Mars 2023

Vol. 3. No 27.

Info Gazette Médicale

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISSN : 2958 - 1346

CODE ISBN : 978 – 99970 – 977 – 8 - 1

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

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

Académie et Professions

Edith C. Georges, coordonnatrice
Marlyn Lestage-Laforest, membre
Carine Réveil Jean-Baptiste, membre

Informations Socio Culturelles

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

Petites Annonces

Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture

Eunice Dérivois, membre

Conception et réalisation

Jean Alouidor, membre

SPONSOR OFFICIEL : 40 AN PA 40 JOU
PROMOTION DANTES DESTOUCHES 1976-1982
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'HAITI

SOMMAIRE

	Page
• Lu pour vous	2
• Santé Publique	4
• Actualités Médicales et Paramédicales	7
• Académies et Professions	12
• Informations Socio Culturelles	18
• Petites Annonces	23

MARS, MOIS DE SENSIBILISATION AUX DROITS DES FEMMES : JOURNÉE DE CÉLÉBRATION, 8 MARS 2023

« *Pour un monde digital inclusif : innovation et technologies pour l'égalité des sexes* **»**, ce thème de la journée internationale des droits des femmes découle de la priorité de la commission de la condition de la femme (CSW-67) : **«** *L'innovation, le changement technologique et l'éducation à l'ère du numérique pour réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes* les femmes *et les filles* ». [1]

L'innovation, le numérique, l'Intelligence Artificielle (IA) et le Sciences - Technologie – Engeneering - Mathematics (STEM), sont des avenues d'appropriation pour les femmes, encore en nombre moindre dans les chantiers de sciences et de technologie. Certaines sont remarquables dans ces sphères, mais sous représentées. Et, s'il faut saluer leurs accomplissements, cette gente et surtout, les communautés ethniques, sont *invisibles* dans des postes de décision. On déplore leur marginalisation et les obstacles qu'affrontent les femmes, dans divers domaines. Une constatation qui touche non pas seulement ces ''poto mitan'', mais aussi la santé globale de leur famille.

"La violence sexiste touche au moins une femme sur quatre en Haïti, un contexte d'énormes défis tels que la violence, l´éducation, l´emploi, la santé et le manque de représentation dans les institutions » [1]. « Le nombre de femmes ayant besoin d'une aide humanitaire dont l'accès à un abri, à des services de santé, à l'éducation ou à d'autres services essentiels, est passé de 4,4 millions en 2021 à 4,9 millions en 2022 » [2]. Aussi, sensibiliser à la santé est un sujet de recherche car, quand la santé de la femme est menacée, c'est la santé globale de la famille qui est fragilisée.

Cette journée des droits des femmes est un temps d'appréciation de leurs réalisations, aussi, de réflexion sur les enjeux de cette problématique et sur des thèmes tels que la négation de l'égalité et de l'humanité de l'autre. Quand une femme subit de la violence, la résonnance atteint toute la gent féminine. Et aucune société respectueuse ne peut prospérer sans sa grande composante féminine évaluée à 50.4 %. La journée des droits des femmes dans son horrifiante réalité au pays nous invite tous à la réflexion.

L'édition No 27 est une sélection édifiante de thématiques de différentes sphères de la santé visant à susciter l'intérêt du lecteur sur ses divers aspects. Lu Pour Vous vous présente un résumé succinct et édifiant de cinq articles. Santé Publique attire l'attention sur le coût de la prise en charge du diabète. Dans Actualités Médicales et Para Médicales, le thème du diabète revient en insistant sur le soutien psycho-social du patient. Académie et Professions identifie les interventions d'accompagnement des amputés en réadaptation et présente l'état des lieux des professionnels des sciences de la santé en Haïti. Informations Socio Culturelles expose la vision holistique d'une psychologue féministe pour les réparations, la guérison et la consolidation de la paix en Haïti, à côté du regard du biologiste sur l'usage d'un fruit tropical, la papaye. Petites Annonces foisonne de bonnes indications.

1- *https://www.unwomen.org/fr/nouvelles/annonce/2022/12/journee-internationale-des-femmes-2023-pour-un-monde-digital-inclusif-innovation-et-technologies-pour-legalite-des-sexes*
2- *https://haiti.unfpa.org/fr/news/faits-et-chiffres-cl%C3%A9s-sur-la-situation-des-femmes-en-ha%C3%AFti-novembre-2017*

Comité d'éditorial et de rédaction

" Pensée du mois : " *« le changement n'est pas seulement nécessaire a la vie ; il est la vie. Et, par conséquent, vivre c'est s'adapter. «*

Alvin Toffler (ma-citation.com)

LU POUR VOUS

1.- Un mode de vie sain pourrait ralentir le déclin de la mémoire et de la cognition lié à la démence.

Revue de l'article de Jia J et al. BMJ 2023 Jan 25

Les facteurs liés au mode de vie semblaient être protecteurs, indépendamment de la prédisposition génétique à la démence.

Des données limitées suggèrent une association entre les facteurs liés au mode de vie et le déclin de la mémoire, mais aucune étude n'a examiné l'interaction entre le mode de vie et la prédisposition génétique à la démence (par exemple, le génotype ε4 de l'apolipoprotéine E [APOE]).

Dans cette étude, les chercheurs chinois ont identifié 29 000 personnes (âge, ≥ 60 ; âge moyen, 72 ans) ayant une fonction cognitive normale et évalué leur statut de base sur six facteurs de style de vie modifiables (c'est-à-dire l'alimentation, l'exercice physique, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité cognitive et le contact social) et leurs génotypes APOE ε4.

Après 10 ans de suivi, il a été constaté que ceux qui avaient un mode de vie sain avaient un déclin plus lent que ceux qui n'en avaient pas, ceci dans les deux groupes génétiques susceptibles ou non à la démence. Les porteurs du génotype APOE E4 ont accusé une diminution de la mémoire plus rapide que les non porteurs. Parmi les six facteurs pris en considération pour définir le mode vie sain, l'alimentation a émergé comme le plus important pour le maintien de la mémoire, suivi de l'activité cognitive, l'exercice physique, et le contact social.

Note de l'éditeur : Certes, cette étude est observationnelle et n'établit pas une causalité, mais donne aux cliniciens un argument favorable pour intervenir sur les facteurs modifiables pour ralentir la perte de mémoire. Le contact social comme facteur positif devrait mériter notre attention au même titre qu'une alimentation saine.

Références

Jia J et coll. Association between healthy lifestyle and memory decline in older adults: 10-year, population based, prospective cohort study. BMJ 2023 25 janv. ; 380 : e072691. (https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072691).

2. Envisager l'embolie pulmonaire chez les patients présentant une dyspnée isolée à l'effort

Extrait de l'article *Rahul B. Ganatra, MD, MPH, examen de Prandoni P et al. J Thromb Haemost 2023 Jan.*

Dans une grande cohorte, l'embolie pulmonaire (EP) a été diagnostiquée chez un tiers des patients.

Les chercheurs ont analysé les données de 417 patients consécutifs (âge moyen, 58 ans) qui ont été évalués dans 14 services d'urgence en Italie, pour une dyspnée d'effort d'intensité modérée à sévère pendant <1 mois. Les patients présentant des antécédents de thrombo-embolie veineuse, ceux sous anticoagulation ou ceux âgés de plus de 75 ans ont été exclus.

L'Embolie pulmonaire (EP)P a été exclue chez les patients présentant une faible probabilité de prétest (en utilisant le score de Wells simplifié) et un taux normal de D-dimères ajusté selon l'âge. Tous les autres patients ont subi une angiographie pulmonaire par tomodensitométrie (TDM).

Les principales conclusions sont les suivantes :

- L'EP a été diagnostiquée chez 44 % des patients présentant *d'autres* signes et symptômes suspects d'EP et chez 20 % des patients présentant *uniquement* une dyspnée à l'effort.
- L'EP a été diagnostiquée chez 15 % des patients avec d'autres explications de la dyspnée à l'effort

Note de l'éditeur : l'embolie pulmonaire est trop souvent oubliée comme diagnostic différentiel quand nous évoquons les causes d'une dyspnée. Il est vrai que, le risque d'EP augmentant avec l'âge, l'exclusion des patients âgés de plus de 75 ans est une limitation de l'étude ; il faut retenir que l'EP a été diagnostiquée chez un tiers des patients dans l'ensemble et chez un patient sur six avec d'autres explications potentielles de la dyspnée d'effort d'apparition récente. Vu les conséquences sérieuses d'une EP non diagnostiquée , nous devons tenir ce diagnostic dans notre ligne de mire

Références

Prandoni P et coll. Prevalence of pulmonary embolism among patients with recent onset of dyspnea on exertion. Une étude transversale. J Thromb Haemost 2023 janv.; 21:68. (https://doi.org/10.1016/j.jtha.2022.09.007. ouvre dans un nouvel onglet)

3. L'exercice – sans changement de régime alimentaire – réduit-il le risque de diabète à long terme ?

Extrait de l'article de *Chen Y et al. JAMA Intern Med 2023 Jan 30*

L'exercice sans changement de régime alimentaire a réduit le risque de diabète de ≈50 % chez les personnes atteintes d'obésité centrale.

Dans cette étude menée en Chine, les chercheurs ont évalué les effets à long terme d'une intervention d'exercice aérobique de 12 mois sur le risque de diabète incident (défini comme une glycémie à jeun de ≥126 mg / dL, une hémoglobine glycosylée [HbA_{1c}] ≥6,5%, ou l'utilisation de médicaments antidiabétiques chez 220 adultes atteints d'obésité centrale et de stéatose hépatique non alcoolique

Les participants ont été randomisés pour 12 mois d'exercice vigoureux sous supervision d'un coach d'exercice modéré ou d'absence d'exercice (témoins) et ont reçu l'instruction de ne pas modifier leur régime alimentaire. Après l'intervention de 12 mois les participants ont été invités à maintenir un mode de vie sain et à faire de l'exercice. Au cours des 10 années de suivi, l'incidence du diabète de type 2 était significativement plus faible dans les groupes d'exercice vigoureux et modéré que dans le groupe témoin ; le tour de taille et l'HbA_{1c} étaient également significativement plus faibles dans les groupes d'exercice.

Note de l'éditeur : Le vieil adage qui stipulait que la prise en charge du diabète était comme un tabouret à trois pieds à savoir, nutrition, exercice et médicaments, est toujours vrai. Il semblerait que deux de ces facteurs seraient aussi à considérer dans la prévention du diabète chez les patients obèses. Il est cependant surprenant que le rôle de l'exercice défini par cette étude soit aussi considérable en l'absence de modifications de la diète alimentaire.

Référence :

Chen Y et coll. Effect of moderate and vigorous aerobic exercise on incident diabetes in adults with obesity: A 10-year follow-up of a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2023 Jan 30; [e-pub]. (https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.6291)

4. Fibromyalgie : diagnostic et prise en charge

Extrait de l'article de BRADFORD T. WINSLOW, MD, CARMEN VANDAL, MD, ET LAUREL DANG, MD *dans Am Fam Médecine* 2023;107(2):137-144

La fibromyalgie est diagnostiquée plus fréquemment chez les femmes. Elle affecte 10 à 15 % de la population mondiale et 2 % des personnes aux États-Unis. Les patients atteints de fibromyalgie ont une douleur chronique diffuse, de la fatigue débilitante, un dysfonctionnement cognitif et des troubles de l'humeur. Les critères de l'American College of Rheumatology ou les critères de diagnostic de la taxonomie de la douleur de l'American Pain Society peuvent diagnostiquer la fibromyalgie. L'établissement du diagnostic et l'éducation peuvent rassurer les patients et réduire les tests inutiles et coûteux.

L'éducation des patients, l'exercice et la thérapie cognitivo-comportementale peuvent améliorer la douleur et la fonction. L'approche devrait être multidisciplinaire mettant en commun les expertises d'un médecin de famille, d'un physiothérapeute, d'un psychologue et peut faire appel à des thérapeutiques non conventionnelles, telles que le yoga ou le massage Reiki. La duloxétine, le milnacipran, la prégabaline et l'amitriptyline sont des médicaments potentiellement efficaces pour la fibromyalgie. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les opioïdes n'ont pas démontré d'avantages pour la fibromyalgie et ont des limitations importantes.

Note de l'éditeur : Malheureusement, ces patientes vont d'un médecin à l'autre, cherchant un diagnostic et une solution à leurs problèmes. Dans certains cas, elles reçoivent un diagnostic de troubles psychosomatiques ou neurotiques cherchant des gains émotionnels secondaires. Les critères diagnostics ont été simplifiés. Il n'est plus nécessaire de trouver les 5 ou 6 « points douloureux qui étaient les piliers du diagnostic de fibromyalgie.

Référence :

Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. Am Fam Physician. 2007;76(2):247-254.

5. Prophylaxie de la thromboembolie veineuse après fractures

Extrait de l'article; *Major Extremity Trauma Research Consortium (METRC). N Engl J Med 2023 Jan 19*

Dans un vaste essai randomisé, les résultats étaient similaires avec l'aspirine et l'héparine de bas poids moléculaire.

Les patients présentant des fractures majeures reçoivent souvent des médicaments antithrombotiques pour prévenir la thrombo-embolie veineuse (TEV), mais l'agent optimal n'est pas bien identifié. Cet essai mené dans 21 centres de traumatologie américains et canadiens comprenait 12 000 patients hospitalisés souffrant de fractures des extrémités traitées chirurgicalement ou de fractures pelviennes traitées chirurgicalement ou non

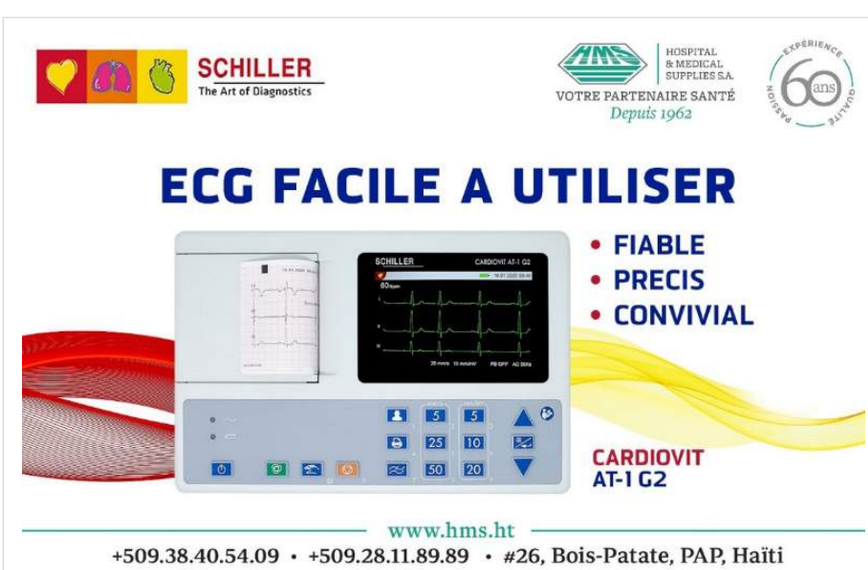
Les patients ont été randomisés pour recevoir de l'aspirine (81 mg deux fois par jour) ou de l'énoxaparine (habituellement 30 mg par voie sous-cutanée, deux fois par jour), en étant d'abord hospitalisés. La durée de la prophylaxie post hospitalisation (médiane, 21 jours) a été laissée au jugement du clinicien. Les membres inférieurs et supérieurs étaient impliqués chez 88% et 27% des patients, respectivement; certains patients avaient des fractures aux deux endroits. Les résultats à 90 jours étaient les suivants :

- La mortalité globale n'était pas significativement différente dans les groupes aspirine et énoxaparine (0,78% et 0,73%).
- L'incidence de l'embolie pulmonaire non mortelle était identique dans les deux groupes (1,5 %).
- Des saignements graves et des complications de la plaie sont survenus avec une fréquence similaire dans les deux groupes

Note de l'éditeur « Un autre but au tableau d'affichage pour l'aspirine ». Je ne pense que l'on pourrait trouver un autre médicament dans la pharmacopée occidentale qui remplit tant de fonctions et qui ne coûte presque rien. Il est bon à noter que l'aspirine ne serait pas approuvée aujourd'hui si elle était introduite comme nouveau médicament à une agence comme le Food and Drug Administration (FDA)

Références

Consortium de recherche sur les traumatismes des extrémités majeures (METRC). Aspirine ou héparine de bas poids moléculaire pour la thromboprophylaxie après une fracture. N Engl J Med 2023 Jan 19; 388:203. (https://doi.org/10.1056/NEJMoa2205973. ouvre un nouvel onglet)



1. Coût du diabète en Haïti

Dr Dr Lino R. Georges, MD. interniste.

RÉSUMÉ

La prévalence du diabète en Haïti suit l'inquiétante courbe de croissance mondiale, telle que décrite par les instances nationales et internationales de surveillance épidémiologique. Dans un contexte socio-économique précaire, les dépenses en santé, déjà non prioritaires pour l'État haïtien, tombent principalement sous la responsabilité des ménages et de l'aide extérieure très conditionnée. Au coût financier quotidien déjà trop élevé pour le patient s'ajoutent les charges non financières liées à la culture, les croyances, le niveau d'éducation, la désinformation, la technologie, l'instabilité socio-économique, la pollution et l'inexistence d'une politique de santé publique de prévention des maladies cardiovasculaires.

L'église, l'école, la presse, les institutions sportives et sanitaires devraient immédiatement et collectivement s'engager dans la promotion de mesures simples et peu coûteuses recommandées par l'OMS : parvenir à un poids normal et ne pas grossir ; faire une activité physique, au moins 30 minutes par jour d'activités régulières d'intensité modérée ; avoir un régime alimentaire sain et éviter le sucre et les graisses saturées ; s'abstenir de fumer...

INTRODUCTION

La situation socio-économique en Haïti n'a cessé de s'empirer depuis plusieurs décennies. Selon la Banque Mondiale (BM), en 2020, le PIB était de US 3 095.20, soit US 8.48 par habitant par jour (moins de 1000 gourdes par haïtien par jour). Le taux d'inflation a atteint un niveau record de 25.9% en mars 2022. [1]

Le secteur de la santé a contribué à 3.37 % à l'inflation mensuelle en janvier 2022 et occupe la 5e position et à 2.76 % à l'inflation annuelle (7e position) [2].

