Février 2022

Vol. 2. No 15.

Info Gazette Médicale

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISBN : 976 – 99970 – 976 – 6 - 8

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

Rédaction et de l'Éditorial

Michel Dodard, directeur
Maxime Coles, conseiller

Lu pour vous

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

Santé Publique

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

Actualités Intra Hospitalières

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

Informations Socio Culturelles et académiques

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

Petites Annonces

Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture

Eunice Dérvois, membre

Conception et réalisation

Jean Alouidor, membre

PROMOTION 82

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

SOMMAIRE

	Page
• *Lu pour vous*	2
• *Santé Publique*	4
• *Actualités Intra Hospitalières*	7
• *Informations Socio Culturelles et académiques*	13
• *Petites Annonces*	15
Et plus encore !	

EDITORIAL :

Le mot cancer évoque chez nous une peur profonde. Les soignants évitent le mot en employant des termes alternatifs tels que : tumeur maligne, néoplasme, cellules carcinogènes. Cependant des progrès ont été achevés mêmes pour les cancers considérés comme hors de portée des interventions médicales et chirurgicales.

Dans le cadre du **mois du cancer**, le mois de février, nous pouvons constater, expériences avec un certain soulagement, que la maladie ne signifie pas une sentence de mort ou des souffrances prolongées. Dans une revue de la littérature médicale, il est évident que la médecine personnalisée fait maintenant partie intégrale du diagnostic et du traitement de plusieurs formes du cancer. La chimiothérapie semble céder progressivement sa place à des modalités de traitements thérapeutiques comme l'immunothérapie, seule on combinaison. Il est vrai que seulement 20 % patients seront des candidats pour cette approche sophistiquée. Les effets secondaires de ces nouveaux agents ne sont pas négligeables.

La bataille n'est pas encore gagnée mais la victoire est à l'horizon. En fait, 40 % des cancers sont potentiellement évitables, 40 % peuvent être traités et 20 % traités à des fins palliatives.

Par contre une bataille a été gagnée : celle de la lutte contre le **choléra en Haïti**, un fléau qui nous avait historiquement épargné, mais qui nous a été apporté par la négligence criminelle d'une force d'occupation. Trois ans sans cholera est la somme de la vision, et des efforts soutenus de nos dirigeants sanitaires et de nos infatigables travailleurs de santé. Ce succès donnera un démenti convainquant à ceux qui se plaisent à dénoncer les failles de notre système de santé, sans reconnaitre ses accomplissements parfois innovateurs et donnés en exemples à d'autres pays.

Un pionnier et grand visionnaire dans ce domaine a disparu de façon inattendue et prématurée. **Paul E. Farmer**, ce grand ami des pauvres d'Haïti est mort dans son sommeil, le 22 février 2022, au Rwanda où il a implémenté des approches et des techniques que lui et son équipe de Zanmi La Sante avaient développées dans le Plateau Central. Il laisse une marque indélébile dans le système haïtien santé publique haïtien. Le complexe Médico-Chirurgical de Cange, l'hôpital Universitaire de Mirebalais sont des exemples tangibles de son empreinte. Il a inspiré par son éthique et sa défense inconditionnelle les droits des pauvres. Il a inspiré des centaines de carrières en santé publique internationale en Haïti, au Rwanda et dans son pays natal, les États-Unis.

Vous trouverez chers lecteurs et lectrices les réflexions et opinions de nos auteurs divers sur ces sujets et d'autres dans nos rubriques habituelles.

Bonne lecture.

Le Comité d'éditorial et de rédaction

Pensée du mois : "*La gloire des grands hommes doit être mesurée par les moyens qu'ils ont utilisés pour l'acquérir.*"
" *La Rochefoulcauld*"

LU POUR VOUS

Michel Dodard, MD

1.- Les séquelles multisystémiques après la phase aiguë de la Covid-19 sont substantielles

Anthony L. Komaroff, MD, passant en revue Al-Aly Z et al. Nature 2021 Jun

Les nouveaux diagnostics de maladie étaient fréquents après le rétablissement de la COVID-19.

Certains patients présentent des symptômes persistants après s'être rétablis de la COVID-19 aiguë. Afin d'évaluer plus complètement la maladie post-COVID-19, les chercheurs du département des Anciens Combattants (VA) des États-Unis ont comparé 73 000 personnes qui ont survécu ≥30 jours après le diagnostic de COVID-19 et près de 5 millions de personnes non hospitalisées sans COVID-19. Le suivi moyen était de 4 mois.

Toutes les analyses ont été ajustées en fonction des variables confondantes potentielles, y compris les facteurs sociodémographiques et l'utilisation antérieure des soins de santé dans le système d'AV. Le risque de nouvelles maladies était beaucoup plus élevé après la COVID-19. Les rapports ou ratios de comparaison randomisée ajustés étaient les suivants : myopathies (5,1), insuffisance respiratoire (3,9) et pneumothorax (2,8). Ces rapports se situaient entre 1,3 et 1,9 pour l'embolie pulmonaire, la coagulation et les troubles hémorragiques, l'arrêt cardiaque et la fibrillation ventriculaire, l'infarctus aigu du myocarde, l'hypertension, les troubles lipidiques du diabète, l'obésité, l'insuffisance rénale aiguë et les maladies rénales chroniques. En conséquence, de nouveaux symptômes (p. ex., douleur thoracique), des anomalies de laboratoire (p. ex., hémoglobine glycosylée élevée) et des ordonnances de médicaments (p. ex., bronchodilatateurs) étaient beaucoup plus fréquents chez les patients atteints de la COVID-19. Le risque de décès était également plus élevé (HR, 1,6 ; ≈8 décès supplémentaires pour 1000 personnes). Ces risques excessifs ont été observés même chez les patients non hospitalisés atteints de COVID-19, bien que le risque de complications post Covid aiguës soit le plus élevé chez les patients les plus malades. Lorsque les patients post COVID aigüe -19 ont été comparés aux patients hospitalisés pour une maladie développée après un syndrome grippal aigu, le risque de complications multi systémiques était beaucoup plus élevé avec la COVID-19.

Reference

Al-Aly Z et coll. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. Nature 2021 juin; 594:259. (https://doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9. s'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : il est clair que nous n'avons toujours pas fait le bilan de l'impact de la Covid 19 sur nos vies. Les vaccins ont suscité de l'espoir d'éradication et certainement ont amélioré le pronostic de la Covid sévère. Avec la diminution des cas sérieux de Covid, le sentiment de soulagement, l'envie du retour à la normale peuvent être compris mais ce n'est pas le moment de baisser notre garde.

2.- Preuve solide que le virus d'Epstein-Barr est l'un des déclencheurs de la Sclérose en plaques

Anthony L. Komaroff, MD, examen de Bjornevik K et al. Science 2022 Jan 13

Chez 10 millions de personnes suivies pendant des décennies, l'infection par le virus d'Epstein-Barr (VEB) a presque toujours précédé les premiers symptômes de la sclérose en plaques (SEP).

La Le virus d'Epstein-Barr (VEB) infecte de façon permanente environ 95 % des adultes dans le monde. Il est difficile de lier un virus aussi omniprésent à n'importe quelle maladie, mais une nouvelle étude lie fortement le VEB à la sclérose en plaques (SEP).

La Entre 1993 et 2013, plus de 10 millions de militaires américains en service actif ont donné des échantillons de sang au début du service militaire et tous les deux (2) ans par la suite. Parmi les 801 personnes atteintes de SEP incidente, 800 avaient des anticorps dirigés contre le VEB dans leurs derniers échantillons avant le début de leurs symptômes de SEP. Le rapport de risque de développer la SEP chez les personnes initialement négatives au VEB qui ont été infectées, par rapport aux personnes qui sont restées séronégatives, était de 32,4. Un dépistage des anticorps dirigés contre la plupart des agents pathogènes viraux connus n'a révélé aucun autre virus ayant une association aussi forte avec la SEP. La SEP s'est généralement développée environ cinq (5) ans après la première preuve d'infection par le VEB, lorsque les gens étaient à la fin de leurs 20 ans. Un marqueur sanguin sensible de la dégénérescence neuro-axonale était normal avant l'infection par le VEB, mais a commencé à augmenter lentement après l'infection par le VEB - mais seulement chez les personnes qui ont développé la SEP.

Référence

Bjornevik K et al. L'analyse longitudinale révèle une prévalence élevée du virus d'Epstein-Barr associé à la sclérose en plaques. Science 2022 Jan 13 ; 375:296. (https://doi.org/10.1126/science.abj8222

Note de l'éditeur : Ce n'est pas la première fois que le virus de la mononucléose a été impliqué dans la genèse d'une autre maladie. La première association du virus D'Epstein-Barr avec le syndrome de la fatigue chronique n'a pas été vérifiée par les études subséquentes.

Le fait que ce virus soit commun et qu'il produise des anticorps dans la quasi-totalité de la population mondiale rend difficile d'établir une causalité avec un syndrome clinique. Les auteurs de cette vaste étude pensent que les résultats sont extrêmement positifs et qu'une nouvelle approche vaccinale pour la sclérose en plaques semble être à l'horizon.

3.- Quantifier l'impact mondial de la résistance aux antimicrobiens

Rajesh T. Gandhi, MD, examen collaborateurs AR. Lancet 2022 Jan 19

Une analyse systématique estime que des millions de décès par an sont associés à la résistance bactérienne aux antimicrobiens.

Alors que la COVID-19 domine l'attention du monde entier, la résistance bactérienne aux antimicrobiens (RAM) est une cause croissante de morbidité et de mortalité. Aujourd'hui, le groupe des collaborateurs en matière de résistance aux antimicrobiens, qui comprend des chercheurs de l'Institute of Health Metrics and Evaluation, a estimé le nombre de décès liés à la RAM dans le monde. Le groupe a utilisé deux scénarios contrefactuels pour évaluer l'impact de la RAM :

- Ils ont estimé les décès *attribuables* à la RAM (le comparateur était un scénario hypothétique dans lequel les infections résistantes aux médicaments étaient remplacées par des infections sensibles aux médicaments).
- Ils ont calculé les décès *associés à* la RAM (le comparateur était un scénario dans lequel les infections résistantes aux médicaments n'étaient remplacées par aucune infection).

Sur la base de données provenant du monde entier et d'une modélisation statistique prédictive, le nombre de décès associés à la RAM bactérienne en 2019 était de 4,95 millions, avec 1,27 million de décès directement attribuables à la RAM. La région où le taux de mortalité attribuable à la résistance était le plus élevé était l'Afrique subsaharienne occidentale (peut-être en raison de la

fréquence plus élevée des infections, de la rareté des tests microbiologiques et de la diminution des options antibiotiques). Les infections des voies respiratoires inférieures représentaient le plus grand nombre de décès dus aux syndromes infectieux. Les agents pathogènes associés au plus grand nombre de décès associés à la résistance étaient (par ordre décroissant) *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* et *Pseudomonas aeruginosa*.

