEMENTS (réf: 7)

1. Assistance médicale à la procréation (AMP)

- Ils sont nombreux pour l'homme et pour la femme.
- Ils doivent surtout être adaptés au diagnostic précis de la cause de l'infertilité

2. Techniques de Procréation Médicalement Assistée (PMA)

Ce sont :

a) L'insémination artificielle

L'insémination intra-utérine (IIU) consiste à déposer des spermatozoïdes mobiles dans le fond de la cavité utérine. Elle nécessite un minimum de 500 000 à 1 million de spermatozoïdes mobiles dans l'inséminât. Elle est effectuée sur des cycles stimulés, afin de s'assurer d'une bonne ovulation (36 heures après le déclenchement par HCG).

a) La fécondation In Vitro (FIV)

Elle comporte plusieurs étapes à savoir : la stimulation de l'ovulation chez la femme, le recueil des ovules par ponction, le traitement du sperme pour capaciter et sélectionner les spermatozoïdes, la fécondation et sélection des embryons au labo (in vitro) et le transfert in utero des embryons choisis.

b) La fécondation in vitro

Il s'agit d'Injection intracytoplasmique de sperme : Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI). Un spermatozoïde est directement injecté dans l'ovule sous contrôle microscopique. Cette technique permet d'obtenir un embryon à partir d'un seul spermatozoïde. Ce dernier est pris soit a partir d'un éjaculat ou soit in situ (ponction percutanée l'épididyme/testicule, ou prélèvement chirurgical.

CONCLUSION :

Pour les couples hypofertiles, le diagnostic échographique de l'étiologie de l'infertilité permet d'orienter rapidement le traitement afin que la grossesse puisse être obtenue.

Pour les couples infertiles, l'échographie facilite le diagnostic et le pronostic. Ainsi le traitement spécifique permet de rétablir un certain degré de fertilité parmi ces couples.

REFERENCES

1- *Régine SEIDE, Quelle place pour l'infertilité dans les interventions en santé sexuelle et reproductive en Haïti? Mémoire déposé à L'École de service social En vue de l'obtention de la maîtrise en service social Sous la direction de Marguerite Soulière UNIVERSITÉ D'OTTAWA, Décembre 2020 ©, Ottawa, Canada*

2- *L'infertile – CHU de Liège - http://cpma-ulg.be/en-savoir-plus/linfertilite/*

2- *Infertility Workup for the Women's Health Specialist - Committee on Gynecologic Practic American Society for Reproductive Medicine https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/06/infertility-workup-for-the-womens-health-specialist*

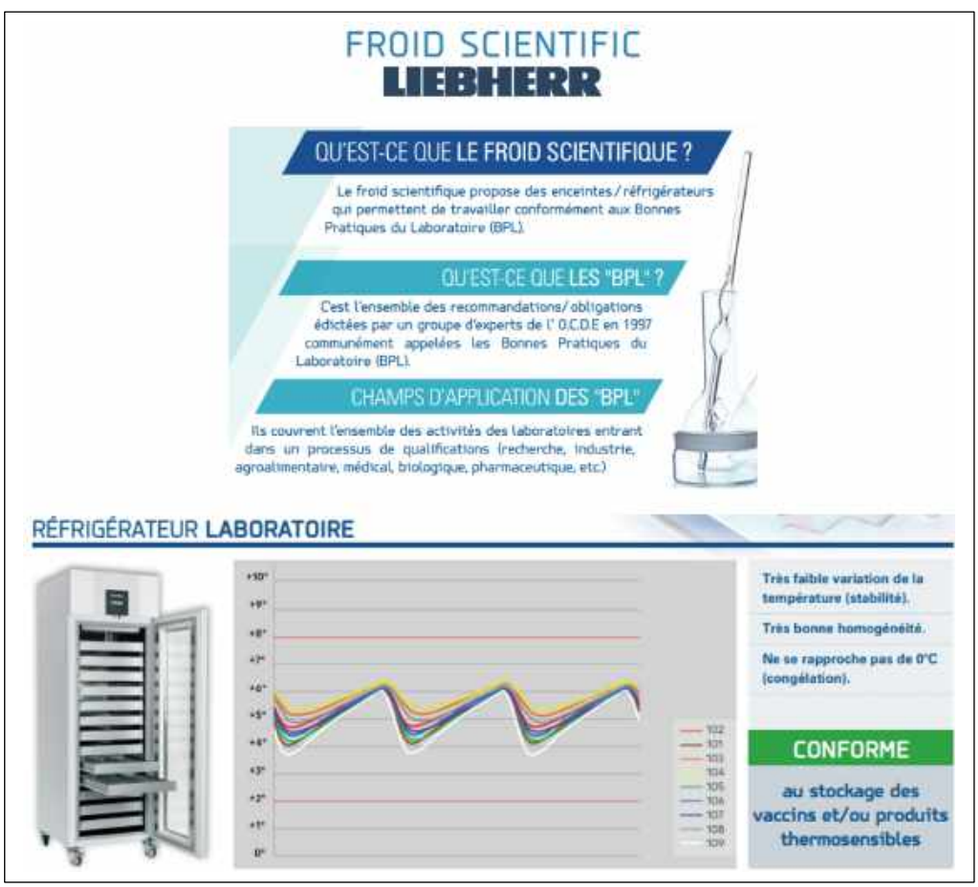
3- *Adeline Laffitte - Fécondité : où en est votre fertilité en tant que femme ? Article mis à jour le 27 oct. 2021 par Marion Bellal, Journaliste https://www.parents.fr/envie-de-bebe/infertilite/bilan-de-fertilite/fecondite-de-la-femme-bilan-de-fertilite-78598*