Le tableau 1 montre une comparaison de l'évolution de l'indice des prix à la consommation entre les périodes 2019-2020 et 2020-2021. L'IPC est passé de 129.7 en octobre 2019 à 157.7 en octobre 2020. Le tableau témoigne d'un glissement annuel moyen de 15.9 % entre les deux périodes.

Parallèlement à cette dégradation vertigineuse de la situation économique en Haïti, le diabète n'a cessé de croître à travers le monde. La Fédération Internationale du Diabète (FID) comptait, en 2019, 463 millions de diabétiques dans le monde [3]. En 2021, ce nombre est passé à 537 millions. Soit une augmention de 74 millions en deux (2) ans. Si cette tendance à l'augmentation est maintenue, on prévoit 438 millions de diabétiques dans le monde en 2030. (Fig. 1)

MOIS	2019-2020	2020-2021	Glissement annuel (%)
Octobre	129.7	157.7	21.6
Novembre	132.0	158.5	20.1
Décembre	134.3	160.1	19.2
Janvier	136.4	162.0	18.8
Février	138.8	163.7	17.9
Mars	141.2	165.5	17.2
Avril	144.0	167.0	16.0
Mai	147.3	168.7	14.5
Juin	151.7	170.8	12.6
Juillet	155.3	174.3	12.2
Août	160.4	177.9	10.9
Septembre	159.6	180.5	13.1
Moyenne annuelle	144.2	167.2	15.9

Source Bureau des Prix / IHSI

Tableau 1 : évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) au cours de l'exercice fiscal 2020-2021

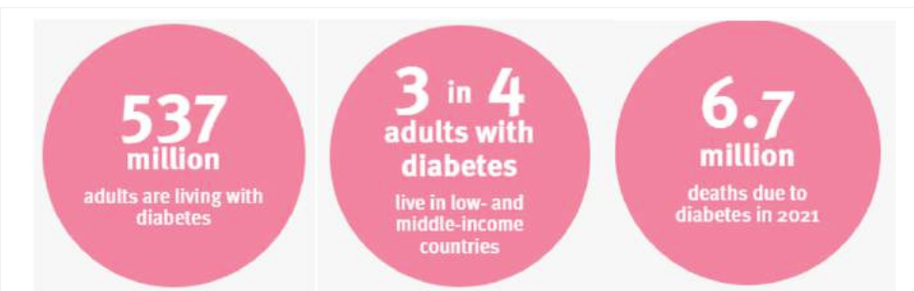


Figure 1 : évolution du nombre de patients diabétiques de type 1 et 2 dans le monde

LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE EN HAÏTI

Selon la FHADIMAC, en 2019 près de 300 000 personnes vivaient avec le diabète en Haïti [3]. Le taux de prévalence dans la tranche d'âge de 20 – 79 ans était de 8.2 % pour les femmes et de 4.9 % pour les hommes. La Banque Mondiale a publié des chiffres presque similaires, soit 8.9 % des personnes âgées de 20 à 79 ans souffrant du diabète en 2021.

À la Clinique Marsan-Georges, aux Cayes, sur un échantillon de 624 consultations reçues de Janvier à Mars 2022, 33 % (206) des patients étaient diabétiques. Le sexe ratio était de 1 homme pour 3 femmes et 22 % (45 cas) des patients avaient moins de 50 ans. Un total de 437 des cas accusait un surpoids avec une prédominance des femmes quatre (4) fois plus importante. Il est important de noter que 100 % des patients avec une glycémie dépassant les 110mg/dl avaient un surpoids (IMC>24.9kg/m2).

QUELLE EST LA PRIORITÉ EN MATIÈRE DE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ EN HAÏTI ?

Les données les plus récentes relatives à la distribution des dépenses courantes en santé sont publiées par le MSPP en 2019. Elles décrivent la situation pour les années fiscales 2014-2015 et 2015-2016 [4]. Un total de 43 % du montant alloué au secteur de la santé est canalisé vers les maladies infectieuses et parasitaires. Les maladies cardio-vasculaires et les maladies endocriniennes ont respectivement une enveloppe correspondant à 1 % du budget de la santé [5]

Selon l'OMS, 6 % des dépenses publiques sont allouées au secteur de la santé en Haïti en 2014 [6]. Les pays à faible revenu au cours de la même année allouaient 10 % de leur budget à la santé et 13 % pour les autres pays de la région de l'Amérique Latine et les Caraïbes. Ces chiffres correspondent à une dépense par habitant en santé de USD 13 en Haïti, USD 15 dans les pays à faible revenu et USD 336 pour les pays de la Région Amérique Latine et Caraïbes [7].

Plus de HTG 36,554,247,432.00 ont été dépensées en santé en 2014-2015, selon le MSPP [8]. Et au cours de l'année suivante ces dépenses se sont élevées à HTG 40,599,219,803.00. Les ménages supportaient 34 % de ces dépenses en 2011-2015 contre 36 % en 2015-2016. Alors que le gouvernement ne couvrait que 11 % au cours de ces deux années quand le reste du monde couvrait jusqu'à 41 % et 40 % respectivement au cours des deux périodes.

Codes/Maladies	2014-2015	%	2015-2016	%
Maladies infectieuses et parasitaires	277,395,295.00	43	276,619,604.00	40
Santé de la reproduction	60,015,795.00	9	86,837,489.00	12
Carences nutritionnelles	23,245,107.00	4	25,140,726.00	4
Maladies cardio-vasculaires	4,472,304.00	1	4,983,199.00	1
Maladies endocriniennes et métaboliques	7,106,675.00	1	7,918,509.00	1
Traumatismes	78,428,326.00	12	99,010,863.00	14
Autres maladies	124,703,005.00	19	6,869,606,025.00	17
Total	**646,520,117.00**	**100**	**698,180,908.00**	**100**

Tableau 2 : Répartition des Dépenses par maladie.

Les chiffres énoncés plus haut nous permettent de conclure à :

- Une précarité socio-économique ;
- Une prévalence croissante du diabète dans le monde et en Haïti ;
- Une faible implication de l'état dans les dépenses liées à la santé de la population haïtienne ;
- Une priorité secondaire accordée aux maladies cardiovasculaires et endocriniennes dont le diabète.

QUEL EST LE COÛT FINANCIER DU DIABÈTE POUR UN PATIENT HAÏTIEN ?

Nous considérerons dans cette analyse un patient qui ne présente aucune comorbidité et qui ne reçoit pas de traitement médicamenteux. Les services à consommer sont ceux préconisés pour un suivi diabétique régulier au cours d'une année d'après le protocole établi en Haïti. Nous avons calculé la moyenne des prix par service dans trois institutions aux Cayes : une clinique privée, un hôpital privé et un hôpital public.

Le tableau 3 liste les services à consommer et la fréquence de réalisation annuelle pour un suivi diabétique sans co-morbidité et sans médicaments :

Le coût moyen annuel pour un suivi régulier du diabète s'élève à HTG 152,892.88 (tableau 4), soit 418.88 gourdes par jour. Convertie aux taux du jour de 145 gourdes/US $, cette somme correspond à US 2.88 par jour (plus de 30 % du PID par habitant par jour) dans un contexte inflationniste marqué.

Il faut aussi considérer les facteurs aggravants non-financiers qui contribuent à alourdir la charge du diabète en Haïti. Nous pouvons citer :

- le manque d'information et la désinformation ;
- les croyances ;
- l'instabilité socio-économique ;
- l'absence de contrôle sur les produit consommés (alimentaires et médicamenteux) ;
- la mauvaise utilisation de la technologie qu renforce la sédentarité ;
- l'absence d'une politique de prévention de maladies cardio-vasculaire et l'échelle nationale
- l'absence d'une politique nationale de sant publique ;
- la pollution.

Services médicaux et paramédicaux	Fréquence minimale par année
Consultation médicale	3
Consultation ophtalmologique	1
Consultation odontologique	2
Hémogramme	2
Urines	12
Bilan rénal	2
Bilan lipidique	2
Ionogramme sanguin	2
Glycémie capillaire	365
ECG	1
Hémoglobine glyquée	4
Fondoscopie	1
Prophylaxie dentaire	3

Tableau 4. Coût moyen des services.

Services médicaux et paramédicaux	Coût moyen	Qté par année	Coût moyen annuel	Cout moyen annuel (USD)
Consultation médicale	1500	3	4,500.00	39.82
Consultation ophtalmologique	875	1	875.00	7.74
Consultation odontologique	750	2	1,500.00	13.27
Hémogramme	390	2	780.00	6.90
Urines	350	12	4,200.00	37.16
Bilan Rénal	1050	2	3,100.00	27.44
Bilan lipidique	1937.5	2	3875	34.29
Ionogramme sanguin	1260	2	2,520.00	22.30
Glycémie capillaire	316.67	365	115,584.55	1,022.87
ECG	1333.33	1	1,333.33	11.79
Hémoglobine glyquée	1750	4	1,750.00	15.48
Fondoscopie	875	1	875.00	7.74
Prophylaxie dentaire	4000	3	12,000.00	106.19
Total Annuel			**152,892.88**	**1,353.03**

Tableau 4. Coût moyen des services.

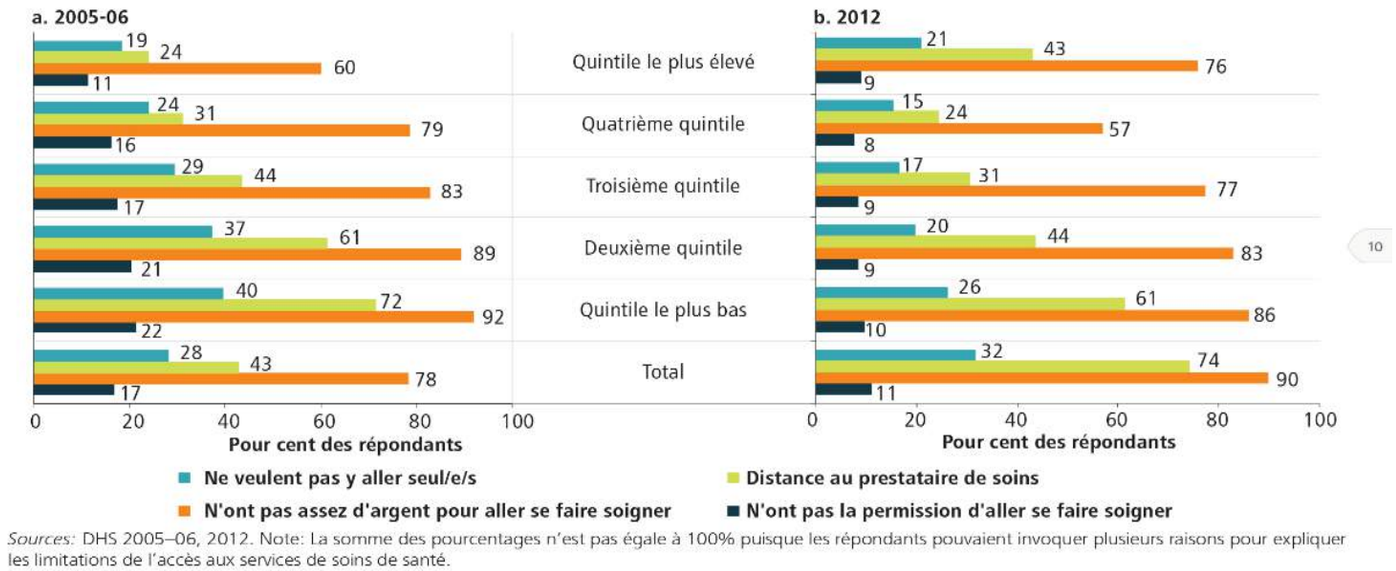


Figure 5. Obstacles signalés à l'accès aux services de soins par quintile de richesse : Haïti, 2005-06 et 2012.

La DHS a réalisé en 2005-2006 et en 2012 une enquête pour identifier les principaux obstacles à l'accès aux services de soins par quintile de richesse en Haïti. Le facteur économique reste la principale entrave à la consommation des soins (tableau 5). [9].

CONSÉQUENCES DE LA PRÉVALENCE ÉLEVÉE DU DIABÈTE

Les coûts non financiers pèsent aussi lourdement sur la société et le patient en particulier. Le diabète nécessite un changement de mode de vie qui entraînera des répercussions sur plusieurs aspects de la vie du patient et sollicite la contribution de presque toute les entités de la vie du patient, des points de vue :

a) personnel, en ce qui concerne la perception de la maladie, le niveau d'éducation, l'acceptation et la compliance au traitement ;
b) familial, en rapport avec l'affirmation de soi, les restrictions, l'adaptation, la compréhension ;
c) professionnel, relatif à la déclaration de la maladie, la flexibilité du régime du travail ;
d) social : affirmation, adaptation (déjà dits en familial) en ce qui concerne l'éducation.

CONCLUSION

Le diabète entraîne aussi des conséquences indirectes non moins importantes. Il fait augmenter l'incidence des autres maladies cardio-vasculaires et infectieuses comme la tuberculose. La mortalité à tout âge est augmentée. L'OMS a recensé en 2019, 1.5 millions de décès et entre 2000 et 2016 la mortalité prématurée due au diabète a augmenté de 5 %. Et ce, même dans les pays à revenus élevés. Cette situation fait alimenter le taux de dépendance, l'appauvrissement des ménages et l'insécurité sociale.

Dans ce contexte difficile, où la prise en charge est peu évidente du fait de la faiblesse économique des ménages, de la non-implication de l'État, force est de se tourner vers la prévention. L'OMS propose quatre (4) mesures simples et relativement peu coûteuses pour prévenir le diabète :

a) parvenir à un poids normal et ne pas grossir ;
b) faire une activité physique, au moins 30 minutes par jour d'activités régulières d'intensité modérée ;
c) avoir un régime alimentaire sain et éviter le sucre et les graisses saturées ;
d) s'abstenir de fumer, car le tabac augmente le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires.

Ces mesures sont d'apparence simple, mais difficile à mettre en pratique. Il convient d'abord de les vulgariser et de sensibiliser la population à les adopter. L'éducation joue un rôle primordial dans cette promotion d'une vie saine. Elle doit être orientée vers tous les groupes d'âge et entreprise par toutes les institutions : églises, presse, écoles, institutions sanitaires, institutions sportives. Il faudra aussi conduire des séances de dépistage précoce et permettre une approche multidisciplinaire intégrant tant les disciplines médicales que les disciplines non médicales. Cette éducation fera la promotion du sport et d'une nutrition saine.

Ces mesures sont urgentes et doivent être prises maintenant et doivent s'inscrire dans la durée pour le bien-être des citoyens, du pays et du monde en entier.

RÉFÉRENCES

1- *https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/sh.sta.diab.zs?locations=HT*
2- *MSPP, Rapport des comptes Nationaux de Santé 2014-2015/2015-2016. Décembre 2019.*
3- *https://www.rhinews.com/actualites/*
4- *MSPP, Rapport des comptes Nationaux de Santé 2014-2015/2015-2016. Décembre 2019.*
5- *http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/*
6- *Organisation mondiale de la Santé, base de données sur les dépenses de santé mondiales: http://apps.who.int/nha/database.*
7- *Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti*

   https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/publication/better-spending-better-care-a-look-at-haitis-health-financing
8- *Rapports des comptes Nationaux de sante-MSPP*
9- *Sources : DHS 2005–06, 2012. Note : La somme des pourcentages n'est pas égale à 100 % puisque les répondants pouvaient invoquer plusieurs raisons pour expliquer les limitations de l'accès aux services de soins de santé.*

Auteur correspondant :

Dr Lino R. Georges

Email : georgeslino@gmail.com

(509) 3878-7780

1. Impact du diabète sur le patient et son soutien psychosocial

Evelyne Fleury-Milfort, RN, MSN, IPS

Recevoir un diagnostic de diabète peut être difficile pour certaines personnes, car avoir cette condition constitue une perte de santé physique et une menace pour la santé future en raison des complications à moyen et à long terme pouvant y être associées. Diverses réactions sont possibles en fonction de la personne et des circonstances, incluant le choc, le stress, la menace pour l'estime de soi. Ces sentiments sont susceptibles d'être renforcés par les discriminations dont peuvent faire l'objet les personnes diabétiques sur le plan de la communauté, incluant la communauté haïtienne, du milieu de travail, de la famille et du système de santé. Les enfants et adolescents atteints du diabète de type 1 ou 2 peuvent vivre des difficultés de relation avec leurs pairs à l'école.

Le diabète est une maladie chronique qui se gère principalement à la maison. Le traitement complexe, exigeant et chronique du diabète est sous la responsabilité directe de la personne vivant avec le diabète et nécessite une modification importante des habitudes quotidiennes de vie. Les personnes atteintes de diabète doivent constamment surveiller leurs niveaux de sucre dans le sang, prendre des médicaments, effectuer l'injection quotidienne de l'insuline pour les patients de type 1 et apporter des changements de mode de vie au niveau de la nutrition et des activités physiques.

Un diagnostic de diabète affecte par ailleurs non seulement la personne qui en est atteinte, mais aussi toute sa famille. Il peut être stressant et épuisant de changer des habitudes alimentaires établies de longue date pour adopter une alimentation plus saine, ce qui peut affecter la dynamique conjugale ou familiale. L'un des principaux effets psychosociaux de vivre avec le diabète est le fardeau émotionnel lié à la gestion de cette condition de santé. Puisque la personne vivant avec le diabète est investie d'un grand pouvoir sur l'évolution de sa condition, la peur de développer des complications et la culpabilité associée à un manque d'adhésion à un plan strict de gestion du diabète peuvent également contribuer à un désarroi émotionnel.

Un autre impact psychosocial de vivre avec le diabète est l'isolement social que peuvent endurer certaines personnes. En effet, certains individus atteints du diabète peuvent se sentir embarrassés ou même honteux face à leur problème de santé, surtout s'ils présentent du surpoids, ce qui peut les amener à réduire, quelquefois de manière importante, leurs interactions et leurs activités sociales. Ce retrait social peut aggraver davantage les sentiments de solitude et d'isolement.

En outre, le diabète peut avoir un impact négatif sur l'image corporelle et l'estime de soi d'une personne en raison de certains changements physiques qui peuvent survenir en raison du traitement du diabète, tel qu'une prise de poids pour certaines personnes.