Bibliographie :

Collaborateurs AR. Le fardeau mondial de la résistance bactérienne aux antimicrobiens en 2019 : une analyse systématique. Lancet 2022 Jan 19 ; [e-pub].

Note de l'éditeur : Cette menace voilée devient un problème croissant dans le monde entier, diminuant la puissance de nos armes thérapeutiques favorites. Il y a un travail d'éducation à faire pour certains soignants et patients. Les premiers prescrivant ces agents sans rigueur et les derniers qui s'adonnent à l'auto-pharmacie, rendue plus facile chez nous par l'aisance de l'achat des antibiotiques au marché. Ces marchands ambulants ne s'embarrassent pas de diagnostics et sont prompts à fournir leurs marchandises à nos patients qui croient au pouvoir quasi magique des antimicrobiens.

4.- Plus de preuves sur le Pembrolizumab pour le cancer du poumon non à petites cellules métastatique

Charu Aggarwal, MD, MPH, examen Rodríguez-Abreu D et al. Ann Oncol 2021 Avr 21

L'analyse finale de KEYNOTE-189 confirme les résultats précédents concernant l'ajout de pembrolizumab à la chimiothérapie platine-pémétrexed.

KEYNOTE-189, un essai clinique de phase 3 parrainé par le fabricant, a évalué l'ajout de pembrolizumab à la chimiothérapie à base de platine chez les patients atteints d'un cancer du poumon non squameux non à petites cellules métastatique non traité auparavant.

Au total, 616 patients ont été randomisés 2:1 pour recevoir du pembrolizumab par voie intraveineuse (200 mg toutes les 3 semaines) ou un placebo pendant 2 ans (35 cycles), en association avec le pémétrexed (500 mg/m²) plus le cisplatine ou le carboplatine pendant 4 cycles, suivis du pémétrexed jusqu'à progression de la maladie. Des rapports précédents ont révélé un avantage de survie avec le pembrolizumab (JW Oncol Hematol 24 avril 2018 et *N Engl J Med* 2018 avril 16; [e-pub]) ; les enquêteurs présentent maintenant l'analyse finale spécifiée dans le protocole.

Au suivi médian de 31 mois, il y avait une amélioration significative de la survie sans progression (hazard ratio, 0.49) et de la survie globale (HR, 0.56) dans le groupe pembrolizumab par rapport au groupe placebo ; le taux de survie estimé à 2 ans était de 45,7 % contre 27,3 %. Le bénéfice a été observé dans tous les sous-groupes, y compris les non-expresseurs du ligand 1 de la mort programmée (PD-L1), et a persisté malgré un taux de croisement efficace élevé (55,8%) du groupe placebo au traitement anti-PD-L1 ultérieur. Chez les patients ayant terminé 35 cycles de traitement par pembrolizumab, un taux de réponse objective de 85,7% a été noté. L'exposition à long terme n'était pas associée à de nouveaux signaux de sécurité ou à une toxicité cumulative.

CITATION(S) :

Rodríguez-Abreu D et coll. Pemetrexed plus platine avec ou sans pembrolizumab chez des patients atteints d'un CPNPC métastatique non squameux non traité auparavant : analyse finale spécifiée par le protocole de KEYNOTE-189. Ann Oncol 2021 21 avril ; [e-pub]. (https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.04.008. s'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : Une autre étude qui montre le succès d'une approche combinée pour une forme avancée de cancer du poumon. Les médecins de famille, les infirmières et les cliniciens en général doivent se mettre au diapason pour comprendre ces nouveaux protocoles qui maintenant dominent l'approche de la plupart des cancers. Le premier défi est de prononcer correctement les noms de ces agents mimologiques qui tous se terminent en « mab » ou « nib ».

5.- L'algie vasculaire de la face : examen rapide des preuves

OMOJO ODIHI MALU, MD, MSc, et JONATHAN BAILEY, MD, DiLorenzo TRICARE Health Clinic, Pentagone, Washington, District de Columbia

MATTHEW KENDALL HAWKS, MD, Uniformed Services Université des sciences de la santé, Bethesda, Maryland

Am Fam Physician. 2022 Jan ; 105(1):24-32

L'algie vasculaire de la face, la forme la plus courante de céphalée autonome trijumeau, est un trouble primaire rare de l'algie qui touche moins de 1% de la population. L'âge moyen d'apparition est de 30 ans, et il est deux à trois fois plus fréquent chez les hommes. L'algie vasculaire de la face consiste en des crises de douleur unilatérale sévère situées dans la région orbitale, supraorbitaire et/ou temporale qui se produisent tous les deux jours jusqu'à huit fois par jour et durent de 15 à 180 minutes. La douleur est associée à des symptômes autonomes ipsilatéraux (le plus souvent larmoiement, injection conjonctivale, congestion nasale ou rhinorrhée, ptose, œdème de la paupière, transpiration du front ou du visage et miose) et à un sentiment d'agitation. Les attaques se produisent en grappes, appelées épisodes, et sont épisodiques ou chroniques. Les déclencheurs courants comprennent l'alcool, la nitroglycérine, les aliments contenant des nitrates et les odeurs fortes. Les traitements abortifs comprennent les triptans et l'oxygène ; les traitements de transition comprennent les stéroïdes et les injections sub occipitales de stéroïdes ; et les traitements prophylactiques comprennent le vérapamil, le lithium, la mélatonine et le topiramate. Les nouveaux traitements de l'algie vasculaire de la face comprennent le galcanezumab, la neurostimulation et les agonistes des récepteurs de la somatostatine.

L'algie vasculaire de la face est la forme la plus courante de céphalée autonome du trijumeau et touche moins de 1% de la population. Elle se caractérise par des crises de douleur unilatérale sévère situées dans la région orbitaire, supraorbitaire et/ou temporale. Cet article fournit un examen des preuves axées sur le patient pour guider le diagnostic et la prise en charge de l'algie vasculaire de la face.

Note de l'éditeur : L'algie de la face est frustrante pour les cliniciens et surtout les patients. Ce syndrome n'est pas bien compris et est réfractaire à plusieurs modalités de prévention et de traitement qui sont marginalement satisfaisantes.

On continue à explorer d'autres approches, espérant trouver des solutions à ce problème qui affecte de façon négative la vie des patients qui en souffrent.

SANTÉ PUBLIQUE

Pavel Desrosiers, MD, MSc.

1.- Haïti et l'élimination du choléra ; 3 ans sans choléra !

Florence Duperval Guillaume, MD.
Ancienne titulaire du MSPP (2012 – 2016)

Haïti vient de célébrer, le 4 février dernier, l'élimination du choléra. En effet, cette cérémonie marquait les trois (3) ans **de la date à laquelle le dernier cas de choléra avait été confirmé dans le pays dans le cadre d'une surveillance active. Cette cérémonie officielle du MSPP a été l'occasion de souligner l'événement et de reconnaitre l'effort des professionnels de plusieurs catégories qui ont contribué à la victoire sur cette épidémie.** Cet article propose de retracer, suivant une approche de santé publique, ce qui pourrait s'écrire aussi comme une histoire à succès.

Une affaire d'état dès le début et mise en place d'une approche multisectorielle.

Le premier cas de choléra a été identité le 14 octobre 2010 dans le département du Centre et la maladie s'est rapidement propagée, d'abord dans le département de l'Artibonite puis, sur toute l'étendue du territoire national. La Direction Nationale d'Eau Potable et d'Assainissement (DINEPA) a rejoint le même jour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dans le département Centre et des tests sur les systèmes de traitement d'eau ont été pratiqués. Feu le Président René G. Préval, dans son adresse à la nation déclarait le choléra en Haïti comme « un problème de sécurité nationale ». Plusieurs études ont eu lieu et leurs résultats publiés sur la source du choléra en Haïti et la présence du Vibrio cholerae le long du fleuve Artibonite a été confirmée. On retiendra qu'après trois (3) mois, 185.351 cas avaient été confirmés et après quatre (4), 101 décès identifiés. Le choléra restera une maladie infectieuse, endémique en Haïti et aussi la plus mortelle que nous ayons connu depuis plusieurs années.

En réponse à cette catastrophe, **une cellule inter ministérielle de réponse à la crise** fut constituée pour, non seulement garantir l'engagement politique de tous les secteurs mais aussi, mobiliser des ressources financières afin de mitiger les pertes de vies humaines en nombre croissant. Un **Comité de Pilotage** s'est tout de suite adjoint à la crise pour coordonner les activités de lutte contre ce fléau. Haïti se retrouvait en extrême urgence médicale. Une **campagne massive d'information et de sensibilisation** de la population fut immédiatement lancée par le MSPP grâce à la collaboration et la coopération de la presse locale. Une des priorités de l'heure fut le **Renforcement du système de surveillance épidémiologique avec la mise en place d'un système de notification obligatoire** du choléra. Il était prépondérant de suivre l'évolution de l'épidémie pour organiser la réponse immédiate en termes de renforcement **des mesures de protection sanitaire** et **distribution d'eau potable** surtout dans les camps d'hébergement d'après le tremblement de terre du 12 janvier 2010, où comptait encore des quantités innombrables de déplacés ainsi que dans les zones à forte densité de population appelées autrefois « zones marginales ».

Dans les zones dépourvues d'infrastructures sanitaires, furent installées plus de 200 points de réhydratation orale, élément à ce moment indispensable à la survie. Simultanément, les protocoles de prise en charge clinique du choléra furent élaborés avec l'assistance technique de l'OPS/OMS et 35 centres de traitement du choléra (CTC) urgemment réparties sur l'ensemble du territoire national avec le support aussi bien d'Organisations Non Gouvernementales nationales que d'Organisations internationales. Ces structures additionnelles, pour leur fonctionnement, ont nécessité le recrutement de 2,000 ressources humaines supplémentaires dénommées « Brigadiers ». Former tout le personnel intervenant aussi bien dans la fourniture des soins que dans la prise en charge fut aussi un exercice titanesque et l'approche fut de commencer particulièrement par les communes affectées montrant l'importance de la surveillance épidémiologique et de la déclaration obligatoire. La population avait également collaboré à la démarche en informant tout personnel de santé de leur zone sur la présence d'un potentiel cas se basant sur les informations véhiculées par la campagne.

