Février 2024

Vol. 3. No 36.

Info Gazette Médicale

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001 | CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL) | CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE) | CODE ISBN : 978 – 99970 – 978 – 7 – 3

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

Rédaction et de l'Éditorial
Michel Dodard, directeur
Maxime Coles, conseiller

Lu pour vous
Michel Dodard, coordonnateur
Ernst Jean Baptiste, membre
Henry Jean-Baptiste, membre

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

Actualités Intra Hospitalières
Christophe Millien, coordonnateur
Wilfine Dupont, membre
Pierre-Marie Woolley, membre
Vanessa Jaelle Dor, membre

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

Informations Socio Culturelles
Jessy Colimon Adrien, coordonnatrice
Judith Jean-Baptiste, adjointe
Wisly Joseph, membre
Claudine Hyppolite, membre
Nadège Charlot, membre

Éthique
Gérald Lerebours, coordonnateur

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	5
Actualités Médicales et Paramédicales	11
Académies et Professions	15
Informations Socio Culturelles	18
Éthique	21
Petites Annonces	23

JOURNÉE MONDIALE DU MENTORAT

Le 17 janvier, le mentorat a été célébré à travers le monde. Cette méthode de formation, semblable à l'enseignement ou l'apprentissage, a cependant des aspects distincts qui lui ont permis de garder sa place ancestrale dans la transmission du savoir. Les artistes, les chanteurs d'opéra, les mathématiciens et les chirurgiens, les infirmières et même les politiciens ont eu des mentors. Le mentorat généralement est l'activité qui permet à une personne d'expérience de transmettre sa sagesse et son savoir accumulé au fil des années à un membre plus jeune de sa profession. Pour le mentor cela ne se limite pas à l'enseignement mais s'étend au support moral et à l'utilisation de son influence et de son prestige pour guider son protégé à accomplir ses buts professionnels et personnels [1].

Il y a une dimension noble et morale au mentorat qui est une activité non rémunérée, qui parfois durera toute une vie. L'apprenant développe une relation quasi filiale avec son mentor fondée sur le respect, l'adoption des valeurs et des habiletés qui lui sont transmises. Le mentoré découvrira des perspectives professionnelles nouvelles et sera mieux préparé pour éviter le burnout [2[. Le mentor à son tour sera récompensé par les progrès de sa pupille, qui parfois dépasse le maitre.

Socrate, Confucius, Leonardo da Vinci, les griots de l'Afrique, Marie Curie, Sir William Osler, Micheline Laudun Denis ont inspiré des milliers d'admirateurs silencieux et actifs et ont rejoint à travers eux et elles les rangs des immortels.

Le mentorat peut constituer une partie importante de la retraite. Ce mot a une connotation négative, impliquant que des professionnels chevronnés n'ont plus rien à enseigner, que leur sagesse de grisonnants est dépassée. C'est un gaspillage d'énergies et de connaissances qui survient à une période de la vie où nous avons davantage de temps et de ressources pour remplir cette mission.

Quelle joie de voir nos mentorés gagner de la confiance et commencer à voler de leurs propres ailes. Nous sommes tous des mentors potentiels.

Lu Pour Vous offre des extraits de la littérature médicale récente. Santé Publique informe sur la zombification, revient avec le thème de la santé mentale et attire l'attention sur les maladies cardiovasculaires. Éthique rappelle que « Nous sommes frères ». Actualités Médicales et Paramédicales cadre le management hospitalier et propose une optimisation de la prise en charge du cancer du sein. Académie et Professions informe au sujet de l'implémentation d'un programme de formation à HUM. Informations Socio Culturelles présente la promotion « Dr Ernst Pady » de l'HUP, apporte les dernières nouvelles du GRAHN, commémore la journée mondiale des maladies tropicales négligées et applaudit le Dr Paul Rochelin Saint Jean. Petites Annonces informe des bonnes adresses.

Références

1. *Canadian Medical Association. Mentorship in health care. https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/topics/mentorship-health-care. Accessed May 23, 2023.*
2. *Farkas AH, Allenbaugh J, Bonifacino E, et al. Mentorship of us medical students: a systematic review. J Gen Intern Med 2019;34:2602-09.*

Comité d'éditorial et de rédaction

" Pensée du mois : " L'homme de culture doit être un inventeur d'âmes. «

Aimé Césaire

LU POUR VOUS

1.- Saignements gastro-intestinaux supérieurs chez les patients utilisant de l'aspirine pour la prévention primaire des événements cardiovasculaires indésirables

Extrait de l'article de Li DK et al. Am J Med, Dec 2023

Les saignements gastro-intestinaux chez ces patients sont un problème permanent, en particulier chez les populations âgées.

En 2018, les essais ASPREE et ARRIVE ont montré que la prise d'aspirine en prévention primaire ne réduisait pas le risque d'événements cardiovasculaires indésirables, mais conférait des risques de saignement (NEJM JW Gen Med Oct 15 2018 et N Engl J Med 2018 ; 379 :1509 ; NEJM JW Gen Med 1er octobre 2018 et Lancet 2018 ; 392 :1036). Maintenant, dans cette étude américaine, les chercheurs ont examiné si les saignements gastro-intestinaux supérieurs (UGI) associés à l'aspirine préventive primaire ont diminué entre 2016 et 2020, un intervalle qui couvre ces rapports de 2018. À l'aide de données administratives à l'échelle nationale, 535 000 patients d'âge moyen et plus âgés (âge ≥ 45 ans) qui se sont présentés à un service d'urgence avec une hémorragie UGI ont été identifiés. Les principales conclusions sont les suivantes :

- De 2016 à 2020, le taux d'incidence annuel ajusté en fonction de l'âge et du sexe des saignements UGI chez les patients utilisant de l'aspirine préventive primaire est passé de 7,5 à 10 pour 100 000 personnes.
- Les taux les plus élevés et la plus forte augmentation ont été observés chez les personnes âgées de plus de 75 ans (de 20,4 à 31,6 pour 100 000 personnes).
- Le pourcentage de tous les patients présentant des saignements UGI qui utilisaient de l'aspirine préventive primaire a augmenté entre 2016 et 2020.
- Chez les patients présentant des saignements UGI, l'utilisation d'aspirine préventive primaire était associée à des risques plus élevés d'admission à l'hôpital, d'intervention endoscopique et de transfusion sanguine.

Références

Li DK et al. Tendances des saignements gastro-intestinaux supérieurs chez les patients sous aspirine de prévention primaire : une analyse d'échantillon de service d'urgence à l'échelle nationale, 2016-2020. Am J Med 2023 déc. ;

Note de l'éditeur : Cet article a été publié juste avant la publication des lignes directrices de l'administration de l'aspirine pour la prévention des risques cardio-vasculaires chez les personnes âgées. En bref, cette pratique n'est plus encouragée. L'aspirine est peut être le médicament le plus étudié de l'histoire de la pharmacologie. Je suis certain que la nouvelle année verra sa foison d'articles sur l'aspirine, ses usages bénéfiques et ses dangers. • La gestion des ballonnements et de la distension dépend de la cause la plus probable.

2.- Prise en charge conservatrice ou chirurgie des calculs biliaires symptomatiques non compliqués

Extrait de l'article d'Ahmed I et al. BMJ 6 déc2023

Pendant 18 mois, l'observation et les analgésiques ont procuré un soulagement de la douleur similaire à celui de la chirurgie.

Environ la moitié des patients présentant un épisode initial de douleur liée aux calculs biliaires développent des coliques biliaires récurrentes. Il est souvent conseillé aux patients présentant des calculs biliaires symptomatiques non compliqués de subir une cholécystectomie laparoscopique, mais parmi ceux qui le font, jusqu'à 40% signalent des douleurs et des symptômes abdominaux persistants. La chirurgie procure-t-elle un meilleur soulagement global des symptômes qu'une prise en charge conservatrice ?

Des chercheurs du Royaume-Uni ont recruté 400 patients atteints d'une maladie symptomatique non compliquée des calculs biliaires (c'est-à-dire une colique biliaire ou une cholécystite aiguë non compliquée) et les ont randomisés pour une cholécystectomie ou une prise en charge conservatrice (c'est-à-dire observation, analgésiques et conseils diététiques). Dix-huit mois après la randomisation, 67 % des patients assignés à la cholécystectomie et 25 % des patients assignés à la prise en charge conservatrice avaient subi une intervention chirurgicale, avec des délais médians de 4,5 et 8,1 mois, respectivement. Les scores de douleur corporelle (le critère de jugement principal), la qualité de vie et les complications ne différaient pas significativement entre les deux groupes. Les symptômes spécifiques aux calculs biliaires étaient un peu meilleurs dans le groupe cholécystectomie par rapport au groupe de prise en charge conservatrice, mais les soins conservateurs étaient moins coûteux.

Références

- *Ahmed I et al. Efficacité de la prise en charge conservatrice par rapport à la cholécystectomie laparoscopique dans la prévention des symptômes récurrents et des complications chez les adultes atteints de la maladie symptomatique non compliquée des calculs biliaires (essai C-GALL) : essai contrôlé randomisé multicentrique pragmatique. BMJ 6 décembre 2023 ; 383 : e075383. (https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075383)*

Note de l'éditeur ; l'étude ne précise pas si aucun de ces patients n'avait d'épisode de cholécystite aiguë. D'autres facteurs favoriseraient la solution chirurgicale : présence d'autres conditions comme le diabète qui peuvent conduire à une nécrose de la vésicule biliaire, non accès à des soins chirurgicaux quand le besoin deviendra urgent. Le patient peut décider qu'il ne veut pas vivre avec l'incertitude d'une grenade non explosée dans son abdomen

3.- L'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie aux États-Unis continue de se creuser

Extrait de l'article de Yan BW et al. JAMA Intern Med Nov 13 2023

Au cours des dernières années, la COVID-19, les blessures non intentionnelles, les homicides, les maladies cardiaques et les suicides ont contribué à réduire l'espérance de vie des hommes.

Aux États-Unis, l'espérance de vie à la naissance est passée de 78,8 ans en 2019 à 76,1 ans en 2021. L'espérance de vie des hommes est inférieure à celle des femmes (73,5 et 79,3 ans, respectivement, en 2021), et l'écart entre les sexes s'est creusé de 4,8 à 5,8 ans depuis 2010. Dans cette étude, les chercheurs ont utilisé les données de mortalité du National Center for Health Statistics et ont déterminé les causes de décès qui ont contribué à cet écart élargi.

L'écart d'espérance de vie entre les sexes a augmenté de 0,23 an entre 2010 et 2019 et de 0,70 an entre 2019 et 2021. Avant la pandémie de COVID-19, les blessures non intentionnelles (p. ex., surdose de drogues), le diabète, le suicide, les maladies cardiaques et les homicides chez les hommes étaient les principaux facteurs à l'origine de cette augmentation. Ces facteurs ont été partiellement compensés par des améliorations relatives de la mortalité due au cancer, à la maladie d'Alzheimer et aux maladies chroniques des voies respiratoires inférieures chez les hommes. De 2019 à 2021, la COVID-19 est apparue comme le principal facteur contribuant à l'élargissement de l'écart. Parmi les facteurs atténuants, mentionnons la diminution du nombre de décès par cancer chez les hommes et l'augmentation du nombre de décès maternels.

Note de l'éditeur : L'écart entre les sexes dans l'espérance de vie a toujours existe. L'élargissement de l'écart reflète des circonstances propres aux États-Unis et est causé surtout par l'effet dévastateur de la Covid-19, l'augmentation alarmante des décès par surdosage affectant surtout les hommes. Une correction de cet écart est à prévoir. L'effet de l'usage croissant des nouveaux médicaments contre l'obésité pourrait aussi jouer un rôle dans les années à venir.

Références

- *Yan BW et al. Élargissement de l'écart entre les sexes dans l'espérance de vie aux États-Unis, 2010-2021. JAMA Intern Med 2023 13 novembre ; [e-pub]. (https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6041*

4.- Nouvelles approches pour la prise en charge de la dépression

Extrait de l'article de Peter Roy-Byrne, M.D. et Allan S. Brett, M.D.

Dans des essais randomisés, les chercheurs ont examiné l'efficacité de la kétamine, de l'eskétamine, des probiotiques et de la psilocybine.

Le traitement réussi des patients souffrant de dépression majeure est souvent un processus d'essais et d'erreurs. Lorsqu'une série de traitements médicamenteux standard ou de combinaisons de médicaments échouent, soit parce qu'ils ne sont pas suffisamment efficaces, soit en raison d'effets indésirables inacceptables, les patients et les cliniciens peuvent être motivés à essayer des approches moins conventionnelles. En 2023, des essais randomisés de plusieurs de ces approches ont été publiés dans les principales revues médicales, comme suit :

- La kétamine peut avoir des effets antidépresseurs (ainsi que des effets sédatifs, analgésiques et anesthésiques) mais peut également provoquer des réactions dissociatives et des hallucinations. Dans le cadre d'un essai multicentrique, 365 patients souffrant de dépression résistante
- L'eskétamine est un énantiomère de la kétamine racémique. Dans une autre étude, 676 patients souffrant de dépression majeure résistante au traitement ont reçu de l'eskétamine en spray nasal (initialement deux fois par semaine) ou de la quétiapine orale quotidienne (couramment utilisée comme « augmentateur »), ainsi qu'un antidépresseur oral. Les taux de rémission étaient plus élevés avec l'eskétamine qu'avec la quétiapine à 8 semaines (27 % contre 18 %) et à 32 semaines (49 % contre 33 % ; NEJM JW Gen Med 1er novembre 2023 et N Engl J Med 2023 ; 389 :1298)
- Les changements dans le microbiome intestinal pourraient jouer un rôle dans les symptômes dépressifs. Quarante-neuf patients souffrant de dépression modérée à sévère ont pris un probiotique multisouche disponible dans le commerce ou un placebo pendant 8 semaines, ainsi qu'un antidépresseur. Cependant l'amélioration avec le probiotique sur les échelles standardisées était à la limite de la signification statistique par rapport au placebo, mais les receveurs de probiotiques étaient plus susceptibles de signaler une amélioration « beaucoup » ou « très importante » à 8 semaines (54 % contre 32 % ; NEJM JW Gen Med 1er août 2023 et JAMA Psychiatry 2023 ; 80 :842).
- Une dose unique de psilocybine, un médicament psychédélique, a été comparée à un placebo chez 104 patients atteints d'un trouble dépressif majeur. À 6 semaines, les receveurs de psilocybine étaient plus susceptibles que les receveurs de placebo d'avoir une réponse soutenue (42 % contre 11) et une rémission (25 % contre 9 % ; NEJM JW Gen Med 1er octobre 2023 et JAMA 2023 ; 330 :843).