5- *Fortin, Isabelle, Le vécu des hommes et des femmes souffrant ou ayant souffert de difficultés de procréation au Saguenay-Lac-Saint-Jean Par Isabelle Fortin (FORI27579100) Mémoire présenté à l'Université du Québec à Chicoutimi en vertu d'un protocole d'entente avec l'Université du Québec en Outaouais, en vue de l'obtention de la maîtrise en travail social, profil recherche Québec, Canada © (Avril 2020)*

6- *Committee on Gynecologic Practice - American Society for Reproductive Medicine - obstacles mécaniques ante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2577917-sterilite-feminine-causes-symptomes-traitements/*

7- *Cossy Roosevelt L'infertilité peut être traitée en Haïti - Mar 25, 2016 https://challengesnews.com/linfertilite-etre-traitee-haiti/*

Dr GARRY RENE
et son mentor Dr Rene FRYDMAN : Il a donné naissance à Amandine, le 1er bébé éprouvette née en France par fécondation in vitro



Judith Jean-Baptiste, MD

1.- In MEMORIAM

A- ÉMÉRITAT DU Pr RENÉ CHARLES

Dr ANTOINE RENÉ CHARLES, 3 Mars 1931- 16 Janvier 2022

Le Docteur Antoine René CHARLES, né le 3 mars 1931, à Jérémie, située au sud de la République d'Haïti est parti paisiblement à Miami le dimanche 16 janvier 2022, entouré d'affection, à la veille de ses 91 ans, décidé à entreprendre le dernier voyage vers son Créateur.

Ainé d'une famille de dix enfants, bon mari et père de trois fille et fils, il a été pendant sa longue vie, un guide attentionné et un grand père affectueux pour ses petits-enfants et arrière-petits-enfants.

La joie entourant sa naissance l'a toujours suivi. Né dans la charmante ville de Jérémie, surnommée la ville des poètes, René particulièrement doué, y puisa un sens artistique remarquable. Il raconte avoir hésité entre des études musicales pour une carrière de ténor et la médecine. Le peuple haïtien surtout les démunis ont grandement bénéficié de son choix.

Diplômé de de la Faculté de Médecine de l'Université d'Etat d'Haïti en 1956, le Dr René Charles a fait sa résidence en laboratoire avant de partir pour les Etats-Unis où à New York au Mount-Sinaï Hospital et à Rochester University il a fait plusieurs spécialisations en hématologie, en maladies métaboliques et diabète et en gastro-entérologie. Il a publié plusieurs travaux dans ces domaines.

Ayant acquis une bonne maturité médicale et une bonne expérience clinique, le Dr René Charles a pris la résolution de retourner en Haïti en juillet 1962, malgré des offres alléchantes pour rester travailler aux Etats-Unis.

De retour en Haïti, dans sa pratique médicale, il a été mis en contact avec deux catégories de patients :

- Le premier groupe, en clientèle privée, composé d'une petite minorité qui pouvait payer la prise en charge à long terme du diabète et de l'hypertension artérielle
- Le deuxième groupe : la large majorité de la population haïtienne, incapable de payer un traitement à long terme, et qui mourait prématurément de complications aigues ou de complications chroniques débilitantes. Pendant des années, la situation de ces patients défavorisés a tourmenté le Dr Charles pour devenir son leitmotiv pour créer en 1987 l'Association Haïtienne de Diabète, devenue en 1993, la Fondation Haïtienne de Diabète et de Maladies Cardio-Vasculaires, FHADIMAC. Il répétait sans cesse. « La médecine est un don de Dieu. Il faut l'exercer avec amour, conscience et honnêteté » répondant ainsi à l'appel de sa mission qui est « *d'aider les autres à mieux vivre* ».

Le Dr René Charles a enseigné à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de 1963 à 1990. Il a innové et développé une méthode pédagogique qui s'adressait à l'intelligence de ses étudiants tout en éveillant leur intérêt et adaptant la théorie à la pratique. Il insistait toujours sur l'importance d'une bonne histoire et d'un bon examen clinique du malade.

En 1980, alors qu'il était ministre de la Santé Publique et de la Population (fonction qu'il a exercée pendant 8 mois), il a plaidé pour la nécessité de moderniser la médecine haïtienne et de la rendre accessible à tous. Il a magnifié la noblesse de la profession médicale qui fait des médecins des serviteurs de l'humanité souffrante, particulièrement des défavorisés.