Une démarche de planification intégrée

En 2012, le Ministère de la Santé, assisté de tous ses partenaires techniques et financiers, développa un **Plan National de Réponse au Choléra 2012 - 2022** avec pour objectif : Éliminer le choléra en Haïti. (Fig. 1) Étant donné que nous partageons l'ile avec la République Dominicaine et vu les relations entre les deux pays, il était impensable de contempler un pareil objectif sans la participation de la République Dominicaine. Aussi, avec l'appui des Ministère des Affaires Étrangères des deux pays, des rencontres techniques binationales se sont tenues tantôt en Haïti tantôt en République voisine pour aboutir à un **Plan d'Élimination Binationale du choléra** sur l'île d'Hispaniola en mettant aussi l'emphase sur une coordination binationale et une approche intégrée pour prévenir et arrêter toute transmission secondaire du Choléra en Haïti. Une mobilisation soutenue des ressources financières s'en est suivi ainsi qu'une coordination technique effective et efficiente puisque chaque acteur avait la responsabilité de l'exécution des activités conjointement retenues en fonction de leurs domaines d'intérêts.

Fig. 1 : Lancement du plan national Février 2013

La riposte à l'épidémie reposait sur deux principes primordiaux des interventions en santé :

1. Soit l'extension de la couverture des soins et services de proximité traduit dans le déploiement, de Postes de Réhydrations Orale (PRO), d'Unités de Traitement du Choléra (UTC) et, de Centres de Traitement du Choléra (CTC) pour réduire le taux de létalité.
2. Soit l'implication de la communauté dans la mise en œuvre des stratégies de réponses. En ce sens des campagnes de mobilisation sociale et de promotion de la santé, le déploiement d'Agents de Santé Communautaires, la distribution de sachets de réhydratation orale (ORS) aux familles constituaient l'ensemble des interventions visant la prévention de la propagation de la maladie en diminuant le taux d'infection au niveau communautaire.

Les grandes lignes du Plan National d'Élimination du Choléra précisaient d**es objectifs spécifiques indiquant une** simultanéité des actions sur le court-terme, le moyen-terme et le long-terme. Ce sont :

1. Accroître **l'accès à l'eau potable** à au moins 85 % de la population;
2. Accroitre **l'accès aux installations sanitaires et d'hygiène** à au moins 90% de la population;
3. Augmenter à 90 % la **collecte des déchets ménagers** générés dans la zone de Port-au-Prince et 80 % ceux générés dans les villes secondaires;
4. Renforcer le système de santé publique facilitant **l'accès aux services de soins de santé** à 80 % de la population;
5. Renforcer la **surveillance épidémiologique** pour la détection précoce de tous les cas de choléra et d'autres maladies sous surveillance;
6. Garantir **l'investigation des flambées et une réponse appropriée** liée aux activités de surveillance;
7. Garantir la forte composante de **surveillance du laboratoire** pour suivre les sérotypes et génotypes possibles;

8. Intensifier **l'éducation de la population en matière d'hygiène domestique et d'hygiène alimentaire.**

A. Une Sur le court-terme (2 ans : 2013-2014), le MSPP se proposait de **réduire l'incidence annuelle du choléra de 3 % à ≤ 0,5 %** et les axes stratégiques retenues furent :

1. **La mobilisation sociale** avec ses composantes de Communication interpersonnelle, de Communication de masse et de Mobilisation communautaire.
2. **La surveillance épidémiologique** aussi bien institutionnelle que communautaire.
3. **L'accès aux soins de santé curatifs** y compris la réhydratation classique.
4. **L'accès à l'eau et l'hygiène** (Assainissement)

B. Sur le moyen-terme (2 ans : 2015-2017), il était convenu **de réduire l'incidence annuelle du choléra à ≤ 0,1 %** et les axes stratégiques en support furent :

1. **La coordination et aide à la prise de décision** en s'assurant de maintenir : un accès à l'information et à la recherche et des mécanismes de suivi et d'évaluation.
2. **L'accès aux soins** aussi bien préventifs (Vaccination et Promotion de la Santé liée à la vaccination) que curatifs à travers le Renforcement des capacités institutionnelles pour la prise charge de façon intégrée.
3. **La lutte contre la transmission en ayant un système d'alerte par une surveillance épidémiologique efficace** : au niveau communautaire par un contrôle des diarrhées aigües, au niveau institutionnel aussi bien qu'au niveau environnemental et une réponse appropriée en cas en regard du niveau relaté ; un accès à l'eau potable et l'assainissement ainsi que la promotion de la Santé.

C. Sur le long-terme (2 ans : 2018-2022), le MSPP a voulu **réduire l'incidence annuelle du choléra à moins de 0.1 %** avec les mêmes axes retenus au moyen-terme : (Fig. 2)

1. **La coordination et l'aide à la décision** comme au moyen-terme en s'assurant de maintenir : un accès à l'information et à la recherche et des mécanismes de suivi et d'évaluation.
2. **L'accès aux soins** aussi bien préventifs (Vaccination et Promotion de la Santé liée à la vaccination) que curatifs à travers le Renforcement des capacités institutionnelles pour la prise charge de façon intégrée.
3. **La lutte contre la transmission en ayant un système d'alerte par une surveillance épidémiologique efficace** : au niveau communautaire par un contrôle des diarrhées aigües, au niveau institutionnel aussi bien qu'au niveau environnemental et une réponse appropriée en cas en regard du niveau relaté.
4. **L'accès à l'eau et l'assainissement** redevient un axe à part entière avec la gestion de la qualité de l'Eau consommée et la Gestion et l'élimination adéquate des excrétas et protection des sources d'eau en zones rurales**.**

En Mars 2016, le Plan d'Élimination sur le moyen terme a été mis à jour par le Ministère de la Santé Publique en vertu des interventions menées et des résultats obtenus.

Fig. 2 : Dr Marie Greta Roy Clément Présentation du plan à long terme 2018-2022 d'Élimination du Choléra (avril 2019)

Les principales interventions conduites ont été les suivantes :

- **En surveillance épidémiologique (SE), u**ne équipe de SE ainsi qu'un épidémiologiste sont placés dans chaque département. La collecte et la transmission des informations (dotation de téléphones portables munis d'internet), pour analyse prompte des données transmises en termes de nombre de cas et de décès, permettent l'ajustement au besoin des actions de prise en charge. La production de rapport journalier est exigée, dans un premier temps (court-terme) pour alimenter les points de presse, puis hebdomadaire posté également sur le site web du Ministère. De plus, des Équipes Mobiles d'Intervention Rapide (EMIRA) sont effectives au niveau de chaque département pour l'investigation des flambées, l'organisation de cordons sanitaires et la réalisation de la réponse en vertu de l'alerte.

- **En capacité de prise en charge,** des activités de prise en charge du choléra de 2010 à 2020 ont et soldées par :

1. La construction et la supervision de 44 Centres de prise en charge des diarrhées aigües (CDTA),
2. La formation de 1.500 prestataires pour dans la prise en charge des personnes infectées et l'affectation de 210 prestataires additionnels dont 70 médecins, 40 infirmières et 40 auxiliaires
3. L'octroi de 10 véhicules additionnels dans les départements et de huit (8) ambulances dédiées à cette fin.
4. Le pré positionnement d'intrants et de matériels nécessaires à la prise en charge.
5. La mobilisation SOCIALE par la réalisation de 10,000 visites domiciliaires/mois par les brigadiers, des points de presses et autres interventions éducatives dans 60 médias ; les séances éducatives dans les écoles et installation de points de lavage des mains ; les rencontres dans les marchés publics, rencontres communautaires ; la distribution d'intrants comme les sels de réhydratation orale et les comprimés d'aquatabs ainsi que la décontamination des maisons ; l'intégration graduelle de la prise en charge du choléra dans 50% des institutions sanitaires publiques.
6. L'utilisation de la doxycycline dans la prise en charge.
7. L'introduction de la vaccination orale, avec le support de certains partenaires comme les centres GHESKIO et Partners in Health (PIH), laquelle avait permis en 2014 de constater déjà l'absence de nouvelles infections dans les zones où ces communautés avaient été vaccinées. La campagne de vaccination s'est déroulée dans les communes les plus à risques et aussi suite à l'ouragan Matthew dans le Sud et la Grande Anse avec l'appui de la GFTCC (Global Task Force on Cholera Control/Groupe spécial Mondial de lutte contre le choléra): **779, 345 doses furent administrées**.
8. Le développement de messages de prévention et la dissémination de matériels de sensibilisation.
9. La Coordination multisectorielle (MSPP, DINEPA, Organisations non Gouvernementales, Partenaires techniques et Financiers etc…) sous le Leadership du MSPP.

Le cholera en chiffres (évolution des indicateurs jusqu'à 2021) – Tableau 1

Trois mois après l'apparition du premier cas, nous étions à 185,351 cas et 4,101 décès en 31 déc. 2010. Depuis lors, les indicateurs se sont continuellement inscrits à la baisse jusqu'en 2020.

De cette belle histoire à succès, nous retenons les leçons suivantes :

- La volonté politique claire des autorités nationales est un gage de succès pour la gestion d'une crise.
- L'orientation de l'assistance humanitaire doit être faite de telle manière qu'elle s'intègre et renforce les systèmes de santé des pays en crise, plutôt que de les remplacer.
- Il est Important de cartographier les interventions et en lien avec les systèmes d'information nationaux.
- La disponibilité d'un système de surveillance épidémiologique et son renforcement en lien avec la mise en place d'un système de notification obligatoire du choléra sont un outil indispensable à la prise de décision opportune.
- La mise en place des EMIRA (équipes mobiles d'intervention rapide) favorise une prompte réponse. Ces équipes ont permis une réaction rapide par rapport aux différentes flambées. Malheureusement, elles n'ont pas pu intégrer le système, ce qui permettrait une pérennisation de la stratégie.
- L'expérience est payante de l'utilisation de la Doxycycline dans la prise en charge.
- La coordination, par un comité national de lutte contre le choléra sous le leadership du MSPP de toutes les activités de lutte contre le choléra, est indispensable.

Le grand défi est de maintenir le statut d'élimination du choléra en Haïti à travers des actions soutenues d'accès à l'Eau Potable, d'assainissement, de traitement des vidanges et excrétas tout en continuant à éduquer la population sur de bonnes pratiques d'hygiène.