Les populations de patients et les détails méthodologiques différaient considérablement d'une étude à l'autre, mais il y a un thème unificateur : au mieux, les taux de rémission ou de réponse pour les traitements étudiés étaient de ≈50 %, et souvent pas beaucoup mieux que le placebo ou les comparateurs actifs. Référence : NEJM JW Gen Med 1er octobre 2023 et JAMA 2023 ; 330 :843).

Référence

- NEJM JW Gen Med 1er octobre 2023 et *JAMA* 2023 ; 330 :843).

Note de l'éditeur ; Un nouveau chapitre dans la prise en charge de la dépression a commencé, initié par le fait que les antidépresseurs classiques n'aident que 50 % des patients. Cependant les médecins généralistes ne devraient pas changer leur approche de façon précipitée. Les études probantes sont limitées et relativement récentes et les nouveaux médicaments proposes sont potentiellement dangereux comme la psilocybine. Le décès d'un acteur américain par surdose de kétamine prescrite par son psychiatre est un avertissement pour la prudence et le besoin d'études supplémentaires.

La prévalence de la polyneuropathie axonale augmente avec l'âge. Cependant, un diagnostic précis peut être difficile, car des signes attribués à la polyneuropathie ont également été observés avec une fréquence croissante chez les personnes âgées sans neuropathie. Pour quantifier les changements liés à l'âge, les chercheurs ont examiné une cohorte de 4179 adultes de 40 ans ou plus (moyenne de 65 ans) inscrits à l'étude de Rotterdam basée sur la population. Les critères d'exclusion étaient un diagnostic de polyneuropathie par un neurologue ou au moins deux des symptômes suivants : ≥3 des 12 symptômes de polyneuropathie, ≥2 résultats à l'examen des membres inférieurs ou amplitude du potentiel d'action du nerf sensoriel sural (SNAP) <4,0 µV.

Référence

5.- Le zinc topique est-il utile pour gérer la candidose vulvovaginale ?

Extrait de l'article de Roselletti E et al. Sci Transl Med 2023 6 déc.

Des modèles in vitro et animaux ont montré que les préparations contenant du zinc prévenaient les infections à levures symptomatiques.

La candidose vulvovaginale (CVV) est fréquente, inconfortable et réapparaît souvent après un traitement antifongique. Pour mieux comprendre la pathobiologie de la CVV, les chercheurs ont mené une série d'expériences in vitro et chez la souris. *Candida albicans* (la levure la plus courante qui cause la CVV) contient le *gène PRA1*, dont l'expression provoque une réponse pro-inflammatoire dans l'épithélium vaginal ; l'afflux de cellules et de molécules inflammatoires qui en résulte provoque les symptômes de la CVV.

La délétion de *PRA1* chez *C. albicans* a abrogé la réponse inflammatoire dans un modèle murin de CVV. Étant donné que *PRA1* est régulé à la hausse en réponse à la rareté du zinc, l'apport exogène de zinc a empêché l'inflammation associée à la CVV chez la souris. Dans une étude pilote portant sur 6 femmes atteintes de CVV

récurrente, le gel de zinc topique a semblé réduire le risque de récidive.

Références

- *Roselletti E et al. Le zinc prévient la candidose vaginale en inhibant l'expression d'une protéine fongique inflammatoire. Sci Transl Med 2023 6 déc. ; 15 eadi3363. (https://doi.org/10.1126/scitranslmed.adi3363.*

Note de l'éditeur : conclusion positive d'une expérience sur les souris suivie d'une étude très limitée sur six (6) femmes. Nous attendons les résultats d'études sur un nombre plus convaincant de patients affectées par cette infection souvent résistante aux anti fongiques. Les préparations de zinc topique sont très peu coûteuses, un avantage à retenir.

SANTÉ PUBLIQUE

1. Santé mentale : estimation des besoins en Haïti. état des lieux de la prise en charge.

Mme Béatrice Dalencour -Turnier
Psychologue – stress counselor
CEO de KasiK "De meilleurs humains, Une meilleure société "

Article tiré de la 45e CONFÉRENCE du FORUM MÉDICO-CHIRURGICAL du mercredi 27 décembre 2023

Sommaire :

- États des lieux
- Évolutions des services de psychologie
- Services de psychologie aux bénéficiaires de services des ONG
- Services de psychologie aux employé.e.s des Institutions
- Expérience CIPUH – Ligne téléphonique d'Urgence (+509 2919-9000)
- Recommandations

États des lieux

Lorsque nous prenons connaissance des informations sur la criminalité en Haïti, avec plus de 900 cas de viols, plus de 591 cas de lynchage, plus de 3428 cas d'enlèvement et 6 224 cas d'homicide rapportés à la PNH de septembre 2021 à septembre 2023 (présentation UNDSS - novembre 2023) et en plus des dizaines de milliers de déplacés internes, nous nous disons qu'Haïti a besoin d'une armée de professionnels en Santé Mentale pour accompagner les familles haïtiennes touchées. Et c'est justement lorsque nous avons besoin de plus de professionnels en santé mentale que nous constatons le manque de professionnel.le.s pour répondre à la demande. Parmi les raisons identifiées, en plus du fait, qu'il n'y pas assez de professionnels à être formés en psychologie, il faut noter que trop d'étudiant.e.s une fois leur licence obtenue, partent faire des études supérieures à l'étranger et ne reviennent pas. D'autres ne travailleront jamais en psychologie après l'obtention de leur licence.

Au niveau des psychologues professionnels revenus vivre dans leur pays et s'impliquant dans la vie de leur communauté, tels ceux faisant partie de l'Association Haïtienne de Psychologie (AHPsy), nous devons faire le dur constat que depuis les trois dernières années, plus de 30 % d'entre eux, ont pris la décision de partir pour se construire une vie ailleurs. Ils ont laissé un vide qui prendra longtemps à être comblé ou sera occupé par d'autres professionnels.

- Avant les années 1990, on retrouvait cet accompagnement beaucoup plus au niveau des écoles qui demandaient des évaluations des enfants qui semblaient en difficulté d'apprentissage par exemple.
- Durant les années 1990, avec les réactions émotionnelles des patients au moment de l'annonce d'un résultat positif au test du VIH et l'accompagnement des victimes de viol qui avaient de la difficulté à suivre le traitement aux anti-rétrovirus, les psychologues et les conseillers ont été introduits dans les services de santé publique.
- Puis dans les années 2000, avec la violence de gangs, les premiers survivants des enlèvements, les survivantes des violences sexistes, la nécessité d'un accompagnement et soutien psychologique est devenue de plus en plus évidente.
- Avec le tremblement de terre de 2010, nous avons eu une affluence de professionnels en santé mentale qui voulaient aider la population. Ils se sont heurtés au problème de la langue et à la culture. Du coup, ils se sont tournés vers la formation de formateurs et ont offert toutes sortes de certifications aux professionnels et étudiants sur place. Ce qui a contribué à renforcer les compétences sur place, mais aussi à impacter négativement la qualité des services offerts car beaucoup d'ONG, ne trouvant pas de psychologues qualifiés, se sont mis à employer des étudiants sans supervision d'un professionnel en santé mentale.
- De plus en plus, les Haïtiens / Haïtiennes font appel aux services de santé mentale. Du mieux instruit à l'analphabète, du plus pauvre au plus riche, venant des villes ou des campagnes, la santé mentale devient une composante importante pour la population haïtienne dans sa quête de bien-être et son désir de réussir. Par exemple, après un incident potentiellement traumatisant, les gens hésitent de moins en moins à faire appel aux services d'un psychologue.
- En 2020, les services existants sont mieux structurés et organisés. Il y a différentes associations, le MSPP a une Coordination de la Santé Mentale (2010) ; AHPsy (2011) a un code de Déontologie. Au niveau mondial à la suite de l'impact du confinement dû à la pandémie du COVID-19, l'importance de maintenir une bonne santé mentale est de plus en plus évidente et pour la population haïtienne à la merci de la violence des groupes armées encore plus nécessaire.
- Malheureusement, le coût d'une psychothérapie assez élevé au niveau privé, rend souvent difficile pour un demandeur de service d'arriver à la fin de son traitement. Fort-heureusement, dans le cadre de l'insécurité actuelle, on retrouve des initiatives tant au niveau privé qu'au public pour mieux soutenir les survivants de crimes odieux. Par exemple, des institutions privées ou publiques financent les sessions de psychothérapie de leurs employés victimes.
- La population la plus vulnérable a surtout accès aux services de psychologie gratuits, ou à moindre coût à travers la CIPUH, le Centre d'Aide Psychologique (CAP), le Centre de santé mentale de Morne Pelé, … ce seraient des modèles à reproduire.

Accompagnement psychologique aux bénéficiaires des services des ONG (population la plus démunie et vulnérable

Parfois, nous entendons des commentaires qui font penser que ce sont les personnes qui ont résolu tous leurs besoins de base qui ont besoin de soutien psychologique ou de psychothérapie. L'expérience que nous faisons à KayFanm depuis juillet 2022, avec des femmes victimes tous les jours de la violence des gangs puisqu'elles habitent dans les quartiers sous la domination de groupes armés, nous montre que quelles que soient les conditions de vie, les moyens économiques des humains, lorsqu'ils ont accès et confiance dans un service de psychologie, ils feront tout ce qui est nécessaire pour venir chercher ce soutien, session après session. Ces femmes parfois pour participer à leur séance de groupe, bravent des dangers inimaginables, marchent des kilomètres, viennent le ventre vide, avec la soif à la gorge. Quelques commentaires des bénéficiaires à la fin d'une thérapie de groupe à KayFanm (plus de 650 femmes ont demandé le soutien psychologique) depuis juillet 2022 :

- lè mwen vin nan seyans lan mwen santi m moun ankò
- Sa pèmèt mwen wè se pa mwen menm sèl
- Mwen sispann fè vyolans sou pitit fi m
- KayFanm egalize nou, tout moun se moun
- Avan mwen vini kè mwen te konn ap kase tout tan, koulya li pa fè sa ankò
- Mwen aprann kalme tèt mwen lè m panike
- Mwen santi m an sekirite pou mwen pale

L'importance de la psychologie pour la population haïtienne devient de plus en plus manifeste à travers l'expérience que nous faisons à la Cellule d'Intervention Psychothérapeutique d'Urgence d'Haïti (CIPUH) qui comprend une ligne téléphonique (+509 2919-9000) d'Urgence, gratuite, confidentielle et anonyme,

Nous partageons avec vous les raisons des appels pour vous permettre d'avoir une idée des besoins

- Perte de confiance / Manque d'estime de soi / Démotivation
- Violences basées sur le Genre / sexistes (femmes, LGBTQi)
- Addictions / alcoolismes
- Appelants réguliers (bipolaires et dépressifs sévères)
- Problèmes relationnels / sentimentaux / conjugaux / de couple
- Appel pour un proche, un tiers
- Gestion de deuil
- Anxiété, angoisse, stress ou inquiétude
- Victimes d'incident critique
- Psychopathologies graves
- Dépression / Idées suicidaires

En fait, la demande est là, les besoins sont énormes, il est essentiel de travailler ensemble pour y répondre et de trouver des solutions adaptées à nous haïtiens et haïtiennes.

Pour terminer nous partageons quelques recommandations :

a) L'État Haïtien devrait avoir des politiques publiques appropriées pour inciter et promouvoir les soins psychologiques et psychiatriques sur tout le territoire haïtien.
b) Tant l'Etat Haïtien que les Organisations Internationales et les Organisations Non Gouvernementales qui sont impliquées dans l'organisation des services de santé mentale en Haïti devraient garantir un minimum de services et de soins psychologiques et/ou psychiatrique à la population.
c) Les supports médicaux et psychologiques en ligne devraient également être offerts à la population 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.
d) Nous devrions mener des campagnes médiatiques sur le bienêtre et la santé mentale de la population afin de populariser les soins psychologiques et psychiatriques auprès de toutes les couches de la population haïtienne.

Autrice correspondante :
Mme Béatrice Dalencour-Turnier
\beatrice@kasikayiti.com
+509 3728 3131

2. Santé mentale en Haïti : estimation des besoins en Haïti - état des lieux de la prise en charge

Dr Marie-Ange Jean Fils, MD, PSYCHIATRE, ALGOLOGUE

Article tiré de la 45e Conférence du Forum Médico-Chirurgical du mercredi 27 décembre 2023

INTRODUCTION D'UNE COMPOSANTE SANTÉ MENTALE DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

« Aucun service ou système de santé n'est complet s'il néglige les besoins de la population en matière de santé mentale ; il ne peut être efficace si le souci du bien-être mental lui est étranger. » (OMS, 1990)

Définition de la Couverture Sanitaire Universelle :

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour eux de difficultés financières [1]. Le système sanitaire est l'un des secteurs les plus négligés dans notre communauté et la santé mentale l'est encore plus. La méconnaissance de l'offre de service en santé mentale par la population la pousse à faire usage de toutes sortes d'alternative : hospitalisation chez les hougans, dans les églises entre autres.

Fig. 1 : couverture sanitaire universelle (https://twitter.com/WHO/status/885770996665503748)

Ressources Hospitalières :

Selon une enquête réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à la suite du séisme du 12 janvier 2010, les nombres de professionnels et d'institutions suivantes ont été recensés :

1. **Institutions spécialisées :**
   1.1 Deux (2) institutions pour le secteur public qui sont le Centre Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Neurologie Mars and Kline (CHUPNMK) et l'hôpital Défilée de Beudet (HDB) À eux deux, ils représentent 180 lits ; soit près de 1.9 lits pour 100.000 habitants.