En 1990, les revendications estudiantines se révélèrent, selon le Dr Charles, incompatibles avec la déontologie médicale. Face à cette situation, son enthousiasme disparut et n'eut plus envie de poursuivre son enseignement à la faculté. Ce désenchantement amena sa démission comme professeur et le conforta à s'adonner à sa mission, celle *« d'aider les diabétiques à mieux vivre ».*

Le Dr René Charles a reçu de nombreuses distinctions :

- *Honneur et Mérite du Département de la Santé Publique d'Haïti ;*
- *1997 : Prix Dr Léon Audain (Haute distinction médicale en Haiti) ;*
- *1998 : Honneur et reconnaissance de la Promotion Rosalvo Bobo ;*
- 14 Mai 2000 : Plaque de félicitations et de reconnaissance pour son œuvre humanitaire au bénéfice des diabétiques en Haïti par les Laboratoires Novo Nordisk ;
- 2002: Aruba Diabetes Association for a life dedicated to Diabetes;
- Mars 2003: Sir Philippe Sherlock distinguished Award (Jamaïque) for outstanding services to the medical science in the Caribbean;
- Novembre 2004 : Honneur et Mérite par le Lion Club de Delmas pour les services rendus en Haïti pour le Diabète et un modèle prestigieux pour les jeunes générations ;
- 2005 : Excellence professionnelle par le Rotary International ;
- 2005 : Honneur et Mérite par le ministre du MSPP Dr Josette Bijou pour son dévouement à la cause de la santé en Haïti ;
- Décembre 2011 : Prix décerné par la Fédération Internationale de Diabète à Dubaï pour son combat contre le Diabète ;
- Novembre 2012 : Prix Humanitaire de la Fondation Lucienne Deschamps ;
- 13 Novembre 2014 : Prix d'humanisme par le CHAMI (Collège Haïtien de Médecine Interne) pour son engagement social et philanthropique, sa contribution au bien-être et à l'épanouissement de ses patients et de sa communauté ;
- 14 Novembre 2014 : Honneur et Mérite ; décerné au Grade de Grand-Croix, (plaque d'argent) par le président Michel Martelly (Highest Award) pour sa haute contribution dans le traitement du Diabète et son appui professionnel de plus de 50 ans au système médical haïtien ;
- Novembre 2015: DLife Champion for his outstanding work in Haiti.
- 2016 : Honneur et Mérite par le MSPP pour sa contribution dans la lutte contre le Diabète en Haïti ;
- 2017 : Université Lumière, Honneur et Mérite pour la lutte menée contre le Diabète et le support apporté à la population haïtienne ;
- 2017 : Honneur et Mérite, pour sa contribution à la formation de médecins de la promotion Jean Bartoli ;
- 2019 : Honneur et Mérite ; par la Fondation Lorquet pour une nouvelle Haïti pour son engagement et son dynamisme à l'amélioration du système sanitaire en Haïti au sein de la FHADIMAC.

Malgré ses nombreuses distinctions, le Dr René Charles a toujours été humble et à l'écoute de son entourage.

Le Dr René Charles a réussi sa vie. Pareille déclaration pourrait surprendre. A quelle aune mesure-t-on la réussite ? ? Pour René, il s'agissait de l'adoption et de

la transmission de valeurs sûres et édifiantes à ses enfants, à ses étudiants à la faculté de Médecine et à tous ceux qui le fréquentaient. Une intense curiosité le guidait. La musique, la littérature, le sport, la mise en terre d'un magnifique jardin, les affaires publiques, autant de domaines qui le passionnaient et l'éloignaient de l'oisiveté, la mère de tous les vices.

La force de René résidait surtout dans sa foi. Elle s'est raffermie sous la courte papauté de Jean XXIII, l'un des papes les plus admirés de l'histoire récente de l'Eglise. Le Concile Vatican II qu'il a convoqué, marqua de nombreux changements dans l'Eglise catholique romaine, la rendant plus proche des fidèles, ce qui s'alliait bien aux idéaux de René.

D'abord facile, son sens de l'humour a toujours étonné chez un médecin aussi réputé.

Un des mérites de René, est de savoir s'entourer. Sa femme Marie José l'a toujours épaulé et conseillé dans ses entreprises. Leur complicité de 64 ans dura jusqu'à sa mort.

Selon le Docteur Simphar BONTEMPS, son cousin et contemporain, sa mission lui serait révélée, en observant dans les années 1970, les diabétiques démunis qui ne pouvaient faire face au traitement à long terme du diabète. Il comprit que la dimension du problème nécessitait une réponse institutionnelle en absence d'implication de l'Etat. Le Docteur Bontemps qui dirigeait alors l'hôpital Saint François de Sales, lui offrit la possibilité d'y organiser des cliniques.

Les premiers fonds épuisèrent les économies de sa femme Marie José. Les obstacles renforçaient leur persévérance. L'Association Haïtienne du Diabète qui deviendra la Fondation Haïtienne du Diabète et des Maladies Cardio-vasculaires, était née. Plusieurs professionnels apporteront leur assistance comme bénévoles ou membres du Conseil d'administration. Depuis des années, l'équipe est expertement assistée par ses élèves Lunel Charlot, Eddy Jean-Baptiste, Philip Cléophat… sa fille, le Docteur Nancy Charles LARCO et son gendre le Docteur Philippe LARCO.

La Fondation a des cliniques, possède une pharmacie à bas prix destinée aux diabétiques, anime chaque année à des fins de vulgarisation la semaine du diabète et accomplit des projets avec le MSPP ainsi que des organisations non gouvernementales. Une Clinique des Pieds a vu le jour pour éviter les amputations qui guettent les diabétiques. Un hôpital dont l'emplacement déjà disponible est prévu.

