Juin 2023

Vol. 3. No 29.

Info Gazette Médicale

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001 | CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL) | CODE ISSN : 2958 – 1345 (ON LINE) | CODE ISBN : 978 – 99970 – 977 – 0 - 9

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	10
Académies et Professions	11
Informations Socio Culturelles	13
Petites Annonces	19

Célébration des infirmières : 12 mai, Journée Internationale de l'infirmière, pourquoi?

Le mois de mai marque la célébration des infirmières en hommage à Florence Nightingale, précurseure du nursing moderne, dont la date de naissance le 12 mai 1820 est, partout dans le monde, honorablement commémorée. C'est l'occasion d'une réjouissance qui permet aussi, de « célébrer les infirmières et de travailler ensemble pour tracer l'orientation future des soins infirmiers, afin de répondre aux besoins de la nouvelle normalité et ainsi atteindre les objectifs du développement durable, de la couverture sanitaire universelle et de la santé pour tous » [1].

Mais, pourquoi célébrer? Cette célébration est opportune et pertinente selon le Rapport 2020 (OMS) sur la situation du personnel infirmier dans le monde : « Le Conseil International Infirmières (CII) et d'autres organisations ont donné des preuves qu'un changement s'impose et ont appelé à agir de même qu'à investir dans les soins infirmiers. Il est absolument indispensable de considérer les infirmières « non plus comme des exécutantes invisibles mais comme des partenaires irremplaçables. » [2] Il faudrait, que les infirmières y croient et agissent en conséquence pour qu'un changement véritable s'opère.

L'effectif infirmier est le plus élevé du réseau de santé au niveau mondial. En Haïti, à la direction des Soins Infirmiers (DSI) du MSPP on compte 1 400 infirmières qualifiées et 1 500 auxiliaires; le secteur privé, disposant autour de 400 infirmières [3]. Une présence plus significative et plus intégrée, en collaboration interprofessionnelle, devrait se manifester maintenant, face aux enjeux de santé, de société, pour bâtir l'avenir des soins. Au Québec, 563 de nos compatriotes infirmières, figuraient au tableau de l'OIIQ de mars 2021 [4]. En même temps, on applaudit une volonté ferme et viscérale chez de nombreux compatriotes qui s'efforcent d'émerger pour garder allumée la lampe de Florence.

Somme toute, la célébration de la JII relève de la nécessité de faire connaitre et d'informer des préoccupations, de la réalité, de la complexité et de la pluralité des enjeux auxquels font face les infirmières à travers une multitude d'activités de sensibilisation du public et des autres professionnels. Le slogan « **Nos infirmières, Notre avenir** » précise, selon la Dre Pamela Cipriano, Présidente du CII, ce qu'il est attendu des soins infirmiers de demain pour relever les défis sanitaires mondiaux et pour améliorer la santé au profit de toutes et de tous, partout dans le monde. [5].

Info CHIR/RHCA profite de l'occasion pour promouvoir cette intégration infirmière en facilitant le partage des connaissances, le débat autour des défis sanitaires et de société qui interpellent les professionnels de la santé. L'IGM, en solidarité, vous dédie cette édition no 29. ***Lu Pour vous*** offre des extraits de la littérature médicale récente. ***Santé Publique*** rappelle les fondamentaux de la prévention du cancer du sein et précise le rôle de l'éducation dans la prise en charge du diabète. ***Actualités Médicales et Paramédicales*** remonte à la création ***du*** service d'urgences de HUM. ***Académie et Professions*** célèbre le jour de l'infirmière. ***Informations Socio Culturelles*** présente la fondation PFGS et plonge dans l'intimité du soi. ***Petites Annonces*** informe des bonnes adresses.

Référence

1. *https://www.icn.ch/fr/que-faisons-nous/campagnes/journee-internationale-des-infirmieres*
2. *PR_02_IND2023_themelogo_FINAL_FR.pdf (icn.ch)*
3. *https://www.bing.com/search?q=nombre+d%27infirmieres+en+haiti&cvid=15ac85eb4ab74*
4. *https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-04-05/haiti-sera-inclus-dans-le-nouveau-programme-de-recrutement-d-*
5. *Nos infirmières. Notre avenir. : le CII présente le thème de la Journée internationale des infirmières en 2023 | ICN - International Council of Nurses*
6. *L'OIIQ lance une campagne de reconnaissance des infirmières et infirmiers | OIIQ*

Comité d'éditorial et de rédaction

" Pensée du mois : " *« La nécessité est la mère de l'invention, mais son père est la créativité et la connaissance est la sage-femme. «*
Jonathan Shattke (1966)

LU POUR VOUS

1.- Une relation intrigante entre l'anorexie mentale et le microbiome intestinal

Extrait de l'article de Fan Y et al. Nat Microbiol 2023 Avr 17

L'abondance de certains groupes bactériens était significativement corrélée avec les scores des troubles de l'alimentation sur les questionnaires validés.

Un nombre croissant de connexions bidirectionnelles entre l'intestin et le cerveau (« l'axe intestin-cerveau ») ont été identifiées au cours des 20 dernières années. Il est devenu clair que les microbes intestinaux peuvent produire des molécules qui affectent la physiologie humaine et influencent ainsi la vulnérabilité à diverses maladies.

Une équipe multi-institutionnelle d'Europe et de Scandinavie a étudié 77 femmes souffrant d'anorexie mentale et 70 femmes témoins en bonne santé, en analysant le microbiote intestinal et les métabolites dans leur sang. Les différences dans le microbiote, y compris l'abondance de bactéries particulières, distinguent les personnes souffrant d'anorexie mentale des témoins sains. Par exemple, une famille bactérienne, Christensenellaceae, était plus abondante, tandis que plusieurs espèces de Roseburia étaient épuisées chez les personnes souffrant d'anorexie mentale.

L'abondance de certains groupes bactériens était significativement corrélée avec les scores des troubles de l'alimentation sur les questionnaires validés, après ajustement multivariable pour de nombreux facteurs de confusion. En outre, 35 métabolites bactériens présents dans le sang étaient corrélés à l'anorexie mentale. Enfin, le microbiote fécal de personnes souffrant d'anorexie mentale et de témoins sains a été transplanté à des souris suivant un régime hypocalorique : les souris qui ont reçu des matières fécales de personnes souffrant d'anorexie mentale ont initialement perdu plus de poids et ont eu un gain de poids plus lent au fil du temps, que les souris qui ont reçu des matières fécales de témoins sains.

Référence :

Fan Y et al. Le microbiote intestinal contribue à la pathogenèse de l'anorexie mentale chez l'homme et la souris. Nat Microbiol 2023 Avr 17; [e-pub]. (https://doi.org/10.1038/s41564-023-01355-5)

Note de l'éditeur : Le microbiome intestinal continue à révéler ses secrets surprenants, « l'axe intestin-cerveau n'est plus une nouveauté biologique mais nous ne sommes pas plus avancés dans l'intervention thérapeutique contre ces maladies liées au microbiome. Pour l'instant nous devons nous garder de détruire ce trésor bactérien par l'usage des antibiotiques de façon intempestive.

2. Antibiotiques qui causent le syndrome de Stevens Johnson et la nécrolyse épidermique toxique

Extrait de l'article de Lee EY et al. JAMA Dermatol 2023 Apr

Une méta-analyse montre que les sulfamides, les pénicillines et les céphalosporines sont les coupables les plus courants.

Pour cette méta-analyse, les chercheurs ont recherché des séries de cas publiées avec au moins 30 patients atteints de SJS / TEN et se sont concentrés sur les médicaments antibiotiques coupables. Trente-huit études – comprenant 3000 patients de 5 continents – ont été identifiées. Dans 86% des cas, un médicament était la cause présumée du SJS/TEN. Un antibiotique était le médicament incriminé dans un tiers de ces cas. Par ordre décroissant, les classes d'antibiotiques les plus couramment impliquées étaient les sulfamides, les pénicillines, les céphalosporines, les fluoroquinolones et les macrolides.

Référence

Lee EY et coll. Worldwide prevalence of antibiotic-associated Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A systematic review and meta-analysis. JAMA Dermatol 2023 Avr; 159:384. (https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2022.6378)

Note de l'éditeur : Bien que le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (TEN) soient rares, les cliniciens de soins primaires à temps plein ou les hospitaliers verront occasionnellement des patients atteints de ce problème dermatologique. SJS/TEN est un diagnostic particulièrement sérieux en raison de la morbidité et de la mortalité élevées qui y sont associées et de l'absence de thérapies systémiques clairement efficaces. Certains de ces patients reçoivent des soins intensifs ordinairement réservés aux grands brûlés. En outre, les médicaments que nous prescrivons couramment sont souvent impliqués comme causes de SJS / TEN. Certains de ces médicaments comme les sulfas prescrits pour les infections urinaires sont souvent dispensés avec une ordonnance téléphonique anodine. Encore un rappel que les antibiotiques sont des armes à double tranchant.

3. Candida auris : présent dans un établissement de soins de santé près de chez vous.

Extrait d'un article de Lyman M et al. Ann Intern Med 2023 Avr

Les données de surveillance nationales indiquent une propagation progressive de cet organisme.

Parce que Candida auris (C. auris) peut provoquer des épidémies et est souvent résistant aux agents antifongiques, le CDC considère cet organisme comme une menace sérieuse pour la santé mondiale. Les chercheurs signalent maintenant les tendances des données de surveillance de 2016 à 2021 pour les cas cliniques (C. auris isolé dans le cadre des soins de routine) ainsi que les cas de dépistage (écouvillons cutanés de personnes considérées comme présentant un risque excessif de colonisation).
Sur 3270 cas cliniques, 53 ont été signalés en 2016 et 1471 en 2021. Au total, 7413 cas de dépistage ont été signalés, dont plus de la moitié en 2021. Parmi les 1294 isolats testés par le Réseau de laboratoires sur la résistance aux antimicrobiens en 2020, les profils de résistance comprenaient les azoles (85,7 %; l'amphotéricine B (25,6 %) et les échinocandines (1,2 %).Dans une comparaison entre la réparation laparoscopique et la réparation ouverte sous anesthésie générale, l'incidence de toute complication importante sur 30 jours (par exemple, infectieuse, cardiopulmonaire, thromboembolique, cardiovasculaire, pulmonaire) était inférieure d'environ 1 point de pourcentage avec la réparation laparoscopique.

Références :

Lyman M et coll. Aggravation de la propagation de Candida auris aux États-Unis, 2019 à 2021. Ann Intern Med 2023 Avr; 176:489. (https://doi.org/10.7326/M22-3469. s'ouvre dans un nouvel onglet)

Note de l'éditeur : Sommes-nous à la veille d'une nouvelle menace, cette fois-ci de source fongique ? Les hôpitaux et salles d'urgence semblent être les foyers préférés de propagation et certaines résistances aux anti fongiques commencent à émerger. La vigilance est donc de mise.

4. Dépistage cognitif par téléphone dans les rencontres de télésanté

Extrait d'un article Rico BMH et al. J Am Geriatr Soc 2023 Mar Version publiée : 10 mars 2023

Les chercheurs décrivent la performance d'un instrument bref qui ne nécessite ni lecture, ni écriture, ni dessin..

La croissance de la télémédecine oblige les cliniciens à perfectionner leurs compétences diagnostiques pour les entrevues téléphoniques ou en vidéo. Dans cette étude, les chercheurs ont examiné la performance d'un écran cognitif à 10 points (appelé 10-CS) administré par téléphone ; Cet outil – qui ne nécessite ni lecture, ni écriture, ni dessin – a déjà été validé pour les rencontres en personne.

Les 10-CS attribuent 1 point chacun pour l'année, le mois et la date corrects ; 1 point pour chacun des 3 objets nommés qui sont mémorisés plusieurs minutes plus tard ; et des points en réponse à « Donnez-moi les noms de tous les animaux auxquels vous pouvez penser » dans 1 minute (4 points pour ≥15 noms, moins de points lorsque moins d'animaux sont nommés). *

Les participants étaient 84 patients (âge moyen, 79 ans) qui avaient été évalués formellement dans une clinique de la mémoire ; 44% avaient une cognition normale et 56% avaient divers degrés de déficience cognitive ou de démence. Pour la démence, un score de ≤6 au téléphone 10-CS était sensible à 100% et 68% spécifique. Pour toute déficience cognitive, un score ≤8 était sensible à 94% et spécifique à 51%.

Référence

Rico BMH et coll. Advancing cognitive assessment in télémédicine: Validity and reliability of the telephone 10-point cognitive screener. J Am Geriatr Soc 2023 Mars; 71:977. (https://doi.org/10.1111/jgs.18091.

Note de l'éditeur : les entrevues et interventions médicales par télémédecine sont depuis Covid-19 une partie importante de la pratique médicale. Les résultats se comparent favorablement aux consultations présentielles. Certains patients qui auparavant résistaient à cette approche la favorisent en raison de ses avantages certains : pas de besoin pour un transport au cabinet du médecin, flexibilité de l'obtention des rendez-vous, et la présence d'un membre de la famille pendant l'entrevue.

5. Recommandations pour le vaccin SHINGRIX du CDC

Résumé des recommandations

1- Vaccination systématique des personnes de 50 ans et plus

Le CDC recommande Shingrix (vaccin recombinant contre le zona, ou RZV) pour la prévention du zona et des complications connexes. Le CDC recommande deux doses de Shingrix espacées de 2 à 6 mois pour les adultes immunocompétents âgés de 50 ans et plus:

- qu'ils signalent ou non un épisode antérieur de zona.
- qu'ils déclarent ou non une dose antérieure de Zostavax, un vaccin contre le zona qui n'est plus disponible aux États-Unis.
- il n'est pas nécessaire de dépister, que ce soit verbalement ou par sérologie de laboratoire, pour détecter la présence de varicelles antérieures.

Les vaccins recombinants et adjuvants, comme Shingrix, peuvent être administrés en concomitance, à différents sites anatomiques, avec d'autres vaccins pour adultes, y compris les vaccins contre la COVID-19. L'administration concomitante du RZV avec le vaccin grippal avec adjuvant (Fluad) et les vaccins contre la COVID-19 est à l'étude.

2- Vaccination des adultes immunodéprimés de 19 ans et plus

Le CDC recommande deux doses de RZV pour la prévention du zona et des complications connexes chez les adultes âgés de ≥19 ans qui sont ou seront immunodéficients ou immunodéprimés en raison d'une maladie ou d'un traitement. La deuxième dose de VRZ devrait généralement être administrée 2 à 6 mois après la première. Cependant, pour les personnes qui sont ou seront immunodéficientes ou immunodéprimées et qui bénéficieraient de compléter la série dans une période plus courte, la deuxième dose peut être administrée 1 à 2 mois après la première. Pour des conseils cliniques plus détaillés, voir https://www.cdc.gov/shingles/vaccination/immunocompromised-adults.html.

Précautions pour la vaccination contre le zona

Shingrix ne doit pas être administré à :

- une personne ayant des antécédents de réaction allergique grave, comme l'anaphylaxie, à l'un des composants de ce vaccin.
- une personne souffrant d'un épisode aigu de zona. Shingrix n'est pas un traitement pour le zona ou la névralgie post-herpétique (NPH). La directive générale pour tout vaccin est d'attendre que le stade aigu de la maladie soit terminé et que les symptômes s'atténuent.