Le processus d'adaptation

Il existe plusieurs étapes dans la démarche d'adaptation psychologique que les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, peuvent traverser après le diagnostic. Elles incluent les suivantes [1] :

a. **Le choc et le déni de la réalité** : C'est le mécanisme de défense utilisé pour se protéger contre une réalité trop menaçante et qui permet de refouler certaines émotions douloureuses. À ce stade, les individus peuvent refuser de croire à l'existence même du diabète, de son caractère chronique ou de la nécessité de son traitement. Ils peuvent également se sentir dépassés et anxieux au sujet de leur diagnostic. Dans la communauté haïtienne, certaines personnes peuvent croire qu'elles ont été affectées par de la sorcellerie et vont consulter un "guérisseur" pour les aider à conjurer le mauvais sort. Des patients peuvent refuser l'aide médicale et vouloir utiliser seulement des produits "naturels" même si leurs symptômes persistent.

b. **L'opposition, la colère et la révolte** : Ce mécanisme (qui) permet d'exprimer le refus, le sentiment d'être « injustement frappé » par cette maladie. À ce stade, les personnes réalisent le caractère réel, sérieux et chronique du diabète. Elles peuvent aussi ressentir de la culpabilité, de la colère, de l'anxiété, un sentiment de désespoir, d'impuissance et de pessimisme quant à la possibilité de parvenir à une bonne adaptation au diabète et à ses exigences, de manière à prendre les mesures pertinentes tant sur le plan médical, psychologique et des habitudes de vie. Il est important de noter que sous cette colère se cachent souvent de la tristesse, de la peur et un sentiment d'impuissance. L'impression de solitude peut être aggravée par les opinions erronées de la communauté au sujet des causes du diabète. Une référence à une personne culturellement compétente (éducateur/trice en diabète) peut aider ces personnes à mieux comprendre la maladie et son traitement.

c. **Le marchandage** : Cette étape constitue un premier pas sur la voie de l'acceptation, mais les personnes tentent de chercher des accommodements pour réduire les exigences du traitement qui ne sont pas encore intégrées. Elles peuvent se sentir intolérantes à propos de leur diagnostic et essayer de négocier certaines composantes de l'autogestion avec elles-mêmes ou avec une puissance supérieure pour changer leur situation.

d. **L'auto-évaluation** : Cette étape représente une prise de conscience que certaines choses ne seront plus comme avant. La personne peut parfois douter de ses compétences et de sa capacité de se prendre en charge.

Voici quelques réactions possibles à cette étape :

- Attitude perfectionniste à l'égard du traitement. Réactions intenses d'anxiété face aux variations ou dérapages ponctuels de la glycémie, limitation des activités sociales pour minimiser les écarts de glycémie, éventuels sentiments dépressifs et épuisement.
- Attitude positive d'acceptation à l'égard de l'information utile pour mieux comprendre et contrôler son diabète.

e. **Adaptation et acceptation active** : À ce stade, les personnes ont accepté leur diagnostic et ont admis qu'elles souffraient d'une maladie chronique. Elles prennent conscience qu'elles peuvent faire face au diabète. Les personnes adoptent une posture qui implique qu'elles vivent « avec » plutôt que « malgré » le diabète. Elles ont retrouvé un équilibre qui leur permet de gérer leur vie quotidienne de manière positive et constructive en intégrant les différents aspects du traitement du diabète. Elles peuvent aussi se sentir plus en contrôle de leur vie et vivre un sentiment d'espoir et de bien-être optimal qui tient compte des particularités de leur santé.

Il est important de noter que ces étapes ne sont pas linéaires et que les individus peuvent vivre différentes étapes à différents moments et de différentes manières. La durée de chacune des étapes dépend de plusieurs facteurs propres à la personne, aux particularités biologiques et biochimiques qui leur sont propres et à leur environnement. De plus, certaines personnes peuvent ne pas vivre toutes les étapes de ce processus, d'autres peuvent les vivre dans un ordre différent ou encore peuvent aller et venir entre les étapes.

Autres considérations concernant les défis psychologiques et psychosociaux

Il convient également de mentionner que les personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète peuvent faire face à d'autres types de défis psychosociaux, tels que les préjugés implicites, la stigmatisation, le fardeau financier. Tous ces facteurs

peuvent négativement affecter l'acceptation et le respect du traitement et exacerber les impacts négatifs de la maladie sur la vie des individus vivant avec le diabète.

Pour certains immigrants haïtiens, les défis de l'adaptation culturelle dans le pays d'accueil, incluant les habitudes alimentaires, les barrières linguistiques, la méconnaissance des services ou les obstacles à l'accès à des services de santé de qualité en raison du manque de couverture d'assurance, peuvent aussi contribuer au non-respect du traitement du diabète et au mauvais contrôle glycémique. Une étude sur les immigrants haïtiens a révélé que les difficultés financières et l'isolement social étaient les principaux obstacles à la gestion du diabète de type 2 [2]. Selon une autre étude, l'utilisation des soins de santé et la perception du stress émotionnel et psychologique est plus élevé chez ces immigrants haïtiens par comparaison aux autres groupes ethniques [3].

Il est aussi important de considérer que, pour les enfants vivant avec le diabète, en plus de faire face à la stigmatisation ou à la discrimination, ils peuvent aussi vivre d'autres défis et contraintes relatifs à la gestion de leur diabète à l'école, dont aucune garantie qu'ils auront accès à de la nourriture au besoin, à de l'insuline ou au traitement rapide lors d'un épisode d'hypoglycémie.

Le travail d'acceptation est progressif et n'est jamais terminé. Certaines journées peuvent être plus difficiles que d'autres et de nouvelles contraintes, tel que le passage d'une médication orale aux injections d'insuline, le diagnostic d'une complication ou des situations de stress tout à fait extérieures au diabète peuvent survenir et amener des réactions appartenant aux stades précédents et ainsi réactiver les premières étapes du processus d'adaptation.

Une non-acceptation du diabète compromet la santé de la personne diabétique en nuisant à son traitement et à sa motivation pour adopter de saines habitudes de vie. Il est aussi important de noter que le stress peut exercer une influence négative sur le contrôle du diabète par l'impact des hormones de stress, du niveau de la glycémie et de l'utilisation de stratégies ou de comportements négatifs de gestion du stress.

Par conséquent, il est d'une importance critique que les personnes atteintes de diabète aient accès à une équipe multidisciplinaire composée de professionnels de la santé, d'éducateurs/trices en diabète, de travailleurs sociaux et de professionnels de la santé mentale pour les aider à relever ces défis. Quelle que soit l'étape à laquelle se situe le patient, il est important pour l'équipe de soin, le patient et son entourage de réaliser que certaines réactions sont plutôt normales et que les identifier, en tenir compte et les traverser adéquatement aident à parvenir à un meilleur état de santé et à l'atteinte un mieux-être.

La détresse et l'épuisement liés au diabète

En dehors des étapes d'adaptation, selon plusieurs études, la plupart des personnes vivant avec le diabète ressentent des craintes et des sentiments négatifs à un moment ou à un autre [4]. Une détresse importante liée au diabète a été signalée par 45 % des participants à la deuxième étude DAWN2 (Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs Reflection), mais seulement 24 % ont déclaré que leurs équipes de soins de santé leur avaient demandé comment le diabète affectait leur vie. Des taux similaires ont été observés chez les adolescents atteints de diabète de type 1 et chez les parents de jeunes atteints de diabète de type 1 [5].

La gestion d'une maladie de longue durée comme le diabète est une source majeure d'anxiété pour certains. Les personnes atteintes de diabète sont 20 % plus susceptibles que celles sans diabète d'avoir de l'anxiété à un moment donné de leur vie [6]. L'épuisement lié au fardeau de la gestion peut faire en sorte que les personnes atteintes ressentent de l'angoisse ou une profonde impuissance et un désespoir intense. Une préoccupation commune spécifique au diabète consiste en les craintes liées à l'hypoglycémie, qui peuvent expliquer l'évitement des comportements associés à la réduction du glucose, tels que l'augmentation des doses d'insuline ou la fréquence de la surveillance. Voici quelques signes à surveiller :

- Surveillance déficiente de la glycémie et résistance à la vérification du taux de sucre dans le sang ;
- Réduction ou arrêt des médicaments, résistance aux injections d'insuline ;
- Diminution de l'attention portée à l'alimentation ;
- Arrêt de l'activité physique ;
- Tentative d'ignorer ou d'oublier le diabète.

Il est important de se rappeler que l'anxiété liée au fait d'être atteint du diabète n'est pas un signe de faiblesse, mais une réponse normale et courante de vivre avec une maladie chronique. Une combinaison de soins personnels, de soutien social et d'aide professionnelle peut aider les individus à gérer l'anxiété ou l'angoisse liée au diabète et à améliorer leur bien-être global. Il a été démontré que l'éducation et **le** soutien à l'autogestion du diabète (DSMES) et le support émotionnel réduisent la détresse liée au diabète [3] et peut également favoriser le contrôle de la glycémie lorsqu'il est associé au soutien par les pairs.

Troubles de l'alimentation et diabète

Les troubles de l'alimentation et le diabète peuvent avoir une relation complexe. Les problèmes de comportement alimentaire, tels que l'anorexie mentale, la boulimie ou l'hyperphagie boulimique, peuvent affecter le contrôle de la glycémie, ce qui rend difficile la gestion efficace du diabète.

D'autre part, avoir le diabète peut augmenter le risque de développer un trouble de l'alimentation, en particulier si la personne éprouve du stress, de l'anxiété ou une image corporelle négative liée à la maladie. La prévalence estimée des troubles du comportement alimentaire pouvant être diagnostiqués chez les personnes atteintes de diabète varie dépendant de l'âge, du genre et du type de diabète, et est difficile à estimer. Pour les personnes atteintes de diabète de type 1, l'omission d'insuline, causant la glycosurie afin de perdre du poids, est le trouble de comportement alimentaire le plus fréquemment signalé. Pour les personnes atteintes de diabète de type 2, la frénésie alimentaire est le plus souvent signalée. Pour les personnes vivant avec le diabète de type 2 traitées à l'insuline, une omission intentionnelle est également fréquemment signalée [5].

Il est important pour les personnes atteintes de diabète qui sont aux prises avec un trouble de l'alimentation de recevoir un traitement rapide et approprié pour les deux conditions. Il est recommandé de considérer un dépistage de troubles de l'alimentation à l'aide de mesures de dépistage validées lorsque l'hyperglycémie et la perte de poids sont inexpliquées en fonction des comportements autodéclarés liés à la posologie des médicaments, au plan de repas et à l'activité physique. Le traitement peut impliquer une combinaison de soutien médical, psychologique et nutritionnel pour assurer une gestion optimale du diabète et le rétablissement du trouble de l'alimentation.

Dépression et diabète

Les diagnostics de santé mentale cliniquement significatifs sont considérablement plus fréquents chez les personnes atteintes de diabète que chez celles qui n'en ont pas et la glycémie mal contrôlée peut exacerber les troubles de personnalités [réf. ?]. La dépression et le diabète sont étroitement liés, et les personnes atteintes de diabète courent un risque accru de développer de la dépression [réf. ?]. Cela peut être dû à plusieurs facteurs, tels que le fardeau émotionnel de la gestion d'une maladie chronique, les complications à long ou à court terme du diabète, tel que l'hypo ou hyperglycémie ainsi que l'isolement social qui peut en résulter.

D'après le Center for Diseases Control (CDC) américain, les personnes atteintes de diabète sont 2 à 3 fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les personnes non diabétiques, mais seulement 25 % à 50 % des

personnes atteintes sont diagnostiquées et traitées [6]. Le risque de dépression est également plus élevé chez les personnes dont le diabète n'est pas bien contrôlé et chez celles qui ont des complications de la maladie. Environ 30 % des personnes diabétiques présentent des symptômes dépressifs significatifs et près de 10 % souffrent de dépression majeure [7].

D'après le Center for Diseases Control (CDC) américain, les personnes atteintes de diabète sont 2 à 3 fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les personnes non diabétiques, mais seulement 25 % à 50 % des personnes atteintes sont diagnostiquées et traitées [6]. Le risque de dépression est également plus élevé chez les personnes dont le diabète n'est pas bien contrôlé et chez celles qui ont des complications de la maladie. Environ 30 % des personnes diabétiques présentent des symptômes dépressifs significatifs et près de 10 % souffrent de dépression majeure [7].

La dépression peut également avoir un impact négatif sur la gestion du diabète, car elle peut entraîner une adhérence réduite aux plans de traitement, une mauvaise autogestion causant un risque accru de complications. Lors d'une dépression majeure, les symptômes durent depuis au moins deux semaines et empêchent le fonctionnement normal de la personne.

Il est important pour l'équipe de soins de santé de poser des questions et de dépister la dépression chez leurs patients vivant avec le diabète, car la détection et le traitement précoces peuvent améliorer les résultats du diabète ainsi que la qualité de vie de l'individu.

Il est également important pour les personnes atteintes de diabète d'avoir accès aux soins de santé mentale et au soutien émotionnel pour les aider à faire face aux défis psychosociaux de vivre avec le diabète et à surveiller les signes de dépression.

Référez le patient pour traitement si les symptômes suivants sont présents :

- Agitation, apathie ou fatigue ;
- Difficulté à se concentrer, à se souvenir ou à prendre des décisions ;
- Larmes faciles ou, au contraire, envie de pleurer sans y parvenir ;
- Pensées suicidaires (qui devraient toujours être prises au sérieux) ;
- Déconnexion d'avec la réalité, pouvant comprendre le fait d'entendre des voix ou d'avoir des idées étranges.

Problèmes psychosociaux chez les personnes âgées vivant avec le diabète

Les personnes âgées atteintes de diabète font face à des défis psychosociaux spécifiques qui peuvent inclure la dépression ou l'anxiété, des défis sociaux tels que la perte d'autonomie et le retrait du milieu familial ou le placement dans un établissement [8]. Certaines personnes âgées peuvent souffrir de diabète de longue durée, ce qui entraîne des complications importantes, d'autres peuvent être nouvellement diagnostiquées avec des années de diabète non diagnostiqué et les complications qui en résultent. Le fonctionnement quotidien de cette population va de la faible comorbidité, de la diminution de l'activité physique à de la fragilité avec des maladies chroniques sous-jacentes, à la comorbidité importante liée au diabète ou au fonctionnement physique ou cognitif très limité.

Il a été démontré que le diabète de longue durée de type 1 et de type 2 est associé à un risque plus élevé de déclin cognitif (Larger 2018). La capacité cognitive est liée à l'attention, à la mémoire, à la logique et au raisonnement, ainsi qu'au traitement auditif et visuel, qui sont tous impliqués dans le comportement d'autogestion du diabète. De plus, le diagnostic de démence est également plus fréquent chez les personnes atteintes de diabète, tant de type 1 que de type 2, surtout si la glycémie n'a pas été bien contrôlée. Par conséquent, il est fortement recommandé de surveiller la capacité cognitive des personnes âgées, en particulier en ce qui concerne leur capacité à s'auto-surveiller, prendre régulièrement leurs médications et à porter des jugements sur leurs symptômes, leur état physique et les modifications nécessaires de leurs comportements d'autogestion, qui sont tous effectués grâce aux fonctions exécutives [9].

Rôle de soutien de l'équipe de soin

L'évaluation et le soutien d'ordre psychosocial font partie de la prise en charge globale du patient vivant avec le diabète. Les soins psychosociaux doivent être intégrés dans une approche collaborative centrée sur le patient et fournis à toutes les personnes atteintes de diabète, dans le but d'optimiser les résultats en matière de santé et la qualité de vie liée à la santé [10].

Le dépistage et le suivi psychologique et psychosocial du patient doivent inclure l'évaluation pertinente des problèmes psychosociaux et des stress familiaux qui pourraient avoir une incidence sur la gestion du diabète.

Voici quelques éléments significatifs dont il faut tenir compte dans cette démarche, sans exclure d'autres qui pourraient être significatifs et spécifiques pour un patient en particulier :

- Les croyances et attitudes à l'égard du diabète ;
- Les attentes en matière de prise en charge médicale et les soins d'autogestion ;
- La qualité de vie générale et liée au diabète ;
- Les ressources disponibles (financières, émotionnelles, éducationnelles pour la gestion du diabète dans un langage que le patient peut comprendre) ;
- Les antécédents psychiatriques.

L'équipe de soin doit surveiller régulièrement les personnes vivant avec le diabète pour détecter la détresse liée au diabète, en particulier lorsque les objectifs de traitement ne sont pas atteints et / ou au début des complications du diabète. Voici, ci-dessous, certaines recommandations qui peuvent être utiles :

- Aider le patient à identifier les signes précurseurs de la détresse et à élaborer un plan en cas de détresse ;
- Identifier le type de détresse à l'origine de son mal-être ;
- Prendre conscience de ses émotions (ex. : frustration, peur, anxiété, tristesse, colère, irritation, lassitude, stress) sans se dévaloriser ;
- Aider le patient à se donner la permission de relâcher un peu certains aspects de son traitement en reconnaissant qu'il est impossible de viser la perfection en permanence ;
- Encourager le patient à discuter de ses émotions avec l'équipe de soin ou avec un proche pour aider à réduire le stress et procurer le recul nécessaire pour mieux cerner les problèmes et envisager des solutions ;
- Encourager le patient à consacrer du temps à réaliser des activités plaisantes sur une base quotidienne ;
- Encourager le patient à déterminer les alliés parmi les membres de la famille et les amis et aussi identifier les proches qui ne sont pas aidants ou dont le soutien est maladroit ;
- Exprimer les émotions ressenties et le souhait d'obtenir plus de support de leur part ;
- Encourager la participation appropriée de la famille dans les tâches de gestion du diabète ;
- Reconnaitre que le transfert prématuré des soins du diabète à un enfant peut entraîner une non-observance des soins du diabète et une détérioration du contrôle glycémique ;
- Reconnaitre et fournir les services pertinents de support aux personnes âgées vivant avec le diabète, compte tenu des besoins particuliers qu'elles peuvent présenter.

CONCLUSION

Vivre avec le diabète implique des modifications importantes dans les habitudes de vie qui peuvent être difficiles à réaliser et à maintenir. Le fardeau de la gestion quotidienne du diabète peut causer un désarroi émotionnel et, chez certaines personnes, de la détresse, de l'anxiété et de la dépression.