   1.2 Pour le secteur privé, on n'a pas pu obtenir un chiffre représentant le nombre de lits. Toutefois, on doit signaler certaines structures hospitalières de soins généraux ou des centres de retraite qui reçoivent par moment des cas isolés.

2. **Institutions non spécialisées :**

Il existe quelques hôpitaux publics tels que l'hôpital L'Espérance de Pilate (HEP), l'hôpital Bienfaisance de Pignon, l'hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) qui offrent des services de santé mentale à la population avec l'aide de professionnels ayant été formés dans le domaine.

Fig. 3 : Hôpital Universitaire de Mirebalais

Ressources Humaines : pour plus de 10 millions d'habitants :

Tableau 1 : effectif des professionnels intervenant en Santé Mentale (Rapport OMS 2011)

SPECIALISTES	EFFECTIFS	% par 100.000 HABITANTS
Médecins psychiatres	27	0,28 par 100.000 Habitants
Médecins généralistes	14	0.14 par 100.000 habitants
Infirmières	36	0.38 par 100.000 habitants
Psychologues	194	2 par 100.000 habitants
Travailleurs sociaux	82	0.86 par 100.000 habitants
Ergothérapeute	1	
Neurologue	1	

« Un total de vingt-sept (27) psychiatres ont été recensés, dont 70 %, soit 19 d'entre eux, exercent exclusivement dans le secteur privé ou pour une organisation non gouvernementale (ONG). Le reste 30 %, soit huit (8), travaillent dans les structures publiques et privées », souligne le rapport 2011 de l'OMS sur le système de santé mentale en Haïti. Ils n'ont pas eu de chiffres pour les tradipraticiens, les orthophonistes, les psychopédagogues, entre autres. Durant ces dernières années, le nombre de psychiatres avait été augmenté avec la formation de trois (3) nouvelles cohortes, ajoutant ainsi environ dix-huit (18) jeunes professionnels au rang des spécialistes en santé mentale.

Malheureusement, la situation insécuritaire et l'instabilité sociopolitique du pays ont provoqué l'exode de nombreux parmi eux. Aussi, voici la liste non-exhaustive de ces professionnels et leur lieux d'exercice

Cliniques Privées et Hôpitaux Publiques : 13 psychiatres en Privé ; 7 en Privé et Public ; 2 en Public

Tableau 2 : psychiatres en pratique privée et publique

	PRIVÉ (ONG)	CLINIQUE PRIVÉ ET PUBLIC	PUBLIC
1	Dre Caroline COICOU (absente)	Dr Louis Marc Jeanny GIRARD (retraite Publique)	Dr Antoine PILIÉ (retraité)
2	Dre Ghislaine ADRIEN (Retraite)	Dr Roger A. MALARY (Delmas 33)	Dr Max Weber VICTOR
3	Dr P. Félix JOSEPH (Guilleme, Torbeck) (Absent)	Dr Almy Claude PETIT FRÈRE (absent)	Dr Wilner Simon (Prison?)
4	Dr Joreste PHILIPPES (Absent)	Dr Legros RACINE (absent)	
5	Dr Harrisson ERNEST (Ave M Ambroise)	Dr Elisson AUGENEY (Turgeau)	
6	Dr Marie-Yves CIPRIEN (Jean Paul II) (absent ?)	Dr Francklin NORMIL (Pétion-Ville)	
7	Dr Jasmin MARABISHI (Carrefour)	Dr Frédéric FRANÇOIS (Delmas 75)	
8	Dr Fritzna BLAISE (absente)		
9	Dr Gilles DELATOUR (Canapé-Vert)		
10	Dre Benithe B PIERRE-LOUIS (Absente)		
11	Dr Hans LAMARRE (Absent)		
12	Dre Marie Ange JEAN FILS (Turgeau)		

Deux (2) nominations ont été faites par le MSPP parmi les jeunes professionnels et quatre (4) nouveaux résidents sont actuellement en formation. Les autres ont dû se débrouiller autrement ou laisser le pays pour d'autres horizons.

Tableau 3 : Répartition des trois nouvelles cohortes de jeunes professionnels selon leur année de sortie de résidence hospitalière au CHUPNMK

	2017	2018	2023
1	Dr Dimitri THADAL	Dr Lahorie COMPÈRE	Dr Carl DOSSOUS
2	Dr Wilbert JACQUES	Dr Johanne NOVEMBRE	Dr Mihah CATUL
3	Dr Lovely INNOCENT	Dr Cassify PÉRARD	Dr Angeline ROSEMÉ
4	Dr Edno LOUIS (absent)	Dr Joane ROMAIN (absent)	Dr Jerry PIERRE-LOUIS
5	Dr Merius JOSEPH (absent)	Dr Alexandra AFRICOT (absent)	Dr Michel-Ange JEAN (abandon)
6	Dr Nahomie BERNADEL (absent)		
7	Dr Frantz CÉNAT (absent)		

Proposition de Décentralisation :

Afin d'améliorer la qualité de la santé mentale dans notre milieu, un plan de décentralisation des services a été proposé avec les thématiques suivantes :

1. Sensibilisation
2. Décentralisation
3. Distribution de service
4. Feedback ou Rétroaction
5. CHUPNMK/ HDB

1. Sensibilisation [1]

Certains canaux de transmission peuvent être utilisés afin d'éduquer la population sur l'importance d'une bonne santé mentale.

1.1 Médias : on pourrait émettre des émissions de radio avec des thèmes sur les déterminants sociaux de santé ainsi que des spots sur la santé mentale en touchant la dépression, les usages de substances entre autres.

1.2 Écoles : à chaque niveau de l'échelle scolaire, on pourrait utiliser des méthodes pour éduquer les jeunes et faire valoir leur santé mentale autant que leur santé physique.

- Kinder : faire connaître les types de violences et les comportements malsains afin de protéger les enfants.
- Primaires : dispenser un cours d'hygiène physique et mentale afin qu'ils puissent connaître les comportements qui soutiennent une bonne santé mentale.
- Secondaire : dispenser des cours de psychologie et/ou de santé mentale en touchant aussi les violences physiques et sexuelles entre autres.
- Universitaires : mieux centrer les cours de psychologie médicale et de psychiatrie.

1.3 Communauté :

- Il faudrait former les agents de santé communautaire afin qu'ils puissent sensibiliser la communauté autant sur la santé mentale que physique.
- Les infirmières dans les centres de santé, surtout dans la section de vaccination, pourraient sensibiliser les mères sur l'importance d'une bonne qualité de relation mère-enfant.
- On pourrait utiliser les services des psychologue de Pepfar ou autres services VIH pour la prise en charge des patients à troubles mentaux présentés dans les différents centres.
- Les femmes-sages doivent être formées afin de pouvoir sensibiliser les parturientes et détecter des patientes présentant des problèmes de santé mentale après leur accouchement.

1.4 Dans les urgences :

Les professionnels de santé doivent pouvoir faire le triage et assurer la liaison ou le relais, l'orientation ou la référence de la personne atteinte de troubles mentaux vers le service de psychiatrie.

1.5 On pourrait créer des "flyers" sur les troubles mentaux fréquents et certaines méthodes de prévention

2. Décentralisation

Il faudrait :

2.1 Mettre en place des équipes d'intervention en Santé Mentale dans chaque Centre de Santé sur le terrain (1 psychologue + 1 travailleur social…) ;

2.2 Former les médecins et les infirmières des centres de santé afin de gérer les périodes de crises ;

2.3 Créer des Unités Départementales ou communales de Santé Mentale composées de : Directeur de l'hôpital départemental, maire de la zone ou tribunal de première instance, un psychiatre, un psychologue affectés aux unités communales de santé (UCS) ;

2.4 Activer une Commission Nationale de Santé Mentale affectée à la Direction Générale du MSPP ou/et au Département de Santé Mentale de la FMP.

3. Distribution des services

3.1 Assurer un pôle de Santé Mentale dans toutes les équipes de clinique mobile de Santé ;

3.2 Faire/ réaliser des cliniques mobiles de Santé Mentale ;
3.3 Mettre/ rendre disponible et subventionner les médicaments essentiels en psychiatrie sur le territoire national ;
3.4 Élaborer une législation moderne quant au respect des droits des malades mentaux ;
3.5 Créer des centres postcure, d'hospitalisation de jour ou de nuit, des centres d'addictologie, des centres de pédopsychiatrie pour les personnes de tout âge et autres patients ayant besoin d'accompagnement.

4. Feedback ou Rétroaction

4.1 Mettre en place une équipe d'évaluation du projet afin de suivre le travail d'instauration des services
4.2 Exiger un rapport à chaque niveau d'intervention afin d'améliorer la qualité du service
2.3 Rendre fonctionnel chaque équipe pour assurer la pérennité des services

5. Centre Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Neurologie Mars and Kline/ HDB [1]

5.1 Mettre en place un service d'accueil et de triage des patients ;
5.2 Sélectionner et mettre les personnels qu'il faut aux postes respectifs ;
5.3 Former des personnels en matière de santé mentale (résidents, infirmières, surveillants, archivistes, etc.) ;
5.4 Mettre en place des séances de sensibilisation pour les malades/ proches en ambulatoire ;
5.5 Rendre disponibles les médicaments psychiatriques à l'hôpital ;
5.6 Rendre fonctionnel le service d'urgence psychiatrique ;
5.7 Assurer la psychiatrie de liaison ;
5.8 Assurer l'ordre au parking de l'hôpital (cas d'urgence) ;
5.9 Augmenter le budget du MSPP alloué à la santé mentale ;
5.10 Assurer une meilleure alimentation des patients hospitalisés ;
5.11 Embaucher des psychologues, des travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, ergothérapeutes entre autres, afin d'améliorer la qualité du séjour des malades en hospitalisation ;
5.12 Assurer des soins d'hygiène de base aux malades (eau, savon, pâte, brosses, vêtements, serviettes hygiéniques, etc.) ;
5.13 Rendre adéquats les lits des patients, les salles d'hospitalisation ainsi que les toilettes ;
5.14 Ajouter des mesures créatives et/ou récréatives pouvant favoriser la récupération des patients ;
5.15 Mettre sur pied des programmes de réadaptation/ d'autonomisation pour les malades ;
5.16 Mettre en place des vacations AM/PM fonctionnelles (Médecins, infirmiers, archivistes, caissiers (ères), pharmacien(ne)s.

Formation en Psychiatrie

Il convient de :

Rendre fonctionnel le Département de Santé Mentale à la FMP, créé en Juin 2017 avec le Dr H Lamarre en tant que Directeur ;

Mettre à jour le programme de Résidence en Psychiatrie (CHUPNMK, 1990)

Revenir avec le partenariat avec l'UdeM qui existait dans le temps afin de renforcer la qualité de la formation des professionnels ;

Renforcer la formation des infirmiers en santé mentale via le programme post-gradué en Sciences Infirmières de l'Université d'état d'Haïti (MHP-UEH) qui offre la possibilité de doter le pays de nouveaux professionnels dans le domaine de la santé mentale. Elle est actuellement à sa 2e cohorte en cours de formation ;

Doter le CHUPNMK de MDS et de médecins résidents.

La Faculté d'Ethnologie et la Faculté des Sciences Humaines (FASCH) sont les deux (2) structures universitaires offrant aux jeunes les branches de formation suivants : Psychologie, Sociologie, Communication, Travail Social. Plus ou moins une dizaine (10) d'étudiants sortants par année de ces facultés ce qui ne grossit pas trop le rang de ces professionnels alors que la FASCH à elle seule recrute autour de 200 à 350 étudiants par année.

Il faudrait améliorer la qualité de la formation en psychiatrie dispensée à la Faculté de Médecine afin de stimuler plus de jeunes à la spécialisation dans le domaine.

"Construisons notre santé mentale"

1. https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

3. Capsule-santé : les maladies cardiovasculaires (MCV)

CESPA
Clubs d'Éducation à la Santé pour une Prévention Active

Les maladies cardiovasculaires (MCV) demeurent la première cause de décès dans le monde [1]. Heureusement que les avancées technologiques permettent de prolonger la vie de ceux qui en sont frappés, particulièrement dans les pays développés. Cependant, le nombre de nouveaux cas s'accroit de jour en jour chez les jeunes [2].

La lutte contre le cholestérol, en dépit de son échec à contrôler cette épidémie, demeure encore la stratégie dominante en médecine conventionnelle où l'on parle de bon et de mauvais cholestérol [3]. Le profil ou bilan lipidique est la batterie de tests le plus utilisée pour évaluer la santé cardiovasculaire, Il repose sur les cinq tests suivants :

1. Le dosage du cholestérol total : la valeur limite est de 200mg/dl. Au-delà, on recommande le plus souvent les statines [4].
2. le taux de LDL (Low Densitiy Lipoprotéins ou lipoprotéines de faible densité) : valeur limite 150mg/dl. On l'appelle à tort mauvais cholestérol, car c'est un complexe qui transporte du cholestérol, la quantité (ou le volume) important peu. Ce qui compte, c'est la qualité ou mieux la taille et le nombre de particules. Si ces dernières sont de petite taille et nombreuses, elles sont susceptibles de contribuer à la formation de plaques d'athérome. Si elles sont de grande taille, elles ne sont pas dangereuses. Le seul test de LDL ne permet pas de faire la différence.
3. Le taux de HDL (High Density Lipoprotein ou lipoprotéine de haute densité) : couramment appelé bon cholestérol, il ne contribue pas à la formation de plaque. Son rôle protecteur dans les maladies cardiovasculaires est remis cependant en question. C'est pourquoi les spécialistes en MCV s'accordent sur le fait que son rôle reste encore à élucider [5].
4. Le dosage de triglycérides : mis à part les troubles génétiques, lesquels peuvent également causer leur élévation, une augmentation au-delà à 500mg/dl, est en corrélation avec une résistance à l'insuline et une augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires [6].
5. Le taux de VLDL (Very Low Density Lipoprotein ou lipoprotéine de très faible densité) : il est en bonne corrélation avec la résistance à l'insuline et par conséquent avec un risque élevé de MCV.