Il n'y a actuellement aucune recommandation du CDC pour l'utilisation de Shingrix pendant la grossesse. Par conséquent, les prestataires devraient envisager de retarder la vaccination jusqu'après la grossesse. Il n'y a pas de recommandation pour les tests de grossesse avant la vaccination avec Shingrix. Les vaccins recombinants tels que Shingrix ne présentent aucun risque connu pour les personnes qui allaitent ou pour leurs nourrissons. Les prestataires peuvent envisager la vaccination sans tenir compte du statut d'allaitement si Shingrix est autrement indiqué.

Les adultes atteints d'une maladie aiguë mineure, comme un rhume, peuvent recevoir Shingrix. Les adultes atteints d'une maladie aiguë modérée ou grave devraient habituellement attendre qu'ils se rétablissent avant de recevoir le vaccin.

Note de l'éditeur : La réponse à l'arrivée de ce vaccin efficace depuis 2018 a été assez timide. Moins de 10 % des patients de plus de 65 ans qui seraient des candidats pour ce vaccin le prennent en dépit du fait qu'il peut être obtenu sans coûts additionnels dans les chaines de pharmacies. Moins de 50 % des médecins généralistes le recommandent à leurs patients. Et pourtant on sait que le zona peut être responsable pour des semaines et parfois des mois de misère. Est-ce que les adultes sont simplement fatigués de ces vaccins ? Au moment où nous écrivons ces lignes un nouveau vaccin contre le virus respiratoire syncitial (RSV) a été approuvé pour les adultes.

1. Prévention du cancer du sein

Vilfort Roger, MD

PARTIE I

RÉSUMÉ

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la première cause de mortalité par cancer chez la femme, hormis les États-Unis d'Amérique, malgré la disponibilité d'un important arsenal thérapeutique. Ce fait est attribuable, dans de nombreux pays, à l'ignorance de cette pathologie au sein de la population, avec, comme conséquences, l'absence totale de toute forme de prévention et un diagnostic et une prise en charge tardifs. Dans cet article, nous présentons les facteurs de risque hormonaux, génétiques et environnementaux du cancer du sein, en signalant, sur la base d'études épidémiologiques, la déficience en vitamine D et la consommation de viande frite, comme facteurs de risque peu connus. Nous décrivons les deux niveaux de prévention du cancer du sein : 1) la prévention primaire, basée sur l'adoption de nouveaux comportements alimentaires dont la consommation de soja, et de café caféiné par les femmes pré ménopausées, le contrôle du poids corporel, la pratique du sport, la supplémentation en vitamine D ; 2) la prévention secondaire, basée sur l'auto-examen mensuel des seins et le dépistage précoce par la mammographie, en vue de l'établissement d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces. Finalement, nous recommandons au Ministère de la Santé Publique et de la Population, la mise en œuvre d'une campagne nationale d'éducation de la population et nous suggérons la réalisation d'études épidémiologiques en vue de déterminer le dosage sérique de la vitamine D chez les patientes atteintes du cancer du sein.

Mots-clés : cancer du sein, prévention, sein, cancer.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est de loin le cancer féminin le plus fréquent et la première cause de décès par cancer chez les femmes, à travers le monde, hormis les Etats-Unis d'Amérique où il n'est supplanté, depuis un certain nombre d'années, que par le cancer du poumon. Malgré tout, selon les statistiques, le taux d'incidence annuelle du cancer du sein aux Etats-Unis est de 13% (1 femme sur 8) et le nombre de décès annuel s'élève à environ 43.000 [1].

Les statistiques mondiales du cancer du sein pour l'année 2020 montrent une incidence globale de 2.300.000 nouveaux cas, avec cependant une nette prédominance de la morbidité dans les pays industrialisés, comme ceux de l'Amérique du Nord (Etats-Unis), de l'Europe de l'Ouest (Belgique, Pays-Bas, France …) et du Nord (Danemark , Finlande) l'Australie et la Nouvelle Zélande, soit un taux de morbidité supérieur à 80 pour 100 000 habitants, (variant entre 90, 3 et 113, 2 %) alors que les pays d'Asie et d'Afrique n'ont enregistré, pour la même année 2020, qu'une incidence inférieure à 40 nouveaux cas pour 100.000 habitants [2].

Selon ces mêmes statistiques, il aurait été diagnostiqué en Haïti 1 418 nouveaux cas de cancer du sein en 2020, soit 22 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués chez les femmes pendant cette année, avec un nombre total de 705 décès par cancer du sein et un taux de mortalité de 16, 94 pour 100.000 ; ce qui fait du cancer du sein la première cause de mortalité par cancer en Haïti. [3]

Il est à la fois ironique et tragique qu'une néoplasie survenant dans un organe exposé, aisément accessible à l'auto-examen et au diagnostic clinique, continue, malgré la disponibilité d'un arsenal thérapeutique impressionnant, incluant la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie, d'imposer un si lourd tribut.

Face à ce constat d'échec thérapeutique global, il convient, de l'avis de tous les spécialistes de la prise en charge du cancer du sein, de mettre l'emphase sur la prévention, comme le préconise cet adage bien connu : " Prévenir vaut mieux que guérir." Tel est le but de cet article qui présentera d'abord les facteurs de risque du cancer du sein, puis les différentes modalités de prévention de ce fléau.

FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN

Plusieurs facteurs de risque pour le développement du cancer du sein ont été établis, tandis que de nombreux autres restent discutables. Il a été proposé que le dénominateur commun à la majorité de ces facteurs est une forte stimulation prolongée de l'œstrogène opérant sur un fond de susceptibilité génétique.

"Le facteur de risque le plus important est le genre, puisque seul 1 % des cancers du sein survient chez les hommes " [4].

Les facteurs de risque habituels chez les femmes, tels qu'identifiés par les études épidémiologiques, ont été combinés dans un document intitulé : "Breast Cancer Risk Assessment Tool » (BCRAT) (« Outil d'Évaluation du Risque de Cancer du Sein »). Cet outil peut être utilisé pour calculer le risque absolu d'une femme de développer un cancer du sein infiltrant au cours des cinq prochaines années ou au cours de sa vie. Le BCRAT incorpore les facteurs de risque suivants :

1) L'âge :

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge, pour atteindre un pic entre 75 et 80 ans, et décliner par la suite [4].

2) L'âge des ménarches

Les femmes ayant eu leurs ménarches à un âge inférieur à onze (11) ans ont une augmentation du risque de 20% par rapport à celles ayant eu leurs premières règles après quatorze (14) ans [6].

3) L'âge de la ménopause

Les femmes ayant eu une ménopause tardive présentent un risque plus élevé que les femmes ayant eu leur ménopause plus tôt [4].

4) L'âge de la première grossesse à terme

Les femmes qui ont leur première grossesse à terme à un âge inférieur à 20 ans ont un risque de cancer du sein de 50% inférieur à celui des femmes nullipares ou de celles ayant eu leur première grossesse à terme après 35 ans. On évoque l'hypothèse que la grossesse induit la différenciation terminale des cellules luminales lactopares, ce qui les enlève du pool potentiel de cellules précurseurs du cancer [8]. Cet effet protecteur de la grossesse à terme pourrait être éclipsé chez les femmes plus âgées par la stimulation de la prolifération, en début de grossesse, de cellules ayant déjà subi des changements pré néoplasiques. Il est aussi possible que les changements au niveau du stroma permettant la croissance et l'expansion des lobules au cours de la grossesse favorisent la transition d'un carcinome in situ à un carcinome infiltrant. Ces changements liés à la grossesse pourraient expliquer l'augmentation transitoire, temporaire, du risque de cancer post-gravidique, effet plus marqué chez les femmes plus âgées [4]. Il faut aussi signaler que l'âge de la première grossesse à terme n'est pas un facteur de risque majeur pour les femmes noires [4]. Il faut mentionner aussi que selon plusieurs études, les autres facteurs hormonaux, tels que l'âge aux ménarches et à la ménopause, ne semblent pas représenter des facteurs de risque chez les femmes noires, afro-américaines et hispaniques autant que chez les femmes caucasiennes.

Il faut noter aussi que contrairement à l'idée généralement admise que la parité diminue le risque de cancer du sein, des recherches récentes suggèreraient que cet effet protecteur serait limité aux sous-types de cancer du sein positifs pour les récepteurs hormonaux et que la parité pourrait en fait augmenter le risque de développer un cancer du sein avec les sous–types négatifs pour les récepteurs de l'œstrogène (ER-) et triple négatifs [5]. Dans une étude d'une série de cas, les femmes ayant accouché mais qui n'avaient jamais allaité, avaient 2,18 fois plus de risque que les femmes nullipares d'avoir un cancer du sein triple négatif [6]. Cependant, l'augmentation du risque de développement de cancers du sein négatifs pour les récepteurs de

l'œstrogène et triplement négatifs liés à la parité, peut être réduite par l'allaitement, une plus longue durée d'allaitement diminuant davantage ce risque [6, 7].

5) Histoire de cancer du sein chez des parents du premier degré.

Le risque de cancer du sein augmente avec le nombre de parents du premier degré ayant eu un cancer du sein : mère, sœur, fille ou père, particulièrement si le cancer était survenu à un âge relativement jeune. Cependant la plupart des femmes atteintes de cancer du sein ne présentent pas d'histoire familiale de cancer du sein. Seulement 13 % des femmes victimes du cancer du sein ont un parent du premier degré affecté, et seulement 1 % en a deux ou davantage. En revanche, plus de 87 % des femmes avec une histoire familiale ne développeront pas le cancer du sein. La majorité du risque familial est probablement liée à l'interaction de gènes de susceptibilité de faible risque et de facteurs non génétiques. Il faut noter que le BCRAT n'est pas conçu pour calculer le risque pour les femmes porteuses d'une mutation de gènes à haut risque de cancer du sein, tels que BRCA 1 ou BRCA 2, qui feront l'objet de considérations ultérieures.

6) L'Hyperplasie canalaire atypique

Une histoire de biopsies antérieures du sein avec hyperplasie canalaire atypique, augmente le risque de carcinome infiltrant [4] Il existe aussi une plus faible augmentation du risque associé à des changements proliératifs sans atypie [4].

7) La Race / L'ethnicité.

Les femmes blanches non-hispaniques ont les taux les plus élevés de cancer du sein. Cependant, les femmes afro-américaines et les femmes hispaniques ont tendance à développer le cancer du sein à un âge plus jeune, avant la ménopause, comme en atteste l'âge moyen du diagnostic de cancer du sein dans ces trois groupes ethniques aux Etats-Unis d'Amérique :

Groupe Ethnique	Âge moyen lors du diagnostic
Blanches	62 ans
Hispaniques	56 ans
Afro-Américaines	46 ans

Il est à noter aussi que les cancers du sein développés chez les femmes Afro-Américaines et hispaniques ont une forte probabilité d'être peu différenciés, et négatifs au récepteur de l'œstrogène, ce qui les rend plus agressifs et moins sensibles aux traitements. Les mutations du gène p53 sont plus fréquentes chez les Noires que chez les Hispaniques et les Blanches non-Hispaniques [4].

On soupçonne la variation dans les gènes de susceptibilité au cancer du sein chez les différents groupes ethniques comme responsable, au moins partiellement, de ces différences ethniques. Un exemple bien connu est l'incidence des mutations des gènes BRCA1 et BRCA 2, qui surviennent à des fréquences différentes dans les différents groupes ethniques [4].

Nous présentons ci-dessous des facteurs de risque additionnels non incorporés dans le BCRAT, en raison de leur rareté ou des incertitudes relatives à la quantification de leur ampleur.

8) L'exposition à l'œstrogène

En 2009, l'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (International Agency for Resarch on Cancer IARC) a déclaré l'hormone œstrogène cancérigène pour l'homme [8].

Le traitement hormonal substitutif prolongé à la ménopause augmente le risque de cancer du sein de 1,2 à 1,7 % et l'addition de la progestérone augmente davantage le risque. La plupart de ces cancers sont des carcinomes positifs à l'œstrogène. Après la publication en 2002 du Women's Health Initiative (WHI) trial (Essai d'Initiative de santé des Femmes), le nombre de femmes post-ménopausiques recevant le traitement hormonal de substitution chuta de 17 % à 7%, lequel changement fut suivi d'une baisse considérable, en 2003 et en 2004, du nombre de cancers infiltrants du sein positifs à l'œstrogène [9].

9) Contraceptifs oraux

Les données provenant d'une grande étude suédoise et norvégienne, publiée dans le journal britannique Lancet (Septembre 1986) montreraient une association entre l'utilisation prolongée des contraceptifs oraux et le cancer du sein. Il est affirmé ce qui suit : « Nous n'avons trouvé aucune association statistiquement significative entre l'utilisation des contraceptifs oraux pendant sept (7) années entières ou moins avec le cancer du sein chez des femmes non ménopausées. Cependant, nos données concernant l'utilisation à long terme des contraceptifs oraux au-delà de sept (7) ans et particulièrement pendant 12 ans ou plus suggèrent une association à un risque élevé de cancer du sein chez des femmes non ménopausées » [10].

10) La densité du sein.

La radio densité élevée du sein est un facteur de risque important du développement du cancer du sein. Elle est liée au jeune âge et à l'exposition hormonale, et présente un aspect familial. Cette radio densité élevée du sein pourrait être secondaire à une involution incomplète des lobules à la fin de chaque cycle menstruel, ce qui peut augmenter le nombre de cellules potentiellement susceptibles de transformation néoplasique [4].

11) L'exposition aux radiations

Les radiations au thorax, qu'elles soient dues à la radiothérapie d'un cancer, à l'exposition aux bombes atomiques, ou aux accidents nucléaires, entraînent un taux plus élevé de cancer du sein. Le risque est d'autant plus élevé que l'exposition a eu lieu au cours de la jeunesse ou avec de fortes doses de radiation. Par exemple, les adolescentes et les femmes de moins de 25 ans ayant reçu des radiations au thorax pour traiter un lymphome de Hodgkin ont un risque de 20 % à 30 % de développer le cancer du sein dans les 10 à 20 prochaines années [4].

12) Le carcinome du sein controlatéral ou de l'endomètre.

Environ 1 % des femmes atteintes d'un cancer du sein développent un second carcinome du sein controlatéral par année. Le risque est plus élevé pour les femmes porteuses de mutations germinales des gènes à haut risque de cancer du sein qui développent souvent des cancers multiples [4].