Cependant, avec une gestion adéquate et un soutien pertinent et intégré par l'équipe de soin, les difficultés et

vie avec le diabète peuvent être réduits. Il est important pour les personnes atteintes de diabète d'être informées et supportées par l'équipe de soin et de bénéficier de l'aide pertinente quand elles rencontrent des difficultés émotionnelles ou sociales.

Les groupes de soutien, les groupes psychoéducatifs, le counseling ou les services psychologiques psychothérapeutiques sont des ressources qui peuvent aider les personnes atteintes de diabète à faire face aux défis émotionnels et sociaux causés par la maladie, dans le respect de la médication, des mesures de la glycémie et de la modification pertinente des habitudes de vie.

RÉFÉRENCES

1. *Gosselin M, 2000). Le stress au détour du chemin, Plein Soleil, Diabète Québec, Printemps 2000, p.25*
2. *Magny-Normilus C, Whittemore R, Wexler DJ, Schnipper JL, Nunez-Smith M, Fu MR. Barriers to Type 2 Diabetes Management Among Older Adult Haitian Immigrants. Diabetes Self Manag Care. 2021 Oct;47(5):382-390. doi: 10.1177/26350106211040435. PMID: 34610761; PMCID: PMC8939501*
3. *Magny-Normilus C, Whittemore R. Haitian Immigrants and Type 2 Diabetes: An Integrativ Review. J Immigr Minor Health. 2020 Apr;22(2):399-409. doi: 10.1007/s10903-019-00914-5. PMID: 31227973; PMCID: PMC7513641*
4. *Peyrot, M., R. R. Rubin, T. Lauritzen et coll. « Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study », Diabetic Medicine, vol. 22, 2005, p. 1379-1385*
5. *Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S68–S96.*
6. *https://www.cdc.gov/diabetes/managing/mental-health.html Accédé le 2/1/23*
7. *https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/psychologie/depression-et-troubles-anxieux/la-depression-et-le-diabete/ Accédé le 2/1/23*
8. *American Diabetes Association Professional Practice Committee; 13. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 1 January 2022; 45 (Supplement_1): S195–S207. https://doi.org/10.2337/dc22-S013*
9. *Beverly, E.A., Ritholz, M.D., Shepherd, C. et al. The Psychosocial Challenges and Care of Older Adults with Diabetes: "Can't Do What I Used To Do; Can't Be Who I Once Was". Curr Diab Rep **16**, 48 (2016)*
10. *Deborah Young-Hyman, Mary de Groot, Felicia Hill-Briggs, Jeffrey S. Gonzalez, Korey Hood, Mark Peyrot; Psychosocial Care for People with Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 1 December 2016; 39 (12): 2126–2140*

Autrice correspondante :
Evelyne Fleury-Milfort, RN, MSN, IPS

2. Formation (LNSP)

GESTION DES DÉCHETS AU LABORATOIRE

Mme Nadine Marguerite Désir, TM

Officier de Biosécurité, LNSP

Définition

Un déchet est toute substance ou tout objet qui n'est plus utile et que nous décidons de jeter. Il y a deux catégories de déchets : a) les déchets à risques (déchets infectieux) ; b) les déchets sans risques (déchets ménagers). La gestion de tous les déchets permet d'améliorer la sécurité des clients et du personnel et de réduire le nombre d'infections.

Catégories et types de déchets

Les déchets à risque sont les déchets infectieux, piquants ou coupants, chimiques, anatomiques, pharmaceutiques et radioactifs.

Les déchets à faible risque concernent les déchets ordinaires tels que tous les déchets solides ou liquides qui ne contiennent pas de matériel infectieux à risque (emballage, épluchures de fruits et légumes etc.). (fig. 1)

Types de déchets		
Déchets non infectieux	**Déchets infectieux**	**Déchets piquants, coupants, tranchants**
(papier, emballage, canette, bouteilles, épluchures, nourriture etc)	(gaze ou coton souillé, gants usagés, raccord de soluté, blouses jetables, nappes de paillasse etc…)	(aiguille, bistouri, hématocrite, lame, lamelle etc.)

Fig. 1 : catégories et types de déchets

Étapes de la gestion des déchets (fig. 2)

Les étapes suivantes sont décrites : le tri, la collecte, le stockage, le transport sur site et hors-site, le traitement et l'élimination.

Fig. 2 : étapes dans la gestion des déchets

1- Tri des déchets

Le tri consiste à séparer les déchets en plusieurs catégories : déchets perforants, déchets non perforants, déchets infectieux, déchets non dangereux (assimilables aux déchets ménagers). Le tri doit avoir lieu sur place au moment où ils sont produits. Un système de codage au moyen de couleurs permet de repérer les conteneurs dans lesquels les déchets doivent être entreposés une fois qu'ils ont été triés. (Fig. 3)

Fig. 3 : système de codage couleur facilitant la manutention des déchets

1- Collecte des déchets

Il s'agit d'enlever les sacs de déchets et de les transporter jusqu'au lieu de stockage ou d'élimination. Cette collecte doit se faire par type de déchets. Les sacs doivent être amarrés et étiquetés au cours du transport. (fig. 4)

Fig. 4 : collecte de déchets infectieux dans un laboratoire

2- Stockage des déchets

Le stockage est un moyen utilisé pour garder en toute sécurité les déchets en attendant de les collecter pour élimination.

Il doit se faire dans des contenants solides, robustes en plastique ou en métal ou dans des cases prévues à cet effet.

3- Transport des déchets

a) Sur le site, les déchets sont enlevés des services et transportés vers le lieu de stockage ou d'élimination dans l'institution. Le transport sur site doit s'effectuer au moyen de chariots adaptés et uniquement réservés à cet usage ;

b) Les déchets sont ensuite enlevés de l'institution et transportés vers le lieu d'élimination. Il faut s'assu-

rer que chaque établissement de soins, effectuant des transports hors site, soit au courant de l'endroit où se fait l'élimination des déchets.

4- Traitement des déchets

Le traitement des déchets infectieux se fait de sorteà atteindre un niveau de risque ou de degré infectieux considéré comme acceptable avant toute élimination. Il peut s'effectuer de deux façons :

a) Inactivation thermique (autoclave) ;
b) Inactivation chimique (Hypochlorite de Na à 0.5% ou 1%).

5- Élimination des déchets

L'élimination des déchets infectieux permet de détruire les germes pathogènes dans les déchets pour les rendre moins dangereux pour l'homme. Les techniques utilisées en Haïti sont l'incinération, le brûlage en plein air et la mise sous terre (enfouissement).

La gestion des déchets est une urgence !

Les conséquences de la mauvaise gestion des déchets sont la prolifération de germes pathogènes et le risque de dégradation de l'environnement.

Importance et avantages de la bonne gestion des déchets

Par la bonne gestion des dechets, on réduit la probabilité de contamination du sol ou des eaux souterraines par des produits chimiques ou microorganismes contenus dans les déchets médicaux. De plus, on attire moins d'insectes et de rongeurs et d'animaux de toutes sortes. La bonne gestion des dechets réduit les odeurs et aide à assurer un environnement esthétiquement agréable.

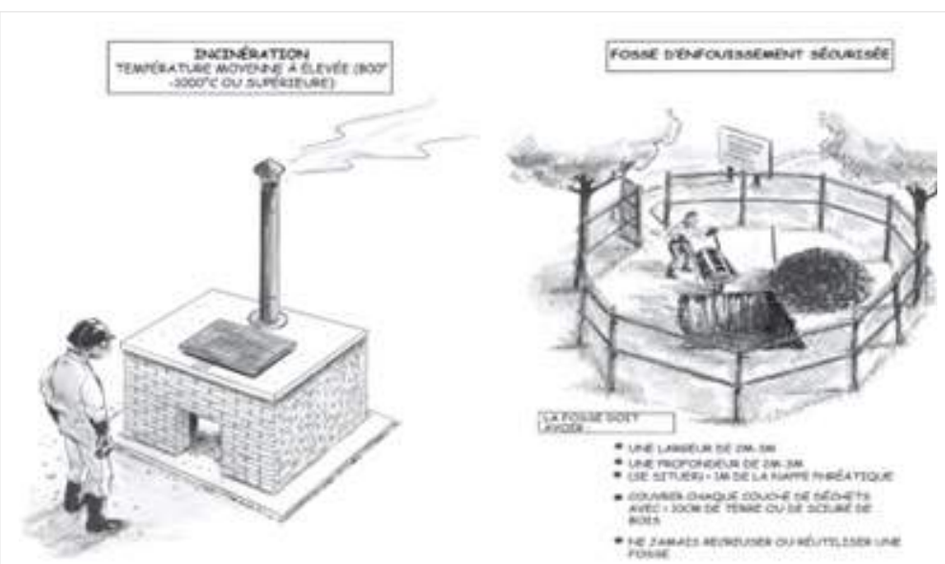
Désavantages d'une mauvaise gestion des déchets

Il y a un risque évident pour le personnel par piqûre accidentelle, blessure et contamination avec des agents infectieux. ; un risque pour la communauté avec une probabilité d'expositions aux agents infectieux en raison de la non-application des méthodes appropriées d'élimination des déchets ; un risque pour l'environnement par contamination des sources d'eau au cours du traitement des déchets et la pollution de l'air due à l'émission de gaz hautement toxiques au cours de l'incinération.

Conclusion

La gestion des déchets est un ensemble de gestes simples qui permet d'agir concrètement pour améliorer le cadre de vie et préserver le bien-être de la population. La mise en place d'une politique de gestion des déchets dans chaque établissement de santé est un impératif en vue de protéger la santé de l'homme et de l'environnement.

Remerciements à Mme Nadine Marguerite Désir et a Mr Hamel Edet.



1. Interventions infirmières pour aider les personnes amputées et leur famille à faire face pendant le processus de réadaptation.

Josette Lauture Charles RN, BSc. M. Ed

RÉSUMÉ

L'objectif principal qu'un amputé devra atteindre pendant sa réadaptation est l'acceptation de l'amputation. L'amputé devra apprendre à accepter la perte d'abord avant l'idée d'intégrer la prothèse dans son image corporelle, suivi de l'utilisation de la prothèse qui doit être accomplie afin qu'il puisse atteindre son plus haut niveau d'autonomie fonctionnelle. Un conjoint (e), devra apprendre à vivre et à apporter son soutien face à cette perte. Le conjoint doit être également disponible pour la personne qui a subi l'amputation. De plus, une bonne compréhension des membres de la famille, du diagnostic et du résultat doit être claire pour faciliter l'adaptation à une situation potentiellement menaçante. Le membre de la famille pourrait être mis à contribution pour aider l'infirmière durant l'accompagnement, avec le réconfort et le soutien nécessaires face à la situation accablante de la perte d'un membre.

INTRODUCTION

L'amputation est un acte chirurgical qui n'est pas sans conséquence. Les problèmes liés aux amputations sont physiques, psychologiques, et sociaux. Ainsi plusieurs études ont été réalisées pour expliquer les conséquences de ce geste chirurgical. Plusieurs paramètres sont à prendre en considération pour comprendre l'adaptation de l'amputé à ce changement majeur.

D'après Yetzer, Kauffman, Sopp et Talley Rehabilitation Nursing Mosby (1994) [1]: « Les objectifs pour l'individu qui a des déficiences des membres souvent dues à une amputation chirurgicale, varient selon le site, le degré et l'état de l'amputation et la santé globale de l'individu ».

BuijK (2000), a réalisé une étude avec l'utilisation de questionnaires postaux pour enquêter sur les prothèses utilisées. Lorsqu'on a demandé aux patients ce qu'ils pensaient de la façon d'améliorer les services pour faciliter l'utilisation de prothèses, beaucoup ont signalé le besoin d'améliorer leur confiance en soi ou leur compréhension de leur état. Les patients ont également demandé des informations précises. [2]

Selon Powel et dell ortho Rehab Nursing (1986), [3] en étudiant la réaction de la personne handicapée au traitement et la performance en réadaptation, on a constaté que la réaction au traitement et la performance en réadaptation étaient influencées à la fois par la personne et l'environnement familial. Par conséquent, il est très important que les infirmières prodiguent des soins et les planifient dans le cadre de la famille et ne se concentrent pas uniquement sur le client.

En Haïti, l'amputation reste un geste mal évalué. Cependant, que l'amputation soit faite en raison d'un accident, d'une gangrène d'origine vasculaire ou diabétique, cette dernière se retrouve pour la plupart du temps fréquemment corrélée à l'amputation, dans la communauté haïtienne (2018, healthequityinte.org, Hôpital St Boniface à Fond des Blancs. Quelques histoires de patients amputés. Ces cas étaient, pour la plupart du temps, des gangrènes dues au diabète, selon l'explication des patients motivant leur présence au centre de réadaptation. (Histoires vraies des patients, 2020 Http.//healthequityinte.org. (Stories). [4]

À l'hôpital St Boniface de Fond-Des-Blancs en Haïti, la situation des personnes nécessitant l'utilisation d'une prothèse après la perte d'un membre, porte à croire, qu'ils bénéficieraient de cet article : Témoignage d'un patient (2016) : [5]

« Je voudrais dire à l'hôpital et à One Leg Up on Life : *merci… pour tout ce que vous faites. Continuez à aider les gens comme vous le faites. Vous prouvez qu'en Haïti, nous avons les mêmes droits que tous les autres peuples. Je sais que Dieu vous donnera plus de force pour aider plus de gens ici. Haïti a besoin d'un groupe comme celui-ci pour aider les personnes qui ont perdu des membres ».* Cependant, à entendre parler de l'émission One Leg Up on Life et des personnes qui ont perdu leurs jambes après le tremblement de terre de 2010, tout porte à croire qu'il n'y a pas eu grand-chose de fait pour l'amputé, au point de vue de support émotionnel. En effet, si la réadaptation était la clé pour la clientèle haïtienne après l'amputation, elle était concentrée surtout sur l'aspect physique. D'où, selon les observations de l'auteure, toute l'importance que revêt cet article. En l'occurrence, la connaissance des interventions et des résultats peut être utilisée par le personnel de l'hôpital pour fournir un soutien émotionnel à l'amputé pendant sa réadaptation.

À noter que les informations ci-dessus ne figuraient pas dans l'article initial, rédigé à la suite d'une enquête et publiée en 1996 dans un milieu de réadaptation au Canada. Par souci de validité et de rigueur, l'auteure s'est documentée sur le web pour s'informer de la réalité haïtienne concernant l'utilisation des prothèses et les mécanismes d'adaptation des personnes amputées.

L'infirmière peut également travailler avec l'équipe multidisciplinaire pour s'assurer que ses objectifs pour le patient et la famille sont connus de l'équipe. Lorsqu'on parle d'équipe multidisciplinaire, on parle de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, de médecin et d'assistant social. Bien que le titre de cette présentation soit ''Interventions infirmières'', n'importe lequel des membres de l'équipe peut bénéficier de ces interventions. Il est important que le personnel médical y compris les infirmières puissent comprendre la situation des amputés pour leur aider à solutionner leur problème.

En effet, perdre son image corporelle peut amener une charge émotive au point de déstabiliser le patient face à sa rééducation qui, pour lui, représente un réel fardeau. Les infirmières jouent un rôle important dans le processus de réadaptation du patient et de sa famille. De plus, les infirmières doivent structurer les expériences d'apprentissage qui visent à répondre aux besoins, aux objectifs et aux styles de résolution de problèmes de l'individu ou de la famille. Cet article présentera les interventions infirmières développées en lien avec des résultats de recherche publiés en 1996 et qui peuvent favoriser une adaptation positive pour le patient et sa famille face à la réadaptation après une amputation. Les polytraumatismes rapportés d'accidents et de morbidités chroniques d'ordre vasculaire, ont porté l'auteure, à vouloir connaître la réalité socio sanitaire des amputés en Haïti. Dans l'article, l'accent est mis sur le soutien émotionnel, puis sur le réconfort du patient et de sa famille. Chaque intervention avec le patient, préférablement doit impliquer sa famille, afin de maximiser les résultats escomptés. La famille joue un rôle important dans la vie de l'individu, pendant l'étape de tristesse et de désespoir.

BUT/Objectif

En tant qu'infirmière en réadaptation, il faut tenir compte des questions éthiques en aidant le patient et sa famille à faire face durant la phase de réadaptation. Lors de la planification des objectifs pour aider le patient et la famille à faire face à la situation, il est important de prendre en compte, selon la norme et le code de déontologie de l'Association des infirmières en réadaptation (ARN, 1985) de ces deux exemples de problèmes éthiques :

1. L'infirmière en réadaptation reste consciente de ses croyances, des systèmes de valeurs et de l'effet qu'ils peuvent avoir sur les soins qu'elle prodigue au client et à ses proches ;

2. L'infirmière en réadaptation favorise la diffusion d'information et la discussion qui permettent au client de participer pleinement à la prise de décision.

MÉTHODOLOGIE

En l'an 1996, alors travaillant à l'Hôpital Juif de Réadaptation à Laval (Québec), l'auteure se rendit compte que certains patients amputés ne pouvaient pas faire face à la perte d'un membre. Elle a décidé, utilisant une étude qualitative d'effectuer une recherche avec des amputés du centre de réadaptation afin de déterminer ce dont les amputés avaient besoin pour favoriser leur réadaptation.

1. En observant le comportement de 15 amputés dans les unités de soins et 15 amputées de la clinique externe, dans une discussion de groupe face à la prothèse utilisée et l'estime de soi, l'auteure a pu constater de la dépression suivant l'amputation est une incapacité de faire face à la situation avec la conséquence le manque d'efficacité des résultats de la réadaptation (Réhabilitation Nursing Mosby ; (1996). [6] En les observant, l'auteure s'est rendu compte que les amputés avaient besoin d'améliorer leur estime de soi, tenant compte que les infirmières jouent un rôle important dans le processus de réadaptation du client et de sa famille. L'objectif principal des infirmières était d'engager l'individu et le membre de la famille dans un processus d'adaptation positive qui favoriserait une réadaptation réussie.

2. En faisant une entrevue semi-structurée, des données ont été recueillies et analysées pour finaliser les besoins, les objectifs et le style de résolution de problèmes du client et de la famille.

On en vint à décider de l'élaboration d'un document de recherche qui présenterait les interventions des infirmières et des résultats pouvant favoriser une adaptation positive pour le patient et la famille face à la réadaptation après une amputation.