Tous les cadres sont bénévoles, ce qui dénote un certain handicap. Cependant la FHADIMAC demeure une référence. En contemplant son œuvre, le Docteur Antoine René CHARLES a estimé avoir réussi sa mission comme relaté dans son dernier livre, « *Quelle belle vie* »

L'avenir d'une telle entreprise nous appartient. Dans une lettre posthume, le Docteur Antoine René CHARLES a souligné les changements apportés par la FHADIMAC dans la vie des diabétiques haïtiens tout en déplorant le peu d'engagement des dirigeants politiques pour l'avancement du pays.

L'élan de René envers les démunis, a été l'approfondissement d'une phrase que lui répétait son père : « *René tu as beaucoup reçu, tu dois beaucoup donner* ».

Auteurs : Me Gervais Charles
Dr Nancy Charles Larco

B. Dre MARIE ENA MONISIET CORNELY
Une belle âme s'en est allée…

La grande faucheuse a encore frappé. Utilisant l'un de ses derniers instruments, la Covid-19, elle a emporté notre consœur, Dr Marie Éna Monosiet Cornély, anesthésiologiste de carrière, le 19 janvier 2022, dans un hôpital à Boston. Le monde des anesthésiologistes pleure ce départ, mais aussi le monde des chirurgiens, car pas de chirurgie sans anesthésie, et aussi le monde des nombreux patients à qui elle a eu à administrer de l'anesthésie et celui de leurs proches.

En effet, Dr Monosiet a fait partie de plusieurs équipes d'anesthésiologistes de différentes institutions hospitalières publiques et privées du pays. Fraichement diplômée de sa spécialité, elle a prêté ses services à l'Alma mater, l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti, où elle a eu à former des générations de médecins-résidents de 1983 à 1997. De retour de Strasbourg où elle a eu une formation post universitaire, elle a travaillé à l'Hôpital Saint-François de Sales, puis, on va la retrouver à l'Hôpital La Sainte Famille des Drs Lefort, collaborant avec l'illustre Dr Ulrick Kersaint, de regretté mémoire. Elle a collaboré à la mise sur pied de l'Hôpital Kings au Bicentenaire aux côtés des Drs Hyacinthe, Morquette et Cornély. Á titre de médecin-anesthésiologiste visiteur, elle a également eu à travailler de façon sporadique à l'hôpital Lumière de Bonne Fin, Cayes. Avec d'autres consœurs, elle a fondé et fait fonctionner le Bloc opératoire de la Polyclinique de la Ruelle Berne. Pour ne citer que cela. Partout où le devoir l'appelait, elle était toujours prête à offrir ses services, parfois même à titre gracieux.

Qui ne se souvient pas de cette anesthésiologiste compétente, toujours souriante, toujours disponible pour ses patients, même pour ceux qui étaient insolvables et qui souvent partaient sans régler leurs notes ? Elle était particulièrement habile avec les tout-petits, y compris les nouveau-nés porteurs de malformations congénitales. Son calme et ses gestes sûrs avaient la vertu de rassurer à la fois le patient, ses proches et l'équipe chirurgicale. Il y a quelques années, nous l'avons vu, avec regret, quitter le pays et vraisemblablement la pratique anesthésique. Nous espérions qu'elle y reviendrait un jour. Mais hélas, le sort en a décidé autrement et maintenant cet espoir est anéanti à jamais.

Nous gardons d'elle le souvenir de quelqu'un de bien, une professionnelle de santé de grand calibre, une collaboratrice sur qui on pouvait compter à tous les points de vue, une grande dame, une belle âme. Nous présentons à son mari, Dr Jean Ronald Cornély, à ses enfants et petits-enfants, à toute la famille éprouvée par ce départ, à la grande communauté des anesthésiologistes notre plus profonde sympathie. Que Dieu ait son âme ! Que la terre lui soit légère !

Dr Marie Yolaine Édouard JEAN-PIERRE, Anesthésiologiste

Dr Marie Claudine Jolicoeur, Anesthésiologiste

Dr Eunice Dérivois Mérisier, Chirurgien général et pédiatrique

2.- Le médecin poète Fresnel Larosilière raconte…

Sur demande des confrères et amis, j'offre depuis quelques jours des vidéos culturelles pour donner un peu de place aux valeurs qui forment, enrichissent et ennoblissent.

Tous mes vidéos sont des extraits, de mes œuvres littéraires : roman, poésie et essai sont les préférés de ma plume.

Bonne écoute et fructueuse lecture à tous.

Vous pouvez avoir accès aux différentes productions à partir des liens suivants :

1- Comment trouver la vraie liberté https://youtu.be/_TXh4xpWXAY
2- Les mystères de la vie !! https://youtu.be_hby8sdsSmg
3- Sexe et Sens https://youtu.be/AC9mKi7w9nl
4- Les sens, le Sexe et…https://youtu.be/Jubwq3IIKLO

Bouqui ou Bouquin ? Malice ou Coquin ? https://youtu.be/5rGSj3SUw7A

3.- Université Chrétienne de la Communauté de Caïman (UCCC)

PROMOTION DU SPORT ASSOCIÉ AUX ÉTUDES

Marie-Guirlaine Raymond CHARITE, MD, MSc, MTh.