13) L'influence géographique

Les taux d'incidence du cancer du sein aux Etats-Unis et en Europe sont quatre (4) à sept (7) fois plus élevés que ceux dans d'autres pays. Le risque de cancer du sein augmente chez les immigrantes aux Etats-Unis à chaque génération. Les facteurs responsables de cette augmentation présentent un intérêt considérable en raison de leur caractère modifiable. L'histoire reproductive (nombre et minutage des grossesses), l'allaitement, le régime alimentaire, l'obésité, l'activité physique et des facteurs environnementaux jouent tous probablement un rôle [4].

a) Le régime alimentaire La viande :

Selon une étude finlandaise, publiée en 1994, effectuée entre 1966 et 1972, sur une "cohorte de 9 990 hommes et femmes âgés de 15 à 99 ans, et suivis à partir de 1972, il existerait une association positive entre la consommation de viande frite et le risque de cancers liés aux hormones féminines, c'est-à-dire les cancers du sein, de l'endomètre et de l'ovaire » [11, 12]. À noter que la consommation de viande frite était estimée à partir d'une entrevue sur les antécédents diététiques couvrant l'ensemble de l'alimentation des participants au cours de l'année précédente [12]. Il est toutefois à déplorer que les auteurs n'aient précisé ni la quantité approximative de viande frite consommée, ni la fréquence de cette consommation.

D'après un certain nombre d'études, un régime alimentaire riche en viande pourrait augmenter le risque de cancer du sein. Telle est la conclusion d'une étude effectuée aux Etats-Unis et à Porto-Rico, de 2003 à 2009, sur un total de 50 884 participantes, âgées de 35 à 74 ans, qui n'avaient pas de diagnostic antérieur de cancer du sein et qui étaient sœurs ou demi-sœurs de femmes chez lesquelles avait été posé un diagnostic de cancer du sein. Selon les résultats de cette étude bapti-

sée « Sister Study » (Étude sur des Sœurs), la consommation de viande rouge pourrait augmenter le risque de cancer du sein infiltrant, tandis que la consommation de poulet pourrait être associée à une réduction du risque de cancer du sein [28].

Dans le but de déterminer si la viande de poulet possédait en elle-même des vertus protectrices contre le développement du cancer du sein, un certain nombre d'études ont été menées et ont abouti à des résultats contradictoires. En effet, certaines d'entre elles ont rapporté que la consommation de Vitamine B 6 (pyridoxine), présente en forte quantité dans la viande de poulet, était associée à une réduction du risque de cancer du sein [13]. En revanche, plusieurs études ont démontré que l'acide arachidonique, abondant dans la graisse de poulet, pourrait favoriser le développement du cancer du sein [13].

Une association entre la consommation de viande rouge et le cancer du sein pourrait s'expliquer de deux manières :

1) un certain nombre de composés retrouvés dans la viande rouge, tels que l'hème, le fer, la graisse et l'acide N-glycolyl neuraminique, sont considérés comme de potentiels oncogènes ;

2) la libération de produits cancérigènes résultant des pratiques de cuisson à haute température : amines hétérocycliques et hydrocarbures aromatiques polycycliques [14].

Dans le même ordre d'idées, il faut signaler qu'un certain nombre d'études montrent qu'un régime riche en aliments frits pourrait augmenter de manière significative le risque de cancer du sein. Selon une étude effectuée sur 620 femmes iraniennes de moins de 50 ans, la consommation d'aliments frits était le principal facteur de risque du développement du cancer du sein [15].

b) La déficience en vitamine D :

Elle augmente de 30 % le risque de cancer du sein. Il est estimé qu'environ 1 milliard de personnes à travers le monde souffrent d'une déficience en Vitamine D. La vitamine D contrôle la croissance des cellules normales du sein et possède la capacité de stopper la croissance des cellules cancéreuses. Il est intéressant de signaler une étude menée par un groupe de recherche français E3N. La question de recherche était la suivante : « La concentration de vitamine D sérique est-elle associée au risque de développer un cancer du sein ? » L'équipe E3N a effectué l'étude sur 1 908 femmes ayant fourni un prélèvement de sang entre 1994 et 1998, dont 636 ont ultérieurement développé le cancer du sein. Les résultats de l'étude sont les suivants : les femmes avec un taux sanguin de vitamine D supérieur à 30 nanogrammes/millilitre (ng/ml) avaient un risque de développer un cancer du sein diminué de 27 % par rapport aux femmes dont le taux sanguin était inférieur à 20 ng/ml [16].

Manar Atoum et Fouad Alzoughool ont publié en 2017 une méta-analyse effectuée sur un certain nombre d'études relatives à une éventuelle association entre Vitamine D et cancer du sein. Cette méta-analyse a abouti aux conclusions suivantes : 1) la majorité des études sur la vitamine D supportent l'association inverse entre le taux sanguin de vitamine D et le risque de cancer du sein ; 2) les études épidémiologiques rétrospectives et prospectives ont révélé que la déficience en vitamine D est associée à une augmentation du risque du cancer du sein [17].

a) L'alcool :

La consommation modérée et importante d'alcool augmente le risque de cancer du sein. Ce risque pourrait être lié à des taux élevés d'œstrogène et de faibles taux de folate [4]. L'Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer (International Agency for Research on Cancer), considère l'alcool comme étant un facteur de risque du cancer du sein, avec une augmentation du risque de 7-10 % pour chaque 10 grammes (1 verre) d'alcool consommés quotidiennement par les femmes adultes [18].

15) Le tabac

Une étude longitudinale (The American Cancer Society's Cancer Prevention Study II (CPS-II) Nutrition Cohort) a été menée par la Société Américaine de Cancer sur une cohorte de 73 388 femmes avec un suivi médian de 13.8 années. « L'analyse a démontré que l'incidence du cancer du sein était de 24 % plus élevée chez les fumeuses que chez les non-fumeuses et de 13 % plus élevée chez les ex-fumeuses que chez les non-fumeuses, avec une plus forte association entre le tabagisme et le risque de cancer du sein parmi les femmes qui ont commencé à fumer avant la naissance de leur premier enfant. » [19, 20].

16) L'obésité

Paradoxalement, il a été noté une réduction du risque de cancer du sein chez les femmes obèses de moins de 40 ans, en raison de l'association avec des cycles anovulatoires et des taux plus bas de progestérone en fin de cycle [36]. En revanche, le risque est augmenté pour les femmes obèses post-ménopausées, ce qui est attribué à la synthèse d'œstrogène dans les dépôts adipeux [4]. L'obésité provoque une augmentation du taux sanguin d'insuline et d''Insulin Growth Factor 1 (IGF 1) qui entraînent l'activation d'un certain nombre d'enzymes, dont l'aromatase qui favorise la conversion d'androsténédione en œstrogène [21]. C'est d'ailleurs pourquoi, chez les femmes ménopausées atteintes de cancer du sein, les inhibiteurs de l'aromatase sont utilisés afin de bloquer la synthèse d'œstrogène par les adipocytes des amas adipeux.

17) L'exercice

Il existe un faible effet protecteur probable pour les femmes physiquement actives. La diminution du risque est plus forte pour les femmes pré ménopausées, les femmes non obèses, et les femmes ayant eu des grossesses à terme [4].

18) L'allaitement maternel

Plus les femmes allaitent longtemps, plus la réduction du risque est importante. Selon une méta-analyse de référence de 50 000 cas de cancer du sein provenant de 47 études épidémiologiques menées dans 30 pays et publiée dans le Journal The Lancet en 2002, le risque relatif de cancer du sein chez les femmes ayant accouché est réduit de 4.3 % pour chaque 12 mois d'allaitement et de 7 % pour chaque grossesse de façon indépendante [22]. L'allaitement supprime l'ovulation et peut déclencher la différenciation terminale des cellules luminales. On peut expliquer la plus faible incidence de cancer du sein dans les pays en développement en grande partie par l'allaitement plus fréquent et plus prolongé des bébés [4]. Il faut signaler toutefois que, selon un certain nombre d'études, le rôle protecteur de l'allaitement ne serait pas aussi important chez les Noires, les Hispaniques et les Afro-américaines que chez les Caucasiennes.

19) L'héritage de gènes de susceptibilité.

Ils sont responsables d'environ 12 % des cancers du sein. Il existe six (6) gènes dont les mutations augmentent fortement le risque de cancer du sein.

a) Parmi eux, trois gènes, selon l'OMS, sont les plus importants : BRCA 1, BRCA 2 et PALB 2, trois gènes suppresseurs de tumeur, dont les mutations sont de haute pénétrance et responsables de 4 % des cancers du sein. « La mutation du gène BRCA 1 est liée à un risque de cancer du sein de 40 % à 90 % à l'âge de 70 ans, alors que celle de BRCA 2 est associée à une augmentation du risque de cancer du sein de 30% à 90 % à l'âge de 70 ans" [4]. La mutation du gène PALB 2 (Partner and Localizer of BRCA 2) entraîne un risque de cancer du sein de 40 % à 60 % au cours de la vie des femmes qui en sont porteuses.

b) Ensuite, nous retrouvons le gène p53, lui aussi un gène suppresseur de tumeur, dont la mutation entraîne un risque de cancer du sein supérieur à 90 % à l'âge de 70 ans [4].

baptisée

c) Autre gène suppresseur de tumeur : PTEN (Phosphatase and Tensin homologue) qui contrôle le cycle cellulaire et induit l'apoptose. On estime que le risque absolu des femmes porteuses de mutations de ce gène de développer le cancer du sein au cours de leur vie est de 25 % [23].

d) Finalement, le gène CHEK 2, dont la mutation est responsable d'un risque de cancer du sein de 10% à 20% à l'âge de 70 ans [4].

RÉFÉRENCES

1- *www.medicalnewstoday.com : Norris Jessica : UK trial asks if proton beam therapy for breast cancer can reduce heart risks , Jan 9, 2023*
2- *www.gco.iarc.fr*
3- *www.gco.iarc.fr Global Cancer Observatory*
4- *Kumar V, Abbas AK ,Fausto N, Aster JC : Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease .8th Edition*
5- *Anstey EH, Holman DM : Breastfeedind and breast cancer risk reduction . Implication for Black Mothers . pubmed.ncbi.nlm.nih.gov*
6- *Shinde SS, Forman MR, Kuerer HM, et al. Higher parity and shorter breastfeedind duration: association with triple-negative phenotype of breast cancer. Cancer. 2010 ; 116(21):4933-4943. doi: 10.1002/cncr.25443*
7- *Ambrosome CB, Zirpoli G, Ruszczyk M, et al. Parity and Breastfeeding among African American women: differential aspects on breast cancer risk by estrogen receptor status in the Women's Circle of Health Study. Cancer Causes Control. 2014; 25(2): 259-265.*
8- *IARC. Report on Carcinogens , Fifteen Edition--- Estrogens, Steroidal . 2009*
9- *Kumar V, Abbas AK ,Fausto N, Aster JC : Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease . 8th Edition p.1076*
10- *Meirik O et al. : Oral Contraceptives use and breast cancer in young women. A joint national case –control study in Sweden and Norway. Lancet 1986 Sep 20 ; (8508)650-4*
11- *Khayat D : Le Vrai Régime Anticancer p. 94 Editions Odile Jacob ,2010*
12- *Knekt P., Steineck G., Jarvinen R., Hakulinen T., Aromaa A., " intake of fried meat and risk of Cancer : A follow-up Study in finland " , Int. J. Cancer ., 1994, 59 (6), p. 756-760*
13- *www.foodforbreastcancer.com : Chiken is recommended for breast cancer in moderation.*
14- *amie J. Lo, Yong-Moon Mark Park, Rashmi Sinha, and Dale P. Sandler : Association between meat consumption and risk of breast cancer : findings from the Sister Study. J. Cancer 2020 Apr 15; 146 (8): 2156-2165.*
15- *15- Marzbani B, et al. " Dietary patterns, nutrition and breast cancer : a case-control study in the West of Iran " Epidemiol Health 2019;41: e2019003*
16- *E3N : Relation entre vitamine D et cancer du sein . www.e3n.fr*
17- *Atoum M , Alzoughool F, "Vitamin D and breast cancer: latest evidence and future steps" .2017 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov*
18- *Ying Liu, Nhi Nguyen, and Graham A Colditz, " Links between alcohol consumption and breast cancer : a look at the evidence . Women's health (Lond Engl) . 2015 Jan; 11(1): 65-77.*
19- *Sauter ER " Breast cancer prevention: Current approaches and future directions".Eur J Breast Health 2018 Apr; 14(2): 64-71.*
20- *Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J. Diver WR, Hannan LM, Thun MJ , " Active smoking and breast cancer risk : original cohort data and meta-analysis" J Nat Cancer Inst 2013; 105: 515-525*
21- *Khayat D, " Le Vrai Régime Anticancer" p.165 Editions Odile Jacob.*
22- *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast cancer , " Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 Epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease." Lancet 2002; 360 (9328): 187-195 .*
23- *Alaofi RK ,et al. " Prophylactic mastectomy for the prevention of Breast cancer : Review of the literature. Avicenna J Med 2018 Jul-Sep ; 8 (3): 67-*
24- *DeGennaro V et al: Epidemiological , Clinical and Histopathological Features of breast carcinoma in Haiti . J GlobOncol2018 ;4 : JGO.17.00135*

NB : La prévention proprement dite du cancer du sein sera abordée à la partie 2 qui sera publiée au prochain numéro.

2. Éducation sur l'autogestion et l'encadrement : un élément essentiel et efficace des soins prodigués à la personne vivant avec le diabète.

Evelyne Fleury-Milfort, RN, NP, DCES
Nancy Charles Larco, MD, BC-ADM

Le diabète sucré est une maladie chronique caractérisée par une glycémie élevée (hyperglycémie) due à des troubles métaboliques qui empêchent la production d'une quantité suffisante ou l'utilisation efficace de l'insuline pour réguler le taux de sucre dans le sang.

Le diabète touche des millions de personnes dans le monde. Le diabète de type 2 (DT2), est une pandémie entraînant des dommages physiques, financiers et psychosociaux. On peut s'attendre, qu'au cours des 20 prochaines années, à ce que e diabète devienne l'une des principales causes d'incapacité et de décès dans le monde. La prévalence croissante du DT2 est due à plusieurs facteurs modifiables issus de mauvaises habitudes de vie.

Haïti a une forte prévalence de maladies cardiovasculaires. Le diabète, en particulier le DT2 et l'hypertension, sont les principales causes de morbidité et de mortalité au sein de la population haïtienne. Environ 7 % des Haïtiens souffrent de diabète et ce nombre devrait augmenter rapidement au cours des prochaines décennies. Pour l'hypertension, la prévalence est autour de 40 % [1].

L'instabilité politique d'Haïti ainsi que la faiblesse des infrastructures de santé, la pauvreté endémique et la vulnérabilité aux catastrophes naturelles, particulièrement lors des tremblements de terre dévastateurs de 2010 et 2021, ont propulsé la migration de la population haïtienne vers d'autres pays mais surtout vers les États-Unis d'Amérique. En 2018, il y avait 687 000 immigrants haïtiens aux États-Unis, la grande majorité (43 %) vivant dans le sud de la Floride (environ 295 410 personnes) ; ce qui soulève des inquiétudes quant aux effets de ces maladies sur la santé de la population des pays receveurs [2]. De nombreuses études ont montré une augmentation de la prévalence du diabète dans la population d'immigrants haïtiens vivant aux États-Unis et plus de complications chez ceux déjà touchés par ces pathologies [3].