Les ratios

Certains laboratoires proposent d'ajouter au bilan lipidique certains ratios :

1. Cholestérol/HDL. Plus ce rapport est élevé, plus le risque de MCV est grand [7].
2. Triglycérides/HDL : ces deux paramètres sont liés à la résistance à l'insuline. Si ce rapport est inférieur ou égal à 1, le risque cardiovasculaire est moins élevé. De l'avis des experts, ce rapport serait un meilleur indicateur de risque que celui du Cholestérol total/HDL [4]. 7

Depuis plus de cinquante ans, pour prévenir les MCV, on a mené, en particulier, la lutte contre le cholestérol, à travers des restrictions alimentaires de cet ingrédient et l'utilisation de médicaments anticholestérol comme les statines. Cette recommandation d'efficacité limitée a rapporté des centaines de milliards de dollars à l'industrie pharmaceutique. Finalement, le service de santé américain a reconnu que le cholestérol n'était pas le facteur majeur dans l'évolution des maladies cardiovasculaires, mais que d'autres facteurs sont à prendre en considération [1].

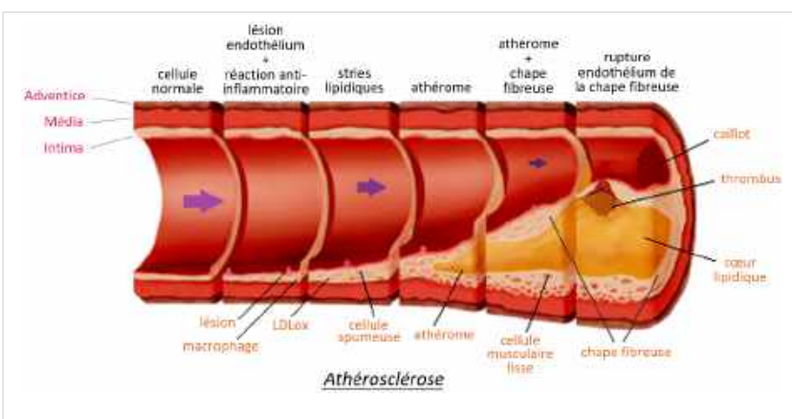


Fig. 1 : Mécanisme de formation d'une plaque d'athérome

(Tiré de : « L'athérosclérose – Évolution et conséquences-https://www.bodybuilding-coach.fr/metabolisme/les%20lipides/latherosclerose/-atherosclerose%20%20%20%20evolution%20et%20c.htm)

La paroi artérielle est revêtue d'une couche cellulaire unique dénommée endothélium qui est protégée par une structure glycoprotéique qu'on appelle le glycocalyx. Pour que le processus de plaque soit initié, il faut que des particules d'apolipoprotéine B (ApoB) pénètrent l'endothélium et soient engouffrées par des monocytes qui se transforment en macrophages [8].

Quelles sont les conditions qui prédisposent à cette situation ?

Selon les spécialistes dans le domaine des MCV, la principale cause est le nombre de particules d'ApoB, le haut niveau d'homocystéine suivis par l'hypertension artérielle et le tabagisme [9]. Ils soutiennent que les particules d'ApoB pénètrent l'endothélium en présence ou en l'absence de lésions de l'endothélium. Normalement, les particules pénètrent ce dernier, reviennent à la circulation et transportent le cholestérol vers le foie. Dans certaines conditions elles sont oxydées dans la paroi artérielle avant d'être engouffrées par les globules blancs [8].

D'autres chercheurs, dont Dr Mark Houston, directeur de l'Institut d'hypertension à l'Université Vanderbilt [10], pensent que tout commence avec des lésions du glycocalyx, un dysfonctionnement de l'endothélium accompagné d'inflammation. L'oxydation précèderait la pénétration de particules ApoB dans la paroi. Une des caractéristiques de ce dysfonctionnement de l'endothélium est la baisse de la production d'oxyde nitrique. Selon cette école, la principale cause de l'athérosclérose est le dysfonctionnement endothélial et le processus inflammatoire de la paroi artérielle.

Le reste du processus semble faire consensus. Une fois que les particules d'ApoB sont engouffrées par les macrophages, ces dernières vont être transformées en des cellules qui meurent sur place pour donner lieu à un noyau graisseux. Des cellules musculaires migrent pour protéger la masse graisseuse en formation et donnent lieu à la plaque fibreuse. Avec le temps, la plaque peut se calcifier et c'est à ce moment seulement qu'on observe un score calcique coronarien.

En fonction de la quantité de calcification détectée, on prédit un niveau de risque. La plaque calcifiée est souvent friable et risque de se rupturer. À la rupture de la plaque, les plaquettes s'attachent à ce matériel pro-thrombotique. Des caillots se forment et peuvent aboutir à l'obstruction des vaisseaux conduisant à la souffrance et la mort tissulaires. Cependant, observe Dr. Thomas Guilliams, la plaque la plus calcifiée n'est pas nécessairement l'endroit où survient l'accident.

L'homocystéine, tout aussi importante que l'ApoB

Il s'agit d'un dérivé du métabolisme d'un acide aminé soufré, la cystéine. En présence d'une élévation d'homocystéine, les risques de MCV sont multipliés par 3 et par 2 celui de faire une sténose ou un rétrécissement des artères par un épaississement et un durcissement des parois, augmentant ainsi les risques de former des caillots [11]. L'homocystéine est aussi impliquée dans la coagulation sanguine

L'homocystéinie in vivo avec un régime pauvre en cholestérol et en graisses, abime les cellules endothéliales qui tapissent les artères et cause une prolifération des cellules musculaires lisses. La production de ces tissus fibreux et la destruction d'élastine dans les parois des artères occasionnent la formation de plaques fibro lipidiques. Tout comme pour l'ApoB, un test de dépisage peut être fait par dosage de cette molécule dans le sang. Le taux doit être inférieur à 10 micromoles par litre. Pour la femme, il devrait être de 6 à 10 et pour l'homme de 8 à 12. La zone à risque est atteinte lorsque le taux est plus grand que 14 micromoles [12].

Plusieurs causes entraînent un taux élevé d'homocystéine. Les plus fréquentes sont un déséquilibre nutritionnel, un débalancement hormonal, le tabagisme, la consommation de caféine et la sédentarité [13].

Conclusion

En conclusion, il faut retenir que les MCV tuent beaucoup de personnes, mais peuvent heureusement être prévenues. L'adoption de saines habitudes de vie contribuent à les éviter ou du moins à repousser leur survenue ainsi que les complications pouvant conduire à la mortalité.

Les saines habitudes de vie qui sont intégrées au sein des quatre piliers de la santé à savoir sont : un régime alimentaire personnalisé, un mode de vie actif, une bonne gestion des émotions et des facteurs de stress, un milieu de vie non pollué. C'est l'ensemble de ces facteurs qui contribuent à une santé optimale et durable. Sur cette fondation que constituent les quatre piliers de la santé, on ajoutera des supports métaboliques et nutritionnels riches en éléments phytochimiques comme le resvératrol, les vitamines du groupe B, les anti-oxydants et les nitrates.

La cessation du tabagisme, le contrôle de l'alcoolisme et autres drogues douces comme la caféine sont impératifs, de même que le contrôle de l'hypertension artérielle et le maintien d'un poids santé.

Nous ne sommes pas convaincus de l'utilisation des médicaments comme les hypocholestérolémiants et les hypotenseurs en prévention primaire. Leur place devrait être à titre thérapeutique pour stabiliser l'état de santé, en attendant d'instaurer un programme d'éducation à la santé.

Les bénéfices de médicaments comme les statines proviennent de leurs effets anti-inflammatoires et de

leurs actions consistant à augmenter la production et la biodisponibilité de l'oxyde nitrique en particulier.

Cependant à court et à moyen termes, ces bénéfices peuvent être obtenus, sans effets secondaires, avec l'intégration des facteurs naturels de santé que véhiculent les quatre piliers de la santé.

RÉFÉRENCES :

1. *WHO – maladies cardio-vasculaires 17 mai 2017 https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)*
2. *American College of cardiology Dec 2023 ; Global burden of cardiovascular diseases.*
3. *Dietary cholesterol and the lack of evidence in cardiovascular disease NIH- published on line 2018 10(6)780.*
4. *Modi Juhi Shoud I take statins for cholesterol ? HaVy Ngo-Hamilton, Pharm.D. | Updated Dec 9, 2021 - https://www.buzzrx.com/blog/should-i-take-statins-for-cholesterol*
5. *HDL in atherosclerotic cardiovascular disease in search of a role. NIH. Published online July 23, 2023.*
6. *Harsha Karanchi; Vijayadershan Muppidi; Kathleen Wyne.- Hypertriglyceridemia - Last Update: August 14, 2023.- National library of Medecine Bookshelf ID: NBK459368PMID: 29083756 - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459368/*
7. *Brittany Poulson, MDA, RDN, CD, CDCES - Is Your Chol/HDL Ratio High? How it's calculated and what it means for your health - Updated on May 03, 2023 –*
8. *Physiological basis for the superiority of apolipoprotein B over low density lipoprotein cholesterol non density lipoprotein cholesterol as a marker of cardiovascular risk. Journal of the American heart association. Tamara Glavinivic and al. oct 10, 2022*
9. *Faraj M. Au-delà du risque cardiovasculaire : le rôle des lipoprotéines contenant l'apoB athérogènes dans l'étiologie du diabète de type 2Beyond cardiovascular risk: Role of atherogenic apoB-lipoproteins in the etiology of type 2 diabetes - https://doi.org/10.1016/S1957-2557(19)30042-2 - https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1957255719300422*
10. *Houston Marc - The Glycocalyx and Nitric Oxide: Revolutionizing Endothelial Health – - Integrative Healthcare Symposium - https://www.ihsymposium.com/the-glycocalyx-and-nitric-oxide-revolutionizing-endothelial-health/*
11. *Hyperhomocysteinemia and Cardiovascular disease ; is the adenosinergic system the missing link. International journal of molecular science Feb. 2021, Franck Paganelli and al.*
12. *Michael B. Streiff ,, Hyperhomocystéinémie - Johns Hopkins University School of Medicine – Le Manuel MSD https://www.msdmanuals.com/fr/professional/h%C3%A9matologie-et-oncologie/maladie-thrombotique/hyperhomocyst%C3%A9in%C3%A9mie*
13. *Esculaoe - HOMOCYSTÉINEMIE : causes, symptômes et traitements https://www.esculape.com/biologie-homocystinemie-html/*

4. Filariose lymphatique en Haïti

1. Management hospitalier : une quête incessante du graal

[1] Wisly Joseph, MD, chirurgien
[2] Étudiant finissant au programme DESS/MGSS de la FMP/UEH

PDG de SurgiMed et du GPSH (Groupe de Promotion de la Santé en Haïti)

RÉSUMÉ

L'hôpital comme établissement de santé revêt une place singulière dans le monde des organisations. Doté d'une structure organisationnelle complexe avec l'indépendance des professionnels dans l'exercice de leur art, sa gestion ne permet pas au manager d'exercer une maîtrise totale sur la production des soins. En dépit des grandes réformes qui ont jalonné l'histoire des hôpitaux à travers le monde, le management hospitalier reste et demeure un défi pour tout manager. D'œuvre caritative dirigée par des religieux et religieuses passant par la bureaucratie professionnelle, d'hôpital-entreprise à la nouvelle gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité basée sur la norme ISO 9001 V 2015 [1] sa gestion peine à trouver la formule magique. Basée sur la production de services avec une pluralité d'acteurs hétérogènes, la gestion de l'hôpital se heurte à des contingences tant internes qu'externes qui mettent le manager en face de l'incertain. La découverte de nouvelles maladies, Les progrès indéniables des connaissances et des techniques médicales, l'augmentation de l'espérance de vie ne sont pas sans effet sur le devenir du management hospitalier. L'on peut se questionner : comment les managers des grands hôpitaux arrivent à les faire fonctionner ? Dans certains pays, on parle même de politique hospitalière de l'État, régie par la législation du pays en question. Un fait est certain, la réalité hospitalière est ce qu'elle est, complexe [2].

Mots-clés : management hospitalier, hôpital, organisation, leadership, bureaucratie professionnelle

INTRODUCTION

Depuis la nuit des temps, l'homme poussé par son instinct grégaire tend à s'organiser en société. L'histoire des tribus, des croisades ne fait que révéler le souci de l'homme à s'organiser autour d'un idéal. Les normes de fonctionnement de la cité telles que édictées par Platon dans son ouvrage célèbre : « La République » témoignent de l'importance des organisations aux yeux de ce monstre sacré de la philosophie. En effet, les organisations ne cessent de prendre naissance et de rythmer le quotidien du commun des mortels. Le déroulement de l'existence humaine même est régi par les organisations (la planification d'une naissance, d'un mariage, la mise en place des institutions pour répondre aux différents services et besoins, la planification des évènements du quotidien). Certains d'entre nous sommes interpellés par l'organisation qu'est l'hôpital. Ce dernier fait partie de ces organisations complexes et est soumis aux aléas des environnements qui échappent souvent au manager. Dans cet article, nous tenons à remonter aux origines du mot « management », en passant par les repères théoriques qui jalonnent l'histoire du management hospitalier, voyager à travers l'histoire de cette organisation complexe, tout en tenant compte de ses spécificités, du jeu des acteurs et de l'incertitude qui caractérise son environnement comme toute entreprise [3].

Les origines du management

Le management est un mot français à l'origine et les premières théories sont nées en France avec Henri Fayol, célèbre industriel français, spécialiste de l'économie industrielle [4]. Manager revient à mettre en œuvre les moyens techniques, financiers et humains pour accomplir une tâche et réaliser les objectifs fixés par une organisation [5].