INTERVENTION/ RÉSULTATS

Les interventions suivantes ont été testées auprès de certains amputés et de leur famille pendant leur séjour en réadaptation à l'Hôpital Juif de Réadaptation Laval (Québec) Canada et elles leur ont été très bénéfiques pour aider à faire face à la perte. De plus, ces interventions ont été particulièrement utiles pour promouvoir l'estime de soi et faciliter la réadaptation. Les objectifs fixés ont été atteints dans le paramètre de chaque niveau fonctionnel individuel de capacité.

Plus tard, en 2005, travaillant alors à l'hôpital de Réadaptation Lindsay à Montréal, l'auteure a observé les mêmes comportements chez les amputées : manque d'estime de soi, dépression etc. Ainsi, la recherche fut aussi très utile à ces autres intervenants travaillant auprès des amputés. À la lumière des résultats similaires sur le comportement des amputés, espérons que ces interventions / résultats pourront être utiles aussi aux infirmières et applicables pour les clients en Haïti :

- ÊTRE disponible pour écouter le client et sa famille ;
- AIDER à mettre les problèmes en perspective et à utiliser la conscience de soi pour améliorer le sentiment d'accomplissement et l'estime de soi ;
- RECONNAÎTRE et comprendre les croyances et les valeurs du client et de sa famille lorsqu'il souhaite partager ses sentiment ;
- DEMANDER des éclaircissements si vous ne comprenez pas ce qui a été dit ;
- CONSIDÉRER les objectifs du patient et de sa famille comme les choses les plus importantes pour lui, elle et eux ;
- COMPRENDRE les objectifs du patient et le désir d'atteindre ses objectifs ;
- ENSEIGNER aux patients et à la famille des techniques de relaxation pour réduire le stress et l'anxiété ;
- Demander au patient de rencontrer un autre amputé qui s'est bien comporté lors de sa réadaptation, mais seulement après l'acceptation de l'amputation, et avec certaines conditions ;
- EXPLORER les forces et les ressources pour promouvoir les objectifs de réadaptation ;
- COMMUNIQUER des informations pertinentes ;
- PLANIFIER des objectifs efficaces appropriés en collaboration avec le client et sa famille ;
- ENCOURAGER un soutien social qui favorise une adaptation

CONCLUSION

Pour que le patient amputé et sa famille comprennent ce que sera l'avenir, le soutien émotionnel et le réconfort jouent un rôle important dans la réadaptation. Une référence à un psychologue est parfois importante. Cependant, en tant qu'infirmière, la première impression et la communication vers la compréhension de ce que c'est que d'être une personne amputée font une grande différence pour le patient. Lui montrer que vous vous souciez de lui et lui donnez l'occasion de vous faire confiance sera un bon début dans une relation solide. N'oubliez pas qu'en réadaptation, avant que le patient puisse voir quelqu'un d'autre, l'infirmière sera le premier contact à l'admission. Par conséquent, si vous prenez un mauvais départ, il sera très difficile pour le patient de coopérer et même de vous faire confiance en tant qu'aidant. De plus, il perdra espoir de devenir un jour indépendant dans ses activités quotidiennes, il ne pourra plus en faire face et il sera menacé.

Enfin, même si le patient est très en colère à l'admission, soyez compréhensif, c'est un sentiment normal, car il n'a pas encore appris à accepter l'amputation. Et, si le patient montre des signes d'abandon, soyez disponible pour lui et répondez honnêtement à ses questions.

RÉFÉRENCES

1. *Yetzer, E. A., Kauffman, G., Sopp, F., & Talley, L. (1994). Development of a patient education program for new amputees. Rehabilitation Nursing, 19(6), 355-358 http://www.oneleguponlife.org/ one leg up on life (2018)*
2. *Buijk-(1988) Use and usefulness of lower limb prostheses Journal of rehabilitation 11(4) 361-367*
3. *Powell and Dell Orto (1986) Rehab nursing (1999) page 767*
4. *https://healthequityintl.org/stories Témoignage d'un patient (2016) https://healthequityintl.org/our-work*
5. *Hôpital St Boniface à Fond des Blancs quelques histoires de 'patients' amputés 2020 http://www.oneleguponlife.org/ one leg up on life (2018)*
6. *for peripheral arterial disease. European journal of vascular surgery, 7(4), 448-451.*
7. *Rehabilitation Nursing (1996) Mosby 6 page 639*

Autres lectures recommandées :

1. *Callahan D. (1990) What kind of life New York, Simon and Schuster,*
2. *Haas Janet (1993) Ethical considerations of goals setting for patient care in rehabilitation medicine AM j Phys Med. Rehab 72,228,232*
3. *Haas Janet (2016) Ethical Issues in Rehabilitation Medicine….*
4. *Pell, J. P., Donnan, P. T., Fowkes, F. G. R., & Ruckley, C. V. (1993). Quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial disease. European journal of vascular surgery, 7(4), 448-451.*
5. *Kent, R., & Fyfe, N. (1999). Effectiveness of rehabilitation following amputation. Clinical Rehabilitation, 13(1), 43-50*
6. *Association Québécoise des Intervenants auprès des personnes amputées (AQIPA) mai 2002.*

Auteure correspondante :

Josette Lauture Charles RN, BSc. M..Ed

charlesrks@videotron.ca

Phone Home 450-622-8150

Mobile 514 865-7588

If in the United States no access to long distance 772-800-7707

2. Professionnels des sciences de la santé en Haïti : défis, enjeux et perspectives

Evans Vladimir LARSEN, MD.
Professeur au Département d'OBGYN de l'Université d'État d'Haïti
Directeur de la Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS/MSPP)

INTRODUCTION

En ce 21e siècle, les besoins en ressources humaines diversifiées et qualifiées demeurent un véritable défi pour Haïti. A côté des nombreuses crises sociales et politiques traversées par le pays, entraînant une vague d'émigration de professionnels qualifiés, un déficit de reproduction de certaines compétences est constaté, associé à l'absence de l'émergence d'autres compétences essentielles.

Pour aborder cette problématique, en lien avec le domaine de la santé, une analyse des provisions juridiques a été effectuée. Il en ressort, au travers du décret du 17 novembre 2005, la mise en évidence des attributions du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), notamment celles d'assurer la régulation et le contrôle de toute action publique ou privée relevant de ses domaines de compétence; d'enregistrer et de contrôler les titres de professions médicales et paramédicales et de s'assurer de l'adéquation de l'exercice de toute profession ou activité en relation avec la santé; de s'assurer de la disponibilité et de la qualité des ressources humaines requises pour l'application des politiques et plans de santé [1].

Par voie de conséquence, le MSPP s'est donc doté d'un instrument, la Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS), chargée de s'assurer du contrôle des curricula du personnel prestataire de soins, de la validation du développement de cursus de formation de base adaptés à l'application de la politique de santé et des normes tant internationales que régionales en vigueur dans le domaine de l'enseignement médical et paramédical ; de l'élaboration et de la diffusion des normes de pratiques professionnelles et le suivi de leur application par le personnel des différents types de structures sanitaires ; ainsi que de la réglementation de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé en établissant les normes et procédures en matière de formation continue et d'accréditation des professionnels de la santé aussi bien qu'en veillant (que veiller à leur application [2]. De ce qui en découle, la DFPSS détient un lourd héritage qu'il faudra gérer, de reconstituer et, de ce fait même, optimiser en vue d'aménager une dynamique de régulation propre à une institution régalienne.

Dans l'évolution de la pratique moderne de la médecine par rapport à l'approche contemporaine prônant une santé globale pour un développement sociétal durable, la formation et la disponibilité de professionnels en sciences de la santé en Haïti doivent être abordées de manière plus large. Au vu des responsabilités de cette direction et des controverses dans la compréhension de plus d'un autour de ces professionnels, il s'avère pertinent qu'un éclairage didactique soit effectué afin de contribuer à une meilleure approche de cette problématique. Aussi, nous nous proposons, à travers ce texte, d'en préciser le concept, de présenter une classification générale des professionnels de la santé, de rappeler les catégories existant dans le pays, de jeter un regard sur la production, enfin de réaliser une analyse situationnelle et proposer des perspectives.

PRÉCISION CONCEPTUELLE

Les sciences de la santé se définissent comme étant des études ou des pratiques de différentes spécialités ayant pour objet la santé des individus. Plus précisément, elles ont pour but de permettre l'appropriation de connaissances au travers de nouvelles découvertes et de nouveaux traitements, de comprendre et de soulager toutes sortes de maladies ainsi que la souffrance humaine.

Aussi, les techniques modernes des soins de santé mobilisent un nombre croissant de professionnels de haut niveau, sous forme d'équipe interdisciplinaire. Ils sont appelés des professionnels de la santé ou professionnels en sciences de la santé par le fait qu'ils interviennent d'une manière ou d'une autre dans l'administration des soins et services. Il s'agit, dans ce cadre-là, d'un concept assez global et large. La profession de la santé est une profession dans laquelle une personne exerce ses compétences, émet son jugement ou, fournit un service lié au maintien aussi bien à l'amélioration de la santé des individus. Elle (Il) peut aussi s'orienter vers le traitement des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité [3].

CLASSIFICATION GLOBALE

La description proposée ci-dessus amène à considérer globalement deux catégories de professions dans ces champs : les professions médicales et les professions paramédicales.

1- Les professions médicales concernent les professionnels (celles) pouvant exercer des actes médicaux à proprement parler et ayant le droit de prescription. Normalement, celles-ci sont bien circonscrites. Cela sous-entend que l'habilitant (le professionnel en question) ne doit pas dépasser le cadre de compétence de la profession. C'est le cas du médecin, du pharmacien, du chirurgien-dentiste, du vétérinaire, de la sage-femme.

De nos jours, les champs de compétences de cette catégorie sont répertoriés à travers les branches qui représentent les domaines d'expertise des différentes professions médicales, à savoir :

a) Les branches de la médecine ; médecine familiale, médecine interne, médecine intégrale allergologie, anesthésie-réanimation, oncologie, cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gériatrie, hématologie, hépato-gastro-entérologie, infectiologie, médecine physique et de réadaptation, médecine d'urgence, néphrologie, neurologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, rhumatologie, toxicologie
b) Les branches de la chirurgie : chirurgie générale, chirurgie cardiothoracique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie dentaire, gynécologie-obstétrique, neurochirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie
c) Les branches de la pathologie : anatomie pathologique, biochimie clinique, biologie interventionnelle, biologie médicale, biologie de la reproduction, cytologie pathologique, génétique biologique, hématologie biologique, immuno pathologie, médecine légale, microbiologie médicale, thérapie cellulaire, thérapie génique, transfusion
d) Les branches de l'imagerie médicale diagnostique et thérapeutique : échographie, médecine nucléaire, radiologie conventionnelle, mammographie, radiologie vasculaire, radiologie interventionnelle, radiothérapie et endoscopie,
e) Autres branches : épidémiologie, maïeutique, médecine du sport, médecine du travail, pharmacie, radiobiologie, santé publique, soins palliatifs

2. Les professions paramédicales sont celles qui ne sont pas exercées par un médecin, un pharmacien, un dentiste, un vétérinaire ou une sage-femme, elles concernent:

a) Les Aides-soignants ou préposés aux bénéficiaires
b) Les Aides médico-psychologiques ou psychologues ;
c) Les ambulanciers : qui gère le transport de blessés, malades, parturientes (femmes enceintes) à des fins de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale ;
d) Les brancardiers : qui prennent en charge les patients qui ne peuvent se déplacer seuls, depuis

leur chambre ou l'accueil d'un établissement hospitalier jusqu'au bloc opératoire, le service radiologie, le laboratoire... Ils sont garants de leur sécurité ;

e) Le diététicien : qui assure la prise en charge de l'alimentation ;

f) L'ergothérapeute : qui s'occupe de la réadaptation fonctionnelle par l'activité manuelle

g) Les infirmiers : qui dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie ;

h) L'inhalothérapeute: qui effectue la prise en charge des soins cardio-respiratoires (ventilation mécanique, aérosolthérapie, assistance à l'anesthésie, épreuves d'évaluation de la fonction pulmonaire, etc.) ;

i) Le Préparateur en Pharmacie Hospitalière : qui réalise la dispensation des médicaments aux services cliniques et la rétrocession au public, approvisionnements, pharmacotechnie, contrôles, conduites des opérations de stérilisation, préparations magistrales et hospitalières, reconstitution des cytotoxiques ;

j) Le Préparateur en Pharmacie travaillant en pharmacie d'officine. Dispensation des médicaments, approvisionnements (livraisons, réceptions), préparations magistrales ;

k) Le masseur-kinésithérapeute : qui s'occupe du traitement par massages, mobilisations, physiothérapie, gymnastique médicale, rééducation et réhabilitation ;

l) Le manipulateur en électroradiologie médicale : qui procède à la réalisation des examens d'imagerie médicale diagnostique (radiographies, scanners, IRM, TEP-Scanner, scintigraphies, électrologie etc.) et thérapeutique (radiothérapie) ;

m) Le technicien de biologie médicale : qui réalise les analyses de biologie (biochimie, hématologie, sérologie, hormonologie, hémostase, bactériologie, mycologie, virologie, parasitologie).

n) L'opticien : qui réalise des équipements optiques pour améliorer la vision (lunettes correctrices, lentilles de contact, systèmes grossissants etc.) ;

o) L'optométriste : qui fournit les premiers soins de la vue, que ce soit pour l'examen de la vision ou pour le traitement de pathologies mineures.

p) L'orthopédiste-orthésiste : qui réalise sur mesure des appareillages externes à but thérapeutique ;

q) L'orthoprothésiste : qui conçoit et réalise sur moulage des prothèses et des orthèses ;

r) L'orthoprothésiste : qui conçoit et réalise sur moulage des prothèses et des orthèses ;

s) L'orthophoniste : qui contribue à la rééducation de la parole et du langage oral et écrit, la kinésithérapie de la sphère Oto-rhino-laryngologique (ORL) (déglutition, larynx, langue, trompe d'Eustache respiration...), l'éducation ou la rééducation de la communication chez les sourds, les patients atteints d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), de démences, des troubles de l'attention, etc. ;

t) L'orthoptiste : qui gère le traitement des troubles de la vision binoculaire ;

u) Le Pédicure-Podologue : qui assure le traitement des pathologies liées au pied ;

v) La psychomotricien : qui s'occupe de la prise en charge des fonctions perceptives, cognitives et motrices ;

w) Les secours paramédicaux (Paramédics, en Amérique du Nord) ;

x) Les professionnels des Activités physiques adaptées (APA) : qui participent à la prise en charge par la pratique adaptée d'activité physique (activité physique adaptée) en vue de l'amélioration de l'état général de santé des populations en situation de handicap physique, mental ou social ;

y) Le tabacologue : qui aide à l'arrêt tabagique, la prévention du tabagisme et la formation des intervenants en santé. Selon ses études d'origine (médecin, psychologue, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, membre d'une association de prévention, etc.) il peut prescrire ou seulement conseiller des produits d'aide à l'arrêt ;

z) L'assistant en logistique en milieu hospitalier : qui intervient en soutien du personnel infirmier, au sein d'une unité de soins et/ou du service d'urgences, pour améliorer le confort des patients et réaliser des tâches d'assistance des patients. Il réalise également des tâches administratives inhérentes au fonctionnement des services précités et prestées au sein de ceux-ci.

Néanmoins, dans certains pays, la tendance est à la médicalisation des professions d'infirmières et d'aides médico-psychologiques. Cela se fait à travers une formation post-graduée de deuxième ou de troisième cycle.

CLASSIFICATION EN HAÏTI

Les professions médicales existant en Haïti toutes branches confondues sont les suivantes : Médecin généraliste ; Médecin de famille ; Dentiste ; Cardiologue ; Endocrinologue ; Psychiatre ; Ostéopathe ; Pédiatre ; Gynécologue-obstétricien ; Gériatre ; Pneumologue ; Chirurgien général ; Chirurgien thoracique et vasculaire ; Chirurgien pédiatrique ; Chirurgien neurologue ; Chirurgien plasticien ; Urologue ; Anesthésiologiste ; Orthopédiste et Traumatologue ; Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL) ; Dermatologue ; Gastro-entérologue, hépatologue ; Ophtalmologiste ; Médecin urgentiste ; Interniste ; Néphrologue ; Radiologue ; Neurologue ; Néo-natologue ; Hématologue ; Oncologue ; Rhumatologue ; Vétérinaire ; Pharmacien ; Sage-Femme.

Tandis que pour les professions paramédicales s'y trouveront : infirmier(e) de ligne ; infirmier(e) anesthésiste ; infirmière en santé mentale ; infirmière en bloc opératoire ; assistant en logistique en milieu hospitalier (auxiliaire-infirmière) ; infirmières pédiatriques, aide médico-psychologique ; ambulancier ; brancardier ; diététicien ; masseur-kinésithérapeute (physiothérapeute) ; manipulateur en électroradiologie médicale (technicien en radiologie) ; technicien en biologie médicale (technologiste médical) ; technicien de laboratoire (formation plus courte durée) ; préparateur en pharmacie d'officine ; optométriste (professionnel chargé de prévenir, détecter et résoudre les problèmes visuels).

LA PRODUCTION

Six catégories de professionnels font partie de l'horizon principal de la formation en sciences de la santé [4]. Ceci s'explique par le fait que les institutions académiques publiques et privées vont surtout s'investir à en produire régulièrement pour alimenter le marché local. Ces derniers reçoivent une formation universitaire de niveau licence : médecin ; pharmacien ; chirurgien-dentiste ; sage-femme ; infirmier ; technologiste médical. Un regard sur les quatre dernières années permet de bien établir la tendance de leur production. Le tableau ci-dessous présente l'effectif annuel pour chaque catégorie déployée en service social. Néanmoins, suivant le décret du 7 mai 1981, tous les diplômés boursiers de la FMP-UEH sont astreints au service social [5] et, prenant appui sur ce texte, tous les médecins diplômés d'une université reconnue locale ou étrangère y sont également astreints ainsi que les autres catégories de professionnels de la santé issues d'une institution académique publique.