La communauté de Caïman située à Lajeune, Pignon, de jour en jour, se réjouit de sa collaboration avec l'organisation United Christians International (UCI), la branche locale qui évolue dans cette région depuis tantôt 16 ans. La communauté de Caïman, jadis livrée à elle-même, a évolué en un site de transformation de l'être humain, tant sur les plans moral et social, qu'intellectuel. En effet, au cours de la dernière décennie, ont vu le jour, tour à tour, une école primaire, une université, une école secondaire et une école professionnelle. Cette communauté se réjouit également du fait que la pratique d'activité sportive soit un élément clé d'intervention à travers toutes ses institutions.

L'UCCC se veut aussi une référence en matière de sport. Ainsi, l'amour pour le sport est insufflé très tôt aux enfants (dès le préscolaire); ils pratiquent régulièrement une discipline sportive leur permettant ainsi d'avoir une meilleure estime de soi. Cette pratique se poursuit à l'Université Chrétienne de la Communauté de Caïman (UCCC) où chaque étudiant est obligé, en plus de l'Éducation Physique Sportive (EPS), de s'inscrire à une discipline comme le football, le volleyball, le basketball, le handball ou autres.

L'activité physique, un élément essentiel de prévention en matière de santé

Dans sa quête d'excellence, l'institution favorise la pratique d'une discipline sportive grâce à des activités de promotion et de sensibilisation. Au cours des différentes sessions théoriques et d'adaptation, les moniteurs de sport prennent toujours le temps de souligner à l'attention des étudiants, l'intérêt de toute activité physique comme élément de prévention essentielle en matière de santé, notamment pour améliorer l'endurance, augmenter la résistance et la souplesse du corps. De plus, elle peut contribuer à diminuer le risque des maladies cardio-vasculaires et d'hypertension artérielle. Comme ils se plaisent souvent à le répéter aux étudiants: *« Pratiquer un sport permet de prévenir les nuisances corporelles. Le renforcement musculaire induit par les exercices physiques est bénéfique tant pour le développement du corps que celui de l'esprit ».*

L'UCCC dispose aussi de dortoirs sur le campus universitaire, pouvant héberger plus de 500 étudiants. Cette année (2021-2022), beaucoup de jeunes venus de partout et appuyés dans cette démarche par leurs parents, y ont sollicité l'hébergement. Ce phénomène renforce la détermination de l'UCCC de consolider cette stratégie de promotion du sport en raison de se bienfaits sur le mental des étudiants (syndrome dépressif et états d'anxiété) et l'apprentissage.

Les jeunes de l'UCCC se joignent à la communauté pour célébrer les victoires de la catégorie Junior lors du tournoi de fin d'année (2021), tout en rêvant de leur future participation.

Pratiquer régulièrement une activité physique ou sportive en combinaison avec une alimentation saine et équilibrée est à encourager.

Extrait du discours de la présidente de la Fédération Haïtienne de Volley Ball

Selon ce que rapporte la Fédération Haïtienne de Volley Ball - Plaine-du-Nord - Mercredi 29 décembre 2021

La troisième et dernière journée du « Championnat Espoir », organisé par la Ligue de Port Margot en collaboration avec la Fédération Haïtienne de Volley Ball (FHVB), a vu Lajeune-Pignon s'imposer en finale contre quatre (4) de ses cinq (5) adversaires, remportant la victoire, de manière décisive, sur:

1. Port Margot en Minime masculin;
2. Ouanaminthe en Cadet féminin;
3. Ouanaminthe en Cadet masculin;
4. Port Margot en Junior masculin

Toujours concernant Lajeune et fait tout aussi remarquable, deux (2) adolescents de ses deux (2) équipes en catégorie Poussin, se sont vu décerner chacun une prime spéciale (une bicyclette) pour leur jeu précoce et leur parfaite maîtrise du ballon. Avenir vraiment prometteur pour ces deux jeunes!

4.- SHONC, 25 ANS d'histoire, 25 janvier 1997 – 25 janvier 2022

SHONC
Société Haïtienne d'Oncologie

Delmas 85 # 3, Port-au-Prince Haïti (W.I)
Tél. :509) 22 273275 / 44 440224

La Société Haïtienne d'Oncologie (SHONC) est créée le 25 janvier 1997 par un groupe de médecins après le constat d'une absence de structure pour l'éducation, la sensibilisation, le dépistage, la prise en charge des cancers par un personnel médical approprié. Ainsi une première journée scientifique a été organisée le 25 janvier 1997 avec une participation d'environ 15 conférenciers haïtiens et étrangers. Ces derniers venaient de l'Institut Gustave Roussy France, de la Havane Cuba, de la République Dominicaine. Il y a eu 120 participants.

La formation oncologique, durant les premières années, se faisait mensuellement, avec des conférenciers haïtiens et étrangers, à la salle de Conférence de la 4C, à Delmas. En juillet 1998, le premier séminaire international de formation continue sur l'Oncologie (Initiation à l'Oncologie), fut organisé durant cinq jours, à l'Hôtel Christopher, Bourdon, Port-au-Prince. Cet évènement scientifique, animé encore par des conférenciers haïtiens et étrangers, a eu une grande participation du personnel médical incluant les résidents de l'HUEH, de la Maternité Isaïe Jeanty.