Le diabète de type 2 peut être évité et contrôlé en adoptant certains comportements et modes de vie tels que l'exercice physique régulier, les habitudes alimentaires saines, le contrôle du taux des graisses et du glucose dans le sang et l'arrêt du tabac. Avec une bonne gestion, les personnes atteintes de diabète peuvent mener une vie saine et épanouissante. Cependant, si le diabète est mal géré, il peut causer des conséquences psycho-sociales importantes et entraîner de graves complications de santé telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, les amputations et la cécité.

Rôle et importance de l'éducation sur l'autogestion et l'encadrement

La nature dynamique du diabète et son influence sur les divers aspects de la vie du patient nécessitent des décisions quotidiennes de la personne vivant avec cette pathologie et de son entourage. L'un des éléments essentiels et efficaces des soins du diabète est l'éducation sur l'autogestion et l'encadrement du patient appelé aux États-Unis « DSMES ». (Diabetes Self-Management Education and Support). DSMES est un processus de facilitation des connaissances, des attitudes et des capacités nécessaires à l'autogestion. Il s'agit d'éduquer les personnes atteintes de diabète sur la façon de gérer leur maladie pour leur permettre de s'impliquer et de maintenir des changements de mode de vie, qui ont démontré une amélioration des résultats de santé.

Le DSMES est essentiel pour les personnes atteintes de diabète. Grâce au DSMES, les personnes atteintes de

de diabète apprennent à comprendre l'importance de la gestion de leur pathologie et les conséquences du diabète non contrôlé ; à se fixer des objectifs réalisables ; à prendre des décisions en connaissance de cause et à développer les compétences nécessaires pour gérer efficacement leur pathologie. D'après les critères d'excellence de l'éducation sur l'autogestion et l'encadrement définis par l'Association of Diabetes Care and Education Specialists (ADCES) et l'American Diabetes Association (ADA), il existe sept comportements principaux liés à la gestion des soins personnels du diabète. Ils comprennent :

1. les choix alimentaires sains,
2. l'intégration régulière de l'activité physique ;
3. la compréhension de l'autosurveillance de la glycémie ;
4. la prise régulière et sûre des médicaments et l'ajustement thérapeutique tel que prescrits ;
5. la prévention, la prise en charge et la résolution de problèmes tel que l'hyper et l'hypoglycémie ;
6. la capacité d'adaptation à des situations différentes et la gestion du stress,
7. les comportements pour la réduction des risques et la surveillance des complications.

Le DSMES peut être enseigné en utilisant différents formats, y compris des cours en groupe, des conseils individuels et des programmes en ligne. Les cours en groupe offrent aux personnes atteintes de diabète l'occasion d'apprendre en échangeant entre elles, de partager leurs expériences et de recevoir le soutien de leurs pairs. Le counseling individuel est particulièrement bénéfique pour les personnes qui ont besoin d'une attention plus personnalisée ou qui ont des questions spécifiques sur la gestion de leur maladie. Les programmes en ligne sont idéaux pour les personnes qui préfèrent apprendre à leur propre rythme ou qui ont un accès limité aux cours en présentiel.

Données probantes sur les bénéfices de l'éducation sur l'autogestion du diabète

De nombreuses recherches indiquent que l'éducation sur l'autogestion du diabète peut améliorer les résultats pour les personnes atteintes de diabète par rapport à la gestion des médicaments seuls.

Une étude menée par des chercheurs de l'École de médecine de l'Université Emory et de l'École de santé publique Rollins a révélé que les changements de mode de vie sont plus efficaces que les médicaments pour la prévention du diabète à long terme [4].

Une comparaison des soins standard pour les patients atteints de diabète de type 2 par rapport à l'éducation sur l'autogestion en groupe publiée dans le *Journal of Family Medicine and Primary Care* montre que l'éducation sur l'autogestion en groupe a entraîné une réduction significative des taux d'hémoglobine A1C (HbA1C), de la glycémie à jeun, de lipoprotéines de basse densité, de cholestérol total et d'indice de masse corporelle par rapport aux soins habituels / standard [5].

Selon l'ADA, la recherche montre les avantages suivants de l'éducation sur l'autogestion : [6]

- amélioration des connaissances sur le diabète et des comportements d'autosoins, du taux d'HbA1c et du poids tel que rapporté par le patient ;
- amélioration de la qualité de vie, réduction du risque de mortalité toutes causes confondues, comportements d'adaptation positifs et réduction du coût des soins de santé ;
- utilisation des soins primaires et des services préventifs et recours moins fréquent aux soins actifs et aux services hospitaliers ;
- suivi des recommandations des meilleures pratiques de traitement par les personnes qui ont participé aux cours de DSMES ;
- résultats probants rapportés lors des interventions DSMES de plus de 10 heures sur une période de 6 à 12 mois, avec soutien continu adapté à la culture, à l'âge, aux besoins et préférences individuels et abordant les problèmes psychosociaux avec intégration des stratégies comportementales ;
- efficacité des approches individuelles et de groupe, avec un léger avantage réalisé par ceux qui s'engagent dans les deux ;
- existence de preuves solides sur les avantages des services DSMES virtuels, de télésanté ou sur Internet pour la prévention et la gestion du diabète dans une grande variété de populations.

En outre, une méta-analyse a révélé que l'éducation sur l'autogestion peut réduire le niveau glycémique de 30 à 80% [7].

Recommandations pour l'éducation sur le diabète et le rôle de l'équipe de soins

Les normes de soins pour le diabète de 2023 de l'ADA recommandent ce qui suit [6] :

- Le DSMES doit être centré sur la personne. Il peut être offert en groupe ou individuellement et doit être appliqué par toute l'équipe de soins du diabète.
- Le coaching numérique (rencontres virtuelles ; vidéos) et les interventions d'autogestion numérique (télésanté) peuvent être des méthodes efficaces pour fournir le DSMES.
- Les fournisseurs de soins de santé devraient également envisager de s'attaquer aux obstacles à l'accès au DSMES par la prestation de soins par télésanté et d'autres solutions de santé numériques.
- Toutes les personnes atteintes de diabète doivent être orientées vers une formation et un encadrement en matière d'autogestion à quatre moments critiques:

a. au moment du diagnostic du diabète
b. de manière ponctuelle et/ou lorsque les objectifs du traitement ne sont pas atteints
c. quand de nouveaux facteurs de vie ou de nouvelles complications influencent l'autogestion
d. lorsque des changements dans les soins se produisent tels que l'introduction de médicaments injectables ou de nouveaux lecteurs glycémiques

Cependant, malgré ces recommandations, aux États-Unis, moins de 10 % des personnes nouvellement diagnostiquées comme ayant le diabète utilisent les services d'éducation à l'autogestion. De plus, l'accès et l'utilisation restent faibles pour toutes les personnes atteintes de diabète.

Accès à l'éducation sur l'autogestion et l'encadrement pour la population haïtienne en Haïti

Le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) a souvent manifesté le désir de prioriser les maladies non transmissibles, mais aucune mesure tangible n'a été mise sur pied pour faciliter la prise en charge adéquate et continue des patients haïtiens vivant avec ces maladies chroniques. Grâce à une intervention et un traitement précoces, il est possible d'éviter des soins médicaux coûteux et souvent indisponibles, mais les centres de santé et les professionnels de la santé à travers Haïti ne disposent ni de la formation ni des ressources et fournitures nécessaires pour identifier et traiter correctement ces maladies. Seule la FHADIMAC œuvre en offrant un service holistique continu centré sur les patients grâce à son programme d'éducation et de formation à l'adresse respectivement des patients et des professionnels de la santé.

Le programme éducatif mis sur pied consiste en :

- cours journaliers en présentiel à son local à Lalue (avenue John Brown), Port-au-Prince, selon un agenda prédéfini ;
- rencontres individuelles des patients avec les infirmières de la FHADIMAC ;
- distribution de matériel éducatif tenant compte des croyances et des mœurs de la population haïtienne
- interviews à la radio et à la télévision ;
- utilisation des pairs pour faire passer les messages positifs aux autres patients ;
- services virtuels fournissant des consultations spécialisées (diabétologiques, nutritionnelles, psychologiques) et des vidéos éducatives

Quant au programme de formation du personnel médical, un curriculum adapté et spécifique a été conçu pour chaque groupe de professionnels de la santé tels que les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les techniciens en laboratoire et les pharmaciens.

Depuis 1987, la Fondation haïtienne de Diabète et de Maladies cardio-vasculaires (FHADIMAC) dispense à ses membres et à toute autre personne intéressée des sessions éducatives portant sur les sujets suivants :

- « C'est quoi le diabète ? C'est quoi l'hypertension Artérielle ? »
- « Quelles sont les complications liées au diabète ou aux maladies cardiovasculaires ? »
- « Comment éviter les complications et se prendre en charge ? »
- « Comment manger ? »
- « L'importance d'une bonne hygiène de vie. »
- « Comment accepter et bien vivre avec ces pathologies ? »

D'autres sujets sont aussi abordés selon le profil de la personne rencontrée : diabète et grossesse ; diabète chez les jeunes… La FHADIMAC a mis sur pied un programme adapté aux jeunes personnes affectées par le diabète. En plus de recevoir gratuitement de l'insuline, des lecteurs glycémiques, des bandelettes, des seringues. ils ont un groupe de support qui se réunit chaque mois et un psychologue qui les rencontre individuellement ; la prise en charge psychologique étant un pilier important dans la gestion du diabète.

Dans le souci de s'assurer que les bénéficiaires comprennent bien les messages qui sont donnés, la FHADIMAC utilise dans ses matériels éducatifs (posters, pamphlets, feuillets) des images qui font partie du quotidien des Haïtiens. Ce matériel est disponible pour tout professionnel de la santé et tout patient désireux de s'en procurer.

Des vidéos en créole à l'adresse respectivement des professionnels de la santé s'occupant des Haïtiens et des personnes affectées par le diabète et les maladies cardiovasculaires avec une approche culturelle appropriée à la population haïtienne sont disponibles sur la page web de la FHADIMAC et celle de la Haitian Association for Diabetes and Cardiovascular Diseases (HADICAD), association sœur qui fonctionne aux États-Unis. D'autres vidéos plus courtes et plus interactives sont en cours de préparation.

Accès à l'éducation sur l'autogestion du diabète pour la population haïtienne aux Etats-Unis

Une étude montre que les immigrants haïtiens (IH) vivant aux États-Unis avec le diabète de type 2 (DT2) ont une HbA_{1c} plus élevée, par rapport aux autres groupes ethniques [3]. Étant donné que la prise en charge du diabète nécessite des modifications du mode de vie en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique en particulier, l'autogestion a été signalée comme un défi continu, vu le contrôle métabolique sous-optimal dans la population des IH et un taux élevé d e risque de diabète de maladies cardiovasculaires et autres complications du diabète (maladies cardiovasculaires, néphropathie, neuropathie, rétinopathie) et de décès. Les études incriminent le fait que les immigrants haïtiens utilisent moins le système de soins de santé que les autres groupes ethniques et qu'il y a un manque d'intégration des aspects culturels dans l'éducation qu'ils reçoivent. Les idées fausses et les mythes créent des barrières entre le personnel médical et les patients qui ne sont pas capables de gérer eux-mêmes avec succès leurs maladies chroniques. Il est bien connu qu'une approche culturellement appropriée des soins aux patients a un impact positif sur l'implication des patients et le changement de comportement [8]. Les résultats d'une étude menée par Balkys, L et all. suggèrent fortement que des soins culturellement appropriés devraient être une composante importante de tout traitement crédible et de la gestion de la maladie au sein de la population haïtienne vivant avec prédiabète, DT1, DT2 et leurs familles.

Avec au cœur de sa vision l'engagement de rendre accessible l'éducation sur l'autogestion à la population des immigrants haïtiens vivant en outre-mer, l'association sœur de la FHADIMAC aux États-Unis, la HADICAD, à l'instar du programme DSMES prôné par l'ADA, a mis sur pied un programme comprenant deux volets :

- Le premier s'adresse aux professionnels de la santé afin de les doter d'outils leur permettant de savoir comment parler aux patients haïtiens en utilisant des méthodes culturellement adaptées.
- Le deuxième, enseigné en créole haïtien, concerne le groupe des personnes affectées par ces pathologies, est proposé à travers des rencontres en individuel ou en groupe, en présentiel ou en virtuel selon la préférence du patient.

EN CONCLUSION

Le DSMES est une composante essentielle et efficace des soins du diabète. Il permet aux personnes atteintes de diabète de prendre le contrôle de leur maladie, d'améliorer leurs résultats de santé et de réduire le risque de complications. En outre, le DSMES s'est avéré rentable, réduisant les coûts des soins de santé associés aux complications liées au diabète. Une approche globale qui combine à la fois la gestion des médicaments et l'éducation sur l'autogestion du diabète peut être le moyen le plus efficace de gérer la maladie et de réduire le risque de complications.

Tout en tenant compte du profil des patients haïtiens, il est recommandé aux professionnels de la santé s'occupant d'eux de donner la priorité au DSMES culturellement appropriée dans le cadre de leur plan de gestion du diabète chez ces patients haïtiens afin de s'assurer qu'ils reçoivent l'éducation et l'encadrement nécessaires pour gérer efficacement leur maladie, s'impliquer activement auprès de l'équipe de soins et améliorer les résultats de santé et leur qualité de vie. C'est ce service que l'HADICAD offre aux États-Unis et au Canada à la population haïtienne affectée par le diabète et les maladies cardiovasculaires, ainsi qu'aux prestataires de santé qui les soignent.