L'évolution du concept hôpital à la lumière de l'arsenal théorique et des réformes

L'hôpital, qui avait alors pour principale fonction d'accueillir et d'héberger, va devenir dans la deuxième moitié du 19 siècle une institution où l'on soigne les malades. [6] Durant les années 80, en Europe, plus précisément en France, tenant compte des grands défis auxquels les hôpitaux faisaient face, les gouvernements ont engagé des réformes hospitalières pour aider les établissements hospitaliers à mieux soigner et à mieux dépenser dans un contexte complexe et spécifique caractérisé par une demande illimitée et des ressources limitées (Ezziadi & Gharrafi, 2019 ; Baptiste, 2003) [1]. Un ensemble de concepts managériaux, de théories allaient influencer la politique hospitalière pour aboutir à de nouveaux paradigmes, les uns plus prometteurs que les autres, les uns construits sur les ruines des autres. De bureaucratie professionnelle au concept hôpital-entreprise, des tentatives d'imprégner le milieu hospitalier des principes phare, des industries ont vu le jour. L'émergence du New Management Public dans le milieu hospitalier a pour but principal de lutter contre les effets pervers de la bureaucratie professionnelle (Kirmi, 2019) [1]. De ces errements théoriques, le management hospitalier peine malgré tout à trouver sa voie.

a) La bureaucratie professionnelle et ses limites

Différents auteurs (Pauly & Redisch, 1973 ; Harris & Huard, 1977 ; Pauly 1980 ; Mintzberg, 1982) en tenant compte de la structure organisationnelle de l'hôpital s'accordent pour définir l'hôpital comme un modèle type de la bureaucratie professionnelle [1].

Cette bureaucratie professionnelle comme le décrit Mintzberg, présente comme structure organisationnelle : le sommet stratégique – le centre opérationnel – la ligne hiérarchique – la technostructure d'importance moindre ainsi que des fonctions de support logistique.

Le sommet stratégique : Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement, il comprend les hauts cadres de l'institution.

Le centre opérationnel quant à lui comprend les unités de soins et les services médicotechniques. Il fonctionne de manière autonome et il est prédominant dans la structure ce qui fait de l'hôpital une organisation à culture professionnelle (Melbouci et al, 2015). Le centre opérationnel est constitué par le personnel hospitalier avec une diversité de profils et hétérogénéité des logiques qui ne permettent pas la constitution d'un bloc opérationnel homogène ayant les mêmes intérêts, objectifs et contraintes (Makhloufi et al., 2012).

La ligne hiérarchique : Elle a pour mission d'assurer le relais entre le centre opérationnel et le sommet stratégique ;

La technostructure (l'ensemble des analystes et experts qui réalisent des tâches administratives de planification et de contrôle – Mintzberg, 1982) dans le cas de l'hôpital avec une importance moindre ;

Les fonctions de support logistique : Ces fonctions jouent un rôle primordial dans le bon déroulement des activités hospitalières opérationnelles (Chouam & Benchikha, 2018). Le prestataire de soins a besoin des intrants pour s'acquitter de sa mission.

Toutefois la bureaucratie professionnelle au sein de l'hôpital entrave le travail du manager et présente des limites. Les bureaucraties professionnelles ne peuvent pas contrôler les professionnels qui ne sont pas consciencieux ou qui sont incompétents (Mintzberg, 1982).

L'autonomie offerte aux professionnels peut les inciter à ignorer les besoins des clients et de l'organisation. Pire encore, cette autonomie peut entraîner une résistance à coopérer et à innover (Mintzberg, 1982).

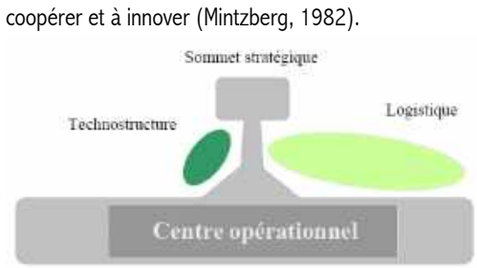


Fig. 1 : Configuration de la bureaucratie (Google image)

b) La théorie de l'agence et ses coûts dans le milieu hospitalier

Caractérisée d'une part par une asymétrie de l'information entre les cocontractants et d'autre part par l'opportunisme des acteurs, la théorie de l'agence, appliquée au système de santé, domine le milieu hospitalier en permettant de souligner les conflits d'intérêts, les asymétries d'information et les risques liés aux activités économiques dans les relations entre agents (les prestataires) et les mandants (le principal) [1]. Son application dans l'univers hospitalier comporte des apports importants en particulier la prise en considération de l'asymétrie de l'information et les comportements opportunistes qui règnent dans les hôpitaux (Béjean, 1999). La théorie de l'agence tout en dominant la pensée économique néoclassique nécessite des coûts d'agence pour réduire l'asymétrie d'information [1] et force est de reconnaître que la réduction de ces derniers s'avère très difficile parce que l'asymétrie de l'information ne dépend pas seulement des intérêts et des capacités des co-contractants, elle est liée strictement au contexte de la relation : secret professionnel, exigences réglementaires, crédibilité, coût de l'information (Kirmi, 2007).

c) Le concept d'hôpital-entreprise et ses critiques

Au cours des années 80, en Europe, la crise financière, le déficit public et l'endettement élevé d'un certain nombre de pays de l'OCDE les ont conduits à importer des méthodes de management traditionnel employées dans le secteur privé au sein du secteur public [7]. Selon les termes de J. Vallejo (2018), il s'agit d'une tentative d'industrialisation des soins pour maîtriser les coûts tout en améliorant la qualité des prestations offertes aux usagers des services hospitaliers [1]. Ce sont une logique médicale et une logique gestionnaire qui s'intéressent essentiellement à répondre aux préoccupations managériales (G. Vallet 2012). À ce moment, le profit, l'idée de rentabilité ainsi que la compétition guident le manager. Le père fondateur du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), J. de Kervasdoué, économiste de la santé, a insisté sur la dissémination de la culture des entreprises privées dans tous les hôpitaux publics français. Une nouvelle vision managériale s'est développée ainsi dans le milieu hospitalier à travers l'application des règles de jeu du secteur privé dans les hôpitaux publics censés se comporter comme des entreprises commerciales préoccupées par le développement de leurs activités rentables (Grimaldi et al., 2017) On doit à J. de Kervasdoué l'intégration dans la gestion hospitalière de certaines techniques gestionnaires élaborées au sein des entreprises: DPO (Data Protection Officer/ Délégué à la protection des données), tableaux de bord et les plans prévisionnels. En somme, s'il est vrai que l'hôpital actuel présente des caractéristiques très proches de celles des entreprises, la difficulté d'anticiper les flux irréguliers des patients rend très difficile les prévisions d'allocation des ressources nécessaires à son fonctionnement. Ce qui fait de l'hôpital une entreprise industrielle sous tension continue (Caillie, 2014). La dimension sociale de l'hôpital se trouve affectée, car l'univers des entreprises n'est pas celui de l'hôpital.

De fait, la conception de l'hôpital n'a pas été sans critique de la part de plusieurs auteurs : Pierru, 1999, 2012, 2017 ; Claveranne, 2003 ; Vallancien, 2015 ; Grimaldi, 2017) voyant dans ce concept l'hôpital un objet banal et qu'il est très difficile à mettre en œuvre car il ne prend pas en considération toutes les composantes de la réalité hospitalière. Pire encore, cette approche accentue le cloisonnement à l'hôpital, elle privilégie une approche exclusivement instrumentale (techno-centrée) (Abid 2012).

d) La nouvelle gouvernance hospitalière et ses composantes

Face au manquement des théories précitées, la nouvelle gouvernance hospitalière s'est érigée avec la contractualisation comme pivot. En dehors de cette gestion de proximité qu'elle prône dans le milieu hospitalier, son opérationnalisation passe par des concepts fondamentaux comme le management participatif, la déconcentration, la délégation, la gestion par objectif, la décentralisation, la motivation du personnel et l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux usagers des services hospitaliers [1].

Aujourd'hui, elle s'intéresse particulièrement à la qualité des soins et à la satisfaction des patients qui sont devenus comme des clients dans les hôpitaux (Dayer, 2017)

En fait partie le lean management décrit comme un système d'organisation qui cible la recherche de la performance en s'appuyant sur trois axes fondamentaux : l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la qualité et la réduction des coûts et des délais ensuite le management hospitalier basé sur la qualité.

La pensée managériale de l'hôpital

À la lumière de toutes ces théories précitées, quid de la pensée managériale dans le milieu hospitalier ? Le management, avec ses grandes composantes que sont les fonctions de planification, d'organisation, d'activation et de contrôle, la fonction de contrôle, tend à disparaître du manager, vu le libre arbitre dont jouissent les acteurs du centre opérationnel au niveau de l'hôpital. Issu de grandes théories, le management hospitalier revêt ses spécificités. Le manager doit composer avec les contingences et faire appel aux principes immuables du management car malgré la nouvelle tendance du leadership, c'est encore le management de toujours qu'on pratique, et ses caractéristiques fondamentales n'ont pas changé (Hales, 2001). Le manager doit savoir que chaque établissement est fait de culture, d'identité, de normes et de codes de conduites spécifiques que traduisent les forces et les faiblesses d'un hôpital sur un territoire donné. Et c'est dans cette particularité que chaque établissement, au-delà des règles de gouvernance communes, devra trouver le ressort qui lui permettra non seulement de relever les défis du changement mais aussi de les anticiper [7].

Le manager hospitalier face aux aléas / les contingences hospitalières

Les contingences sont légion pour le manager : le financement, véritable pierre d'achoppement à la bonne marche des hôpitaux, l'augmentation des maladies chroniques liée au vieillissement de la population, la demande illimitée de soins, les grandes pandémies non prévisibles, les restrictions budgétaires et le jeu des acteurs pour ne citer que celles-là. La référence à la méthode PESTEL comme schéma d'analyse des composantes environnementales en six grandes catégories : Politique, Économique, Sociologique, Technologique, Écologique et Légale [3] peut nous aider dans notre démarche.

Méthode PESTEL

a) Politique : les politiques publiques en matière de santé ont un impact considérable sur le fonctionnement des structures de soins. Comment se fait l'investissement dans le domaine de la santé dans le pays ?
b) Économique : comment est la situation économique dans le secteur ? y 'a-t-il croissance ? Comment se fait l'offre des soins par rapport à la demande ? L'inflation, le taux de change ? Comment composer avec les maigres ressources surtout en pays à revenu faible et intermédiaire comme le nôtre : Haïti. Le budget alloué est-il suffisant ?
c) Socio-culturel : le niveau d'éducation, les mœurs, les croyances, la démographie, le mode de vie sont tous des contingences non négligeables pour le manager.
d) Technologique : la recherche dans le secteur, l'évolution de la technologie.
e) Écologique : quelle est la politique de l'institution en matière d'écologie ? La gestion des déchets, des médicaments périmés, de l'eau usagée.
f) Légal : dépendance envers l'instance étatique de tutelle, la fiscalité, réglementation spécifique dans le secteur, la protection des clients, respect des conventions signées par le pays.

Fort de tout cela, l'hôpital se pense alors comme une entreprise marquée par des asymétries d'information qui favoriseraient la croissance des dépenses (Mougeot, 1986).

CONCLUSION

Notre plus grande erreur, dans notre approche des organisations, est de prétendre qu'il n'existe qu'« une seule bonne façon » pour gérer chaque organisation comme l'a si bien souligné Mintzberg. [8] Il n'y a pas une formule magique, une marche à suivre. Et en ce qui a trait aux systèmes de santé, ils sont des systèmes adaptatifs complexes. [9] Il revient au manager hospitalier de trouver le meilleur moyen pour adapter son organisation aux exigences du moment et de l'environnement. L'échec des grandes théories managériales devait ouvrir la voie à une « véritable théorie de l'hôpital » pour pouvoir pallier les grands problèmes auxquels fait face le management hospitalier, véritable terrain miné.

Références

1- *KIRMI B. & CHAHOUATI W. (2019) « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 10 : Septembre 2019 / Volume 4 : numéro 2 », p : 321 – 347*

2- *Christine BENOIT, Dr Christine PASSERAT-BOULADE, Manager dans le secteur sanitaire et médico-social, France, GERESO, 2020*

3- *Gilles Bressy, Christian Konkuyt, Management et économie des entreprises, Paris, Sirey, 12e édition, 2018*

4- *Henry MINTZBERG Manager l'essentiel, Paris, Vuibert, 2014*

5- *Raymond-Alain Thietart Le management, Paris, collection que sais-je, 2021*

6- *Félix Faucon, Yannick Le Guillou, Introduction à l'économie politique de la santé, Paris, Ellipses, 2021*

7- *Jean-Pierre Claveranne, Christophe Pascal, David Piovesan, La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins*

8- *Henry MINTZBERG Le management, Paris, Eyrolles, 2019*

9- *Organisation mondiale de la santé OMS Les financements des systèmes de santé le chemin vers une couverture universelle 2010*

10- *Google image*

Auteur correspondant :
Wisly Joseph, MD
josephwisly.wj@gmail.com

2. Optimisation des soins contre le cancer du sein en Haïti : le modèle de l'Hôpital Saint François de Sales

[1] Guenady FORT ; [2] Ludjie Love Smeischelle MERILAN.
Coordonnateur national pour la santé reproductive et le SIDA pour l'Association Haïtienne des Étudiants en Médecine
[2] Ludjie Love Smeischelle MERILAN, Présidente de l'Association Haïtienne des Étudiants en Médecine

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer du sein est le type de cancer le plus courant à l'échelle mondiale [réf. 1] Dans le paysage médical haïtien, le cancer du sein se dresse comme un défi majeur de santé publique, affectant un grand nombre de femmes chaque année. Selon les estimations de GLOBOCAN 2020, Haïti enregistrait plus de 6 000 nouveaux cas de cancer annuellement, faisant du cancer du sein, le cancer le plus fréquent chez les femmes du pays [réf. 2] Cependant, ces chiffres pourraient être sous-estimés en raison d'une notification insuffisante des cas.