La SHONC, de 1998 à 2003, organisait, annuellement un séminaire international de formation continue sur l'Oncologie, sauf de 2004 à 2007, 2010 et 2012, à cause des évènements politiques et tremblement de terre respectivement 2004 et 2010, depuis, tous les deux ans ; le dixième a eu lieu du 29 au 31 mars 2017. Le 11ème qui était programmé du 20 au 22 mars 2019, n'a pu avoir lieu à cause des troubles politiques dans le pays.

Par ailleurs, la sensibilisation et l'éducation de la population sur les cancers les plus fréquents, susceptibles d'être évités, dépistés et diagnostiqués précocement, ont continué, non seulement à travers les médias, mais aussi dans les différents établissements publiques, privés, religieux, scolaires etc., par des conférences animées.

Par suite de cette mobilisation de la SHONC, une forte demande de dépistage et prise en charge des cancers a encouragé la création de l'Institut Haïtien d'Oncologie (IHDO), en décembre 1999. Ainsi, en 2002, la SHONC et l'IHDO ont décrété le mois de mai, mois du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus en Haïti. De 2000 à 2004, le dépistage s'effectuait, seulement, le jour de la fête des Mères, le dernier dimanche du mois de mai (consultation, médicaments, Pap test gratuits et mammographie à prix réduit). A partir de 2005, vue la forte demande, la campagne de dépistage s'étend désormais sur six jours.

Face à la demande grandissante de la Capitale d'abord et ensuite des villes de province, la SHONC et l'IHDO, depuis 2005, organisent, chaque année, des séances de formation théorique et pratique sur le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus pour des médecins et infirmières venant de différentes régions du pays, des étudiants finissant des facultés de Médecine de la Capitale (environ 70 à 90 formés chaque année soit environ 800 à 900 à nos jours), dans le cadre des campagnes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

La SHONC, depuis 2005, organise de concert avec IHDO, chaque année une campagne de dépistage cancer du sein, du col de l'utérus durant six jours au cours du mois de mai, terminant toujours le jour de la fête de Mères. Environ 6.000 femmes sont dépistées chaque année, dans 25 à 27 sièges des sept départements du pays (Ouest, Sud, Sud-est, Centre, Artibonite, Nord, Nord-Ouest). Deux jours de dépistage du cancer de la prostate sont organisés pour les hommes de plus de 40 ans (au cours du mois de juin, fête des pères).

La SHONC a encouragé, depuis 2003, l'implémentation d'un cours de cancérologie de base à la FMP, UEH, avec la perspective d'une sensibilisation et formation oncologique des médecins dès la faculté. Ce cours est dispensé depuis lors en DCEM2. La SHONC a facilité la formation de deux boursières en cytologie, en République Dominicaine et à la Martinique en 2005 et sont depuis lors responsables du Laboratoire de Cytologie de l'IHDO.

La SHONC de concert avec l'IHDO et l'Institut Oncologique régional du Cibao (IORC), Santiago République Dominicaine, a pris en charge environ 7.000 cas de cancer en général dont environ 400 cas ont bénéficié de la Radiothérapie à IORC, de 1997 à nos jours.

La SHONC organise, avec l'aide des médias des émissions radiotélévisées, distribue des dépliants, en vue d'éduquer, sensibiliser la population sur les différents cancers, la prévention et le dépistage. La SHONC a organisé, en avril 2018, un cours théorique et pratique (5 jours, 40 heures) sur la colposcopie et le traitement des lésions précancéreuses avec anse diathermique pour des gynécologues venant de plusieurs départements du pays. Ce cours a été dispensé par le Gynécologue Oncologue Haïtien Dr. Gary JEAN, chef de service de Gynécologie Oncologique à IORC.

La SHONC a voulu former, depuis 2015 et sur une période de six ans, deux gynécologues oncologues, deux chirurgiens oncologues, deux oncologues médicaux pour les incorporer à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH), afin d'intégrer l'oncologie dans la formation des résidents et enfin développer un fellowship en oncologie. Ainsi en 2015 elle a obtenu, d'abord trois bourses (Gynécologie oncologique, Chirurgie oncologique et oncologie médicale). Ces dernières ont été proposées à la Direction de Formation du MSPP. Des difficultés ont été rencontrées pour trouver les postulants appropriés. Cependant, en 2016, un gynécologue a été envoyé en formation durant trois ans de 2016 à 2019. Ce dernier a obtenu son diplôme en Gynécologie oncologique et devait intégrer le Service de Maternité de l'Université d'État d'Haïti (HUEH), après soumission de sa lettre de motivation. Il est retourné là où il a été formé et n'a jamais donné signe de vie depuis lors. Deux autres postulants sont sur la liste depuis 2017, mais la SHONC est préoccupée par l'attitude du premier boursier formé. Toutefois, actuellement, il y a une jeune chirurgienne qui fait la chirurgie oncologique et termine l'année prochaine.

La SHONC cherche actuellement un postulant approprié (interniste de préférence une femme) pour l'oncologie oncologique (conditions requises : espagnol, intéressé à l'enseignement et disposé à travailler en Haïti pendant 10 ans).