Résumé de la Situation du Choléra, 2010 à 2020

MSPP

Année	Population	Cas Suspects	Décès Institutionnels	Décès communautaires Total	Décès	Taux d'incidence pr 1000 hbts
2010	10085214	185351	2521	1580	4101	18.38
2011	10248306	352033	1950	977	2927	34.35
2012	10413211	101503	597	311	908	9.75
2013	10579230	58574	403	184	587	5.54
2014	10745665	27392	209	88	297	2.55
2015	10911819	36045	224	98	322	3.30
2016	11078033	41421	307	140	447	3.74
2017	12201437	13681	110	49	159	1.12
2018	12542135	3777	20	21	41	0.30
2019	12893402	720	2	1	3	0.055

Tableau 1 : le cholera en Haïti en chiffres.

Christophe, Millien MD, MMSc

1. La pandémie de Covid-19 et évolution du testing

Le dispositif de prise en charge des Urgences sanitaires en vigueur au MSPP comprend les étapes suivantes :

- L'estimation du risque (Bureau du Ministre /Direction Générale) ;
- L'lerte activation du dispositif (Direction Générale/Unité Nationale de Gestion des Urgences Sanitaires – UNGUS) ;
- Les modalités de recours au dispositif et repérage des cas suspects (DELR) ;
- La surveillance et dépistage (DELR/LNSP) ;
- Les mesures de protection du personnel soignant (DOSS) ;
- La mise en quarantaine (DPSPE) ;
- La prise en charge des cas suspects et des cas confirmés (DOSS/Direction Hôpitaux).

La Direction d'Epidémiologie, de Recherche, de Laboratoire (DERL) et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP).

Le système national de surveillance est géré par la DERL qui s'occupe de planifier et d'organiser la surveillance épidémiologique des maladies prioritaires, d'assurer le développement et la diffusion des outils de collecte des statistiques de santé, de traiter, d'analyser et de diffuser des statistiques de santé, d'établir de normes et des standards, et de renforcer des capacités des structures départementales.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) est un service d'excellence et de référence dans le diagnostic et dans l'investigation des maladies sous surveillance épidémiologique. Il est doté d'infrastrutures et de technologies de pointe et est géré par un personnel managérial et technique hautement qualifié.

L'objectif général du LNSP est de mettre en place une plateforme de laboratoire normatif, technique, informatif, d'innovation technologique et de formation de qualité pour renforcer la capacité de riposte du pays dans le cadre des maladies sous surveillance épidémiologique.

Le LNSP coordonne un réseau national de laboratoires et exploite un système national de transport d'échantillons

Les Laboratoires Nationaux de Référence, comme le Laboratoire National de Référence de la Tuberculose (TBLNR) et les Centres Nationaux de Référence, comme le Centre National de la Grippe qu'héberge le Laboratoire National de Santé Publique ont une triple mission : prestation de services, recherche et expertise. Ils analysent les prélèvements envoyés par les laboratoires périphériques et consolident et répertorient les informations clés au niveau national : caractérisation des souches, nombre de cas, tendances, etc. La collecte de données microbiologiques vise à prévenir et lutter contre les maladies émergentes.

Les laboratoires de surveillance jouent également un rôle au niveau international, puisque les données nationales collectées sont ensuite transmises à des réseaux comme la CARPHA (Agence caribéenne de santé publique), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'Organisation panaméricaine de la santé. PAHO Health et le CDC (centre de contrôle et de prévention des maladies). Ces organisations utilisent les données collectées par les Laboratoires et Centres Nationaux de Référence pour cartographier la situation en Haïti, dans la région des Amériques et dans le monde, mesurer l'évolution des risques et suivre la propagation à plus grande échelle.

La pandémie de Covid-19 en chiffres :

- 313 millions de cas confirmés ;
- 5 Millions de morts ;
- Haïti 26.000 cas ; 780 morts ;
- USA 63 Millions de cas et 840.000 morts ;
- Brésil 22.6 Millions de cas et 62.000 morts ;
- Amérique 114 Millions de cas ;

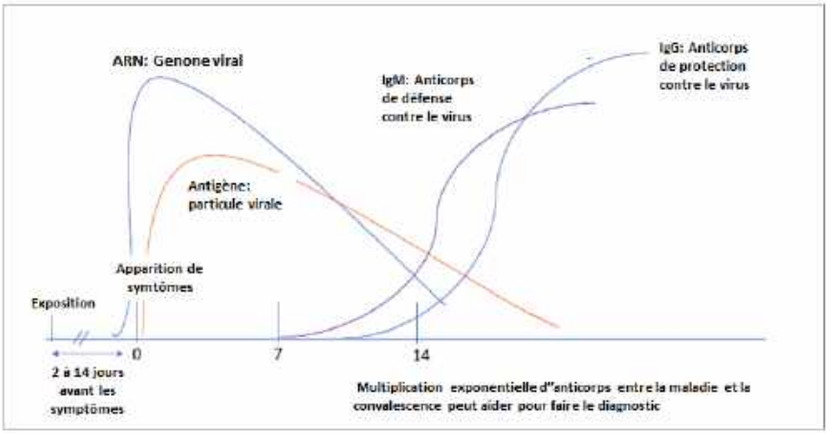


Fig. 1 : Cinétique des marqueurs biologiques

- Europe 113 Millions de cas ;
- Pacifique 12 Millions de cas ;
- Afrique 7 Millions de cas.
- 9 milliards de doses de vaccins

Le Laboratoire est crucial pour la réponse. La recommandation de l'OMS est : « TEST & TEST & TEST ». Les tests moléculaires sont pour confirmer les cas symptomatiques et activer la réponse. Les tests antigéniques sont pour dépister les personnes à risque et protéger les personnes vulnérables. Les tests favorisent les voyages et les activités sociales ou de travail. Les tests sérologiques sont utilisés pour monitorer la réponse immunitaire et les tests génomiques pour détecter les variants.

Les nouveaux défis pour les systèmes de laboratoires sont la pléthore de marques, la rapidité de mise sur le marché EUA, les problèmes de validation (VPN, VPP), les problèmes d'approvisionnement, l'augmentation rapide des capacités, le financement, l'utilisation en dehors du contexte médical, le système de qualité et règlementation et le rapportage des données.

Les tests sont utilisés à différentes périodes :

- La phase asymptomatique (travailleurs de sante) ;
- La phase pré symptomatique (personnes contact) ;
- La phase symptomatique (durées de l'inaffectivité) ;
- La phase post symptomatique (jours après la fin des symptômes) ;
- Les cas graves Covid négatifs ;

- L'effet des variants sur les tests ;
- L'immunité de la population par des enquêtes sérologiques.

Epidémies Influenza et Covid (petit texte explicatif)

- Variants Covid Wuhan B1/ P1 /Alpha/ Mu/ Delta (Fig. 2)
- Influenza A(H1N1p) AH3 Bvic Byam (Fig. 3, 4)
- Grippe saisonnière et Covid (Fig. 5)
- En janvier 2002, Omicrom déplace Delta 70% vs 29%

8/31/21-9/30/21

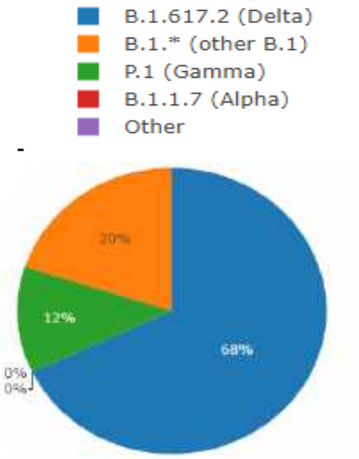


Fig. 2: pourcentage des variants (8/31/21-9/30/2, données Gesskio)

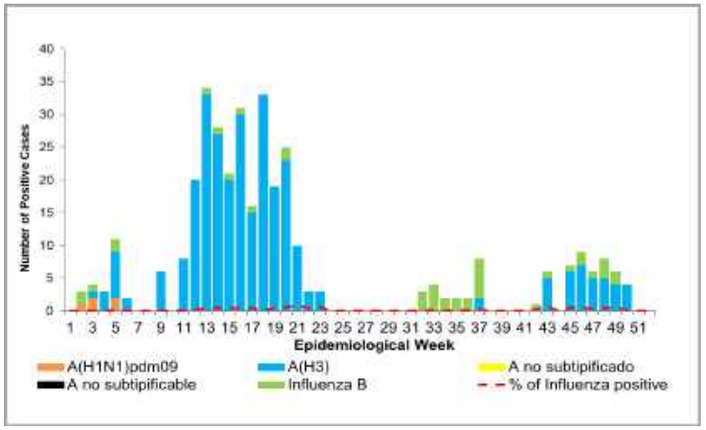


Fig. 3 : Distribution des cas et du taux de positivité de l'Influenza (types et sous types) par semaine épidémiologique, Haïti, 2019

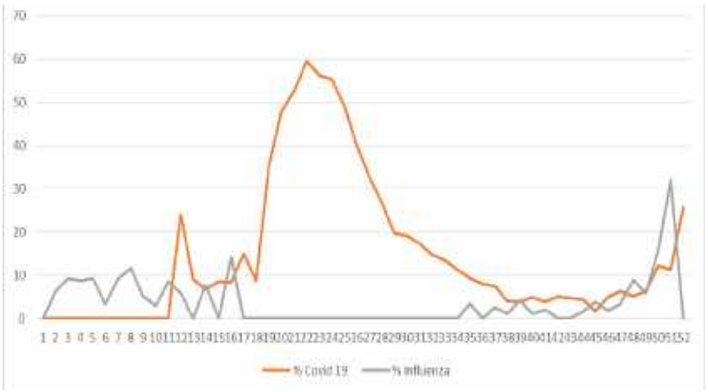


Fig. 4 : Distribution du taux de positivité de la COVID-19 et de l'Influenza, Janvier à Décembre 2020, Haïti

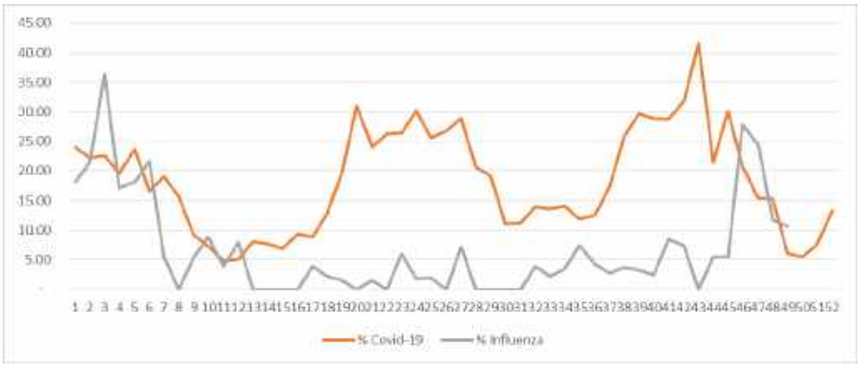


Fig. 5 : Influenza et Covid 2021

Conclusion

Il faut définir des algorithmes, diffuser des informations claires, vérifier la validité des tests, introduire la surveillance génomique, renforcer la règlementation, vivre avec le virus et renforcer la surveillance.