L'Hôpital St François de Sales (HSFS), un pionnier dans le traitement du cancer en Haïti, a enregistré 558 cas de cancer du 1er mai 2022 au 30 avril 2023, dont voici les caractéristiques principales :

1. Répartition mensuelle : (fig. 1)
2. Localisations anatomiques (fig. 2)

En tête se placent les cancers du sein, de la sphère gynécologique et de l'appareil digestif. (fig. 2) Le sexe féminin est le plus atteint (Fig. 3)

3. Répartition des cas de cancer selon le sexe : (fig. 3)

Répartition des cas de cancer selon le sexe (N=558)

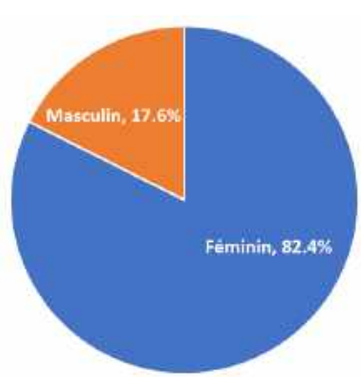
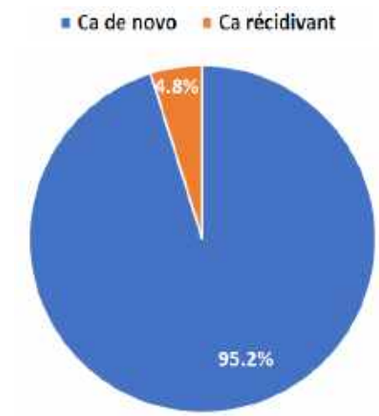


Fig. 3 : répartition selon le sexe

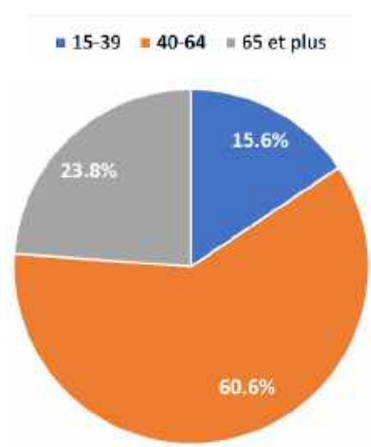
4. Répartition en fonction de la situation au moment de l'admission (fig. 4)

Répartition des cas de cancer selon l'histoire du cancer (N=558)



5. Répartition par groupe d'âge (fig. 5)

Répartition des cas de cancer par groupes d'âge (N=558)



Parmi ces cas, plus de la moitié étaient déjà à un stade avancé, soulignant les défis auxquels les patient(e)s sont confronté(e)s en termes d'accès précoce aux soins. Malgré cette situation précaire, 1 027 séances de chimiothérapie ont été administrées au total à ces malades. (fig. 6)

C'est dans ce contexte que l'intervention récente du Dr Bernard Jr de l'hôpital St François de Sales (HSFS) lors du mois de sensibilisation au cancer du sein a mis en lumière des approches thérapeutiques innovantes et une adaptation locale essentielle qui aideraient à pallier les problèmes auxquels nous faisons face.

En Haïti, les défis sont nombreux.

Le diagnostic est le plus souvent tardif du fait de la quasi-absence de dépistage à l'échelle nationale. À l'HSFS, près de 90 % des cas sont détectés à un stade avancé. Là où la stadification clinique et l'histologie sont les principaux moyens de diagnostic, l'absence de classification moléculaire limiterait quant à elle les options thérapeutiques.

La prise en charge n'est pas épargnée. Plusieurs défis entravent la prise en charge du cancer du sein en Haïti tels que : des références sans stadification, des rapports histopathologiques incomplets, un bilan d'extension inadéquat et l'absence de décisions pluridisciplinaires. L'accès limité à l'immunothérapie et l'absence de la radiothérapie sur le territoire aggrave la situation. Pourtant, l'optimisation des soins implique des solutions concrètes qui orientent vers : un programme national de dépistage, des bilans complets, des traitements adaptés aux stades, un accès accru à la radiothérapie et des médicaments essentiels rendus disponibles et accessibles pour tous.

Selon le docteur Bernard Jr, l'absence d'un programme national de lutte contre le cancer en Haïti est une lacune majeure. Il insiste sur le fait qu'un tel programme, du dépistage précoce jusqu'aux soins palliatifs, est essentiel. Il souligne également que l'innovation ne devrait pas seulement se concentrer sur de nouveaux médicaments, mais également sur l'optimisation des soins existants, la disponibilité des médicaments actuellement utilisés et le respect des recommandations internationales, adaptées au contexte haïtien, ce qui est crucial pour une bonne accommodation.

Il souligne aussi l'importance de corriger les lacunes dans la prise en charge actuelle. Des approches telles que l'utilisation d'inhibiteurs CKD4/6 pour les cancers du sein ER+, l'hormonothérapie néoadjuvante pour les cancers Luminal A et l'immunothérapie avec le trastuzumab offrent des perspectives, mais leur coût et leur applicabilité en Haïti restent des défis.

Répartition des cas de cancer par localisation anatomique (N=558)

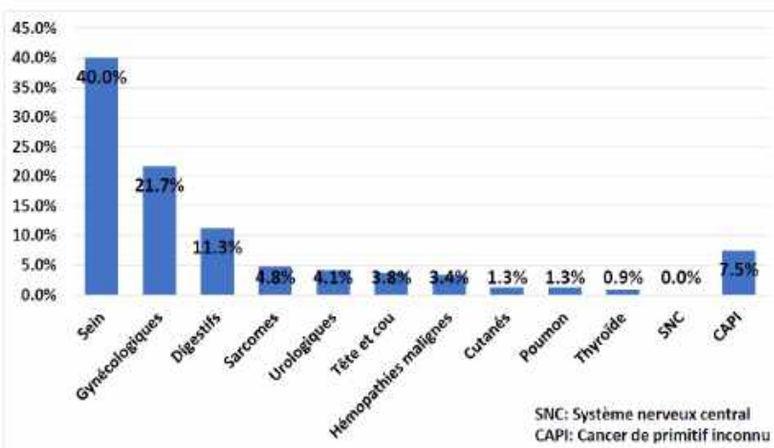


Fig. 1 : répartition mensuelle des cas de cancer à St François de Sales

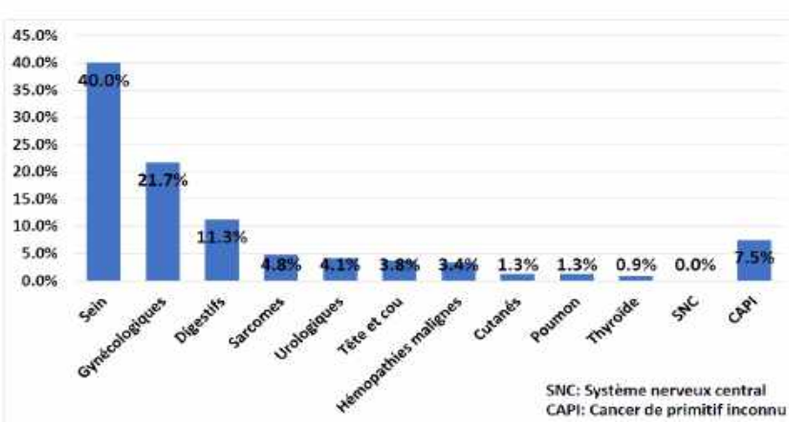


Fig. 2 : répartition des cas par localisation anatomique

Répartition mensuelle des séances de chimiothérapie (N=1027)

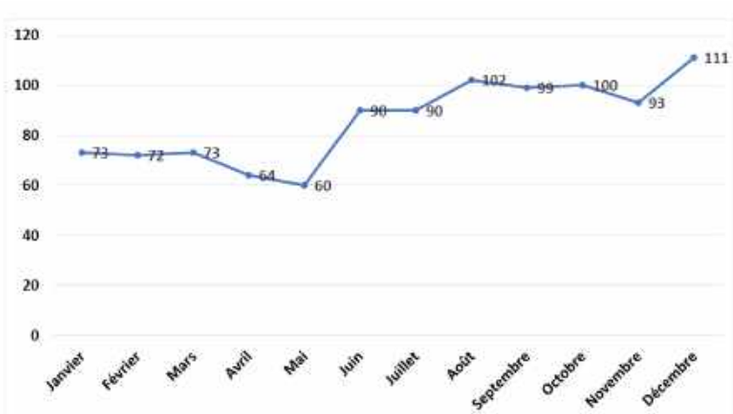


Fig.6 : séances de chimiothérapie

Perspectives

En définitive, l'optimisation de la prise en charge du cancer du sein en Haïti nécessite une approche holistique. Cela comprend un dépistage précoce généralisé, l'accès à des traitements innovants, l'adaptation des protocoles internationaux à la réalité haïtienne et une sensibilisation continue. L'innovation, lorsqu'elle est guidée par les besoins locaux et les ressources disponibles, peut transformer le paysage du traitement du cancer du sein en Haïti, offrant ainsi un espoir concret aux patientes et à leurs familles.

Il est impératif que le gouvernement haïtien, les organisations non gouvernementales et la communauté internationale unissent leurs efforts pour mettre en place des initiatives concrètes. Cela inclut l'investissement dans des technologies médicales avancées, la formation continue du personnel médical et paramédical, l'amélioration de l'accessibilité aux traitements et la mise en place de programmes de sensibilisation réguliers.

L'histoire du traitement du cancer du sein en Haïti est en train de changer. Chaque avancée, aussi petite soit-elle, représente un pas de plus vers un avenir où le diagnostic précoce n'est plus un luxe, mais un droit pour toutes les femmes haïtiennes. En travaillant ensemble, nous pouvons faire en sorte que chaque femme ait la possibilité de lutter et de survivre à cette maladie, indépendamment de son origine sociale ou économique. L'optimisation de la prise en charge du cancer du sein en Haïti est non seulement une nécessité médicale, mais aussi un impératif moral et social.

RÉFÉRENCES

1. *World Health Organization. (n.d.). Cadre de Mise en œuvre de l'initiative mondiale contre le cancer du sein : évaluation, Renforcement et amplification des services de détection précoce et de prise en charge du cancer du sein : Résumé d'orientation. World Health Organization. https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240067134*
2. *International agency for research on cancer. (2021, March). Haiti. The global cancer observatory (GLOBOCAN). https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/332-haiti-fact-sheets.pdf*

1. Implémentation d'un programme de formation continue en Haiti : retour d'expérience d'un projet pilote

Dawson CALIXTE, MD[1], Margareth COLLIN[2]
[1] Globalmedenetwork
[2] Center for Haitian Studies (CHS)

INTRODUCTION

Dans l'objectif d'assurer des soins de qualité à la population, les systèmes de santé doivent mettre en place des mécanismes garantissant une formation adéquate de leurs professionnels de santé, leur permettant ainsi de développer leurs compétences [1]. En Haïti, un pays aux ressources limitées, les médecins font face à un système de santé précaire, un manque d'infrastructures, d'outils diagnostiques et thérapeutiques, ainsi qu'à un accès restreint à l'éducation médicale [2-4]. Depuis le séisme de 2010, le secteur médical haïtien témoigne d'une détérioration marquée due à l'insécurité financière, à l'instabilité des emplois et à l'exode des spécialistes vers l'Europe et l'Amérique du Nord. Cet exode médical s'est intensifié récemment avec la montée de la crise socio-politique, de l'insécurité et l'instauration de programmes humanitaires en Amérique du Nord, accentuant ainsi la vulnérabilité d'une population déjà limitée quant à l'accès aux soins de santé. Cette situation fragilise davantage le système de santé haïtien, réduisant le nombre de professionnels de santé disponibles sur le territoire national. Dans de nombreuses institutions de soins, les médecins spécialistes quittent le pays, et dans les facultés de médecine, les étudiants en médecine générale peinent à suivre des cours réguliers en raison du manque d'enseignants [5, 6].

Les médecins généralistes restants sont dispersés dans les 10 départements du pays, fournissant leurs services à la population. La qualité de leur formation médicale est étroitement liée à la nature des soins qu'ils dispensent au quotidien. À notre connaissance, il n'existe pas de programme de formation médicale continue en Haïti, notamment pour les médecins généralistes, qui sont prédominants sur le territoire. Le terme « formation médicale continue » englobe toute activité visant à améliorer les connaissances théoriques, les compétences et la performance professionnelle par le biais de services fournis [7]. Au fil du temps, d'autres aspects ont été intégrés dans les programmes de formation médicale continue, tels que l'impact sur la pratique clinique, tout en tenant compte des réalités du terrain [8-10].

Dans ce contexte difficile de la situation sanitaire en Haïti, il devient crucial de renforcer les compétences des médecins généralistes, qui sont souvent les premiers intervenants dans les zones rurales ou périurbaines. Cependant, la formation continue de ces médecins est entravée par divers obstacles, tels que l'insuffisance de l'offre de formation et la difficulté d'accès aux données scientifiques de qualité, comme souligné par Marisa Nadas et al en 2011 dans leur étude sur l'évaluation des besoins en formation médicale continue en Haïti [11].

Pour surmonter ces difficultés, des initiatives de coopération internationale ont été mises en place pour développer des programmes de formation adaptés aux besoins locaux et aux réalités du terrain, telle que l'implémentation d'un programme de formation en résidence hospitalière à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM). Cependant, ces programmes sont destinés à un nombre limité de médecins qui obtiendront le titre de spécialistes à la fin de leur formation. La majorité des médecins généralistes, en revanche, sont laissés sans possibilité de poursuivre une formation médicale continue, et l'impact d'une telle formation sur leur pratique reste largement inconnu.

Afin de contribuer à relever les défis liés à la formation médicale continue en Haïti, le Globalmeded network et le CHS (Center for Haitian Studies), deux organisations impliquées dans l'éducation médicale, ont collaboré pour mener un projet pilote visant à implémenter un programme de formation médicale continue pour les médecins généralistes en exercice en Haïti, tout en mesurant l'impact d'une telle initiative.

IMPLÉMENTATION

Ce programme a rassemblé 106 médecins généralistes et résidents en service social des 10 départements du pays (fig. 1) et s'est déroulé sur le semestre de l'année 2023.