La SHONC devrait réaliser un cours théorique et pratique sur 15 jours (80 heures) pour 12 postulants (internistes et chirurgiens) sur la colonoscopie et endoscopie digestive haute, dans l'objectif de rendre ces services disponibles pour un plus grand nombre de personnes mais le Covid-19 nous a stoppé.

Port-au-Prince, Haïti, le 25 janvier 2022

Dr. D. Jean CANTAVE

Président SHONC

5.- Installation officielle en présentiel du Dr Carole CADET, Présidente de l'AMH

Fig. 1 : Dr Carole Cadet en compagnie du président sortant, le Dr Hugues Henrys

Au mois d'octobre 2021, des élections ont eu lieu à l'Association Médicale Haïtienne (AMH) pour le renouvellement des différents comités, ce, pour la période 2021-2023. Cependant, à cause de la situation socio-politique du pays, l'installation des nouveaux membres élus n'a pu se faire de manière présentielle, comme le veut la tradition. Cette situation n'a pas empêché pour autant la nouvelle direction de commencer son mandat de manière virtuelle. Plusieurs réunions entre les différents conseils ont été tenues, en vue de la planification des activités, chacun en ce qui le concerne.

Comme la situation socio-politique n'a pas beaucoup changé, il a été décidé de tenter au moins une installation en présentiel, pas en assemblée générale, mais entre les différents conseils élus. C'est ainsi que le samedi 29 janvier, une première réunion a eu lieu au siège même de l'AMH, ce, à la satisfaction de tout un chacun.

Nous espérons pouvoir continuer dans cette perspective de rencontres de plus en plus fréquentes, en utilisant ce format hybride afin de permettre à tous les membres de l'Association de participer à la vie de cette dernière.

Nous souhaitons une bonne continuation a notre présidente.

Port au le 30 Janvier 2022

Dr Claude Suréna, Directeur exécutif

6.- Bon à savoir

1- **Le FLURONA**, ***la double infection par les virus de la grippe et du Covid-19***

Le Corona n'a pas fini de faire parler de lui ! Pas une seule semaine ne se passe sans qu'une nouveauté fasse la Une ! Nouveau vaccin, nouveau traitement, nouveau variant. Voici la dernière actualité pour démarrer l'année 2022 : le flurona. Fin décembre, une femme enceinte non vaccinée a été hospitalisée en Israël. Son cas est particulier puisqu'elle était infectée par deux virus à la fois : celui de la grippe et celui du SARS-Cov-2. Les médecins ont inventé un nom pour décrire cette pathologie, le flurona contraction de flu (grippe en anglais) et corona.

Le flurona n'est ni un nouveau virus ni un nouveau variant. Il s'agit tout simplement d'une co-infection par deux virus en même temps. Si le cas n'est pas banal, il n'est pas nouveau. Et si c'est la première fois que l'on parle de flurona, ce n'est pas la première fois que des patients contractent la grippe et le SARS-Cov-2 en même temps. Des cas avaient été rapportés aux États-Unis en 2020, mais aussi en France, à Paris et à Lyon. Et il est possible que d'autres cas aient existé sans être pour autant déclarés. Dans une fiche en date du 30 septembre 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise qu'il est possible d'attraper les deux maladies en même temps.

Quels sont les symptômes du Flurona ?

Cette double infection ne présente pas de symptômes spécifiques, c'est pour cette raison qu'il est difficile de l'identifier. Les deux virus, bien que différents, s'attaquent tous les deux au système respiratoire. Le flurona se manifeste donc avant tout par des difficultés respiratoires. D'autres symptômes de la Covid-19 et de la grippe saisonnière sont également partagés et se retrouvent dans le cas du flurona : la fièvre, la fatigue, les courbatures, les maux de tête et parfois on peut ajouter les symptômes spécifiques liés à la Covid-19, comme l'anosmie et les symptômes particuliers des différents variants comme Delta et Omicron.

Pour éviter d'attraper le flurona, il est indispensable de respecter les gestes barrières, à savoir, le port du masque, la distanciation sociale, le lavage très régulier des mains. Mais, la meilleure arme reste le vaccin. En effet, pour éviter d'attraper la maladie et en tout cas d'éviter de développer des formes graves nécessitant une hospitalisation plus ou moins longue, il faut avoir un schéma vaccinal complet avec la dose de rappel. Pour l'instant chaque virus nécessite son propre vaccin, mais le laboratoire américain Novavax développe actuellement un vaccin contre le Flurona protégeant contre les deux virus simultanément.

A noter qu'un premier cas de double infection au corona virus et à l'influenza a été recensé le 29 décembre en Haïti au Centre Gheskio. Le 4 janvier 2022, l'information a été confirmée par le docteur Jean William Pape qui a indiqué que le patient a été placé sous contrôle.

Références :*https://www.futuda-sciences.com ; https://www.bbc.com*

2- Infectés ou cas contact ?

Voici les nouvelles règles d 'isolement. Ces règles sont les mêmes quelques quel que soit le variant contaminant. (fig.1)

3- La journée mondiale de la lèpre est célébrée le 30 janvier.

La lèpre est une maladie infectieuse chronique et contagieuse causée par le Mycobacterium leprae. La maladie atteint principalement la peau, les nerfs périphériques, la muqueuse des voies respiratoires supérieures ainsi que les yeux. Elle se transmet par la propagation des gouttelettes nasales lors de contacts étroits et fréquents avec des personnes infectées et non traitées. Le bacille de la lèpre se multiplie très lentement. La période d'incubation est de 5 ans, en moyenne, mais les symptômes peuvent parfois n'apparaître qu'au bout de 20 ans.