2.- Février, mois du cancer

Le mois de février est depuis une vingtaine d'années réservé à la sensibilisation des populations sur l'existence du cancer en général et aussi du cancer pédiatrique. Cette démarche se situe dans un contexte de contribution au plaidoyer en faveur de la prévention et prise en charge des patients. Elle permet d'informer les potentiels bailleurs et nos décideurs politiques de la problématique du cancer. Nous vous encourageons à apporter votre contribution à la campagne. Le monde entier se mobilise et nous aussi. Préoccupons-nous des adultes souffrant de cancer mais aussi des enfants souffrant de cette pathologie.

Une initiative mondiale a pris le jour menée par l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) pour relever l'un de nos plus grands défis. La journée mondiale contre le cancer a donc été créée en 2000 et se tient chaque 4 février.

Le thème de la campagne 2022 est : « *Combler le fossé des soins / Réaliser le problème* ». Il faut comprendre et à reconnaître les inégalités dans les soins contre le cancer dans le monde. C'est l'année pour remettre en question le statu quo et aider à réduire la stigmatisation. Prenons le temps d'écouter les points de vue des personnes vivant avec le cancer. Laissons ces expériences vécues guider nos pensées et nos actions.

En Haïti diverses structures sont impliquées dans la lutte contre le cancer. Citons d'abord le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à travers l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) et l'Hôpital de Mirebalais. Diverses initiatives privées complètent les interventions du secteur public. Citons la Société Haïtienne d'Oncologie (SHONC), Initiative Health Institute (IHI), la Fondation Belliard, le Groupe de Support Contre le Cancer (GSCC) etc…

La Fondation Haïtienne Anti-Cancer Infantile (FHACI) depuis 2014 s'est investie à travailler en étroite collaboration avec l'Unité Oncologique de l'Hôpital Saint Damiens, à accompagner les enfants souffrant de cancer.

Oui les enfants peuvent être atteints de cancer.

Le cancer est l'une des principales causes de décès chez les enfants et les adolescents. (réf. 1-3) Lorsqu'un cancer est diagnostiqué chez un enfant, la probabilité de survivre varie selon les pays : dans les pays à revenu élevé, plus de 80 % des enfants atteints d'un cancer guérissent, mais dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, cette proportion est inférieure à 30 % et même à peine 8 % dans certains pays d'Afrique. (réf. 3, 4) En 2021, il a été rapporté par les responsables de l'Unité Oncologique que 426 enfants actifs ont été suivi à l'Hôpital Saint Damiens à Tabarre. (réf. 5) Les taux rapportés au cours de la prise en charge sont : de survie de 45%, de mortalité 30% et d'abandon 15 %.

Plusieurs facteurs expliquent ces taux de survie inférieurs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Citons, notamment, un diagnostic tardif, l'impossibilité d'obtenir un diagnostic précis, des thérapies inaccessibles, l'abandon des traitements, les décès dus à la toxicité (effets secondaires) et les rechutes qui pourraient être évitées. Il ne faut pas oublier aussi les facteurs culturels. L'amélioration de l'accès à la prise en charge du cancer chez l'enfant, y compris aux médicaments et aux technologies essentiels, est très fructueuse et peut améliorer la survie quelle que soit la situation. (réf. 3, 4)

Tenant compte de cette réalité, la JOURNEE INTERNATIONALE DU CANCER CHEZ L'ENFANT a aussi été instituée. Le 15 février est la date retenue.

Le Centre Intégré pour le Développement de l'Enfant (ICCD) mène une campagne mondiale de collaboration visant à sensibiliser au cancer infantile et à exprimer son soutien aux enfants et adolescents atteints de cancer, aux survivants et à leurs familles.

Tous les membres de la Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP), le Cancer International de l'Enfant (CCI) et d'autres partenaires de l'Alliance ICCD ont été encouragés à s'engager dans diverses activités sous le thème *"Une meilleure survie"* est réalisable par vos mains. Ils mettront l'accent sur l'hommage à l'équipe médicale et aux travailleurs de la santé et à l'impact positif qu'ils ont sur la vie des enfants et des adolescents atteints de cancer et vice versa.

En Haïti, la Fondation Haïtienne Anti-Cancer Infantile (FHACI) a, tout au cours du mois de février, activement participé à des interventions médiatiques d'information et de sensibilisation du public concernant le cancer infantile. C'était une campagne Rose et Or. Diverses activités de collecte de fonds ont aussi été réalisées telles le Wine and Cheese et la Rafle. Le jour du cancer le 15 février les enfants ont été chaudement encadrés à l'Unité Oncologique de l 'Hôpital Saint Damiens. Divers groupes et des volontaires très engagés ont permis la réalisation d'une fête bien réussie. Les enfants ont très apprécié l'initiative.

Fig. 1, 2, 3 : Le 15 février 2022 à l'Unité oncologique de l'Hôpital Saint Damiens

Action de l'OMS

En 2018, l'OMS a lancé, avec le soutien du St. Jude Children's Research Hospital, l'initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant en vue de montrer la voie à suivre et d'apporter une aide technique aux gouvernements afin qu'ils renforcent et maintiennent des programmes de qualité pour combattre ce fléau. (réf. 6) Actuellement, dans les pays de la région SICA (El Sistema de la Integración Centroamericana, l'objectif est d'atteindre d'ici 2030 au moins 60% de survie des six cancers pédiatriques les plus fréquents:

- leucémie,
- lymphomes,
- les tumeurs du système nerveux central,
- les tumeurs solides telles que le rétinoblastome,
- le neuroblastome
- et la tumeur de Wilms.

Cela correspond presque au double du taux de guérison actuel et permettra selon l''OMS de sauver un million supplémentaire de vies au cours de la prochaine décennie.

Haïti fait partie d'une démarche régionale visant à accompagner divers pays de l'Amérique Centrale et de la Caraïbes à développer un plan de diagnostic précoce et de prise en charge du cancer pédiatrique. Costa Rica, le Guatemala, le Panama, le Honduras, Belize, le Salvador, Cuba, la République Dominicaine et Haïti ont tous élaboré leur plan national de cancer pédiatrique. Celui de Haïti a été rédigé et validé. Le processus de sa mise en place requiert un engagement politique et la mobilisation d'importantes ressources humaines et matérielles. La Fondation Haïtienne Anticancer Infantile (FHACI), en étroite collaboration avec l'Unité Oncologique de HSD, contribuent à l'avancement du dossier au niveau national.

REFERENCES

1- *World Health Organization. (2021). CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370*

2- *Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. Science. 2019 Mar 15;363(6432):1182-1186. doi: 10.1126/science.aaw4892. PMID: 30872518*

3- *libguides.cccneb.edu/childhoodcancer*

4- *Zhang J, Walsh MF, Wu G, Edmonson MN, Gruber TA, et al. Germline Mutations in Predisposition Genes in Pediatric Cancer. N Engl J Med. 2015 Dec 10;373(24):2336-2346.*

5- *www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescent-cancers-fact-sheet*

6- *OMS Fact sheets details children cancer dec 13,2021*

In Robert Brutus MD, MPH
Président FHACI

2. Profil épidémiologique des cancers admis par le programme de cancer d'*Innovating Health International* de 2016 à 2020

Joseph BERNARD, Jr, MD[1], Vincent DeGennaro, Jr, MD, MPH[1]

[1] Innovating Health International (IHI), Port-au-Prince, Haïti

RESUME

Introduction

En l'absence d'un registre national du cancer, l'épidémiologie des cancers en Haïti est peu connue. Les estimations l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne reflètent pas le vrai poids des cancers dans les pays en voie de développement comme Haïti. Cette étude a pour objectif principal de présenter l'épidémiologie des cancers pris en charge sur une période de cinq ans par l'une des principaux programmes de cancer d'Haïti.

Méthode

Une étude rétrospective fut menée sur les cas de cancer âgés de 15 ans et plus pris en charge par le programme de cancer d'Innovating Health International (IHI) du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020. Des variables comme l'année d'admission, l'âge, le sexe, le type de cancer ont été collectées en vue de dresser ce profil épidémiologique.

Résultats

Au total, 3.060 cas de cancer ont été admis et pris en charge au cours de la période d'étude. L'âge moyen de la population d'étude est de 52.5 ans [15 - 92], pour 84.4 % de femmes et 15.6 % d'hommes. Les cancers du sein et de la sphère gynécologique sont les plus diagnostiqués chez les femmes, alors que les cancers digestifs, de la tête et du cou, les sarcomes et les cancers urologiques sont les plus retrouvés chez l'homme.

Conclusion

Bien que monocentrique, cette étude donne des données plus précises sur l'épidémiologie des cancers en Haïti. Les cas de cancer du poumon, de l'appareil urinaire, les leucémies aiguës et les tumeurs du SNC sont sous-évalués en raison d'un sous-diagnostic, d'une sous-référence ou d'une mortalité élevée. Des campagnes de sensibilisation, de prévention et de dépistage doivent être implémentées ou renforcées en vue de diminuer l'incidence de cancers pouvant être prévenus, comme le cancer du col de l'utérus.

INTRODUCTION

Le cancer est devenu avec le temps un véritable problème de santé publique, et ceci à l'échelle mondiale. Nous avons en effet assisté au cours des ans à une augmentation progressive de l'incidence des cancers. Selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à l'occasion de la journée mondiale du cancer le 4 février, environ 19.3 millions de nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués pour l'année 2020. Sur les 10 millions de décès recensés annuellement dans le monde, un sixième (1/6) est imputé au cancer. Environ deux tiers (2/3) de ces décès sont dans les pays en voie de développement. Le manque de sensibilisation et de prévention des cancers, le manque d'accès aux médicaments essentiels et aux soins oncologiques et la carence en ressources humaines sont les grands obstacles à une prise en charge optimale des cancers dans les pays en voie de développement [1].

Selon le rapport GLOBOCAN 2020 de l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (IARC), entité de l'OMS, plus de 12.000 Haïtiens seraient diagnostiqués de cancer en 2020 et plus de 9.000 en seraient décédés la même année. Les cancers les plus prédominants chez l'homme en Haïti sont les cancers de la prostate, de l'estomac, du côlon, du foie et du poumon ; et les plus courants chez la femme sont les cancers du sein, du col de l'utérus, colo rectal, de l'estomac et du poumon [2]. Cependant, ces données de l'IARC sont des estimations, et ne reflètent donc pas fidèlement le poids réel des types de cancer en Haïti. De plus, une étude rétrospective sur 10 ans menée dans le service d'onco-hématologie de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) a révélé que sur les 875 cas retenus pour l'étude, les plus courants chez la femme étaient le cancer du sein, les hémopathies malignes, les cancers gynécologiques et les cancers digestifs, alors que chez l'homme l'on retrouve les hémopathies malignes, les cancers digestifs, et les cancers de la peau [3].