Fig. 1 : Répartition des médecins inscrits au programme de formation médicale continue

Le recrutement des participants s'est fait par des canaux de communication traditionnels (annonces à certaines associations médicales haïtiennes et rencontres) et modernes via les réseaux sociaux. Les participants avaient l'obligation de fournir une pièce justificative de leur statut de médecin pour être éligible au programme. Un questionnaire a été administré lors de l'enrôlement pour recueillir des informations sur les besoins en formation des participants. À la suite du traitement des données du « need assessment », un comité académique a élaboré un curriculum avec des objectifs d'apprentissage spécifiques en adéquation avec les attentes des participants, ainsi qu'un calendrier de formation. Douze (12) thèmes englobant les maladies chroniques non transmissibles, les urgences et la radiologie ont été développés selon un format e-learning tous les deux jeudis. Pour chaque session, un formateur international francophone ainsi qu'un médecin spécialiste pratiquant en Haïti ont été sélectionnés pour animer les discussions, offrant ainsi une perspective à la fois globale et locale de chaque thématique. Une classe virtuelle a été conçue, offrant aux participants un accès gratuit à la totalité du contenu des modules après la création de leur compte étudiant. Le replay de chaque conférence était disponible sur la classe virtuelle en quelques jours. Des pré-tests et post-tests étaient administrés pour 9 modules en vue de mesurer l'acquisition des connaissances, ainsi qu'un questionnaire d'évaluation de la qualité de chaque conférence. Un deuxième FOCUS group était réalisé pour évaluer l'appréciation globale du programme par les médecins et l'impact sur leur pratique clinique. Ce processus d'implémentation était constamment analysé, évalué et adapté au besoin (fig 2). Pour encourager la participation des médecins, des canaux de communication via les réseaux sociaux ont été créés pour faciliter les échanges, ainsi qu'un forum sur le site internet du Globalmedednetwork pour le partage de cas cliniques et discussions avec les formateurs.

À l'issue de ce programme de formation, une certification validée par le programme de médecine familiale du Borinquen Medical Centers (États-Unis) a été décernée aux participants ayant satisfait les exigences requises.

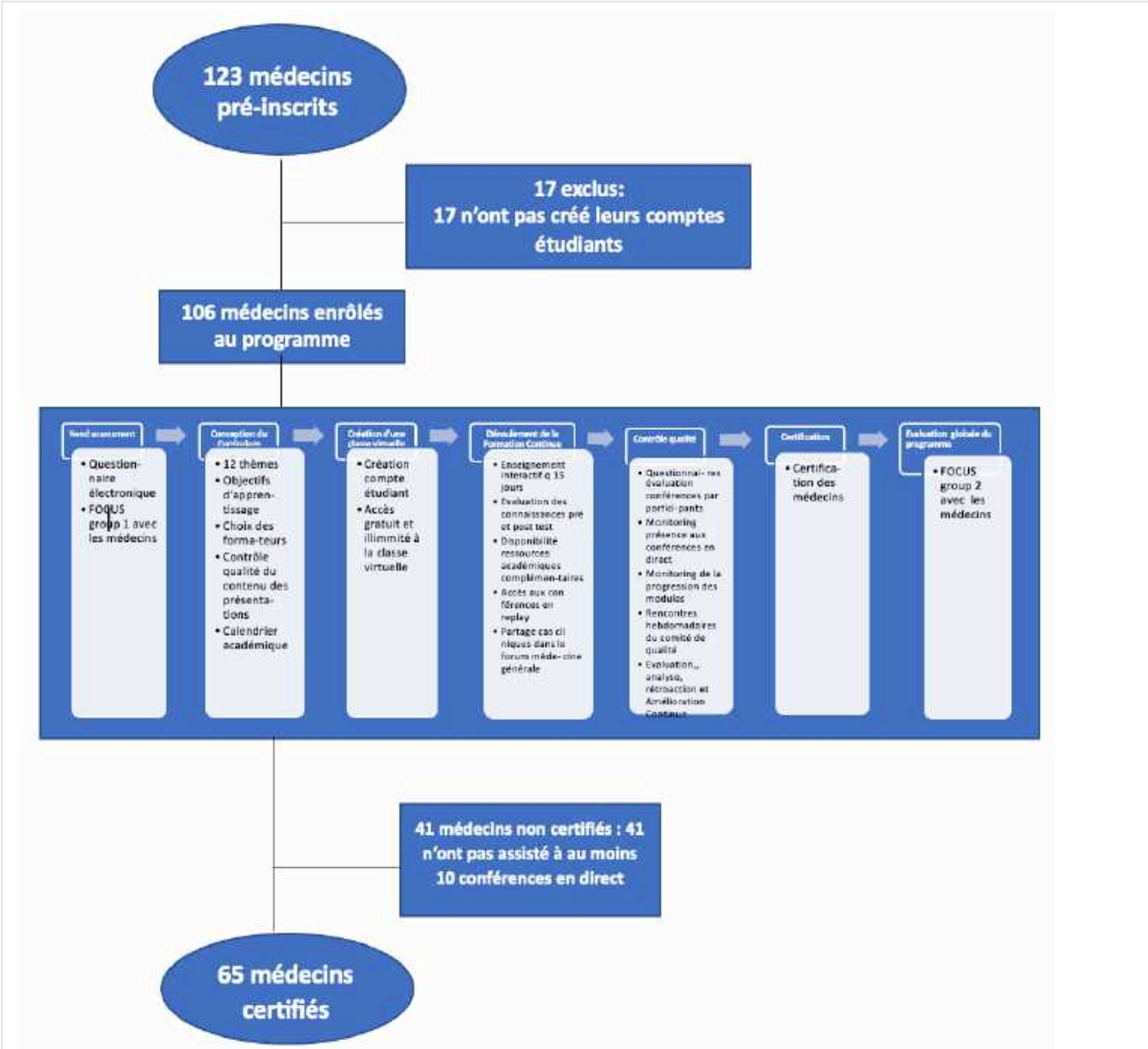


Fig. 2 : Processus d'implémentation du programme de formation médicale continue

RÉSULTATS

Sur l'ensemble des participants, 51 % étaient de sexe féminin, et les résidents en service social représentaient 40% des personnes enrôlées au programme. Le taux de participation aux conférences en direct s'élevait à 60 %, et 61 % des médecins inscrits ont réussi à obtenir leurs certificats. Concernant la performance des participants, la moyenne des participants a augmenté de 36 % aux résultats des post tests (fig. 3). La formation a comblé les attentes de 89 % des participants, se révélant pertinente pour la pratique clinique quotidienne de 87 % des médecins. Notablement, 92 % des participants ont souligné avoir acquis de nouvelles connaissances au cours du programme. En ce qui concerne les thématiques développées, les sujets les plus pertinents pour les médecins étaient les urgences chirurgicales, l'hypertension artérielle et les grossesses à risque. Les thèmes qui ont pleinement répondu aux attentes de la majorité des médecins étaient les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la dépression et l'insuffisance rénale chronique. Il est à noter que l'AVC était considéré comme le thème le plus enrichissant par 98 % des participants, avec un impact positif sur leur pratique médicale.

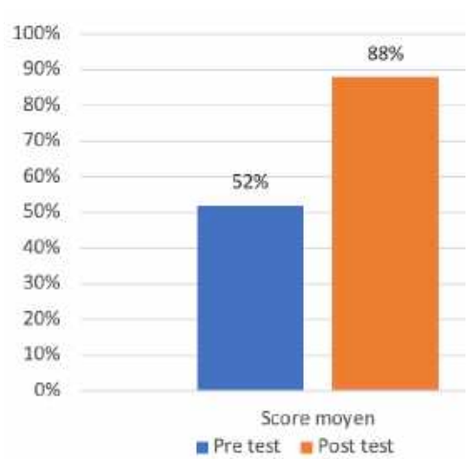


Fig. 3 : Moyenne des scores pré-VS. post-implémetation

Fig. 4 : Thèmes plus pertinents

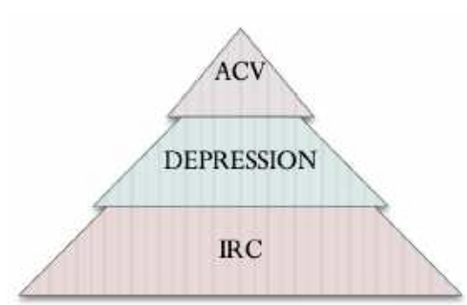


Fig. 5 : Thèmes les plus appréciés

CONCLUSION

L'implémentation de ce programme de formation médicale continue en Haïti a été une contribution aux réponses à la détérioration du système de santé haïtien, confronté à des défis majeurs. Ce projet co-piloté par le Globalmedednetwork et le Center for Haitian Studies visait à renforcer les compétences de médecins généralistes, dans un contexte où la formation continue était largement inaccessible.

L'analyse des résultats a révélé un taux de participation satisfaisant, indiquant un fort engagement des médecins dans le programme malgré les contraintes liées à l'énergie et à la couverture internet dans certaines régions du pays. Les retours des participants ont été très positifs, que ce soit en termes d'attentes comblées, de pertinence pour leur pratique clinique et d'acquisition de nouvelles connaissances.

Cette initiative a démontré qu'un programme de formation médicale continue, adapté aux réalités locales et accessible à une large population de médecins généralistes, peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins de santé dispensés en Haïti. Toutefois, pour garantir la durabilité et l'expansion de telles activités, des investissements continus dans les ressources éducatives et une collaboration avec divers acteurs sont essentiels. L'expérience de ce projet pilote offre une base solide pour guider d'éventuelles initiatives futures visant à renforcer davantage le système de santé haïtien par le biais de la formation continue des professionnels de la santé.

RÉFÉRENCES

1. *García-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. Med Educ. 1995;29(1):3–12.*
2. *Haar RJ, Naderi S, Acerra JR, Mathias M, Alagappan K. The livelihoods of Haitian health-care providers after the January 2010 earthquake: A pilot study of the economic and quality-of-life impact of emergency relief. Int J Emerg Med [Internet]. 2012;5(1):13. Available from: http://www.intjem.com/content/5/1/13*
3. *Holmer H, Lantz A, Kunjumen T, Finlayson S, Hoyler M, Siyam A, et al. Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. Lancet Glob Heal. 2015;3(S2):S9–11.*
4. *Sriram V, Bennett S. Strengthening medical specialisation policy in low-income and middle-income countries. BMJ Glob Heal. 2020;5(2):1–5.*
5. *Ayibopost/ Haiti en danger l'insécurité pousse les médecins spécialistes à quitter le pays. Accessed on Decmber 28th, 2021. https://ayibopost.com/haiti-en-danger-linsecurite-pousse-les-medecins-specialises-a-quitter-le-pays/*
6. *Densité de médecins (pour 10 000 habitants). Accessed on December 28th 2023. https://data.who.int/fr/indicators/i/217795A#disclaimer-maps*
7. *Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach [Internet]. 2003 Nov 1;25(6):569–84. Available from: https://doi.org/10.1080/0142159032000151907*
8. *Illing J, Taylor GB, O'Halloran C. Can a postgraduate course for general practitioners deliver perceived benefit for learners, patients and the NHS?: a qualitative study. Med Teach [Internet]. 2002 Jan 1;24(1):67–70. Available from: https://doi.org/10.1080/00034980120103513*
9. *Winding O. World federation for medical education (WFME) guidelines for using computers in medical education. Med Educ. 1998;32(2):205–8.*
10. *em_articleMetadata_493984.*
11. *Nádas M, Bedenbaugh R, Morse M, McMahon GT, Curry CL. A Needs and Resource Assessment of Continuing Medical Education in Haiti. Ann Glob Heal [Internet]. 2015;81(2):248–54. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2015.03.003*

Auteur correspondant :
Dawson CALIXTE, MD
Service Médecine C, CHBT
DU HTA maladies cardiovasculaires et rénales, Université de Strasbourg
DU Prise en charge Insuffisance Cardiaque, Université de Nantes
DU Suivi patient diabétique, Université Paris Cité
Directeur académique Global Medical Education Network

2. « L'UEH bientôt dotée d'un programme postgrade en gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments.

Selon ***LA QUESTIONNEWS***

" L'Université d'Etat d'Haïti (UEH), le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et le Empower School of Health (une organisation mondiale de premier plan en matière d'éducation à la santé, d'apprentissage numérique et de renforcement des capacités), ont conjointement signé un protocole d'accord tripartite le mercredi 31 janvier 2023 pour l'établissement d'un programme postgrade en gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments. Les trois institutions étaient représentées par leur titulaire, respectivement le Recteur Fritz Deshommes, le Ministre de la Santé Publique et de la Population, Dr Alex Larsen et le Directeur Exécutif de Empower School of Health, professeur Paul S. Lalvani. »

Pour en savoir plus, veuillez cliquer sur le lien suivant :

https://laquestionnews.com/lueh-bientot-dotee-dun-programme-postgrade-en-gestion-de-la-chaine-dapprovisionnement-des-medicaments/

LABORATOIRES FARMATRIX
https://labfarmatrix.com/

INFORMATIONS SOCIO-CULTURELLES

1. Remise de diplômes aux résidents sortants à Hôpital Universitaire la Paix

Le 17 décembre écoulé s'est tenue à l'Hôpital Universitaire La Paix (HUP) la cérémonie de remise de diplômes aux résidents sortants, évènement inédit dans ses annales.

La promotion comprend près d'une trentaine de jeunes médecins diplômés en Médecine interne, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, orthopédie, chirurgie et anesthésiologie.

Elle porte le nom de "Promotion de Dr Ernst Pady", en mémoire de l'un des plus anciens MDS, Pédiatre, de La Paix.

Fig. 3 : Le parrain et la marraine entourés des officiels invités

La résidente chef sortante de la pédiatrie a parlé au nom des autres remerciant le staff directeur et enseignant de l'ambiance et de la formation reçue.

Une cérémonie de passation de flambeau clôtura l'évènement.

Fig. 4 : Le ministre Larsen, parrain de la promotion remettant une distinction à la résidente chef

2. Les dernières nouvelles de GRAHN

Reynald Altéma, M.D.