Comme annoncé dans le paragraphe précédent, ces chiffres établissent la tendance, mais sont loin de représenter la réalité de la production. D'une part, tous les nouveaux diplômés en santé n'intègrent pas le service social : c'est le cas des infirmier(e)s diplômés des institutions académiques privées reconnues qui obtiennent leur permis d'exercer après avoir réussi aux examens d'état (830 en moyenne / an), des diplômés en odontologie de l'Université Autonome de Port-au-Prince (UNAP) (6 en moyenne / an) et des pharmaciens de l'Université Notre Dame d'Haïti (18 en moyenne / an [6]. D'autre part, en dehors de ces cas spéciaux, il faut

Tableau # 1 : Représentation de l'effectif de professionnel de la santé en service social par catégorie et par année fiscale

Catégories	Exercice fiscal			
Professionnel en service social	**2018-2019**	**2019-2020**	**2020-2021**	**2021-2022**
Médecins	901	776	736	980
Infirmières	345	321	235	325
Dentistes	27	58	21	30
Pharmaciens	41	56	44	40
Technologistes médicaux	44	119	52	66
Sagefemmes	0	62	22	35
Total	**1358**	**1392**	**1110**	**1476**

Source : archives du service de bourses et de la formation continue (DFPSS)

signaler le cas des nombreux jeunes qui reçoivent une formation dans les différents domaines sus-cités dans des institutions académiques non reconnues par le MSPP, perdant temps et argent en attendant que le système de régulation étatique soit renforcé et autonome pour mettre un frein à ces dérives institutionnelles républicaines.

Les catégories susmentionnées ne sont pas les seules dans lesquelles le pays produit des professionnels. En effet, il existe d'autres catégories de professionnels évoluant à côté de ces professionnels de la santé. C'est le cas des : auxiliaire-infirmières ; aides médico-psychologiques ; ambulanciers ; brancardiers ; techniciens en radiologie ; techniciens de laboratoire ; préparateurs en pharmacie d'officine ; optométristes.

ANALYSE SITUATIONNELLE

Au prime abord, il est opportun de noter un déficit criant dans la production de professionnels paramédicaux (cadres intermédiaires) et dans les branches médicales de l'imagerie et de la pathologie, en particulier, en Haïti. A ce constat, il faut ajouter, parmi celles qui existent, que le nombre est nettement en deçà des besoins pour une couverture du pays. Ceci s'explique par le fait que, d'une part, les structures de formation ne sont pas armées pour les former correctement. Et si certains professionnels poursuivent, malgré tout, dans un autre pays une formation complémentaire, les difficultés d'insertion à leur retour, liées au climat socio-politique délétère sévissant dans le milieu ainsi que les revenus perçus, les découragent à y rester, à y vivre et exercer pour le bien de la communauté. Une réalité qui concerne à la fois les professionnels tant dans les branches pratiquées couramment que celles désignées sous le vocable de rares. D'autre part, la tendance à ne pas valoriser les cadres intermédiaires fait que le pays n'en produit pratiquement pas. Les institutions académiques s'acharnent à former surtout des professionnels de rang universitaire. Les professions nécessitant une formation de courte durée et de cycle court (3 mois, 6 mois, 12 mois, 24mois) ne sont pas promues. La plupart des professionnels existants sur le marché pour le niveau intermédiaire sont des autodidactes talentueux, ou des jobistes audacieux n'ayant aucune formation professionnelle certifiée. Or, si traditionnellement certaines professions du groupe paramédical sont considérées comme étant des métiers, par exemple : brancardiers, ambulanciers, technicien en radiologie, les exigences pour leur enrôlement relèvent plus des capacités physiques, manuelles, ou de formation en cours d'emploi, contrairement aux professionnels licenciés.

De nos jours, la conception tend à être modifiée. En effet, la différence conceptuelle historique entre métier et profession renvoyait à l'exercice d'une activité manuelle, technique ou mécanique reposant sur un ensemble de savoirs et gestes professionnels incorporés à la personne pour le métier , alors que la profession s'assimilerait aux activités intellectuelles et savantes. Aujourd'hui, profession et métier mettent l'accent sur le savoir acquis, soit par l'apprentissage, soit par la formation. La pratique de métier se valorise et se modernise dans nos sociétés. Le métier réclame le statut de profession. L'exercice d'un métier ou d'une profession contribue au développement des compétences, il est un indicateur de socialisation professionnelle et un signe spécifique de reconnaissance sociale. Ainsi le développement de la formation continue, la formation en cours d'emploi et les organisations qualifiantes et recentrées sur leur cœur de métier et recourant à une gestion proactive de compétences professionnelles modifient la conception sociale et traditionnelle de la notion de métier [7]. Ce changement de paradigme nous impose de revoir nos représentations mentales et de nous réajuster. Aussi est-il important pour le pays, non seulement de disposer en quantité de toutes les catégories de professionnels dont il a besoin, mais pour chacune d'entre elles qu'un profil de compétences soit clairement défini afin de s'assurer que la formation réponde aux besoins qualitatifs du pays ; que la profession soit évaluée, certifiée et valorisée ; et que l'exercice de la profession soit réglementé et protégé. Ce sont là des conditions essentielles et fondamentales pour la protection de la communauté, surtout dans un domaine aussi sensible que la santé.

Par ailleurs, il est important de souligner deux particularités internationales. L'exercice clinique du métier de psychologue exige que la formation du niveau de licence soit complétée par une formation de deuxième ou de troisième cycle où ce professionnel se spécialise dans le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux. Ce qui optimise les interventions de ce dernier auprès des malades et protège la communauté de surcroît.

Il en est de même pour les sciences infirmières qui tendent à se médicaliser. Les infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés sont des infirmières ou des infirmiers autorisés : titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en sciences infirmières ayant des connaissances et des compétences approfondies possédant de l'expérience dans une spécialité clinique (les infirmiers de bloc opératoire, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers en puériculture, en santé mentale, en cardiologie, en néphrologie). Actuellement, on retrouve des infirmières praticiennes (IP), au Canada, aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Les américains sont les premiers à avoir développé le rôle de l'infirmière praticienne au début des années 60, avec l'apparition des premières IP dans le but de contrer la rareté des soins médicaux dans les régions rurales [8]. Haïti suit aussi la tendance internationale et s'est lancée dans la formation d'infirmières praticiennes. Il est important que notre législation envisage de les encadrer comme cela se fait partout pour que cette nouvelle catégorie de professionnel se développe.

PERSPECTIVES

La loi du 18 novembre 2018 portant reconnaissance et validation des acquis de l'expérience professionnelle [9] donne une fenêtre pour la prise en compte de tout un chacun dans le système d'emploi dans le pays. Elle définit les conditions et les étapes à franchir pour transformer les expériences professionnelles en diplôme et détermine les instruments technico-administratifs visant l'organisation du marché du travail et du secteur des métiers. Elle envisage la mise sur pied d'un répertoire des métiers et des emplois qui aiderait les étudiants finissants, qui sont à la recherche d'emploi et les jeunes en quête d'identification des filières d'apprentissage, à disposer d'informations sur les métiers pour mieux

s'orienter dans leur choix professionnel. Ce cadre juridique, utilisé à bon escient, peut constituer un appui opportun aux institutions de l'enseignement supérieur et des centres de formation technique et professionnelle, pour qu'ils puissent se structurer et canaliser leurs offres de programmes de formation destinés au grand public.

Concomitamment, **le décret du 7 août 2020 relatif aux ordres professionnels et de métiers en Haïti représente un instrument pour la valorisation, l'organisation et la protection des corps de métiers** aux bénéfices de toute la société [10]. Il est donc encourageant que les pouvoirs publics, dans le but de protéger les consommateurs, adoptent des textes pour encadrer ou réglementer l'exercice des métiers et des professions. D'après les textes en application actuellement, la DFPSS est le pont entre le Ministère de l'Éducation Nationale (MENFP) et le MSPP pour l'enseignement supérieur sauf pour ce qui concerne les vétérinaires (professionnels de la santé s'occupant des animaux). Il est temps que les professions de santé particulièrement soient encadrées pour limiter les dérives de toute sorte. Notre plaidoyer aujourd'hui s'articule autour de la définition d'une politique publique axée sur la formation de cadres intermédiaires et le renforcement des capacités de chaque professionnel de la santé, ainsi que l'ouverture vers l'intégration et le développement de nouvelles capacités dites rares dans le pays.

CONCLUSION

Qu'ils soient politiques, humains ou d'ordre purement technique les grands défis du 21e siècle charrient des problèmes complexes et inédits aussi bien à l'échelle mondiale qu'à l'échelle sociétale. Le volume des connaissances et de ce fait des compétences s'accroit de manière exponentielle. Il s'avère donc essentiel qu'Haïti puisse s'adapter à ce dynamisme de production et de reconversion des compétences nécessaires à son développement, car l'obsolescence s'applique désormais à tout ce qui vit et croît.

Face à la menace croissante de déperdition des ressources humaines, au manque d'implication des leaders dans l'innovation pédagogique et technique, aux crises toujours urgentissimes qu'il faut sans cesse gérer, à défaut de les anticiper (au lieu d'être anticipées), la société haïtienne perd l'opportunité de modeler le citoyen dans ses dimensions patriotiques et professionnelles. Le concept de professionnalisation est galvaudé au profit des égos et ambitions. Il est plus que temps que la stratégie de politique verticale soit mise au rencart pour une approche transversale des axes visant la restructuration du tissu économique et social du pays. Il est évident qu'il faut des compétences pour gérer les services de santé et participer ainsi au développement sanitaire du pays. Il n'en demeure pas moins que la valorisation des professions intermédiaires de santé exige un nouveau regard pédagogique facilitant l'intégration de ces dernières dans la production des professionnels. C'est une étape importante qui pourrait nous rapprocher de ce Changement de paradigme tant souhaité. Cette démarche contribuerait, d'une part, à inventorier et recycler ces cadres intermédiaires et, d'autre part, elle servirait de jalon pour construire un véritable chantier pédagogique empreint de responsabilité sociale et ancré dans un respect de l'autre visant l'équité sous toutes ses formes. En optant pour cette stratégie hiérarchisant les professions dans un cadre juridique global, la société haïtienne pourrait atteindre une vision holistique épousant des modes de vie favorables à la santé, propulsant un environnement salubre et des services appropriés de prévention et de traitement ; tout cela contribuant au but ultime de développement économique et social pour tous.

RÉFRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Loi_Organique.pdf. Article 3*
2. *https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Loi_Organique.pdf. Article 31*
3. *https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Professionnel-de-la-sante.html*
4. *Document sur les profils de compétences en sciences de la santé. MSPP-DFPSS-2019*
5. *Décret du 7 mai 1981 astreignant les boursiers de la FMP-UEH au service social*
6. *Rapport consolidé de 2018-2022. MSPP-DFPSS*
7. *De LESCURE E. (2013). « Métiers et professions », Dictionnaire des concepts de la professionnalisation, pp 189-192.*
8. *https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/historique/a-l-internationale*
9. *La loi du 18 novembre 2018 portant reconnaissance et validation des acquis de l'expérience professionnelle*
10. *Décret du 7 août 2020 relatif aux ordres professionnels et de métiers en Haiti*

1. Vision holistique d'une psychologue féministe haïtienne pour les réparations, la guérison et la consolidation de la paix en Haïti. Un témoignage pour la paix.

Judite Blanc, PhD

Si ma mère vient et qu'elle ne me voit pas, dites-lui, si la porte est fermée, d'utiliser la fenêtre.

Ce vendredi 27 janvier 2023, une note de suicide et l'image d'une Haïtienne de 22 ans (Mica Innocent), qui s'est suicidée à Port-au-Prince, ont occupé une grande partie de la conversation sur Facebook. Selon sa mère, vendeuse ambulante, la famille venait de fuir les violences des gangs armés dans un autre quartier. Sans emploi, Mica a exprimé son inquiétude face à leurs difficultés financières et à la dégradation de la situation dans le pays.

Ce même vendredi, avant d'apprendre la nouvelle du suicide de Mica Innocent, j'ai rencontré des prestataires de soins de santé et des collègues américains d'origine haïtienne sur l'urgence de développer un projet d'étude de cohorte pour documenter les expériences traumatisantes de migration des femmes haïtiennes. Ils signalent un taux alarmant de viols, de grossesses non désirées, de nouvelles infections par le VIH et de symptômes post-traumatiques selon des données reçues auprès d'organisations communautaires basées aux États-Unis qui offrent des services aux immigrants haïtiens.

Ces dix derniers jours à Port-au-Prince, de violentes manifestations ont éclaté après le massacre d'une douzaine de policiers par des bandes armées. En 2023, 2,6 millions d'enfants haïtiens ont besoin d'aide humanitaire. La recrudescence de la violence armée, la résurgence du choléra, combinées à l'insécurité alimentaire et à la flambée de l'inflation, ont restreint l'accès aux services essentiels de santé, de nutrition, d'eau et d'assainissement, et d'éducation pour des millions d'enfants et leurs familles, a averti l'Unicef.

L'île est à un carrefour sociopolitique de son histoire : la violence et l'impunité sont institutionnalisées comme seuls moyens de survie et de gouvernance d'Haïti. En tant qu'experte haïtienne en traumatologie intergénérationnelle et survivante du tremblement de terre du 12 janvier 2010, c'est la première fois de ma vie que je vis une atmosphère aussi sombre et apocalyptique autour des communautés haïtiennes.

La détérioration de l'indice mondial de la paix et ses conséquences sociales et sanitaires sur les Haïtiens

Le Global Peace Index (GPI) ou Indice de Paix Globale, qui repose sur 25 indicateurs, a révélé qu'au cours des trois années après la catastrophe de 2010, la paix globale s'était améliorée en Haïti. Néanmoins, c'est sous la présidence de Michel Martelly qu'on a vu apparaitre des bandits *légaux* et que le pays a connu les fluctuations les plus tragiques de l'indice global de la paix. Selon le tableau 1, en 2010, l'année de la catastrophe naturelle la plus meurtrière de l'histoire d'Haïti, Haïti a été classé 93/163 dans le classement mondial de la paix. Cependant, en 2022, il a chuté de 22 places pour se retrouver 115e. (Tableau 1)

Autres indicateurs sociaux et de santé majeurs à prendre en compte

Au cours de la dernière décennie, selon Médecins Sans Frontières (MSF), le nombre de jeunes, en particulier les femmes et les filles, qui déclarent être exposés à la violence sexuelle et sexiste est très élevé. Sujet tabou en Haïti, cette violence est un problème sous-estimé. De mai 2015 à mars 2017, sous le règne de la masculinité toxique de PHTK la *clinique Pran Men'm* de MSF (dont le nom signifie « prends ma main » en créole) a traité près de 1 300 victimes de VBG, dont la plupart étaient mineures. Récemment, un rapport intitulé « La violence sexuelle à Port-au-Prince : une arme utilisée par les gangs pour instiller la peur » note des viols collectifs « pour instiller la peur, punir, subjuguer et infliger des souffrances aux populations locales. De 2018 à 2022, parmi les six des seize massacres et attaques armées documentés par le Réseau National de Défense des Droits Humains (RNDDH), au moins 102 femmes et filles ont été violées collectivement à plusieurs reprises. « Dans les quartiers pauvres, les femmes et les filles sont continuellement victimes et certaines se laissent mourir. Ces victimes vivent une tragédie sans précédent », dénonce *Rosy* Auguste, responsable de programme du RNDDH. En outre, plus de 96 000 personnes ont été déplacées par la violence des gangs armés. Pourtant, ni le gouvernement haïtien ni la communauté internationale n'ont mandaté les sites officiels de déplacement établis pendant les périodes précédentes d'instabilité ou de catastrophe.

Le taux de *migration* nette d'Haïti en 2010 qui était de 2.892, a bondi à 3.079 en 2019 pendant l'écluse de *peyi lock.* En outre, l'île a les taux de mortalité les plus élevés de certaines maladies cardiovasculaires dans les Caraïbes. Et chaque année, 1 048 femmes haïtiennes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus et 575 en meurent, l'un des taux les plus élevés de l'hémisphère occidental, selon l'hôpital Albert Schweitzer de la vallée de l'Artibonite en Haïti.

Au niveau politique, depuis l'assassinat présidentiel en juillet 2021, des montagnes d'accords politiques se sont accumulés et ont *accouché d'une souris* ! Le peuple haïtien ne peut plus se permettre ces accords politiques sans fin, et les *chita pale* entre certains groupes de la société civile, la classe politique et les acteurs internationaux. La survie de cette nation est en jeu. Plus nous tournons autour du pot, plus les groupes vulnérables sont touchés par les bandes armées. Des solutions non-violentes innovantes à long terme sont nécessaires de toute urgence pour sauver les vies haïtiennes.

Une lueur d'espoir à travers des initiatives communautaires d'éducation à la paix ?

Contrairement aux apparences, des initiatives de consolidation de la paix sont en cours dans la capitale, Port-au-Prince.

Tableau 1 : Le concept de l'indice mondial de la paix (GPI) et son association avec l'état de santé de la population haitienne. [1]

Évolution de l'Indice de paix globale (GPI) et santé de la population Haitienne depuis 2008

Année	Chef D'Etat	GPI	Classement/ 163 pays	Espérance de Vie	Mortalité des Enfants (sur 1000)	Mortalité Maternelle	Suicide pr 100,000 habitants
2008	Preval	2.14	110	59,60	63.82	484	10.1
2009	Preval	2.09	104	60	62.24	484	10.3
2010	Preval	2.06	95	60.35	62.67	506	10.9
2011	Preval/Martelly	2.03	85	60.71	62.1	496	10.1
2012	Martelly	1.98	78	61.06	61.53	500	10
2013	Martelly	1.92	72	61.41	60.95	496	9.9
2014	Martelly	2.08	105	61.83	59.62	492	10
2015	Martelly	2.04	95	62.25	58.29	488	10
2016	Martelly/Privert	2.01	93	62.68	56.96	489	9.8
2017	Privert/Moise	1.95	81	63.1	55.63	480	9.7
2018	Moise	1.97	81	63.52	54.29		9.7
2019	Moise	2.04	94	63.81	53.03		9.6
2020	Moise	2.13	106	64.11	51.77		11.17
2021	Moise	2.07	99	64.4	50.5		
2022	Henry	2.25	115	64.7	49.24		

Janvier 2023

Judite Blanc, Ph.D

Depuis 2005, VIVARIO Haïti a développé des activités basées sur une vision post-conflit avec des accords de paix, des activités de désarmement et de réintégration (DDR) combinées à des améliorations des infrastructures et des services tels que l'eau, l'assainissement, la collecte des ordures, la santé et la culture dans les zones marquées par un manque d'agences et de politiques étatiques. Ils ont contribué à la diminution de la violence dans les quartiers, comme Bel-Air. Vers 2005, Viva Rio a organisé une série de réunions entre chefs de gang. En quelques années, l'organisation non gouvernementale (ONG) a tenté de convaincre tout le monde, y compris la police, de cesser de s'attaquer les uns aux autres [2]

Il est également essentiel de souligner le travail de *Lakou Lapè* et les interventions d'éducation à la paix de la psychologue haïtienne Roseline Benjamin à Cité Soleil, en milieu scolaire et la ligne d'assistance psychologique gratuite de l'Association Haïtienne de Psychologie-AHPsy. De plus, récemment, entre le 12 et le 14 janvier 2023, en partenariat avec les parties prenantes mentionnées ci-dessus, AHPsy et *Rebati Sante Mantale*, j'ai eu l'occasion de contribuer en tant que membre du comité scientifique au premier sommet haïtien de psychologie de la paix au *Cap-Haïtien*. « Construire une paix durable en Haïti : le rôle de la psychologie en action » ! C'est le thème choisi. Ce sommet historique et *réussi* s'est tenu à *Lakou Breda*, la maison d'origine de l'un des dirigeants indépendantistes d'Haïti, Toussaint Louverture [3].