En Haïti, Il n'existe à l'heure actuelle que cinq (5) centres de cancer, en majorité gérés par des organisations non-gouvernementales : 4 pour les adultes : le service d'oncologie de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM), la clinique du cancer d'*Innovating Health International* (IHI), l'Institut Haïtien de Diagnostic Oncologique (IHDO) et le récent Centre de traitement du Cancer et de Chirurgie Générale (C3G), fondé en février 2020 et situé à Morne Rouge, section communale du Cap-Haitien. Le seul service pédiatrique se trouve à l'Hôpital Saint Damien de Nos Petits Frères et Sœurs (NPFS). Trois de ces 5 centres sont localisés à Port-au-Prince, la capitale d'Haïti. Le service d'oncologie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) n'est plus fonctionnel depuis début 2020 suite au décès de sa directrice, Dr Elsie Métellus Chalumeau. Si les estimations de GLOBOCAN s'avèrent exactes, l'offre de soins oncologiques actuelle est loin de couvrir les besoins de la population haïtienne.

Haïti n'a aucun programme national de lutte contre le cancer, et le registre national permettant d'évaluer la vraie charge de morbidité du cancer sur le système de santé haïtien est non fonctionnel. Il n'existe aucun centre de radiothérapie en dépit d'un projet d'implémentation lancé en 2007 et financé par l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA) [4].

Haïti n'a aucun programme national de lutte contre le cancer, et le registre national permettant d'évaluer la vraie charge de morbidité du cancer sur le système de santé haïtien est non fonctionnel. Il n'existe aucun centre de radiothérapie en dépit d'un projet d'implémentation lancé en 2007 et financé par l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA) [4]. La dernière initiative remonte à fin 2012 quand près de 11 millions de dollars des fonds Petrocaribe devaient financer un centre national de radiothérapie, de chimiothérapie et de médecine nucléaire qui finalement n'a pas vu le jour [5]. La grande majorité des cas de cancer nécessitant la radiothérapie sont sont référés en République Dominicaine ou à Cuba. Selon les comptes nationaux de santé publiés par le MSPP, environ 3 % du budget alloué à la santé ont été dépensés des soins oncologiques [6]. La journée mondiale contre le cancer de cette année 2022 a été éclipsée en Haïti par la commémoration des 3 années sans choléra, preuve patente que la lutte contre le cancer n'est pas une priorité de l'heure.

Innovating Health International (IHI) est une organisation non-gouvernementale américaine fondée fin 2015 et qui se concentre en Haïti sur la prise en charge des cancers. Son centre de cancer offre la chimiothérapie et la chirurgie comme modalités de prise en charge. IHI s'investit également dans des programmes de sensibilisation et de formation du personnel soignant en soins oncologiques. Les cas de cancer pris en charge par IHI sont soit diagnostiqués par son équipe médico-chirurgicale, soit référés par des professionnels de la santé après diagnostic ou prise en charge chirurgicale. Les références viennent en grande partie de la péninsule sud du pays. Le manque d'éducation, les troubles socio-politiques et le faible accès aux soins de santé expliquent entre autres que la majorité des cas de cancer sont diagnostiqués à un stade avancé.

METHODE

C'est une étude descriptive, rétrospective, menée sur tous les cas de cancer diagnostiqués et pris en charge par le programme de cancer d'IHI du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020. Les dossiers des patients ont été révisés afin de collecter des variables clés comme la date d'admission, l'âge, le sexe et le type de cancer. La saisie des données a été faite sur le logiciel Excel 2007 de Microsoft et l'analyse sur le logiciel Epi Info version 7.2.5.0.

RESULTATS

Durant les cinq (5) premières années de fonctionnement du programme de cancer d'IHI allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020, 3060 cas de cancer ont été admis : 282 en 2016, 513 en 2017, 702 en 2018, 800 en 2019 et 763 en 2020. (fig. 1)

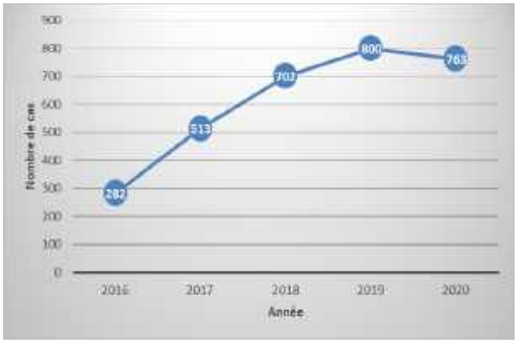


Figure 1 : Répartition par année des cas de cancers (N=3060)

L'âge moyen de la population est de 52.5 ans [15-92] et 60.1 % des patients sont âgés entre 40 et 64 ans. (fig. 2)

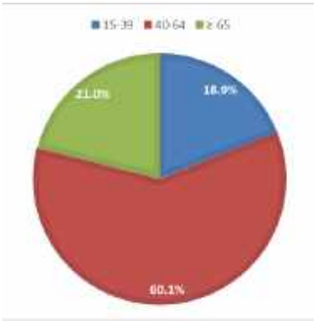


Figure 2 : Répartition des cas de cancer selon l'âge (N=3057)

La population est majoritairement féminine, avec 84.4% de femmes et 15.6% d'hommes. Le cancer du sein est le type le plus diagnostiqué (45.5 %), suivi des cancers gynécologiques (24.4 %) dont 77.5 % sont des cas de cancer du col de l'utérus, les cancers digestifs (8.2 %) dominés par le cancer colorectal et de l'estomac ; les cancers de la tête et du cou (4.2 %) ; les hémopathies malignes (4.2 %) dont 60.9 % des cas sont des lymphomes ; les sarcomes (3.7 %) ; les cancers urologiques (2.4 %) avec le cancer de la prostate représentant 56.1% des cas; les cancers cutanés y compris le mélanome (1.9 %) ; le cancer du poumon (0.8%) ; le cancer de la thyroïde (0.4%) et les tumeurs du système nerveux central (0.1 %). Environ 4.1 % des cas sont des cancers de primitif inconnu (CaPI). (fig. 3)

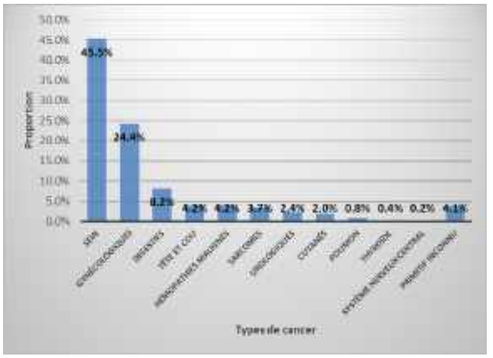


Figure 3: Répartition des cas de cancer selon le type (N=3060)

Les cancers du sein et de la sphère gynécologique sont les plus diagnostiqués chez la femme, alors que les cancers digestifs, les hémopathies malignes, les cancers de la tête et du cou et les cancers urologiques sont les plus courants chez l'homme. (fig. 4)

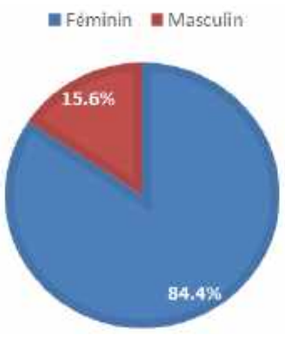


Fig. 4 : répartition des cancers suivant le sexe.

DISCUSSION

Plus de 3.000 cas de cancer ont été admis par le centre d'IHI sur une période de cinq (5) ans. Ce nombre dépasse de loin les 875 cas de cancer reçus par l'HUEH sur une période de 10 ans. Il y a eu une augmentation significative du nombre de cas au cours des années, avec un pic en 2019 suivi d'une légère baisse en 2020. Cette augmentation annuelle peut s'expliquer surtout par une reconnaissance du programme de cancer d'IHI, ce qui augmente les consultations oncologiques et les références d'autres institutions sanitaires.

Ce profil épidémiologique est quasiment similaire à celui publié sur les trois premières années de fonctionnement d'IHI [7]. Il présente cependant des différences notables par rapport aux estimations de GLOBOCAN sur Haïti publiées respectivement en 2012, 2018 et 2020. En effet, le cancer de la prostate, dont l'incidence est plus élevée que les cancers du sein et du col de l'utérus selon GLOBOCAN, est très peu représenté dans la cohorte d'IHI. Les cas de cancer de la prostate sont surtout pris en charge par les urologues qui privilégient surtout les traitements chirurgicaux.

Notons la forte prédominance féminine, avec les cancers du sein et du col de l'utérus représentant plus de 80% des cancers chez la femme. Ceci semble suggérer une féminisation du cancer en Haïti. 60.9% des patients sont âgés entre 40 et 64 ans, tranche d'âge représentant la population active. Les cas de cancer du poumon, de l'appareil urinaire, et les leucémies aiguës sont vraisemblablement sous-représentés dans cette cohorte en raison d'une combinaison de sous-référence, de sous-diagnostic ou de mortalité élevée surtout dans le cas des leucémies aiguës et des tumeurs du SNC.

Avec en moyenne 600 cas de cancers par année, le centre de traitement du cancer d'IHI ne reçoit qu'environ 5 % des cas de cancer estimés annuellement par l'IARC. En supposant que les autres centres reçoivent le même nombre de patients, environ 20% des patients atteints de cancer seraient pris en charge par les centres de cancer du pays.

Une étude multicentrique englobant tous les cas de cancers vus par les principaux centres de cancer d'Haïti serait utile pour mieux évaluer la vraie charge de morbidité et l'épidémiologie réelle des cancers en Haïti. Une telle initiative pourrait être le commencement pour l'implémentation du registre national du cancer.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Bien que monocentrique, cette étude sur cinq ans donne des données plus précises sur l'épidémiologie des cancers en Haïti. Les cas de cancer du poumon, de l'appareil urinaire, les tumeurs du SNC et les leucémies sont vraisemblablement sous-évalués en raison d'une sous-référence, d'un sous-diagnostic ou d'une létalité élevée. Il faut donc encourager les médecins généralistes à référer les patients dans les services d'oncologie du pays pour une prise en charge optimale. Les programmes de sensibilisation, de prévention et de dépistage doivent être renforcés en vue de réduire l'incidence de cancers en Haïti, et surtout assurer un diagnostic plus précoce.