La HADICAD peut être jointe via :
- E-mails : info@hadicad.org/ nlarco@hadicad.org
- www.hadicad.org
- Tél.: (786)505-7226

RÉFÉRENCES

1- *Jean Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of Diabetes and Hypertension in Haiti (PREDIAH). Diabetes Metab 2006; 32: 443-451*

2- *Schulz, J., & Batalova, J. (2017, August 2). Haitian immigrants in the United States. Retrieved from https://www.migrationpolicy.org/article/haitian-immigrants-united-states*

3- *Cherlie Magny-Normilus, Robin Whittemore. Haitian Immigrants and Type 2 Diabetes: An Integrative Review. J Immigr Minor Health. 2020 April ; 22(2): 399–409. doi :10.1007/s10903-019-00914-5.*

4- *Haw JS, Galaviz KI, Straus AN, Kowalski AJ, Magee MJ, Weber MB, Wei J, Narayan KMV, Ali MK. Long-term Sustainability of Diabetes Prevention Approaches: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med. 2017 Dec 1;177(12):1808-1817. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.6040. PMID : 29114778 ; PMCID : PMC5820728.*

5- *Al Harbi SS, Alajmi MM, Algabbas SM, Alharbi MS. The comparison of self-management group education and the standard care for patients with type 2 diabetes mellitus: An updated systematic review and meta-analysis. J Family Med Prim Care. 2022 Aug;11(8):4299-4309. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2087_21. Epub 2022 Aug 30. PMID : 36352914; PMCID: PMC9638609.*

6- *Nuha A. ElSayed, Grazia Aleppo, Vanita R. Aroda, Raveendhara R. Bannuru, Florence M. Brown, Dennis Bruemmer, Billy S. Collins, Marisa E. Hilliard, Diana Isaacs, Eric L. Johnson, Scott Kahan, Kamlesh Khunti, Jose Leon, Sarah K. Lyons, Mary Lou Perry, Priya Prahalad, Richard E. Pratley, Jane Jeffrie Seley, Robert C. Stanton, Deborah Young-Hyman, Robert A. Gabbay; on behalf of the American Diabetes Association, 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. https://doi.org/10.2337/dc23-S005*

7- *Shiferaw WS, Akalu TY, Desta M, Kassie AM, Petrucka PM, Aynalem YA. Effect of educational interventions on knowledge of the disease and glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2021 Dec 9;11(12):e049806. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049806. PMID : 34887271; PMCID: PMC8663073.*

8- *Bivins, Balkys L.; Hershorin, Indra R; and Umadhay, Lonar M., "Understanding Type 2 Diabetes Mellitus Among Haitian American Women: A Cultural Perspective" (2020).* Faculty Articles. *249. https://nsuworks.nova.edu/hpd_con_facarticles/249*

1. Le service des urgences de l'HUM et son programme de résidence

Lourdes Rachelle Faikha Colinet, MD[1] *; Jean O. Alouidor, MD1,2; Christophe Millien, MD, MMSc[1]

[1]Hopital Universitaire de Mirebalais (HUM)
[2]Zanmi Lasante

INTRODUCTION

Le domaine de la médecine d'urgence a évolué en réponse à la nécessité de prendre en charge une population croissante de patients recherchant des soins médicaux immédiats et non programmés pour des situations d'urgence. En 1797, Dominique Jean Larrey, chirurgien militaire, est considéré comme le « père des soins médicaux d'urgence ». Il a réussi à mettre en place un système d'aide complet comprenant une équipe médicale active sur le champ de bataille. (Martin R. Huecker, MD et al. 2022 May ; 23(3) : 418–423.

C'est en juin 1961 aux États-Unis que le Dr James Mills et ses collègues ont quitté la pratique privée en médecine générale pour se consacrer à la salle d'urgence de l'hôpital Alexandria en Virginie, d'après le site Web de l'American College of Emergency Physicians (ACEP). Ces médecins ont été les premiers à former un groupe à temps plein qui fournissait exclusivement des soins dans une salle d'urgence, dans le cadre d'un concept appelé le plan d'Alexandrie. D'autres groupes ont suivi, et en 1971 les premiers départements universitaires de médecine d'urgence ont été créés à l'Université de Californie du Sud et à l'Université de Louisville. Un an plus tard, le premier programme de résidence en médecine d'urgence a débuté à l'Université de Cincinnati. (We, 10 November 2021). En Haïti, cette spécialité de la médecine d'urgence n'existait pas jusqu'à 2013. Le but de ce papier est de présenter le service des urgences et son programme de formation en médecine d'urgence.

LE SERVICE DES URGENCES DE L'HUM

S'il existait le moindre doute quant à la nécessité pour Haïti de disposer d'un système de soins d'urgence organisé, il a suffi de revenir au tremblement de terre du 12 janvier 2010 qui a détruit le système de santé Haïtien qui était déjà défaillant. La situation était véritablement chaotique, il y avait un manque d'organisation et de capacité flagrante pour gérer cette catastrophe naturelle. Face à cette situation, la réponse était organisée autour d'un personnel et des bénévoles parfois inexpérimentés travaillant sans relâche avec des ressources limitées et un afflux apparemment interminable de patients. Constatant cette situation, sous demande du MSPP, en juin 2013 Zanmi Lasante a ouvert les portes d'un service d'urgence à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM), équipé de 21 lits, avec un programme de certification de six mois. (Fig. 1). Ce dernier a été rénové en janvier 2021, passant à 43 lits, dont deux dédiés à l'isolement et offrant également des chaises supplémentaires. (Fig. 2)

Fig. 1 Service des Urgences HUM, Juin 2013

Fig. 2 Service des Urgences HUM, Janvier 2021

LE PROGRAMME DE RÉSIDENCE

Cependant, il était nécessaire d'avoir un programme de résidence en médecine d'urgence afin de préparer les médecins à la pratique des soins d'urgence. En septembre 2014, en partenariat avec le 3e cycle de l'Université d'État d'Haïti (UEH), le premier programme de résidence en médecine d'urgence a accueilli ses premiers résidents. En septembre 2017, quatre spécialistes en médecine d'urgence (urgentologues) étaient prêts à être au service de la population (Fig. 3)

Fig. 3 : Premiers Urgentologues en Haïti, Septembre 2017

Pour la formation des résidents en médecine d'urgence à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais, le programme établit des objectifs globaux visant à atteindre et maintenir l'excellence grâce au développement de compétences de base claires et précises. À la fin de leur formation, les résidents doivent posséder des compétences cliniques standard, des connaissances médicales avancées, des capacités d'intervention rapides et efficaces, ainsi que des compétences en recherche médicale. Ils doivent être capables de développer une approche systémique, compréhensible, holistique et innovante des soins aux patients, en tenant compte des aspects communautaires et biopsychosociaux, tant pour les patients que pour les familles. De plus, ils doivent démontrer du professionnalisme, de l'éthique et de la responsabilité dans l'exercice de leurs fonctions en toutes circonstances.

Aujourd'hui, l'Hôpital Universitaire de Mirebalais compte six promotions d'urgentologues, ce qui représente un total de 30 diplômés. L'objectif était que, d'ici 10 ans, d'autres hôpitaux offrent également ce programme de résidence. Malheureusement, en raison du climat d'insécurité qui sévit dans le pays, de nombreux urgentologues ont choisi de quitter le pays, entraînant un taux d'attrition de 40 %. En conséquence, l'HUM demeure le seul à offrir ce programme de résidence et la présence d'urgentologues est principalement concentrée dans le Plateau Central, avec 15 à Mirebalais, Hinche et Cange, et seulement trois (3) dans le Sud. Certains d'entre eux font le va et entre deux départements.

CONCLUSION

La Médecine d'Urgence peine encore à se faire connaître sur l'ensemble du territoire, car cette spécialité est encore jeune et mal comprise par une partie de la population et même par le système de santé haïtien. Cependant, l'importance des urgentologues commence progressivement à être reconnue, notamment grâce au rôle de leader que certains jouent au sein de certaines institutions. L'insécurité constitue un handicap majeur dans la rétention du personnel formé. La stabilité politique, l'ajout d'autres programmes de résidence en médecine d'urgence, l'engament de l'état haïtien par la mise en place d'une politique de rétention efficaces sont des éléments nécessaires pour le développement de la médecine d'urgence en Haïti.

RÉFÉRENCES

1. Wei S. Emergency medicine: past, present, and future challenges. Emerg Crit Care Med. 2021; 1:49–52. doi: 10.1097/EC9. 0000000000000017

2. Martin R. Huecker, MD et al. Emergency Medicine History and Expansion into the Future: A Narrative Review. West J Emerg Med. 2022 May; 23(3): 418–423. Published online 2022 Apr 4. doi: 10.5811/westjem.2022.2.55108

Auteur Correspondant*

Lourdes Rachelle Faikha Colinet *

Email : lrfcolinet@pih.org / Tel : 50938463442

Coauteurs : Jean O Alouidor, jalouidor@pih.org, Christophe Millien, mchristophe@pih.org

1. Nos infirmières, notre futur : réflexions d'un pair

Edith Comeau Georges, BsN

« Nos Infirmières, Notre Futur », est le thème cette année de la journée internationale des infirmières, un événement grandement célébré partout dans le monde en hommage à la précurseur du Nursing moderne, Florence Nightingale. Et, dans les faits, les activités et les manifestations organisées en cette occasion s'étalent tout au cours du mois de mai, se concentrant principalement dans la semaine, entourant la date de naissance de cette infirmière, d'origine anglaise, née à Florence, en Italie le 12 mai 1820. Cette commémoration internationale en l'honneur de l'illustre pionnière marque en même temps, un temps d'arrêt pour célébrer et faire connaitre les accomplissements des disciples de Florence. Ce temps choisi par les hautes instances de la profession permet de faire le point sur le chemin parcouru et d'actualiser la profession vis à vis des demandes incessantes, des exigences contextuelles et du besoin de changement à travers des réflexions nécessaires sur ces enjeux auxquels font face les infirmières vers un avenir meilleur. Un avenir sur lequel devront se pencher prioritairement les gouvernements, les décideurs en investissant dans les soins infirmiers dans les volets : formation, emploi et leadership pour contribuer à la santé mondiale. Ces stratégies visent un changement dans la condition des infirmières, un changement de paradigme au niveau du soin.

Contexte

La pandémie, une période charnière dans le monde, se révélant à bien des égards une crise existentielle assez pénible pour le personnel infirmier, imposa un apprentissage en accéléré particulièrement dans le domaine du contrôle des infections, des soins intensifs et techniques spécialisés. Cependant, bien avant l'année 2020 consacrée L'année internationale des infirmières, la situation des infirmières dans le monde faisait l'objet de préoccupations et d'inquiétudes par suite des défis de société que vivaient celles-ci [1]. Ce constat était issu de données probantes provenant de l'état des lieux présenté à l'Organisation Mondiale de la Sante (OMS) par les 190 pays participants, tandis que la mouvance internationale Nursing Now et le Conseil International des Infirmières (CII) collaborant avec l'OMS pour documenter ses travaux dans la publication : La situation du personnel infirmier dans le monde-2020: Orientation(https://apps.who.int/iris/handle/10665/332163). La période 2020-2021 fut saturée d'inconnues, d'ombres angoissantes, de morbidités imprévisibles et de décès incontrôlables. Mais elle parvint à susciter une solidarité mobilisatrice chez les infirmières, qui ont fait montre, dans la fatalité, dans leurs innombrables deuils, d'un compte impressionnant de flexibilité, d'initiative, de grande résilience et d'efficience. En effet, elles ont dû, en dépit des vicissitudes, s'adapter avec courage, détermination, dévouement pavant ainsi la voie vers l'avenir. Justement, c'est dans ce contexte, de post pandémie, d'apprentissage, d'expertises nouvelles et de questionnements scientifiques, de pénurie que nous tenterons d'analyser essentiellement la contribution des infirmières et leur réalité telle qu'elle s'est adaptée, se vit au quotidien et d'appropriation du futur dans le système de santé.

La profession infirmière et le système de santé

La documentation répertoriée dans Google, Microsoft Bing et donnant accès aux divers sites des institutions de santé et académiques, revues, s'entend généralement sur une même observation : l'importance de la présence des infirmières dans le monde. Et, c'est bien évident et factuel qu'aucun système de santé ne parvient à se passer du personnel infirmier lequel, avec ses 27,9 millions de membres, compose l'effectif le plus élevé du personnel de santé. Partout dans le monde, on ne peut parler de système de santé, de prestations et de santé globale sans qu'il ne soit question des infirmières. En effet, « L'effectif infirmier forme un peu plus de la moitié des professionnels de la santé. Les professionnels infirmiers sont aux premières lignes de la prestation de services et jouent un rôle important dans les soins prodigués aux personnes et aux collectivités. Dans de nombreux pays, ils sont les chefs de file ou les membres clés d'équipes soignantes multidisciplinaires et interdisciplinaires. Ils assurent une vaste gamme de services à tous les niveaux du système de soins. » [2] De plus, la proximité et disponibilité des infirmières auprès des patients leur confèrent un rôle unique, de leader infirmier serti de respect, d'admiration et de sympathie du public comme le rapportent les media au Québec. Ces professionnelles de la santé ainsi que leurs collègues, les sage-femmes, ont vu l'OMS leur dédier l'année 2020, en hommage et reconnaissance de leur contribution exceptionnelle à la santé mondiale. Une distinction qui depuis, 2020 a galvanisé les organisations infirmières dans une mobilisation internationale de solidarité et d'engagement, pour sensibiliser les gouvernements, décideurs, tout en ralliant leurs pairs à leur cause, pour trouver ensemble des stratégies favorables à une intégration valable de la dimension infirmière à tous les niveaux de pouvoir et de décision dans le système de soins.

Profession infirmière : champ d'exercice et activités réservées

On s'étonnera que les infirmières, en dépit de leur importance dans le système de santé, de leur persévérance, expertise, compétences et savoir-faire unique, n'arrivent pas à exercer pleinement les 17 activités prévues dans le cadre de leur champ de pratique. Tel que définit l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) : « L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu' à fournir les soins palliatifs » [3].

L'exercice infirmier couvre donc tout le spectre du continuum de la vie humaine. Il est assez étendu, englobant divers rôles. Ainsi, « L'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada reconnait aux infirmières neuf rôles leur permettant d'exercer et de fournir des soins infirmiers compétents, sûrs, éthiques et fondés sur des résultats probants, et ce, dans n'importe quel champ ou contexte de pratique. Ces neufs rôles sont : clinicienne, professionnelle, communicatrice, collaboratrice, coordonnatrice, leader, défenseur des droits des individus (advocacy), éducatrice et chercheure (Almost, 2021). À travers ces rôles, les infirmières sont en relation avec les individus, les autres professionnels de santé (médecins, sage-femmes, etc.) et avec le système de santé [4]. Malgré tout, les infirmières ne sont pas plus impliquées dans l'établissement des politiques et des règlements, alors même que leur raison d'être et l'étendue de leurs compétences fréquemment mises à l'épreuve les placent au centre de l'action, au cœur des urgences sanitaires, des catastrophes environnementales et des intempéries. Ce sont toujours et souvent les premières disponibles et qui excellent dans l'accompagnement des patients, de leurs familles, sans pour autant qu'elles fassent partie des instances décisionnelles dans l'évaluation des priorités nationales de santé publique. Leur unicité et leur savoir-faire semblent plutôt, trop souvent occultés.

La célébration de la JII : implications pour la profession.