On distingue 2 types de lèpre :

- la lèpre pauci bacillaire (une à cinq lésions cutanées insensibles) ;

- la lèpre multi bacillaire (plus de 5 lésions cutanées insensibles).

Elle fait partie des maladies tropicales négligées et elle demeure un problème de santé publique majeur pour plusieurs pays d'Afrique, d'Asie et de l'Amérique latine.

Environ 200.000 cas sont dépistés par an dans le monde, dont 120.000 sont originaires de l'Inde. L'Indonésie, le Brésil et Madagascar sont des foyers importants de la maladie.

États des lieux de la lèpre en Haïti.
Chaque année entre 50 et 100 nouveaux cas de lèpre sont recensés en Haïti. Entre 2012 et 2017, 72 % des patients étaient des multi bacillaires, 47 % étaient des femmes et 18% des enfants de moins de 15 ans. Les départements les plus atteints seraient :
- l'Artibonite, avec huit (8) cas pour 100,000 habitants
- l'Ouest, avec 2,9 cas pour 100,000 habitants
- le Nord-Ouest 1,3 cas pour 100,000 habitants.

Fort heureusement la lèpre se soigne. Le traitement de poly chimio thérapie (PCT) repose sur l'association de 3 médicaments : la dapsone, la rifampicine et la clofazimine.

Avec l'introduction de la PCT le nombre de cas de lèpre au milieu des années 80 est passé de 5,4 millions à 202.256 cas en 2019. La lèpre pauci bacillaire peut être guérie en six (6) mois et la lèpre multi bacillaire au bout de 12 mois.

Références : *Https : //www.who.int - Hpolychimiotherapie.fr - Https://www.la-croix.com*
Https : www.leprosy-information

Dr Claudine Fritz Hyppolite

Louis-Franck Télémaque, MD'

Info CHIR reçoit vos "Petites Annonces » sur :
infochir@gmail.com

VISITEZ le site Web d'Info CHIR :
http://info-chir.org

Vous y trouverez les 37 numéros de la RHCA et les 11 numéros de l'IGM

VISITEZ l'ATLAS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL :
http://info-chir.org/atlas.html

Chapitres consultables sur l'ATLAS :

- Chapitre I : TRAUMATISMES
- Chapitre III : Le SEIN
- Chapitre IV : SYSTEME NERVEUX
- Chapitre V : OPHTALMOLOGIE ORL ET MF
- Chapitre VI : Le COU
- Chapitre XV : PERINEE ET FESSES
- Chapitre XX : GIGANTISMES ET CHALLENGES
- Chapitre XII : Le FOIE

Si vous voulez contribuer à l'ENCYCLOPÉDIE CHIRURGICALE VIRTUELLE HAÏTIENNE, adressez vos textes et vos photos à infochir@gmail.com

---

UNITE MEDICALE DELMAS 41

-

Dans la société d'aujourd'hui, compétitive et axée sur la commodité, les consommateurs ne veulent plus s'aventurer dans les rues pour acheter des produits ou des services, mais plutôt faire leurs achats depuis leur domicile.

Pour répondre aux exigences de sa clientèle, HNDSA a décidé d'augmenter son site web de nouvelles fonctionnalités commerciales, et devenant ainsi une entreprise de commerce électronique.

En conséquence, **https://hndsa.org** vient ajouter aux trois succursales de brique et de mortier une quatrième branche innovante offrant 24/7 un service de réservation et de vente en ligne, des blogs et des médias sociaux.

Désormais, vous pouvez programmer et payer vos consultations, vos examens de laboratoire, vos interventions chirurgicales et même votre plan d'Abonnement Médical Privé (AMP) directement sur **https://hndsa.org**.

Les paiements en ligne se font par **MonCash** ou par **Carte de Crédit**.

Une fois la commande complétée (payée), le client est instantanément pris en charge et reçois par email des notifications sur le statut de son rendez-vous.

"Avec PharmaMélia, Vivez Mieux"
Service de Livraison a Domicile
129 Rue Faubert, Petion-Ville, Haiti
(509) 4875-3309 / (509)3518-7262
Suivez nous sur Fabebook et Instagram

DNG RETAIL MEDICAL EQUIPMENT & SUPPLIES

DNG Retail Medical Equipment & supplies

Fondé par le Dr Guillaume Esdras en 2018, DNG est une compagnie à but lucratif reconnue pour être une des nouveaux fournisseurs compétitifs sur le marché national pour les équipements médicaux neufs et usagers.

Nous sommes situés dans le Nord de Miami à 30 minutes de l'aéroport International de Fort Lauderdale également en Haïti à 10 minutes de l'aéroport Maïs Gaté, soit à Sarthe 45.

Notre devise à la DNG c'est d'améliorer la pratique clinique en favorisant la mise à jour des équipements et matériels médicaux.

Le meilleur est à venir !!!

Facebook: DNG Medical Equipment
E-mail: drguillaume83@gmail.com /dngmedicalequipment@gmail.com
+509 37075597 **WhatsApp** Only +954394796