- Plus de 150 personnes ont assisté à la programmation du 12 janvier pour le 13e anniversaire du tremblement de terre, dirigée par le professeur Bayinah Bello. L'événement comprenait des conversations didactiques, la ventilation et l'expression par l'écriture, la musique, la danse et le renforcement de la communauté.
- Agrémenté de spectacles, l'événement du 13 janvier a rassemblé plus de 250 personnes venant de partout au pays, tels que le Cap Haïtien, à Lascahobas, Port-au-Prince, l'Arcahaie, Petit-Goâve et des Cayes, pour n'en nommer que quelques-uns. Plus de trois douzaines de personnes de la diaspora nous ont également rejoints virtuellement.
- Pour clôturer symboliquement et magnifiquement le « Somè Sikoloji Pou Lapè », une marche pour la paix a été organisée dans les rues du Cap-Haïtien. La foule, composée principalement de jeunes femmes vêtues de T-shirts noirs, a joyeusement chanté La *Dessalinienne* (hymne national d'Haïti) et des chants traditionnels haïtiens.

Un extrait de la Dessalinienne :

« Pour le pays, pour les ancêtres,
Marchons unis, marchons unis.
Dans nos rangs, pas de traîtres !
Du sol soyons les seuls maîtres.
Marchons unis; Marchons unis ;
Pour le pays, pour les ancêtres,
Marchons, marchons, marchons unis,
Pour le pays, pour les ancêtres... "

Sur le chemin du retour à Lakou Breda, des jeux traditionnels de la campagne haïtienne ont été improvisés. Cet exercice thérapeutique corps-esprit était accompagné de rires qui duraient environ quinze minutes. En tant que promotrice haïtienne des réparations et en tant que scientifique qui étudie les effets de la situation sociopolitique haïtienne sur le bien-être de la population, je suis galvanisée et pleine d'espoir par le succès de ce premier sommet de psychologie de la paix. La devise d'Haïti, « L'Union fait la force », m'inspire à appeler les fils et les filles haïtiens et les amis d'Haïti à nous joindre et à investir dans ce mouvement national pour la guérison collective des traumatismes, les réparations et les initiatives de consolidation de la paix aux niveaux individuel, communautaire et systémique (figures 1 à 3).

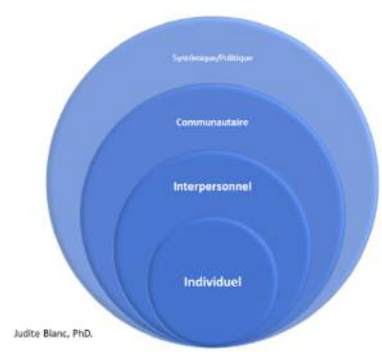


Figure 1: Pour une approche socio-écologique de la consolidation de la paix en Haïti.

Un cadre conceptuel pour un mouvement culturellement sensible pour la consolidation de la paix en Haïti

Grâce à la réconciliation, au renforcement des institutions et à la transformation politique et économique, le mouvement de consolidation de la paix vise à prévenir la résurgence de la violence. Supposons que l'un des principaux objectifs de la consolidation de la paix soit d'aider à réparer et à reconstruire des relations sociales fragmentées. Dans ce cas, les principaux acteurs de ce mouvement culturel devront se familiariser avec les concepts de base des études de traumatologie et des approches thérapeutiques et vice versa. Par exemple, au lendemain du génocide contre les Tutsis en 1990, la société rwandaise a investi dans la justice transitionnelle, articulant des approches pour guérir le traumatisme du génocide tout en promouvant une culture de paix. Dans le contexte haïtien, la mise en œuvre de ce mouvement suivrait quatre axes, soit l'éducation/formation, la recherche/diffusion, les interventions cliniques holistiques et les services communautaires/de plaidoyer. (Fig. 2)

1. **Éducation/Formation**

L'éducation est une arme puissante pour la prévention de la violence et la transformation sociale. En Haïti, il est urgent de développer des programmes d'éducation culturellement adaptés à la diffusion dans les médias traditionnels et les médias sociaux, la famille, l'école, l'église, les organisations de base, les groupes politiques et les institutions étatiques pour renforcer l'empathie, l'apprentissage émotionnel et social, le sentiment d'appartenance au collectif haïtien, l'importance de nos valeurs collectivistes (*Konbitisme / Lakouisme*), le respect des différences individuelles et des droits de la personne, la résolution non violente des conflits et l'éducation à la paix intégrative (ex: le travail de la Fondation Centre Hospitalier de Fontaine, de Lakou Lapè et de la Famille Benjamin à Port-au-Prince). Il est essentiel de souligner le rôle de la culture dans la composante éducative parce que les valeurs culturelles occidentales dominantes semblent mettre l'accent sur la paix et la non-violence. Pourtant, ces valeurs ne s'alignent pas sur la culture occidentale, mettant l'accent sur la guerre et la violence (par exemple, le contenu violent du cinéma hollywoodien et les jeux vidéo violents). Ces valeurs se concentrent sur plusieurs facteurs tels que la punition, les relations conflictuelles, la monopolisation du pouvoir (généralement dans l'État), la problématisation et la professionnalisation, la prévalence des intérêts économiques, le racisme, le sexisme, le capacitisme/validisme, l'homophobie, la transphobie, la xénophobie, les privilèges et l'imposition de la culture dominante. Le défi dans le cas de l'éducation pour la paix en Haïti est de transcender ces valeurs culturelles négatives.

2. **Recherche/diffusion**

Du point de vue de l'étude de la paix, Haïti peut apprendre d'un pays voisin le plus pacifique d'Amérique latine, le Costa Rica. C'est l'une des démocraties les plus robustes des Amériques, avec une espérance de vie supérieure à celle des États-Unis, le pays le plus riche du monde. Avec le soutien des Nations Unies, le Costa Rica abrite la première Université de la paix depuis la guerre civile du pays en 1948. Il est impératif d'aider à créer un Institut Haïtien pour la Paix et la Non-Violence (HIPNV). Son objectif sera d'étudier les déterminants historiques, psychologiques et sociaux de la violence en Haïti. En outre, cet institut haïtien contribuera à des données avancées sur les impacts sanitaires et sociaux des conflits violents en Haïti. La mission de HIPNV sera de développer des moyens culturellement appropriés et rentables pour prévenir et minimiser les effets de la violence et du conflit en Haïti. Son but ultime serait de promouvoir la compréhension, la tolérance, la résolution non violente des conflits, le relèvement après les conflits, le respect des droits de la personne et la paix intégrative.

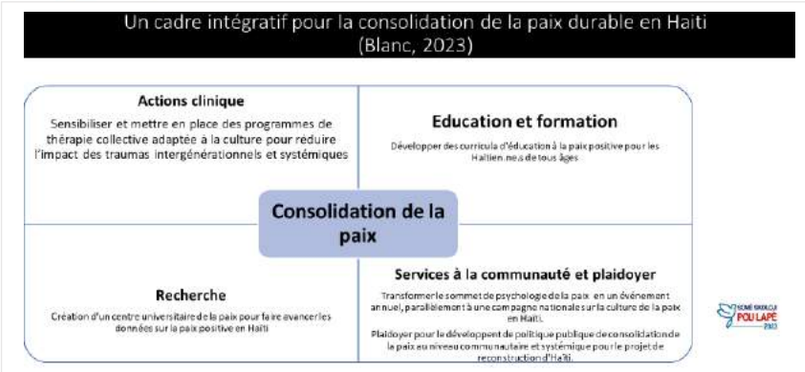


Figure 2 : Un cadre d'intégration pour la consolidation durable de la paix en Haïti

3. Interventions cliniques holistiques

Les personnes revenant de groupes armés ont des antécédents d'expériences traumatiques. La recherche a montré que le stress mental grave qui s'ensuit et les niveaux élevés d'agression réactive et gratifiante peuvent persister et, s'ils ne sont pas traités, entravent souvent la consolidation de la paix et la stabilité sociale. La thérapie d'exposition narrative, une thérapie cognitivo-comportementale à court terme axée sur les traumatismes, a fait ses preuves parmi divers groupes ethniques et anciens membres de groupes armés en République Démocratique du Congo (RDC) et en Afrique du Sud [4]. Cependant, cette technique n'a pas été évaluée dans le contexte haïtien. Compte tenu du contexte de violence généralisée dans ce pays, il est souhaitable d'adapter ce type d'intervention à notre contexte et de l'intégrer dans les programmes de désarmement. Pour la société civile directement ou indirectement exposée à des événements traumatiques (enlèvements, viols, meurtres, etc.), des programmes individuels et collectifs de thérapie de deuil intégrant la revalorisation de nos valeurs collectivistes, la revisite des stratégies d'adaptation spirituelles, la promotion de pratiques thérapeutiques traditionnelles fondées sur des preuves et les interventions médiées par les médiums artistiques populaires haïtiens, tels que la peinture, la danse traditionnelle, le tambour, le son et le *RaRa* pourraient donner des résultats de guérison efficaces.

4. Services communautaires et défense des intérêts

Le plaidoyer en faveur des réparations et d'une culture durable de la paix dans la conception des politiques publiques (figure 3) aux niveaux juridique, éducatif, économique, social, culturel, communautaire et sanitaire devrait être conçu conjointement avec les communautés et en fonction de leurs besoins. Ainsi, nous prenons actuellement des mesures pour mettre en œuvre la coalition haïtienne pour la consolidation de la paix. Et le sommet haïtien de psychologie de la paix est en passe de devenir une célébration annuelle officielle de la beauté de la culture haïtienne et des avantages d'une culture de paix sur la santé mentale et physique, le respect des droits de l'homme et la cohésion sociale.

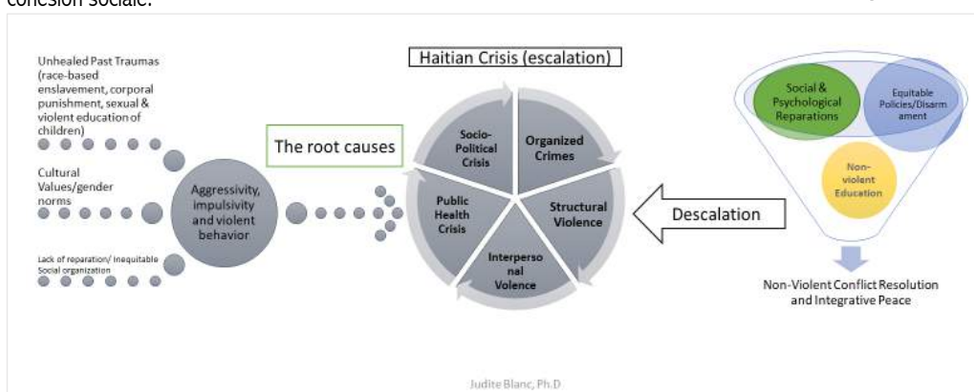


**Figure 3: Un modèle biopsychosocial exploitable pour la guérison et la consolidation de la paix en Haïti (Blanc, 2023)*

CONCLUSION

J'ai fini par comprendre que les citoyens haïtiens, y compris certains de mes collègues et amis, sont convaincus qu'il est impossible de parvenir à un consensus dans notre patrie. Ils soulignent les solutions précédemment proposées à la crise et les récents accords politiques qui échouent toujours. Pourtant, des études anthropologiques, archéologiques et de paix ont montré que la violence, les conflits et la guerre sont des produits culturels et non hérités. Avant l'avènement de l'industrie, la révolution scientifique et le mouvement féministe moderne, l'histoire du monde a enregistré l'existence de sociétés humaines traditionnelles qui ont prospéré en interdisant la violence directe et indirecte et ont placé les femmes au cœur de la prise de décision collective avec les hommes. L'histoire des Autochtones de la confédération iroquoise (l'endonyme est Haudenosaunee : « le peuple des maisons longues ») dont la création des États-Unis d'Amérique a été inspirée, et la civilisation minoenne de la Grèce antique illustrent parfaitement qu'Haïti peut être transformé pacifiquement. Les solutions d'inspiration historique, culturellement adaptées, fondées sur des preuves, durables et inclusives pour la transformation pacifique des conflits dans la société haïtienne contemporainen'ont jamais été testées scientifiquement. En Haïti, le projet implique des scientifiques, des universitaires, des intellectuels, divers professionnels, des artistes, des dirigeants communautaires, des défenseurs des droits de la personne, des militants politiques, des chefs religieux et un Conseil haïtien des aînés et de la jeunesse. Ainsi, j'attire de manière critique l'attention sur les héritiers et les héritières de l'armée indigène – la même armée de personnes qui ont résisté à l'ordre mondial capitaliste, raciste et sexiste d'une violence insondable. Nous devons nous inspirer des idéaux universels d'unité, d'égalité, d'équité et d'autodétermination qui sous-tendent la révolution haïtienne de 1804. Agissons maintenant en donnant la priorité à la guérison collective des traumatismes pour réparer Haïti. Comme Sherri Mitchell, militante écologiste et avocate autochtone, l'a si bien exprimé dans son livre « Sacred Instructions for Spirit-Based Change », *c'est le combat de nos vies* ! *C'est le travail de notre temps. Les Haïtiens doivent s'unir pour se réapproprier l'héritage de nos ancêtres et préparer notre société à accueillir les générations futures !*

RÉFÉRENCES

1-https://fr.countryeconomy.com/demographie/indice-global-peace-GPI 2022

2-https://www.centrengo.org/ngo-resource-directory/1089/viva-rio-haiti/

3-https://www.enquetaction.com/articles/haiti-lancement-du-1er-sommet-de-psychologie-pour-la-paix

4- La thérapie par exposition à la narration. Manuel de traitement de l'état de stress post traumatique après la guerre, la torture et la terreur- première édition , édité et traduit par Emmanuelle Zech , Fabrice Vandenbussche.

2. Le Papayer : un arbuste à usages multiples

Marilise Rouzier, Biologiste.

La papaye est le fruit du papayer, arbuste à latex, à tronc droit et à grandes feuilles palmées très découpées. Le papayer pousse rapidement, mais il ne vit que durant 4 à 7 ans. Originaire du Mexique, cet arbuste, portant le nom latin de *Carica papaya*, est actuellement cultivé partout sous les tropiques. Présentement, l'Inde et le Mexique en sont deux grands producteurs.

Toutes les parties du papayer sont utilisées dans l'alimentation à des fins médicinales ou industrielles [1].

1- En ce qui concerne l'usage alimentaire, le fruit a gagné en réputation en raison de son intérêt nutritionnel mis en évidence ces dernières années. Il est particulièrement riche en vitamine C (40 à 70mg/100, c'est-à-dire plus que les *Citrus* : 100 mg de papaye couvrent nos besoins quotidiens en cette vitamine!) et en divers caroténoïdes : alpha-carotène, β-carotène, lycopène, β-cryptoxantine, lutéine... Il renferme presque toutes les vitamines de type B, de la vitamine E et est bien pourvu en potassium (200 mg/100g). La consommation régulière de papaye peut ainsi aider à éviter plusieurs carences nutritionnelles.

Le contenu élevé en vitamine C de la papaye constitue un atout nutritionnel important, cette vitamine participant à une centaine de processus dans le corps. Parmi les actions les plus importantes, citons : contribuer à la fabrication du collagène, protéine essentielle à la protection des ligaments, des os et des tissus cutanés; participer au fonctionnement du système nerveux; renforcer le système immunitaire; aider à l'absorption du fer… Concernant ce dernier point, il a en effet été démontré que la consommation de vitamine C favorise l'absorption du fer non héminique des aliments aidant ainsi à lutter contre l'anémie. Ceci est important dans un pays comme le nôtre où la population se nourrit principalement d'aliments végétaux. Dans le cas particulier de la papaye, une étude menée en Indonésie, a indiqué qu'une portion de 110 g de papaye donnée quotidiennement à une cohorte de femmes enceintes augmente de façon significative le taux d'hémoglobine chez ces femmes : en 14 jours, ce taux est passé en moyenne de 10.01 à 10.8 g/dL. Les auteurs proposent une consommation régulière de papaye comme une alternative de traitement contre l'anémie chez la femme enceinte [2]. Selon une autre étude expérimentale, le jus de feuilles de papayer serait aussi capable d'augmenter le taux d'hémoglobine du sang [3].

2- D'autre part, la papaye ne peut certes pas permettre la guérison des patients atteints d'anémie falciforme, mais elle pourrait aider à lutter contre les symptômes de la maladie. La plante est d'ailleurs déjà recommandée dans plusieurs pays d'Afrique contre cette affection. C'est le fruit vert cuit en légume et les feuilles qui sont proposés pour cet usage. Selon des expérimentations menées sur ce continent, des extraits de papaye ont indiqué un effet anti-sickling sur les globules rouges déformés de personnes atteintes d'anémie falciforme. Sous des conditions de stress osmotique, les extraits de feuilles ont pu réduire la lyse des globules rouges et protéger l'intégrité de la membrane cellulaire, ce qui pourrait atténuer les symptômes et les complications de la maladie si on en fait une consommation régulière. Les nombreux composés phénoliques présents dans la plante pourraient, selon les auteurs, expliquer ces effets [10].