Il est donc souhaitable et opportun pour les infirmières de consacrer annuellement un temps d'arrêt pour se faire connaître, se ressourcer, se concerter et mieux s'orienter. Aussi, cette période de réjouissance de la Journée Internationale des Infirmières (JII) orchestrée par le CII et ses membres associatifs d'infirmières, est devenue essentielle, permettant de « célébrer et de travailler ensemble pour tracer l'orientation future des soins infirmiers afin de répondre aux besoins de la nou-

velle normalité ainsi qu'atteindre les objectifs de développement durable, de la couverture sanitaire universelle et de la santé pour tous » [5]. Conséquemment, l'emphase sur la valorisation des infirmières, que souligne Pamela Cipriano, la Présidente du CII, décrivant en ces termes l'objectif de la campagne de la Journée Internationale des Infirmières, (JII)2023, « **Nos infirmières. Notre Avenir.** » porte tout son poids : « Les infirmières dispensent des soins et donnent l'impulsion pour relever les défis de santé mondiaux, souvent au péril de leur vie. Elles sont la force vitale essentielle de la santé or, nos systèmes de soins de santé à travers le monde ne se sont pas montrés à la hauteur et ont échoué à valoriser, respecter, protéger et investir dans cette précieuse ressource. Le monde a considéré à tort que les infirmières sont un bien acquis, les percevant comme une ressource invisible et inépuisable. Cela doit cesser pour le bien des infirmières et de la santé mondiale. » [6]. En effet, un moment solennel très opportun pour le CII, en collaboration avec les Associations Nationales d'Infirmières (ANI) qui donne le ton à cette célébration annuelle, **exprimait les préoccupations et les défis auxquels font face les infirmières dans un contexte de reconnaissance, de nécessité de changement et d'appropriation du futur.**

C'est principalement dans la perspective du 3e des 17 objectifs de l'ONU vers l'horizon 2030, la santé, que s'oriente la profession dans « la nouvelle normalité » propice au changement [5,7]. Ce changement découle du Rapport 2020 (OMS), auquel ont collaboré le CII et ses partenaires, en soumettant des preuves de sa pertinence et de la nécessité d'investir dans les soins infirmiers précisément sur les cibles suivantes : la formation continue, un emploi décent et le leadership [2,8]. **L'occasion fut aussi de présenter** la **Charte pour le changement** qui intègre dix mesures stratégiques, proposition de règlementation adressée aux pouvoirs publics et employeurs pour mettre en place et maintenir « des systèmes de santé sûrs, abordables, accessibles, réactifs et résilients et ainsi faire passer les infirmières du statut d'invisibles à inestimables. » [8,9]. **En d'autres termes, l'avenir des prestations repose sur la disponibilité et la pérennité d'une contribution compétente et soutenue des infirmières et des sage-femmes. Un enjeu colossal considérant les nombreuses réformes que connaissent les systèmes de santé dont celui du Québec. L'adéquation de l'offre et de la demande est un phénomène dynamique, mesurable à partir des déterminants et indicateurs choisis en lien avec les priorités du système de santé. Le** message du CII, on convient, n'est que plus clair : il faut investir, agir maintenant, préparer l'avenir avec une offre infirmière de qualité pour un réseau fiable et performant. La menace, dans certaines régions du monde d'une pénurie du personnel infirmier, estimée à 5. 9 millions et associée à la perte des ressources humaines émigrant du Sud, affecte de plus en plus le Nord. [10] Sans compter que la migration incessante des infirmières des pays en voie de développement vers les pays industrialisés accentue le déséquilibre qui fragilise l'offre sanitaire déjà assez hypothéquée. « L'émigration sud-nord, sur le plan de l'économie, un facteur clé, s'associe à la précarité d'emplois, aux politiques inadaptées, à l'inefficacité administrative des ressources humaines en santé dont le personnel infirmier, et à l'absence d'une réglementation de la profession » [2,11]. En l'occurrence, ceux du Sud et de la Caraïbe, dont Haïti, pris au piège durant ces trop longues périodes d'incertitude et d'angoisse, peinent à prospérer et à se moderniser pour soutenir un système de santé fiable et performant [9,12]. Et, que dire de l'atteinte des 17 objectifs (ODD) vers l'horizon 2030 ? [5,13]. La conjugaison de ces facteurs déplorables, leur interdépendance et leur transversalité peuvent complexifier le choix des déterminants sociaux et des indicateurs de performance du système de santé haïtien parmi les 100 répertoriés par l'OMS [14].

L'engagement professionnel et le futur

La promotion de la santé, l'éducation à la santé, l'accès universel aux soins, la livraison des prestations, la dispensation des soins s'apparentent à des missions impossibles pour le professionnel de la santé quand sa propre survie et son bien-être sont menacés. Pourtant, c'est une probabilité à laquelle se confrontent les professionnels de la santé dans l'exercice de leur fonction tant en Haïti que dans d'autres régions du monde. Néanmoins, l'engagement, la détermination et l'obligation les incitent à poursuivre leur travail et leurs responsabilités occupationnelles dans des conditions particulièrement défavorables. De plus, les professionnels de la santé au pays, ainsi que d'autres de leurs concitoyens qui vivent cette réalité angoissante, voient régulièrement émigrer les leurs. Mais, qu'est-ce donc qui les retient et les motive à rester et à servir leur pays malgré tout ? Même si rester n'est peut-être pas un choix, mais vécu comme une fatalité, servir, poursuivre l'engagement avec le même enthousiasme et le même professionnalisme en est certainement un. C'est la réalité de nos infirmières. En post pandémie, elles se retrouvent à un carrefour et le futur leur appartient, car elles croient en la justesse et la légitimité de leurs aspirations et de leurs sacrifices.

L'Info Gazette Médicale (IGM) et la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie (RHCA) d'Info CHIR/RHCA poursuivent régulièrement la publication des éditions mensuelles ou trimestrielles d'articles traitant de thématiques et de sujets variés pour maintenir la formation continue, le partage des connaissances, les discussions sur des défis cliniques, autres observations scientifiques et découvertes technologiques, attestent de la volonté de servir. Depuis près d'un an, la réalité « infirmière » occupe une place de choix dans ces périodiques. De plus, s'il est remarquable de constater l'intérêt et la fidélité à l'engagement professionnel, à la poursuite du savoir, à l'excellence académique, il est infiniment inspirant et gratifiant de se compter parmi ces partenaires, compatriotes professionnels et membres d'organismes tels le Forum Médico Chirurgical (FMC), le Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé (CIFAS), la Concertation Interinstitutionnelle en Appui à la Lutte contre le Cancer en Haïti (CIALCH), la Société Haïtienne d'Oncologie (SHONC) etc, qui, bénévolement, au nom de la solidarité citoyenne, du dévouement, du souci de bien faire, de la passion de servir, de leur profession, en dépit de toutes les vicissitudes quotidiennes qu'ils subissent au quotidien, restent à bord et tendent les voiles.

Conclusion

Le temps d'arrêt de la célébration des infirmières s'estompe avec la fin de mai, mais le débat devra se poursuivre car, c'est aux gouvernements et institutions sanitaires et académiques d'en décider. Depuis la pandémie, le monde change, tout change et, conséquemment, le système de santé et la posture des infirmières tout autant. Les directives de l'OMS sont claires : Investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Les infirmières sont prêtes et avec la Charte du changement de dix points présentés par le CII, la balle est dans le camp des autorités. Les infirmières ont compris qu'il leur appartenait d'agir, de se faire connaitre pour leur savoir-faire et l'étendue de leur champ de pratique.

La profession infirmière est constituée de cinq axes : la formation, la pratique, la gestion, la recherche et le politique, en constante synergie. Le dernier, le politique faisant peau neuve, nombre d'infirmières hésitent à s'en prévaloir, alors que cette dimension peut favoriser leur leadership dans le respect de leurs valeurs et de leur mission. L'OIIQ, le Secretariat International Des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF) et le CII invitent les infirmières à se mettre ensemble pour demander la mise en place des mesures stratégiques et s'assurer que les fondements du système de santé soient solides et vivaces. La contribution infirmière, dans un leadership innovateur, inspirant en interdisciplinarité, doit être assurée et de qualité. « Les infirmières sont essentielles à des collectivités en meilleur état de santé, des sociétés capables de s'adapter, des économies florissantes et des nations puissantes. Ces dix mesures stratégiques pérenniseront les systèmes de santé dont on a besoin pour optimiser le bien-être et la contribution à nulle autre pareille des personnels infirmiers. Sans ces mesures de la Charte nous ne voyons pas comment le personnel infirmier actuel, qui sort de la pandémie épuisé et hébété, pourrait mener à bien son travail essentiel qui est de soigner les collectivités » [15].

Participer valablement à la planification et dans les prises de décision du système de santé dont elles constituent le socle, sous-tend une formation initiale et continue adéquate, de niveau universitaire et l'acquisition de compétences et de savoirs actualisés répondant aux défis sanitaires complexes et exigences d'une société moderne et prospère. Les infirmières sont invitées à contribuer à l'atteinte de l'objectif (ODD) et pour cela elles doivent être en nombre et à compétence égale avec celles des autres pays. En Haïti, on estime au service du MSPP, 1 400 infirmières qualifiées et 1 500 auxiliaires, tandis que le secteur privé, compte autour de 400 infirmières. [13] Au Québec, 563 de nos compatriotes infirmières, figuraient au Tableau de l'OIIQ de mars 2021. [14] « Notre avenir dépend de la capacité de chaque infirmière et chaque infirmier de faire entendre sa voix et d'être non seulement en première ligne des soins, mais aussi en première ligne du changement. » [8]

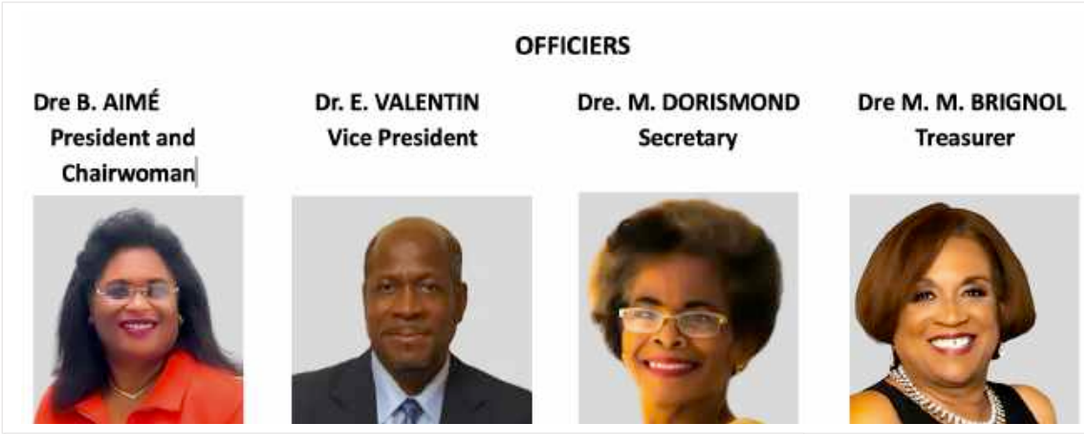
Autrice correspondante :
Edith Comeau Georges, BsN

RÉFÉRENCES

1- *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 Résumé d'orientation *9789240003354-fre.pdf (who.int)*
2- *La profession infirmière | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé (paho.org)*
3- *L'expertise infirmière, notre mot d'ordre de l'OIIQ*
4- *Georges, Nazon, 2022 https://info-chir.org/igm/IGM_No_20-05-08-22.pdf Pour une intégration étendue du rôle de l'infirmière en Haïti dans les divers axes de la discipline dans un contexte de changements et d'enjeux sanitaires complexes.*
5- *Objectif de développement durable 3 : Bonne santé et bien-être | Planète Durable (planete-durable.fr)*
6- *Le CII célèbre la Journée internationale des infirmières et lance sa campagne Nos infirmières. Notre futur. | ICN - International Council of Nurses*
7- *La situation du personnel infirmier dans le monde - 2020 (who.int)*
8- *PR_02_IND2023_themelogo_FINAL_FR.pdf (icn.ch)*
9- *Haïti - Santé : Tout savoir sur le système de santé haïtien (rapport officiel) - HaitiLibre.com : Toutes les nouvelles d'Haïti 7/7*
10- *Bach S. Emigration des personnels de santé: Les deux facettes de l'émigration des personnels santé vers les pays riches Document de travail du BIT, intitulé "International migration of health workers: Labour and Social issues" 19 décembre 2003 https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_075481/lang--fr/index.htm*
11- *Les indicateurs de performance du système de santé (123dok.net)*
12- *Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base (who.int)*
13- *https://www.bing.com/search?q=nombre+d%27infirmieres+en+haiti&cvid=15ac85eb4ab74*
14- *https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-04-05/haiti-sera-inclus-dans-le-nouveau-programme-de-recrutement-d*
15- *HLM UHC 23.09.2019 statement V2-f[1].pdf (icn.ch)*

1.- PFGS Foundation

PFGS FOUNDATION
Working Together to Rebuild Haiti



QUI SOMMES-NOUS ?

Le 22 septembre 2018, la promotion Fritz SAM consciente de ses devoirs d'élite et pour donner un peu de ce qu'elle a reçu de son pays en éducation et en opportunité, a décidé de créer une association apolitique, à but non lucratif nommée : **"Fondation Promotion Fritz Sam",** selon l'idée originale du Dr Béatrice Aimé, supportée par la majorité des membres de la promotion par un vote, conduite par le Pasteur et Docteur Joël Hilaire et Dr Magalie Milord quelques mois auparavant. Cette fondation a pour objectif d'aider à relever le niveau de la médecine en Haïti et aussi des autres secteurs professionnels du pays.

NOTRE VISION

Conscientiser les professionnels de tous les secteurs à rechercher l'excellence.

NOTRE MISSION

Promouvoir une médecine de qualité, conscientiser le monde médical en particulier et tous les secteurs professionnels en général sur la nécessité d'un changement de conception et d'idéologie conduisant à un changement de comportement favorable au relèvement de la profession médicale et professionnelle haïtienne.

DES ACTIONS SERONT PRISES POUR :

- participer à la formation des médecins d'Haïti en particulier ceux de l'UEH dont nous sommes issus ;
- aider à l'approvisionnement des bibliothèques en livres, créer une bibliothèque virtuelle, participer à l'enseignement direct ;
- favoriser et arranger des stages à l'étranger selon nos moyens,
- stimuler la soif de l'excellence par la reconnaissance des talents et la création de prix ;
- encourager la recherche médicale en participant selon nos moyens aux projets de recherche des résidents et des étudiants en sciences médicales.

PROJETS

Des projets ont été réalisés et d'autres sont en chantier.

1- **Aide pendant la Covid-19**
COVID-19 PROJECT - Distribution de masques réutilisables à Port-au-Prince.

2- **Aide pendant le tremblement de terre**
Reconstruction d'une partie d'un collège détruit lors du tremblement de terre dans le Sud d'Haïti le 14 août 2021, École Bon Samaritain de Kampech.

3- **Bibliothèque virtuelle**
Accès gratuit à une bibliothèque virtuelle en faveur des étudiants des facultés de médecine en Haïti.

a) Phase 1 : Université d'État d'Haïti (UEH)
- Accès à jour ;
- Accès aux manuels en ligne : bibliothèque en ligne PFGS.

b) Phase 2 : Toutes les facultés de médecine en Haïti.

CONTACTS

- ADRESSE : Orlando, FL 32809
- PHONE : 845 659 1069
- Email : info@pfgsfoundation.org
- SOCIAL MEDIA : in

2. Éduquer : pour quoi faire ? Troisième partie : à la recherche du soi

Érold JOSEPH, MD

« Nous ne sommes pas des êtres humains vivant une expérience spirituelle, mais des êtres spirituels vivant une expérience humaine »

Teilhard de Chardin

Résumé des articles précédents

Dans nos deux précédents textes, nous avons clairement établi la différence entre « *réussir dans la vie* » et « *réussir sa vie* ». La première de ces deux formes de succès assure généralement la richesse ou l'aisance, le pouvoir, la célébrité, le plaisir. Elle garantit rarement « une vie bonne et heureuse », au sens où l'entendait Montaigne. (*réf)* Pourtant, c'est elle qui est visée par le système éducatif, lequel persiste à croire, en dépit des faits, qu'elle est la résultante de la réussite scolaire. Nous avons alors montré les principales lacunes de l'éducation, lesquelles empêchent ce vœu pieu de devenir réalité. Pourtant, seule la deuxième forme de succès (*réussir sa vie*) permet d'accéder au bien-être et à l'épanouissement personnel. Elle implique l'excellence, la progression constante dans un domaine où l'on possède des aptitudes innées et/ou acquises. Fondamentalement liée à l'éthique, à la morale, voire à un certain détachement, altruisme, ou désintéressement, elle implique une répercussion fortement positive sur la communauté. Le bonheur qui accompagne cette forme de réussite, résulte d'une compréhension globale de l'existence, laquelle est issue d'une intime « connaissance de soi ». Cette dernière devrait être progressivement développée dès les premières années de la vie, dans la famille, mais surtout à l'école.