Références bibliographiques

[1] Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. et al, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA CANCER J CLIN 2021; 71:209–249

[2] IARC, GLOBOCAN 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2020, Haiti. Disponibles sur: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/332-haiti-fact-sheets.pdf

[3] JACQUES, F. et al, A ten-year epidemiology of cancers at the hematology and oncology department of a tertiary hospital in Port-au-Prince, Haiti. Disponible sur : http://abstracts.asco.org/199/AbstView_199_181199.html

[4] HANSEN, K., Hope in Haiti for Better Cancer Care. Disponible sur: https://www.iaea.org/newscenter/news/hope-haiti-better-cancer-care-0

[5] Le Moniteur, numéro extraordinaire du 24 octobre 2018. Compilations des textes relatifs aux Fonds Petrocaribe 2016-2018.

[6] MSPP/UEP, Rapport des comptes nationaux de la santé 2014-2015-2015-2016. Disponible sur : https://mspp.gouv.ht/site/downloads/CNS%202014%202015%20et%202015%202016%20version%20web.pdf

[7] JJ Bernard, LG Alexis, LSC Pierre et al, A three-year epidemiological profile of cancers managed by a Haitian cancer program from 2016 to 2018. Disponible sur: https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.e13079

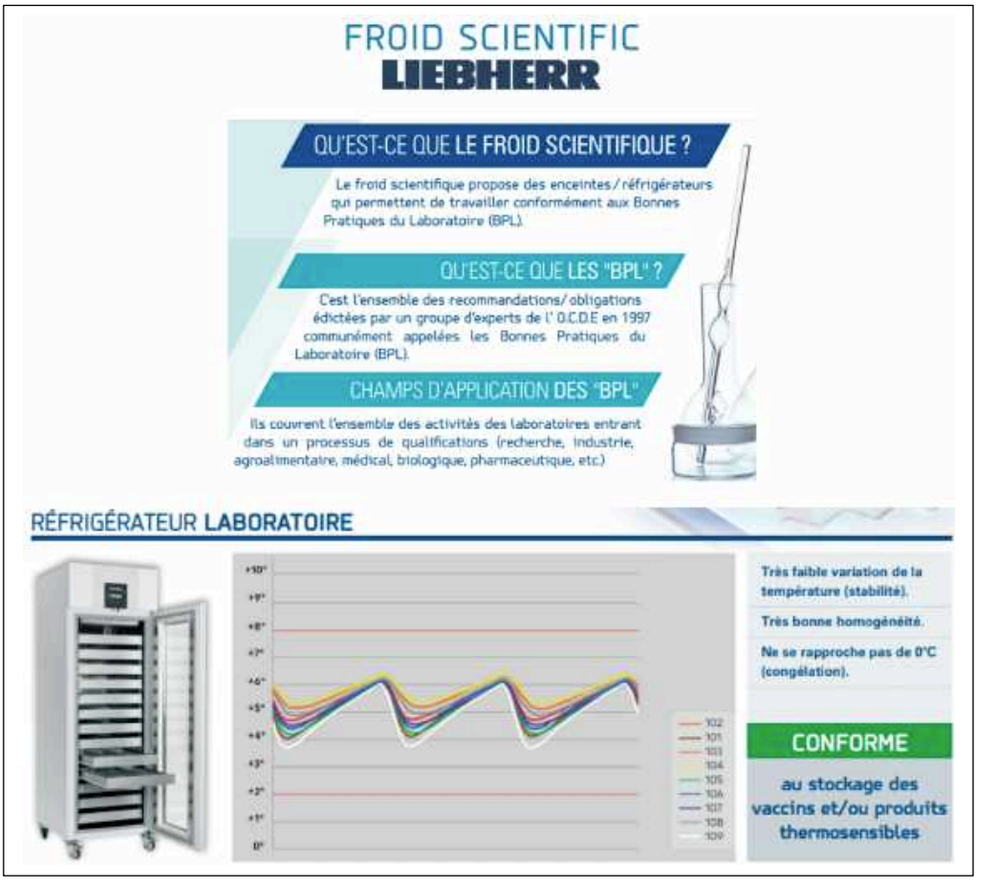
2. Soins palliatifs à domicile/ Swen palyatif lakay

Depuis 2005, l'IASP (International Association for the Study of Pain) octroie un prix consistant essentiellement à financer un projet sur l'amélioration de l'éducation et de la pratique de la douleur dans les pays en développement. Ces projets peuvent être : une combinaison de l'enseignement pratique avec les dernières recherches ; l'élaboration de supports pédagogiques écrits ; la création de programmes d'apprentissage en ligne ; ou même la mise en œuvre des changements de politique sur l'éducation et la pratique de la douleur dans les hôpitaux, les universités ou les gouvernements.

En 2021, le Dr Régine Roche a soumis le projet : « ***Former des infirmières en soins palliatifs pour aider les patients et les familles à gérer la fin de vie à domicile en Haïti*** » qui a été bien accueilli par le jury et a obtenu le prix : « *IASP Developing Countries Project : Initiative for Improving Pain Education ».*

Avec l'appui de DSF (Douleurs sans frontières), de la SOHAD (Société haïtienne de formation et de prise en charge de la douleur), des formateurs de l'UD/HUEH (Unité douleur de l'HUEH), et la collaboration du service de médecine communautaire de la DPSPE du MSPP ; ce projet a pu être lancé en novembre 2021.

La publication du livre : « Soins palliatifs à domicile/ Swen palyatif lakay » est la première étape de ce projet qui vise à doter les prestataires communautaires en Haïti : médecins, infirmières, agents de santé ; de compétences spécifiques en soins palliatifs et adaptées à chaque niveau de prestataire. Cet ouvrage constitue une base de travail pour la réalisation de formations en soins palliatifs pour ces prestataires. Il se veut aussi d'être un document de référence pour tous ceux qui interviennent auprès des patients en soins palliatifs.



Judith Jean-Baptiste, MD

1.- Trois (3) ans sans Choléra !

Jean-Patrick Alfred, MD.

Selon la définition du Global Task Force on Cholera Control (GTFCC) : "Tout pays qui ne rapporte aucun cas confirmé avec évidence de transmission locale pendant au moins trois (3) ans consécutifs et qui dispose d'un système performant de surveillance épidémiologique susceptible de détecter tous cas confirmé, ce pays recevra un certificat d'élimination du cholera". (réf. 1)

On a enregistré 9.792 décès de 2010 à 2019, soit 4.101 décès dans les premiers 3 mois. Mais le peuple haïtien debout comme un seul homme a gagné cette bataille. La stratégie utilisée c'était un plan clair 2012-2022 avec des stratégies pour **sauver des vies :** en diminuant le taux de létalité en déployant des Postes de Réhydrations orale (PRO), des Unités de Traitement de Choléra (UTC) et des Centres de Traitement de choléra (CTC). Et **prévenir la propagation de la maladie** en diminuant le taux d'infection au niveau communautaire: des interventions visant la mobilisation sociale et la promotion de la santé, le déploiement d'agents communautaires, la distribution de sachets de réhydratation orale (ORS) aux familles, etc.

Sous le leadership du MSPP, de façon continue, ce plan a été mis en œuvre et le 4 février 2022, une date importante pour la santé publique en Haïti, nous avons fait trois (3) ans SANS CHOLÉRA en Haïti ! Et ceci mérite d'être célébré.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a célébré les TROIS (3) ANS SANS CHOLÉRA en Haïti, ce vendredi 4 février 2022 à l'hôtel Montana. La cérémonie s'est déroulée en présence du Premier Ministre, Dr Ariel Henry, du Ministre de la Santé, Dr Alex Larsen, du Secrétaire d'État à la Population et au Développement Humain (SEPDH), Dr Laurent Beaugé, du Directeur général du MSPP, Dr Lauré Adrien, du Directeur général de la DINEPA, M. Guito Edouard, des représentants de la Banque Mondiale, du système des Nations Unies, du CDC, des anciens Ministres et Directeurs généraux du MSPP, des cadres du MSPP et des partenaires techniques et financiers du MSPP.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) renouvelle ses sympathies à toutes les familles victimes de l'épidémie de Choléra et remercie grandement toutes celles et tous ceux qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, au résultat de ces trois (3) années sans cas de choléra confirmé en Haïti en leur décernant des certificats.

Le 17 février, il y a eu aussi un fórum scientifque pour chercher à mieux comprendre ce qui nous a conduit à ce résultat. Pour écouter les interventions, merci d'aller sur le lien du site du MSPP. (réf . 2)

Références :

1. https://www.unicef.org/press-releases/global-task-force-cholera-control-marks-year-progress-toward-ending-cholera
2. *https://www.mspp.gouv.ht/wp-content/uploads/FORUM-SCIENTIFIQUE-SUR-LES-%C2%ABTROIS-ANS-SANS-CAS-DE-CHOLERA-EN-HAITI%C2%BB.pdf*

2.- Le Rotary Club de Pétion-ville décerne une plaque d'honneur au Dr Claude Surena

Cette distinction coiffe un parcours au Rotary club de Pétion-Ville (RCPV) pendant 38 ans. En effet, le Dr Suréna est entré au RCPV en 1984, grâce à son épouse Yolaine qui l'avait invité à l'accompagner lors d'une animation qu'elle devait assumer. Il ignorait totalement ce qu'était le Rotary, mais le plaisir d'accompagner son épouse et sa curiosité l'ont déterminé non seulement à être présent, mais aussi à s'intéresser aux activités du jour, Depuis lors, sa vie a totalement changé. Devenu peu après membre de ce club, il a eu le privilège de servir les autres, car la devise est : « SERVIR DABORD ».

Le Dr Suréna a tellement intégré, avec foi et conviction, la philosophie du RCPV, qu'il en est devenu Président à deux reprises. Par la suite, il a été le leader du District 7020 regroupant 11 pays de la région. En tant que tel, ce rotarien engagé a servi, non seulement la communauté de Pétion-Ville, mais la communauté en général à travers les 21 clubs d'Haïti.

3.- Note de presse de l'Association Médicale Haïtienne (AMH)

L´Association Médicale Haïtienne a appris, avec stupéfaction, la nouvelle du déguerpissement du Dr Frantz Large, de sa résidence sise à Fermathe, ce jeudi 3 Février 2022.

Notre confrère a occupé différentes fonctions au sein de l'Association Médicale Haïtienne.