3- Les caroténoïdes trouvés dans la papaye ont aussi plusieurs actions positives sur l'organisme. Le lycopène (principal caroténoïde de la papaye à pulpe rouge) contribue à la prévention des troubles cardio-vasculaires, réduit la rigidité artérielle et aide à prévenir certains cancers, en particulier celui de la prostate. Le β carotène et le β cryptoxantine (ce dernier dominant dans la papaye à pulpe jaune) ont aussi une action anti cancérigène mise en évidence chez l'animal et protègent la vue. La β carotène et le β-cryptoxantine sont des précurseurs de la vitamine A essentielle à l'entretien des muqueuses et du système immunitaire; le β-cryptoxantine aide aussi à préserver le capital osseux [11].

4- En ce qui a trait à l'action directe de la consommation de papaye sur des cancers particuliers chez l'humain, il a été montré que chez les femmes où le virus du papillome humain a été décelé au niveau du col de l'utérus (la présence de ce virus de façon persistante à ce niveau étant la principale cause de l'apparition du cancer de cet organe), le risque que ces femmes soient atteintes par ce cancer est plus faible chez celles consommant de la papaye de façon régulière. Une étude menée au Brésil sur les effets de la consommation de papaye sur la fréquence d'apparition du cancer du col de l'utérus a indiqué que cette consommation pouvait réduire le risque de passer du stade de l'infection du col par ce virus au développement d'un cancer [12]. Rappelons ici que selon l'OMS, le cancer du col de l'utérus est le 4ème cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde et qu'actuellement les décès qui lui sont attribuables touchent surtout les pays à faibles ou moyens revenus. Il s'agit aussi du 1er cancer à être reconnu par l'OMS comme étant à 100 % attribuable à une infection virale. Le *Papilloma* virus est très contagieux et se transmet principalement lors de rapports sexuels. Le port d'un préservatif réduit les risques de contamination.

5- La pulpe de papaye est aussi riche en catéchines, composés phénoliques dont la consommation a été associée à un risque plus faible de décès par maladie cardio-vasculaire [12]. Sa consommation régulière agit ainsi contre l'hypertension artérielle.

6- La consommation de papaye peut aussi aider à la bonne marche du système digestif. Avec 42 kcal/100g et 0,2g/100g de lipides, la papaye est très peu calorique; elle est en revanche riche en fibres solubles et insolubles qui donnent rapidement une sensation de satiété et aident au fonctionnement des intestins. Ces caractéristiques autorisent sa consommation dans les régimes-minceurs. De plus, elle renferme de la papaïne, mélange d'enzymes protéolytiques qui aide à scinder les protéines en molécules plus simples et donc à mieux digérer [4] ; pour cette raison, la papaye est souvent recommandée aux jeunes enfants, aux personnes âgées et/ou à celles souffrant de digestion difficile.

7- Le fruit vert a une action bactériostatique sur le staphylocoque doré. Râpé, son application (une fois la partie atteinte lavée à l'eau bouillie et au savon) a été recommandée à Tramil sur les furoncles. Il est demandé de recouvrir la lésion d'une compresse et de renouveler l'application toutes les 12 heures [5].

8- Un autre effet de la papaye doit être signalé : il s'agit de son action en cas de lithiases rénales. Une étude expérimentale a montré que l'administration par voie orale d'extraits de pulpe de papaye pouvait non seulement prévenir la formation de calculs urinaires, mais aussi agir sur des calculs déjà formés. Pour les auteurs, cette étude valide l'usage de la papaye dans le traitement des calculs urinaires, usage déjà en cours en Inde [6].

9- La papaye fermentée aurait aussi de remarquables propriétés, selon le Dr Luc Montagnier, co-découvreur du VIH. Elle stimulerait encore davantage le système immunitaire et aiderait à lutter contre le stress oxydatif, phénomène lié à l'oxydation des cellules du corps et impliqué dans l'apparition de nombreuses maladies chroniques et dégénératives [7].

10- Quant-aux graines de papaye, elles ont donné lieu à de nombreux travaux qui ont permis la mise en évidence de plusieurs propriétés médicinales intéressantes. Une étude menée au Nigéria a notamment montré leur action anti parasitaire : l'administration pendant sept (7) jours de graines séchées dans un peu de miel à un groupe de 30 enfants porteurs de parasites intestinaux a permis d'éliminer 85 % des *Ascaris lombricoïdes,* 71 % des amibes *(Entamoeba hystolytica*) et 100 % des *Giardia lamblia*. Il s'agit de trois parasites intestinaux couramment trouvés en Haïti. Mis à part un cas de nausée et un autre de diarrhée causés par le traitement, aucun effet indésirable n'a été observé chez les enfants. Plusieurs substances à effet anti parasitaire comme le benzyl–isothiocyanate ont été isolées des graines [8].

Les graines renferment de grandes quantités de fibres et combattent la constipation. Elles ont des propriétés anti oxydantes, anti pyrétique et anti microbiennes. Elles ont une action contre les infections du système urinaire. Elles protègent la muqueuse gastrique et font baisser le cholestérol total et les triglycérides. Cependant, les graines de papaye peuvent diminuer la fertilité chez l'homme comme chez la femme et leur usage n'est pas recommandé sur le long terme. Elles peuvent devenir toxiques à des doses dépassant 2 000mg/kg [9].

11- La racine jouit de propriétés antibactériennes. In vitro, l'extrait hydroalcoolique (50 %) de cet organe a montré une activité contre le Neisseria gonorrhoeae; la racine agit aussi contre l'Escherichia coli et le Staphylocoque doré. Contre l'urétrite, Tramil recommande de piquer 30 g de racine, de les plonger dans 1 litre d'eau bouillie et de laisser reposer pendant 12 heures ; il faut ensuite filtrer la préparation et boire en plusieurs prises au cours des 12 heures suivantes, enfants de moins de 12 ans, femmes enceintes ou allaitantes exclus. Ce traitement pour lequel il est recommandé de solliciter un avis médical doit être considéré comme un complément au traitement médicamenteux et ne doit pas excéder sept (7) jours.

12- Le papayer est cultivé pour ses fruits mais aussi pour la production de papaïne et de chymopapaïne, deux enzymes protéolytiques ayant de nombreux usages médicinaux et industriels. Dans le domaine de la santé, la papaïne est, entre autres, utilisée pour favoriser la digestion, pour combattre la cellulite, les œdèmes, les problèmes cutanés et aider à l'amaigrissement. Des essais ont aussi montré ses effets bénéfiques sur le processus de guérison des plaies.

La papaïne est disponible en pharmacie. La posologie généralement recommandée par voie orale est de 100 à 150 mg/j. Il faut noter que la papaïne est contre indiquée en cas de grossesse et d'allaitement. Elle peut aussi interagir avec les anti-coagulants synthétiques et causer des allergies. Dans la sphère industrielle, la papaïne est exploitée en tant qu'attendrisseur de viande, comme clarificateur de bière, dans le traitement de la soie et de la laine, pour la fabrication de crèmes faciales, entre autres. Faisons remarquer que l'usage des feuilles comme attendrisseur de viande est bien connu de la population haïtienne et de celle des autres pays de la Caraïbe. Cette action est attribuée à la présence de papaïne dans les feuilles. La chymo papaïne est utilisée dans le traitement des hernies discales.

En conclusion, tout en étant un arbuste utilitaire, le papayer peut aider à contrer plusieurs affections courantes dans le pays telles que l'anémie (qui concerne surtout les femmes et les enfants), la parasitose intestinale, les pierres aux reins, les furoncles, la mauvaise digestion, les carences vitaminiques, etc…Il pourrait même participer au bon fonctionnement du système cardio vasculaire et à la prévention de certains cancers comme celui du col de l'utérus. En plus, son exploitation industrielle (pour la production de papaïne notamment) pourrait générer des devises pour le pays. Sachons donc apprécier à sa juste valeur cet arbuste poussant bien dans les climats tropicaux comme le nôtre et qui produit des fruits à l'année longue…

BIBLIOGRAPHIE

1 -Ayumi O. and al. The preventive effect of dietary antioxidant on cervical cancer development. Medicina 2020, 56, 0604; doi:10.339

2 -Eliagita C. and Kuntjoro T. Effect of consuming Papaya on the level of hemoglobin and hematocrit in pregnant women with anemia. Belintung Nursing Journal 2017; 3(2): 120-125

3-Hamidah A. 2017. Effect of Carica papaya leaf juice on hematology of mice with anemia. Journal of Bioloy and Biology Education. Vol 9, Numero 3

4- Kermanshah R. and al. Benzyl Isothiocyanate is the Chief or Sole Anthelminthic in Papaya Seed Extract. Phytochemistry. 2002; 60:873-82

5- Rouzier M. Plantes médicinales d'Haïti. 3ème Edition 2019. Éditions de l'Université d'Haïti. 508p

6-Khatib N. and al. Antiurolithiatic potential of the fruit extracts of Carica papaya on ethylene glycol induced urolithiatic rats. Journal of Pharmacy Research. Vol 3. Issue 11, November 2010

7-Montagnier L. Interview sur la papaye fermentée. Bois-Énergie, No 27

8- Okeniyi J. and al. Effectiveness of dried Carica papaya seeds against human intestinal parasitosis: A pilot study. Journal of Medicinal Foods, 10 (1) 2007: 194-196

9- Rouzier M. Plantes médicinales d'Haïti. 3ème Edition 2019. Éditions de l'Université d'Haïti. 508p

10- Ngozi A. I. Alternative therapeutics for sickle cell anemia. The Scientific World Journal. Vol 2013/ Article ID 269659

11- Voutilainen S., Nurmi T, et al. Carotenoids and Cardiovascular Health. Am J Clin Nutr 2006 June; 83(6):1265-71.

12- Saba S. The potential health benefits of papaya seed. International journal for research in Applied Science and Engineering Technology. Vol 10, Issue I Jan 2022

3. Bon à savoir

PRIX GLOBAL TB ELIMINATION CHAMPIONS DE CDC

Miss Yoldine Talina Jean Noël, une membre dévouée de l'équipe de l'Hôpital Bon Sauveur de Cange, a été honorée en tant que récipiendaire du Prix Global TB Elimination Champions 2023 de la CDC. Avec une expérience de plus de 12 ans dans le domaine de la santé, elle a grandement contribué à la lutte contre la tuberculose et le VIH dans notre communauté. Au cours de sa carrière, Miss Jean Noël a soigné plus de 1500 patients atteints de tuberculose et apporté son soutien à presque autant de patients vivant avec le VIH. Sa passion pour offrir des soins de qualité et son engagement envers les personnes les plus vulnérables font d'elle une véritable inspiration pour ses collègues et les patients qu'elle sert.

Le Prix Global TB Elimination Champions, décerné par la CDC, reconnaît les individus qui ont démontré un leadership exceptionnel, une innovation et un engagement envers l'élimination de la tuberculose à travers le monde. Ce prix prestigieux met en lumière les efforts soutenus et les réalisations remarquables de professionnels de la santé tels que Miss Jean Noel, qui travaillent sans relâche pour éradiquer cette maladie.

Son accomplissement est un exemple éloquent de l'impact positif que peuvent avoir les professionnels de la santé sur la vie des patients et leurs familles.

Miss Yoldine Talina Jean Noêl, à l'Hôpital Bon Sauveur de Cange

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 : SYSTÈME NERVEUX
- Chapitre V : OPHTALMOLOGIE ORL ET MF
- Chapitre VI : Le COU
- Chapitre VIII : ARTÈRES ET ANÉVRISMES *(Nouveau)*
- Chapitre XV : PÉRINÉE ET FESSES
- Chapitre XX : GIGANTISMES ET CHALLENGES
- Chapitre XII : Le FOIE -VOIES VILIAIRES – RATE – PANCREAS
- Chapitre XIII : Les HERNIES – ÉVENTRATIONS – ÉVISCÉRATIONS
- Chapitre XVI : PEDIATRIE
- D'autres en préparation

_____+

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

Lien FACEBOOK D'INFO CHIR/RHCA.

Vous pouvez consulter les dernières publications de nos différentes lignes de production.

https://www.facebook.com/profile.php?id=100087237927867

HMS
HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES S.A.
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1962
EXPÉRIENCE 60 ans PASSION QUALITÉ

FMC
Forum médico-chirurgical
Votre espace de réflexion en santé

1- En date du 22 février 2023 a eu lieu la 35e session du FMC sur le sujet : « Problématique de l'Oxygène en Haïti : Considérations pratiques sur la production, l'approvisionnement, la régulation et le contrôle. » Le conférencier a été le Dr Pierre-Marie Cherenfant, MD, Spécialiste en Chirurgie Générale, Directeur Exécutif Adjoint de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM).

« La prise en charge des patients, particulièrement des patients hospitalisés, requiert l'utilisation de diverses substances non couramment classées parmi les produits pharmaceutiques. Nous pensons ici aux gaz anesthésiques, à des antiseptiques, à l'oxygène, sans parler des matériels d'utilisation quotidienne comme la ouate, la gaze, etc. Dans notre rôle de prestataire de soins, nous utilisons généralement ces produits sans nous soucier de leur origine, de leur production, de leur coût et même parfois du contrôle de la qualité requise.

L'oxygène est un de ces produits d'utilisation courante, notamment dans la prise en charge des urgences et au bloc opératoire. Que savons-nous des mécanismes d'approvisionnement de nos institutions hospitalières en ce précieux produit ? Avons-nous la moindre idée, en tant que professionnels de la santé et patientèle, de ses modes de production, de régulation et de contrôle ? Pour sa 35e conférence, le FMC a choisi d'éveiller notre attention sur ces aspects pratiques concernant l'oxygène. » FMC

2- *En date du 22 mars 2023 a eu lieu la 36e session du FMC sur le sujet : " Analyse des déterminants sociaux de la santé du sommeil. Quelles implications dans le contexte de la crise haïtienne ?"La conférencière a été la Dre Judite Blanc, Ph.D, Assistante Professor, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Center for Translational Sleep and Circadian Sciences (TSCS), University of Miami Miller School of Medicine.*

« Nous souhaitons tous jouir d'une bonne santé. C'est légitime. La bonne santé cependant résulte de plusieurs facteurs essentiels interreliés dont les plus évidents se relayent et s'intriquent harmonieusement dans un cycle de 24 heures, à savoir : une bonne alimentation, une hydratation adéquate, de bonnes pratiques d'hygiène, la gestion du stress et une alternance d'activités et de repos. Le temps privilégié du repos est celui du sommeil que nous qualifions si bien de réparateur. Mais, pour avoir ce sommeil de qualité, il faut des conditions sans lesquelles ce rôle réparateur sera vainement espéré. Des conditions qui s'étendent au-delà des facteurs biologiques et individuels.

Quels sont les déterminants sociaux qui affectent la durée et la qualité de notre sommeil ? Comment les troubles du sommeil peuvent-ils à leur tour affecter notre santé globale ? Quelles en sont les implications dans le contexte particulier de la crise haïtienne actuelle ? Pour nous en informer et en discuter, une experte en médecine comportementale a été invitée par le Forum Médico-Chirurgical pour animer sa 36e conférence à laquelle vous êtes cordialement invité/e/s. FMC

Pour en savoir plus, merci de consulter le lien suivant :

https://fmc.bsdlavi.org/bsd-events/forum-medico-chirurgical-vol-35/

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION DE FORMATION ET DE PERFECTIONNEMENT EN SCIENCES DE LA SANTÉ

Les listes de 1 à 71 ont été rapportées dans les IGM no 24, 25 et 26. Merci de prendre connaissance de des instituions listées de 71 à 84.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE FORMATION ET DU PERFECTIONNEMENT EN SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DES INSTITUTIONS DE FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE RECONNUES JUIN 2022

72	Institut de Nursing de la Référence (INUREP)	Sciences Infirmières
73	Ecole des Sciences Infirmières de YAHVE NISSI (ESIYNISSI)	Sciences Infirmières
74	Institut de Formation Paramédicale et Communicationnelle (INFOPAC)	Sciences Infirmières
75	Ecole des Sciences Infirmières Karen Yont (ESIK)	Sciences Infirmières
76	Institut Polytechnique du Cap Haïtien (IPTECH)	Sciences Infirmières (Cap Haïtien) Technologie Médicale (Cap Haïtien)
77	Académie de Nursing Elaine Nicpon Marieb (ANENM)	Sciences Infirmières (Fort Liberté)
78	Université Michel Nord Isaac (UMNI)	Sciences Infirmières (Cap Haïtien)
79	Académie des Sciences Paramédicales du Cap Haïtien (ASPAMECH)	Sciences Infirmières (Cap Haïtien)
80	Université de l'Académie Chrétienne d'Haïti (UNACH)	Sciences Infirmières (Cap Haïtien)
81	Université Laferrière Joseph (LUJ)	Sciences Infirmières (Cap Haïtien)
82	Institut des Sciences Infirmières Et de Physiothérapie (ISSIP)	Sciences Infirmières (St Marc)
83	Université Modèle d'Haïti (UMOH)	Sciences Infirmières (Cayes)
84	Institut de Nursing des Cayes (INC)	Sciences Infirmières (Cayes)

LE Dr EINSTEIN BELLORA OUVRE UN NOUVEAU CENTRE MEDICAL À St MARC

LE Dr QUENOLD DÉSIRÉ RECOIT POUR DES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES NEUROLOGIQUES

L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX PRIVÉS D'HAÏTI RENOUVELLE SON CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association des Hôpitaux Privés d'Haïti (AHPH) informe le grand public qu'un nouveau Conseil d'Administration a été élu pour une période de deux ans (2023-2025)

Membres du nouveau Conseil :
Président : Dr. Charles Gérard ABEL
Vice-Président : Dr. Charles Patrick ALMAZOR
Trésorier : Dr. Wisly JOSEPH
Trésorier Adjoint : Dr. Sylvio AUGUSTIN
Secrétaire Général : Dr. Pascal LAURENT

Conseillers :
Dr. Yvette Edouard-AUGUSTIN
Dr. Ronald LAROCHE
Dr. Jean Roumel THEODORE
Mme Nathalie PIERRE-LOUIS
Dr. Jean Danton MOROSE

HÔPITAL NOTRE DAME RECRUTE