Vous n'êtes pas votre corps physique

L'un des plus grands maitres du yoga, Ramana Maharshi, avait coutume de dire que pour atteindre la liberté intérieure, il fallait connaître sa vraie nature, aller en quête de ce qu'il appelait son « vrai Soi ». Il convenait d'aller au-delà des illusions, des idées reçues. On devrait se poser fréquemment et avec intensité, la question : Qui suis-je ? Il fallait ensuite procéder par étapes. En éliminant, au fur et à mesure, tout ce qu'on n'est pas, et que l'on croit être Soi, on finissait par tomber sur sa vraie identité. Il s'agissait non pas d'aboutir à une réponse conceptuelle ou livresque, mais de réaliser une véritable introspection ou observation intérieure. Il lui arrivait alors de poser, de but en blanc, à l'un de ses disciples, la question suivante : « Qui es-tu ? ». Celui-ci lui répondait alors en déclinant son nom et son prénom. Alors, Ramana de rétorquer que ceci n'était qu'une étiquette que lui avaient apposée ses parents, laquelle étiquette avait été validée par la société, par le biais de l'acte de naissance. Ceci ne pouvait aucunement constituer sa vraie nature. Il exigeait alors une autre réponse. Le concerné mentionnait alors son histoire biographique, ses études, ses diplômes et ses réalisations dans la vie. Tout ceci était encore réfuté par le sage parce que non identitaire. Le disciple se référait alors à son corps physique :

« Je suis le corps qui occupe l'espace en face de vous. Il pèse exactement 75 kilos et mesure 1,80 m de taille. »
Maharshi, de réagir alors :

- Vous avez à présent, quel âge ?

- 57 ans, répond le concerné.

- Vous souvenez-vous de l'époque où vous aviez 12 ans ou même 7 ? Votre corps à l'époque, avait-il la même taille et le même poids que votre corps actuel de 57 ans ? Et pourtant, « vous » étiez » à l'intérieur. Lequel, de ces trois corps, très différents, est vraiment « Vous » ? Vous aviez sûrement, dès l'enfance, l'habitude de vous regarder dans un miroir ? N'est-ce pas toujours le même être qui le faisait à 7, 12 ou 57 ans ? N'y a-t-il pas une continuité de l'être, du Soi ?
Le yogi concluait alors :

« Vous n'êtes donc pas votre corps : vous vous situez plutôt à l'intérieur. »

Vous n'êtes pas non plus votre mental

Vous n'êtes donc point votre corps, même si vous vous identifiez à lui parce qu'il est accessible aux cinq sens (donc visible) et parce que la société vous a appris à le faire dès votre plus jeune âge. Seriez-vous alors, votre mental, siège de l'intellect ?

Avez-vous remarqué qu'il existe dans votre tête, une voix (ou même parfois plusieurs) qui commente (nt) constamment tout ce qui se passe en vous et en dehors de vous ? Elle ne se tait jamais et établit un dialogue permanent, souvent conflictuel :

« Cet Érold, pour qui se prend-t-il ? Il m'a donné rendez-vous à 10h et, à 10h20, il n'est pas encore présent ! Et il parle souvent de ponctualité, de respect d'autrui. Je vais lui apprendre à…

- Ah ! Le voici qui arrive, comme si de rien n'était, arborant son sourire idiot. Je vais lui en mettre plein la gueule. *Map bal yon leson jodi a. Doktè tèt chat saa ki konprann se yon zafè li ye…* (traduction : Je vais lui donner aujourd'hui, une leçon. Ce médecin de m…. qui se croit important.) - Peut-être qu'il a été pris dans l'embouteillage du côté de l'avenue « Martin Luther King. » Il aurait pu quand même pu se lever de bonne heure, partir plus tôt de chez lui ! Je suis, moi, à l'heure… »

Comme le soutient le maître Eckhart Tolle, cette petite voix (parfois plusieurs) de notre mental est à l'origine de nos émotions et sentiments. Elle peut nous rendre heureux ou malheureux en faisant produire par notre cerveau des substances chimiques appelées neurotransmetteurs ayant la vertu de nous rendre joyeux ou triste. Très souvent, elle nous fait perdre notre contrôle. Elle nous porte parfois à des actes hautement répréhensibles, comme cela se voit régulièrement chez nous, ces dernières années. Dans les situations extrêmes, elle prend possession de notre esprit, produisant les maladies mentales : les névroses et les psychoses. Dans la première éventualité, vous êtes conscient du problème, tout en n'arrivant pas à le résoudre. Dans la deuxième, non seulement vous ne vous en rendez point compte, mais vous perdez le contrôle de votre mental et de la réalité extérieure : c'est la psychose dont la forme extrême est la schizophrénie. Il existe également de nombreux cas de possession par un esprit extérieur, ce que rejette pourtant la psychiatrie classique, en dépit de l'évidence des faits. Le vaudou en sait long.

Donc, tout comme vous n'êtes pas votre corps, vous n'êtes pas non plus votre mental. Vous êtes celui qui à l'arrière-plan, observe ce dernier. Le célèbre physicien et philosophe René Descartes a dit un jour : « Je pense ; donc, je suis », identifiant ainsi le mental à l'être. Il s'agit d'une erreur monumentale. Vous n'êtes ni vos pensées, ni vos émotions, ni vos sentiments. Vous êtes celui qui les vit et ressent leurs effets agréables ou désagréables. D'où votre bien-être ou mal être. Vous êtes l'observateur, le sujet qui les expérimente de l'intérieur. Eux, ils sont l'objet, vous, le sujet. Il est important d'apprendre aux enfants, dès le plus jeune âge, à prendre de la distance par rapport à leurs pensées et leurs émotions, ceci plusieurs fois par jour, ne serait-ce que quelques minutes. C'est là l'objectif de la « méditation dite de la pleine conscience ou de la pleine présence » empruntée aux philosophies et spiritualités orientales et étudiée en laboratoire depuis les années 70 par de grands chercheurs en neurosciences.

Finalement, qui êtes-vous ?

Vous n'êtes pas votre corps, mais, vous êtes à l'intérieur de votre corps. Vous êtes certes plus proche de votre mental mais, vous n'êtes pas non plus votre mental. Vous êtes celui qui, de l'intérieur, suit tout cela. Vous êtes le sujet, l'acteur, la conscience ou âme, l'esprit, l'atman, qui à la fois, observe et expérimente les différentes dimensions de l'existence à travers le rêve de la vie. Comme nous faisons chaque nuit, des songes agréables ou désagréables, pour nous réveiller dans notre corps et nous rendre compte que ce n'était pas réel. La connaissance de soi est la première étape vers le bonheur et la compréhension de l'existence humaine. Sans elle, on ne saurait « réussir sa vie ». Edouard Schuré, dans un ancien ouvrage intitulé « Les grands

initiés » et considéré comme un classique de la spiritualité, a écrit :

« Le plus grand mal du siècle, c'est que la science et la religion y apparaissent comme deux forces ennemies et irréductibles ».

Il s'agit, au XXIème, de faire le pont entre la science et la spiritualité bien comprise. Commençons avec nos enfants, dès le plus jeune âge. C'est le seul et unique moyen de sortir de cet enfer que nous avons nous-mêmes créé…

À suivre

Références

1- Michel de Montaigne, Les essais, 1580
2- Maharshi Ramana, *L'enseignement de Ramana Maharshi. Nouvelle édition intégrale*, Paris, Albin Michel,2005
3- Tolle Eckhart, *Le pouvoir du moment présent,* Ariane Éditions Inc,2000
4- Tolle Eckhart, *Nouvelle Terre*, Ariane Éditions, 2009
5- Schuré Edouard, *Les grands initiés : esquisse de l'histoire secrète des grandes religions,* Pocket, 1983

Auteur correspondant :

Erold JOSEPH
Docteur en médecine, pneumologue,
expert en santé publique,
promotion de la santé, et de
l'interrelation santé/éducation
Courriels :
eroldjoseph2002@yahoo.fr et
eroldjoseph2002@gmail.com

3.- Réseau Haïtien des Journalistes en Santé – deuxième partie : Dossier du RHJS sur la vaccination de routine

Dans Actualités, Nationales, Publications
29 avril 2023

A. LES ASCP, UNE PORTE D'ENTRÉE DANS LA VACCINATION DE ROUTINE

Dans cette campagne de vaccination menée tambour battant par les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP), les maîtres-mots qui traînent sur toutes les lèvres : soins curatifs de base, promotion, sensibilisation et prévention. Ces agents sont les pieds du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Par monts et par plaines, des collines aux zones d'accès difficiles, ils vont vers la population. Ils sensibilisent les ménages sur les questions sanitaires de base liées surtout à la famille. Ce sont autant de portes d'entrée qui contribuent à l'amélioration des conditions de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Dans cette campagne de vaccination menée tambour battant par les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP), les maîtres-mots qui traînent sur toutes les lèvres : soins curatifs de base, promotion, sensibilisation et prévention. Ces agents sont les pieds du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Par monts et par plaines, des collines aux zones d'accès difficiles, ils vont vers la population. Ils sensibilisent les ménages sur les questions sanitaires de base liées surtout à la famille. Ce sont autant de portes d'entrée qui contribuent à l'amélioration des conditions de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Dans nos villes de province où la carence des infrastructures sanitaires est patente, beaucoup de médecins font savoir que les ASCP jouent un rôle incontournable dans la vaccination de routine. Ils en veulent pour preuve qu'ils sont toujours à pied d'œuvre malgré vents et marées. On les voit sur des routes et des sentiers, à moto, à dos d'âne ou à pied, transportant du matériel de vaccination ou de sensibilisation. Ces agents font du porte à porte tels des témoins de Jéhovah. Ils annoncent la bonne nouvelle de la santé qui sauve des vies.

À titre d'exemple, depuis 21 ans, Ysemona Delande évolue comme ASCP dans la commune de Hinche située dans le département du Centre. Elle est attachée depuis douze ans environ à Zanmi Lasante, le plus grand fournisseur de soins de santé non gouvernemental en Haïti qui opère à partir de Cange. Cette femme, comme nombre de ses pairs, chemine sur nos routes. Elle connaît les lieux comme sa poche. « J'ai cinq localités sous ma responsabilité : Pandiassou, Terre Cassée, Haut Turquie, Dopaleur, Bois d'Homme », énumère-t-elle. Les points de vaccination ou autres qu'elle couvre régulièrement sont assez éloignés les uns des autres.

Pour éviter ces longues marches éreintantes, a-t-elle déclaré sur un ton reconnaissant, le ministère de la Santé publique a réussi à construire cinq postes de vaccination dans les localités nommément citées.

Difficultés rencontrées

Originaire de Hinche, Miss Delande a fait du chemin sur le terrain. Elle souligne les difficultés rencontrées et les prend avec philosophie. Le temps mis à parcourir les distances n'enlève rien de sa détermination à servir la communauté. *Les braves n'ont pas d'heure*. L'essentiel pour l'ASCP est de parvenir au but visé. Par temps de pluie quand elle est sur le terrain avec d'autres agents, les minutes et les heures ne se comptent plus. Pourquoi ? Une rivière en crue peut vous emporter. Ce sont les risque du métier. Un âne rétif peut vous faire bien des misères sur un chemin tortueux. Pas question de reculer devant le travail qui vous attend. Un ASCP a pour mission d'avancer par tous les moyens.

Les problèmes rencontrés sur le parcours de notre ASCP sont multiples : négligence, méfiance de certains parents vis-à-vis de la vaccination, manque d'information, pour ne citer que ceux-là. Cependant, elle ne tarit pas d'anecdotes positives pour raconter le succès de la vaccination. « Si certains parents sont réticents ou encore négligent à se présenter au poste de santé pour la vaccination de leurs enfants, pourtant, d'autres les amènent avec une joie renouvelée. C'est beau de voir une famille revenir régulièrement au poste de vaccination. On les donne en exemple tout en espérant que ces modèles peuvent inspirer d'autres parents », dit-elle, l'œil confiant.

Miss Delande, dans la commune de Hinche au Plateau Central, depuis vingt et un ans, à force de travailler et de se frotter avec tout le monde des communautés qu'elle côtoie, a fini par gagner la confiance des habitants. Elle fait le même constat en ce qui a trait à ses consœurs et confrères qui mettent du cœur à l'ouvrage. Toutefois lorsque des inconnus arrivent, les patients sont un peu réticents. Question d'habitude qui crée une seconde nature.

Selon les dernières statistiques de l'Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des services (EMMUS VI), à date, Haïti compte 41 % d'enfants partiellement vaccinés et 10 % complètement vaccinés.

Marie Juliane David
mj.david@rhjs.ht

B. L'IMPLICATION DES PARENTS DANS LE RESPECT DU CALENDRIER VACCINAL, UN ATOUT MAJEUR POUR SE PROTÉGER DE CERTAINES MALADIES

La ville de Hinche

Dans la commune de Hinche, comme partout ailleurs dans le monde, un (1) enfant, de deux (2) à 18 mois, doit recevoir près de 14 doses de vaccins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la vaccination est un moyen simple, sûr et efficace pour se protéger de certaines maladies. Ce procédé consiste à injecter dans l'organisme un agent (virus ou bactéries) dans l'objectif de créer une résistance à des infections spécifiques et renforcer le système immunitaire pour la santé des nourrissons et des jeunes enfants.

Dans la ville de Hinche, commune du Plateau central, le personnel sanitaire et les parents manifestent un grand intérêt pour la vaccination. Sous une grosse tente dressée sur la cour de l'Hôpital Sainte-Thérèse, une bonne vingtaine de femmes patientent. L'espace est traversé à intervalles réguliers de cris de nourrissons, d'enfants et la voix affective des mères qui tentent de les calmer. Des pères de famille, rares au milieu de ces femmes, sont présents. Le calendrier vaccinal en main, ils répondent au rendez-vous fixé. Une telle habitude positive vient avec les séances de sensibilisation. Les infirmières et les agents de santé communautaires polyvalents leur ont appris que les vaccins protègent contre toute une série de maladies (polio, rougeole, variole, etc..). De plus, ce moyen sûr contre les maladies mortelles aide les enfants à grandir en bonne santé.

À l'Hôpital Sainte-Thérèse, pour démarrer la journée, une infirmière informe et sensibilise sur l'importance de la vaccination.