Aujourd'hui, il est Membre du Conseil de Médiation. Ophtalmologue de spécialité, ce médecin de carrière a présidé La Société Haïtienne d'Ophtalmologie durant six ans. Non seulement ses effets personnels ont été jetés, de manière humiliante, dans la rue, mais encore ses instruments de travail très sensibles ont subi le même sort.

Notons que depuis plusieurs mois, le Dr Large mène une activité sociale consistant en l'organisation et la conduite de cliniques populaires ophtalmologiques dans des villes et sections rurales reculées du pays. Cette perte de son matériel spécialisé va malheureusement priver cette population démunie, des soins oculaires offerts gratuitement par le Dr Frantz Large.

Nous déplorons, sincèrement, ce malheureux incident et souhaitons que la lumière soit faite sur cette affaire et que justice soit rendue à notre confrère.

ASSOCIATION MEDICALE HAÏTIENNE (AMH)
29, 1 ère Avenue du Travail, Port-au-Prince, Haïti W.I. Tél.□: 3822-6018
Email□: secretariatamh@gmail.com site Internet□: wwwamhhaiti.com
AMH/21-23: Port-au-Prince, le 7 Février 2022
Pour le Conseil de Direction de l'AMH,
Dr Carole CADET DAY, Présidente et Dr Jean Ardouin LOUIS CHARLES, Secrétaire Général

---

Le conseil scientifique de l'Association Médicale Haïtienne (AMH) lance un appel à manifestation d'intérêt auprès de la communauté scientifique médicale et paramédicale pour des propositions de présentations aux Mercredis Scientifiques de l'AMH qui se tiennent entre 3h et 5h PM en présentiel au local de l'AMH et en virtuel.

Si Vous étés intéressés à proposer une présentation, vous pouvez remplir ce formulaire
https://forms.office.com/r/WTC8

4.- AFMU

ASSOCIATION DES ANCIENS ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE L'UNDH
AFMU
"Pour des Anciens toujours unis et solidaires"

Créée le 25 Juin 2016, l'Association des anciens étudiants de la FMSS-UNDH (AFMU) est une association qui œuvre à renforcer par tous les moyens utiles des liens sociaux et professionnels forts entre les anciens de la FMSS-UNDH demeurant tant en Haïti qu'à l'étranger.

Mission

La mission de l'AFMU est de promouvoir et de faciliter les interactions permanentes entre les anciens étudiants de la Faculté de Médecine de la FMSS-UNDH, et d'aider à leur insertion professionnelle.

Objectifs

- Établir et développer des relations de solidarité entre les différentes promotions, avec les professionnels, notamment en tenant à jour un annuaire de ses membres.
- Faciliter l'insertion professionnelle de ses membres sur le marché du travail et promouvoir à leur épanouissement personnel par le biais d'activités d'apprentissage et de perfectionnement cognitif
- Effectuer la promotion de la Faculté de Médecine de l'UNDH.
- Entreprendre des activités génératrices de revenus (levée de fond, cotisation des membres) afin que l'AFMU puisse réaliser son plan d'activités. Activités sociales : Clinique Mobile – Noël Solidarité ; activités estudiantines : participation aux Journées Scientifiques et accompagnement du comité central des étudiants ; activités scientifiques : supporter l'unité de recherche et les laboratoires scientifiques de l'UNDH.
- Développer des partenariats, tant sur le plan national qu'international, pour le renforcement de l'Association et de la FMSS-UNDH.

AFMU est administrée par un comité de sept (7) membres en vue de répondre aux besoins ponctuels de cette association pour une durée de deux (3) ans, renouvelable. Ce comité est composé comme suit :

- Un ou une Président (e) ;
- Un ou une Vice-Président (e) ;
- Un ou une Secrétaire Général (e) ;
- Un ou une Trésorier (e) ;
- Deux Conseillers (es) ;
- Un ou une responsable des relations publiques.

Nos activités :

- Réalisations de conférence par les anciens, les collègues et le corps médical Haïtien ;
- Support à la FMSS ;
- Cliniques mobiles pour les zones avoisinantes de la FMSS-UNDH et support de cliniques mobiles pour d'autres organisations ou hôpitaux ;
- Organisation de don de sang pour la Croix Rouge ;
- Levée de fonds pour St Luc.

Perspectives :

- Création d'une bourse d'excellence à la FMSS-UNDH ;
- Aménagent d'une bibliothèque moderne.

Contact : afmundh@gmail.com
38684148
37115879

5.- Bon à Savoir

1- DÉCÈS

Le médecin anthropologue américain Paul E. Farmer, mondialement connu pour son travail en médecine sociale, en maladies infectieuses et dans la lutte contre les épidémies (VIH, Ebola, Covid-19'...) particulièrement dans les pays en développement, est décédé subitement le lundi 21 février au Rwanda à l'âge de 62 ans. La nouvelle a rapidement été confirmée par Partners in Health, son organisme basé à Boston. L'ONG Partners in Health a été cofondée par Paul Farmer à la fin des années 1980, dans l'objectif de fournir des soins médicaux gratuits aux populations démunies dans les pays pauvres.

Professeur à Harvard, spécialiste des maladies infectieuses, il a notamment participé à la coordination des efforts des Nations Unis en Haïti au moment du séisme de 2010.

En Haïti, il a créé l'organisation sœur de Partners in Health - Zanmi Lasante - qui, partant du premier Hôpital de Cange, assure actuellement la couverture sanitaire institutionnelle dans tout le Plateau central et une partie de l'Artibonite. Paul Farmer a inauguré en novembre 2012 sous le gouvernement de Martelly, l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM), l'un des fleurons dans la dispensation des soins de santé de qualité à la population, hôpital qui a obtenu récemment une accréditation mondiale pour ses programmes de formation médicale.

Paul Farmer a inauguré en novembre 2012 sous le gouvernement de Martelly, l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM), l'un des fleurons dans la dispensation des soins de santé de qualité à la population, hôpital qui a obtenu récemment une accréditation mondiale pour ses programmes de formation médicale.

Il était aussi très connu pour ses années passées auprès des médecins ouest-africains dans la lutte contre Ebola. Plaidant pour des soins de qualité en Afrique, il s'était illustré dans des conférences de sensibilisation, des vidéos ciblées, et des appels aux dons aux côtés des stars internationales comme Jennifer Lawrence, ou Juliana Moore.

2- CONFÉRENCES via zoom

De nombreux conférences ont été présentés au cours de ce mois parmi lesquels nous citons :

- 17 02 22 : La Puberté précoce par le Dr Jean Claude Desmangles, pédiatre endocrinologue ;
- 23 02 22 : Les traumatismes rachidiens : Défis et prespectives. Dr Ernest Barthelemy. fmc. bsdlavi.org
- 25 02 22 : Le cancer infantile en Haïti : Clinique, Etats des lieux et perspectives par Dr Yola Gassant (AFMU) ;
- 25 02 22 Présentation de la Fondation Haïtienne Anti-Cancer infantile (FHACI) par Joelle Cynthia Denis, pédiatre, vice -présidente FHACI ;
- 26 02 22 : La couverture universelle en santé : Dr Ronald Laroche.
- 27 02 22 Nouvelles Perspectives thérapeutiques dans la prise en charge de la maladie Covid -19 ;
- 27 02 22 Perspectives thérapeutiques et Place de la vaccination des enfants : indispensable, nécessaire ou optionnelle ? avec les Pr Jean -Cyr Yombi et Dimitri VAN DER LINDEN, cliniques universitaires St- Luc, Bruxelles.

Louis-Franck Télémaque, MD'

Info CHIR reçoit vos "Petites Annonces » sur :

infochir@gmail.com

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

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

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

Chapitres consultables sur l'ATLAS :

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

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

Info CHIR/RHCA et CIFAS s'hébergent mutuellement. Prochainement le site d'ASHAC sera opérationnel à partir de la plateforme Info-chir.org/

AVIS

La **Bibliothèque haïtienne des spiritains** numérise son fonds documentaire. C'est officiel. La Bibliothèque haïtienne des spiritains (BHS), logée au campus du Petit séminaire Collège Saint-Martial, numérise son fonds documentaire. Les usagers peuvent désormais avoir accès en tout temps et en tout lieu à ce riche fonds patrimonial estimé à 30 000 ouvrages. A compter du 31 janvier 2022, les usagers sont conviés à effectuer leur recherche d'informations sur son nouveau site numérique : www.bhshaiti.org https://lenouvelliste.com/article/233936/la-bibliotheque-

OMNI HOSPITAL, le dernier-né du réseau des hôpaitaux du DASH a été inauguré le 11 février dernier à Pétion-ville. De son nom complet OMNI PER MARIAM HOSPITAL, il a pour adresse le 57, Rue Clerveaux, en face de l'hôtel La Lorraine. Il a pour ambition de faire partie des plus grands hôpitaux du pays, mais en plein cœur de Pétion-Ville.

L'immeuble de 55 chambres à terme dont plusieurs suites, est antisismique, alimenté exclusivement par panneaux solaires, avec quatre (4) salles d'opération, des services d'urgence 24h/24 avec des médecins formés en médecine d'urgence sur place.

Il est doté d'une pharmacie, d'un laboratoire, d'une unité de radiologie, d'une lunetterie et il offre des cabinets de consultation pour neuf (9) médecins. Un parking souterrain pour une douzaine de véhicules est réservé aussi pour les médecins.

Un restaurant et une cascade ainsi qu'un espace intérieur paysager complètent ses infrastructures pour humaniser le passage et le séjour des patients, des visiteurs et du corps médical. Un ascenseur est en passe d'installation pour desservir ses six (6) étages.

OMNI HOSPITAL met déjà ses infrastructures à la disposition de la communauté médicale pour leurs patients résidants à Pétion-ville et dans les hauteurs de cette ville et tient des coupons de courtoisie donnant droit à 3 jours gratuits pour les chambres à leur disposition pour leur permettre de faire une première expérience avec lui.

Compliments au DASH dans sa construction inlassable du système de santé local et indigène du pays et succès à OMNI HOSPITAL qui porte à 9 le nombre des hôpitaux dits de quartier du DASH dans l'aire métropolitaine et au Cap Haïtien.

ANNONCES D'EVENEMENTS ECHO LAB de Janvier et de FEVRIER 2022

Des extraits de ces conférences vous seront présentés bientôt.

DNG RETAIL MEDICAL EQUIPMENT & SUPPLIES

DNG Retail Medical Equipment & supplies

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

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

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

Le meilleur est à venir !!!
Facebook: DNG Medical Equipment
E-mail: drguillaume83@gmail.com /dngmedicalequipment@gmail.com
+509 37075597 **WhatsApp** Only +954394796