Elle dit à haute et intelligible voix : « Il est impératif de faire vacciner les enfants, si le mien est vacciné et le vôtre ne l'est pas, c'est comme si aucun d'entre eux n'avait reçu sa dose vaccinale parce qu'ils sont tous deux exposés ». Après une courte séance de sensibilisation vient le moment consacré à la vaccination. On voit arriver deux autres infirmières. Elles prennent les signes vitaux puis administrent des vaccins.

Les vaccins, une vraie barrière contre beaucoup de maladies

Anita, une jeune mère de vingt-cinq ans, dit avoir beaucoup marché pour arriver ici. Depuis qu'elle a pris part à des séances de sensibilisation avec des moniteurs dédiés au programme de vaccination, elle est devenue un porte-voix qui répand les informations qui sauvent des vies. « On m'a appris que les vaccins sont une vraie barrière contre beaucoup de maladies. Quand mon enfant est vacciné, il ne va pas attraper la rougeole, ni la polio et bien d'autres germes qui rôdent autour de nous. « *Atansyon pa kapon !* Je suis les conseils que l'on me donne », dit-elle. Dans ce cadre sanitaire où la présence des femmes au poste de vaccination est la règle et celle des hommes l'exception, Joseph, 37 ans, un travailleur actif, a laissé ses occupations quotidiennes pour répondre au rendez-vous fixé. Aujourd'hui, il représente la figure du père de famille qui va au-devant de ses obligations. Il joue la complémentarité de l'autorité parentale en affirmant : « C'est ma femme qui a l'habitude d'amener notre enfant prendre ses vaccins. Mais aujourd'hui, vu ses occupations, j'ai pris la responsabilité de l'amener prendre sa dose. »

Que s'est-il donc passé pour que Joseph s'intéresse à prendre la relève de sa femme ? « Mon fils devait déjà recevoir toutes les doses, mais à cause de la pandémie de la Covid-19, il y avait des vaccins qui n'étaient pas disponibles. Une situation qui nous décourage. On imagine les conséquences d'une simple négligence sur la santé de notre enfant. Puisque l'on m'a dit que le vaccin est disponible, j'ai amené mon fils ».

La santé, c'est la vie. Le vaccin, un complément qui renforce notre système immunitaire. Ce n'est pas Dre. Jouselie Faurestal, pédiatre de profession, qui dira le contraire. Elle considère que la vaccination est l'un des piliers de la bonne santé des populations. Aussi, encourage-t-elle tous les parents à suivre le calendrier vaccinal tel que prescrit pour protéger l'enfant contre les maladies évitables par la vaccination.

Espérancia Jean Noël
esperanciajeannoel@gmail.com

4.- Bon à savoir

A- ONT EU LIEU

1- Cérémonie de Clôture de la "Formation à la Recherche et à l'Écriture Scientifique CIFAS/ICU/PGSSC" le dimanche 30 avril.

Cinq chercheurs ont présenté leurs travaux de recherche. De plus amples renseignements seront présentés dans la RHCA No 43 et dans l'IGM no 30.

2- PHI - La santé totale

Une Conférence sur le thème : « Prévention, dépistage et traitement des cancers hormonosensibles » a été prononcée par le Dr Dieudonné Jean-Baptiste le samedi 6 mai, dans le cadre de « l'organisation d'un ensemble d'activités visant à améliorer la santé des papas et des mamans ».

3- Hôpital St Boniface - Conférence du mardi 23 mai 2023

Thème : Le personnel infirmier en Haïti et le burn out, comment garder sa santé mentale pour mieux soigner (contexte situation actuelle en Haïti)

Conférencière : Carine REVEIL JEAN-BAPTISTE, Inf., MSc.

4- **XXXVIIIe CONFÉRENCE DU FMC :** La Prise en Charge des Cancers en Haïti : État des lieux et perspectives. mercredi 24 mai 2023. Texte d'invitation du FMC :

« Dans tout système de santé, la prise en charge du Cancer représente un défi de taille. Quand à ce défi s'associe comme obstacle la limitation ou la précarité des ressources, cette prise en charge devient une tâche héroïque réclamant du courage, de la perspicacité, de l'engagement, du dévouement, de la générosité et du don de soi ; autant de caractéristiques qui s'appliquent aux professionnels de santé qui s'inscrivent dans la lutte contre le Cancer en Haïti.

Sur ce terrain, les premiers pas du FMC ont concerné le cancer colorectal (22e conférence) et le cancer du sein (28e conférence). La marche continue vers une exploration plus approfondie de la situation avec cette 38e conférence : ainsi, le FMC vous invite-t-il à des échanges sur l'état des lieux de la Prise en Charge des Cancers en Haïti. »

Le titre de la conférence : « La Prise Charge des Cancers en Haïti : État des lieux et perspectives »

Le conférencier : Dr Joseph Bernard Jr, MD Chef du Département d'Oncologie de l'Hôpital Saint François de Sales, Enseignant de Pharmacologie, de Thérapeutique, de Biochimie médicale et de Toxicologie médicale Membre ASCO, ESMO et IGCS.

Pour le FMC : Dr Brunel Delonnay, Dr Frederic Barau Dejean, Dr Eunice Dérivois

B- PRIX D'EXCELLENCE

Dr RALPH TERNIER EST RÉCIPIENDAIRE GLOBAL HEALTH SERVICE AWARD 2023

« Le Docteur Ralph Ternier, Directeur des programmes cliniques à Zanmi Lasante est l'heureux récipiendaire du « Global Health Service Award 2023 » dans la catégorie « Prix annuel d'excellence en matière de recherche et d'innovation ». Cette distinction qui émane du Massachusetts General Hospital, l'un des plus grands hôpitaux universitaires de la Faculté de médecine de Harvard, vise à récompenser les chercheurs pour leurs contributions et leur potentiel dans le domaine de la recherche en santé mondiale ».

Par Winnie Hugot Gabriel, 28 avril 2023

C- CÉLÉBRATION DE LA JOURNÉE INTERNATIONALE DE L'INFIRMIÈRE

- **À L'HÔPITAL St BONIFACE**

Ce 12 mai, sous la direction de l'infirmière en chef Rachelle Laguerre, fut réalisée la célébration de la Journée Internationale des infirmières placée sous le

thème : « Nos infirmières, notre avenir ». Tout le personnel infirmier et le staff de l'hôpital participèrent à cet évènement socio culturel très riche dont les plus hauts faits ont été le discours de Miss Laguerre et la remise de plaque d'excellence Honneur et Mérite.

Célébration du jour de l'infirmière et remise de plaque

❖ AUX SUCCURSALES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Le 12 mai dernier, chacune des **succursales de l'hôpital Notre-Dame** a célébré la Journée Internationale des Infirmières. Ainsi, en ce jour d'anniversaire de la naissance de Florence Nightingale, la direction de la **succursale de Pétion-Ville** a réuni le personnel autour des infirmières pour réfléchir sur le thème : « Nos infirmières, notre avenir ». Successivement ont pris le parole :

- Miss Osiane Varélia pour rappeler le rôle d'engagement et d'excellence des infirmières ;
- Miss Judithe Saint-Val Joseph pour insister sur les enjeux et les défis de la revalorisation de cette profession ;
- Miss Accide Valérie Louise Dérose pour expliquer l'implication du personnel infirmier dans le milieu politique, social et économique ;
- Miss Carine Réveil Jean-Baptiste pour prodiguer des conseils afin de garder une excellente santé mentale dans le but de mieux soigner les patients en dépit des difficultés actuelles.

Après ces conférences et le débat passionnant qui leur a succédé, quelques patients de l'hôpital ont tenu à témoigner leur gratitude envers le personnel infirmier.

Miss Réveil dispensant ses recommandations

Assistance relevée à l'HNDSAPV

Aux Cayes, des institutions intervenant dans la formation des infirmières ont été invitées à participer à une série de conférences, autour du thème « Notre personnel infirmier, notre avenir ». L'innovation a été l'ajout d'activités culturelles, ainsi que des sketchs mettant en scène les infirmières dans leur quotidien. Les médias locaux ont tenu à couvrir l'événement devenu un peu plus grandiose cette année.

Dr Shelove Viard PDG HND avec le personnel infirmier à l'HNDSAC

Une des conférencières recevant sa distinction

Aux Gonaïves, la journée a été organisée pour le staff infirmier avec la participation des médecins de l'hôpital et deux institutions de formation d'infirmières de la ville. Le Dr Charles Henry Bien-Aimé a présenté sur l'amélioration de la qualité des soins grâce aux soins infirmiers. La Directrice Médicale a axé son intervention sur la valeur de l'infirmière et l'avenir de sa profession.

La discussion a été animée et il en est ressorti que les infirmières, piliers du système sanitaire, devaient s'impliquer plus dans leur épanouissement afin d'assurer leur avenir.

Staff infirmier à l'HNDSAG (courtoisie HND)

❖ À L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS

Le 12 mai, ramenant l'anniversaire de la Journée Internationale de l'Infirmière, est une occasion de rendre hommage à tout le personnel infirmier en général à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUP). Cette année, la célébration que nous avons voulu grandiose a inclus une foire, une exposition du génie infirmier, une messe d'action de grâce et une soirée de gala.

Le thème retenu « Nos infirmières, notre avenir » tombe bien, considérant la situation difficile que vivent les infirmiers et infirmières de l'HUP.

La semaine a débuté par une exposition au « Musée de soins infirmiers » présentant le matériel que nous utilisons dans notre pratique quotidienne. Dans ce local, des affiches présentaient l'état d'esprit du personnel affecté par l'impact de la situation socio politique du pays sur leur profession.

Un débat interdisciplinaire sur le rôle du personnel infirmier dans la chaine de soins a suivi avec une participation record. La directrice des soins infirmiers en a profité pour insister sur la nécessité de créer un climat de sécurité pour encourager le personnel infirmier à rester dans le pays afin de garantir la qualité des soins à nos patients, tout en espérant des jours meilleurs pour les soins infirmiers en Haïti et à l'HUM.

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 :

1) Chapitre I : TRAUMATISMES
2) Chapitre II : PEAU ET TISSUS SOUS-CUTANES
3) Chapitre III : Le SEIN
4) Chapitre IV : SYSTÈME NERVEUX
5) Chapitre V : OPHTALMOLOGIE ORL ET MF
6) Chapitre VI : Le COU
7) Chapitre VIII : ARTÈRES ET ANÉVRISMES
8) Chapitre XII : FOIE – VBH – PANSCREAS – RATE
9) Chapitre XIV : PAROI ABDOMINALE
10) Chapitre XV : PÉRINÉE ET FESSES
11) Chapitre XX : GIGANTISMES ET CHALLENGES
12) Chapitre XVI : PEDIATRIE
13) Chapitre XVII : UROLOGIE ET AGH
14) Chapitre XVIII : OBGN ET AGF
15) Chapitre XIX : ORTHOPEDIE ET ALM
16) Chapitre XX : GIGANTISMES

D'autres sont en préparation active et des révisions périodiques sont programmées en faveur des chapitres déjà ouverts.

_____+

Si vous désirez contribuer à l'ENCYCLOPÉDIE CHIRURGICALE VIRTUELLE HAÏTIENNE (ADC), merci d'adresser vos textes et vos photos à infochir@gmail.com

---

LIEN FACEBOOK D'Info CHIR/RHCA

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

ANNONCES

Journaux médicaux francophones en accès libres

https//www.gfmer.ch/Medical_journals/Journaux_medicaux_acces_libre.htm

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

SHONC
Société Haïtienne d'Oncologie

CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE LA SHONC

« Depuis tantôt deux mois la SHONC organise sa campagne annuelle de sensibilisation, de formation et de dépistage des cancers du sein et col de l'utérus. Elle consiste d'abord en la formation des médecins, d'étudiants finissants de la FMP et des infirmières diplômées venant de différentes régions du pays.

La formation théorique et pratique s'étale sur une semaine, un jour sur le cancer du sein, un autre sur le cancer du col de l'utérus et trois (3) jours pratiques. Chaque postulant réalise au moins 10 Pap test pour être certifié. On les prend par groupes de 25 postulants.
Nous faisons cette activité de formation depuis plus 15 ans et avons formé et certifié environ 1 500 médecins et infirmières.
Le samedi 27 et dimanche 28 mai (jour de la fête des mères) sont les jours culminants de la campagne annuelle de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus en Haïti.
Pour nous contacter, Tel : 22273275

Institut Haitien de Cardiogériatrie
Salle de conférence de la Polyclinique DASH de Delmas 48,
du mardi 13 au samedi 17 juin 2023,
Cours de "Lecture des électrocardiogrammes"
pour les médecins et les infirmières diplômes reconnus, de 2 h à 5 h pm.
Prière d'appeler après 3 h pm, au 38683317.
Mails : gedeon.gelin@edu.univ-paris13.fr
gedeonghtgsd@rocketmail.com

DNG MEDICAL RETAIL EQUIPMENT & SUPPLIES LLC. COMPANY
(dngmedicalequipment@gmail.com)
(954)-394-7060
(509)-3707-5597 (WhatsApp)
I'm contacting you from Miami Florida USA
Are you still looking for medical equipment?
Please visit us !
https://dngmedicalequipment2023.myshopify.com/

ASSOCIATION DES ANCIENS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE (AAFMP)

Depuis Juillet 2020, un groupe de confrères/consœurs, résidant tant en Haïti que dans la diaspora, travaillent à relancer l'Association des Anciens de la FMP de l'UEH. Malgré les grandes difficultés liées á la situation économique et socio-politique d'Haïti, l'assemblée actuelle est constituée de représentants de 25 promotions.

Une équipe s'est mise au travail et a réalisé de grands progrès dans l'établissement des structures de base pour l'implantation et le plein épanouissement de la nouvelle association selon les normes. La tâche déjà accomplie est immense, et notre site web sera bientôt opérationnel, pour permettre l'enregistrement de tous les anciens désireux d'apporter leur contribution pour un renouveau complet à l'Alma mater. Ensemble, relevons les défis qui entravent la renaissance de notre Alma Mater.

La Direction Exécutive Transitoire, présidée par le Dr Gladys T. Prosper, invite tous les anciens/anciennes à les rejoindre pour l'accomplissement de cette noble tâche. Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter:

Dr Gladys T. Prosper (509) 36676905 gladyst.prosper@gmail.com
Dr Jean-Claude Crèvecoeur (954) 2354872 jccreve@hotmail.com
Dr Jean Alouidor (509) 37322034 jalouidor@hotmail.com
Ph/MB Yvio Cassamajor (509) 37527677 cassavio14@yahoo.com
Dr Cruff Renard (347) 7550343 renuff@gmail.com
Dr Henriot St Gerard (240) 6727249 drstgerard@aol.com
Dr Florence Desrosiers (347) 3428161 florencedesrosiers@gmail.com

ECFMG: MEDICAL SCHOOLS ELIGIBLE FOR PATWAYS – OREDERD BY COUNTRY

https://www.ecfmg.org/certification-requirements-2023-match/pathway-schools.php?orderby=country

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

HÔPITAL NOTRE DAME RECRUTE

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

https://www.icihaiti.com/article-38995-icihaiti-avis-nouveau-conseil-d-administration-a-l-association-des-hopitaux-prives-d-haiti.html

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