GRAHN a débuté l'année en fanfare en lançant la toute première édition de KOUS LENDEPANDANS à Milot le 14 janvier. L'événement a été diffusé en direct sur YouTube. Une foule de citoyens émerveillés a participé à cet événement au cours duquel des jeunes âgés de 9 à 11 ans ont couru des courses de 1 à 1,5 km. Bien que ce fût la première fois que cet événement ait lieu à Milot, la Fondation Osaka organise de telles célébrations depuis trois ans à Jacmel, où elle dispose d'un vaste campus formant des athlètes. Cette course à Milot est le fruit d'une collaboration entre la branche d'Ottawa de GRAHN et la Fondation Osaka. GRAHN a ainsi baptisé son programme d'intégration de l'athlétisme dans le cursus scolaire à Génipallier, le site de la Cité du Savoir, une communauté en gestation. La course a bénéficié de la participation des autorités locales et des citoyens et s'est déroulée sans accroc. Une ambiance de fête régnait, des concitoyens fiers sont venus participer à cet événement, un antidote aux tristes événements qui secouent le pays.

Quelques-uns des champions

La construction du premier pavillon du Centre est dans sa dernière phase. La mise en place d'un cachet extérieur et l'ameublement vont commencer. Cette deuxième partie du projet ouvrira la porte à la partie la plus difficile : comment en faire un succès opérationnel et éviter les écueils d'autres efforts similaires qui se sont soldés par un éléphant blanc. Conscient de cela, le comité de pilotage travaille d'arrache-pied à l'élaboration d'un plan visant à recruter du personnel qualifié et à mettre en œuvre les politiques adéquates pour assurer le bon fonctionnement du centre. La tâche sera ardue, mais pas impossible. L'un des objectifs est l'élaboration de la télémédecine, ce qui permettra d'élargir l'aire de la population ciblée. L'intention est d'introduire progressivement les offres jusqu'à ce que les activités se déroulent à plein régime. L'ouverture sera pour le printemps, car tous les problèmes doivent être résolus. Nous vous tiendrons au courant.

3. Journée mondiale des Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Communiqué de presse
Port-au Prince, le 30 Janvier 2024

La Journée mondiale des maladies tropicales négligées (MTN) lancée par la 74e Assemblée Mondiale de la Santé en Mai 2021, en est, ce **30 Janvier 2024,** à sa quatrième étape. L'objectif de cette journée mondiale est d'examiner le problème des souffrances causées par les MTN ; de célébrer ceux qui s'engagent pour faire face à ce fardeau ; de souligner les réalisations des communautés locales et mondiale qui luttent contre les MTN ; et de mobiliser davantage de soutien en faveur de la lutte, de l'élimination de ces maladies, dans le cadre des ODD-2030.

En Haïti, la filariose lymphatique (FL) est la principale MTN représentant une forte menace de santé publique pour environ 4 millions de personnes parmi les populations de 18 communes du pays dans les départements de l'Ouest, de l'Artibonite, du Nord, et du Nord-Ouest, à haut risque de transmission, dans des milieux non sécuritaires.

Les accès aigus de la FL sont douloureux et invalidants et dans sa phase chronique, la maladie présente un gonflement des tissus, un épaississement de la peau dite éléphantiasis des membres ou une hydrocèle (tuméfaction scrotale). Ces difformités physiques compromettent toute capacité d'autonomie des personnes affectées devenant un fardeau socio-économique pour eux-mêmes et leurs familles. La stigmatisation sociale associée à cet état physique, entraîne

des répercussions négatives sur la santé mentale des malades. L'offre d'un paquet de soins essentiels à toutes les personnes atteintes de filariose lymphatique, dont la prise en charge des cas de lymphœdème afin de freiner l'évolution de la maladie et la chirurgie contre l'hydrocèle ou le traitement des infections, fait partie des impératifs à atteindre par le programme vers l'objectif de couverture sanitaire universelle.

En amont, l'administration de masse de médicaments est la stratégie de chimio prévention recommandée par l'OMS pour éliminer la filariose lymphatique.

A cet effet, en dépit de nombreux défis en 2023, dont la baisse des financements extérieurs, les contraintes internes liées au contexte d'insécurité, ayant paralysé les opérations dans l'Ouest, le Programme national de lutte contre la filariose lymphatique (PNCM-FL) accompagné de ses partenaires techniques a pu mener un nouveau tour de traitement médicamenteux de masse (TMM) soutenu par la participation de plus de 263 mille personnes dans 5 communes du département du Nord, Quartier Morin, Plaine du Nord, Acul du Nord, Milot et Cap-Haïtien, soit environ 76% de la population visée pour l'efficacité de la bithérapie DEC et Albendazole.

De plus, le PNCM-FL a pu lancer la stratégie de trithérapie IDA (avec l'Ivermectine, le Diéthylcarbamazine et l'Albendazole) dans la commune de Limonade, selon les dispositions de son plan stratégique 2019-2024. La réponse de la population a produit des résultats dépassant largement la cible de participation (115%) avec une efficacité de 98% de la population visée ayant accepté de participer à la chimiothérapie préventive.

C'est l'occasion pour le MSPP de remercier ces communautés de leur marque de confiance envers la stratégie du programme et saluer le dévouement de son personnel institutionnel et communautaire ayant fourni un encadrement robuste à la réalisation de ces tours de TMM, par-delà les nombreux obstacles inhérents à toute activité de masse.

Parallèlement, des activités de pré enquête (pré TAS) ont fourni des projections prometteuses pour des communes du Nord et du Nord-Ouest. Tandis que des enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL conduites en Décembre 2023 ont confirmé que les départements des Nippes et du Sud-Est sont bien libérés de la transmission locale.

Le thème 2024 de la Journée Mondiale des MTN exhorte à S'Unir, Agir et Éliminer les MTN. Dans cette perspective, le MSPP renouvelle envers ses partenaires techniques, les communautés haïtiennes, son engagement à poursuivre la lutte ensemble, tout en amplifiant ses appels aux autres acteurs étatiques et civils de prêter main forte. Avec la convergence de divers secteurs pour appuyer les communautés, l'objectif d'élimination peut être atteint. Nan Tèt Kole, Nap Aji, Nap Kwape Filaryoz Lenfatik nan peyi Dayiti.

Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
– UCMIT, 17 rue Darguin, Pétionville, Haïti
Contact: email ucp_secretaire@yahoo.fr
Téléphone/WhatsApp (509) 4452–3693

4. Dr Paul Rochelin Saint-Jean, une mémoire photographique des urgences hospitalières en Haiti.

Dr Paul Rochelin Saint-Jean est un médecin orthopédiste diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'État d'Haïti de la Promotion 2003-2009.

Il est l'un des deux lauréats de la bourse de photographie 2024 attribuée dans le cadre d'un concours organisé pour le 80e anniversaire du Centre d'art sponsorisé par la FOKAL.

Il avait opté pour un projet médical.

En effet, le projet consistait à mettre en photos les cas de traumas et de plaies par balle reçus dans les salles d'urgence des hôpitaux surtout liés à la violence.

Cette passion pour la photographie remonte à environ une quinzaine d'années.

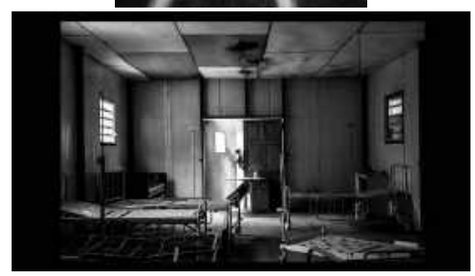


Fig. 1, 2 et 3 : Quelques-unes des photos du photographe Rochelin

Étant aussi couturier de profession, il voulait exceller dans cet art afin de mieux présenter ses créations.

Le projet durera un an et les deux boursiers vont bénéficier d'un fonds et seront encadrés par deux experts internationaux en photographie.

5. Vente signature du livre "The challenging life of a haitian surgeon" écrit par le Dr. Christophe Millien.

Le mardi 20 février 2024 à 14h00, une vente signature a eu lieu pour le livre "The Challenging Life of a Haitian Surgeon" écrit par le Dr. Christophe Millien. L'événement s'est déroulé à la salle de conférence de l'hôpital Universitaire de Mirebalais, ainsi que sur la plateforme Zoom pour permettre la participation de nombreux invités.
Le livre, écrit par le Dr. Millien, offre un aperçu unique de la vie et des défis rencontrés par un chirurgien haïtien. Il raconte son parcours, ses expériences et les obstacles

qu'il a dû surmonter pour devenir un chirurgien accompli dans un environnement médical souvent difficile.

La vente signature a été un succès, avec une participation significative d'invités sur place et en

ligne. Les participants ont eu l'occasion d'entendre le Dr. Millien parler de son livre et de ses expériences personnelles, ainsi que de poser des questions et d'interagir avec lui.

L'événement a été un moment important pour le Dr. Millien et pour la communauté médicale haïtienne, offrant une occasion de célébrer ses réalisations et de reconnaître les défis qu'il a surmontés pour y parvenir.

Propos de remerciements de l'auteur

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à chacun d'entre vous en ligne ou en présentiel pour votre soutien et votre présence lors de la vente signature de mon ouvrage, "The Challenging Life of a Haitian Surgeon". Votre présence et votre intérêt pour mon travail m'ont profondément touché.

Écrire ce livre a été un voyage émotionnel et intellectuel intense pour moi. Il a fallu beaucoup de temps, de réflexion et de travail acharné et la collaboration de plusieurs mentors et amis pour le réaliser. Cependant, c'est la passion pour mon travail, mon amour pour les autres, et le désir de partager mon expérience qui m'ont motivé à le faire.

Je suis reconnaissant pour les échanges enrichissants que j'ai eus avec chacun d'entre vous la aujourd'hui lors de la vente signature. Votre présence, vos questions, vos commentaires et vos encouragements ont été précieux pour moi. J'espère que mon livre vous a apporté un peu de compréhension et d'inspiration.

Je tiens également à remercier tous les parents, amis, confrères, camarades et invités pour leur soutien indéfectible tout au long de ce projet et pour avoir rendu possible cet évènement aujourd'hui. Un grand merci également à la famille ZL et PIH et au personnel de l'HUM pour nous avoir accueillis.

Je suis reconnaissant pour chaque personne qui a croisé mon chemin et qui a contribué à faire de cette journée un succès. Merci encore pour votre soutien et votre présence.

Merci mille fois merci

Dr Christophe Millien, Auteur

ÉTHIQUE

Nous sommes frères ...

Gérald LEREBOURS, MD
Spécialiste en Santé publique et en éthique médicale

Nous nous rappelons tous le jour où nous avons prêté serment pour faire partie officiellement de la gent médicale. Nous étions si fiers en répétant les mots du serment d'Hippocrate ! Actuellement nos jeunes consœurs et confrères disent ceux du serment de Genève beaucoup plus en adéquation avec le monde d'aujourd'hui.

Main droite levée, nous avons affirmé : « J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. » Dans l'actuel serment : « JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. »

Que voulions-nous affirmer lors ? Outre le respect du patient avec toutes ses incidences, le respect de notre profession, mais aussi les valeurs humaines promues par la gent médicale depuis des lustres, dont fait partie la Fraternité, reconnaitre que nous sommes des frères de profession. Fraternité s'appuyant sur l'objectif principal de la bioéthique : le respect de l'être humain.

Le Code de Déontologie de l'Association Médicale Haïtienne (AMH) surenchérit dans son article 20 : « En matière d'honoraires, la courtoisie envers le confrère et sa famille immédiate (père, mère, époux, épouse et enfants mineurs) est encouragée, mais laissée à la discrétion du médecin. » Est-ce le nombre de plus en plus important de médecins travaillant dans notre pays ou l'arrivée sur le marché des compagnies d'assurance, les causes premières de la rareté dans l'application de cette promesse ?

Pourquoi les médecins présentent-ils des honoraires à leurs confrères ou à leurs proches actuellement ? La notion de Fraternité a-t-elle disparue ? La situation économique actuelle en serait-elle cause ? Déjà avec le développement de la technologie, les médecins s'éloignent des patients oubliant même qu'il ne s'agit pas d'un cas mais plutôt d'un être humain avec son vécu, ses croyances, son environnement, une situation économique donnée, donc un être humain holistique à un moment donné, dans une situation donnée. S'il en est ainsi avec les patients à plus forte raison avec nos frères de profession.

Serait-ce lié d'une façon ou d'une autre à la formation reçue à la faculté ? Pourtant dans les facultés de médecine de nos jours les jeunes sont initiés au travail en groupe, une façon de les inciter plus tard à ouvrir des cabinets ensemble, au nom de la fraternité. La célèbre « fête des bleus » a disparu, remplacée par « la cérémonie de la blouse blanche » au cours de laquelle les ainés s'engagent à encadrer les nouveaux arrivés et ces derniers à s'aider mutuellement. Toujours cette fraternité présente déjà au cours des études, appelée à se poursuivre dans la pratique professionnelle, leur rappelant ce lien qui doit être préservé au cœur de la médecine.

Pouvons-nous imputer cette mise aux oubliettes de cette qualité dans nos cliniques à la situation actuelle ? Nous ne saurions ignorer la situation délétère que vit notre Haïti. Beaucoup de nos consœurs/confrères sont victimes de la violence et de l'insécurité : en 2023, deux médecins ont disparu, vingt ont été kidnappés, des parents proches de médecins ont aussi vécu des kidnappings. Mais est-ce une raison pour mettre de côté les valeurs bioéthiques de la médecine ? Le respect de l'être humain, le respect des mots dits au cours d'un serment, le respect de la profession, le respect de nous-mêmes ? Face à une catastrophe les frères sont appelés à se serrer les coudes, à se soutenir.

Nous savons depuis belle lurette que des médecins recrutent des jeunes des rues pour détourner les clients d'autres confrères. Quand il s'agit de gagner quelques sous en plus, on met de côté toutes valeurs éthiques : respect, honnêteté, fraternité, solidarité, générosité, disponibilité, sincérité, … ?

On ne peut s'empêcher de s'interroger sur la tournure que prend la pratique de la médecine dans notre Haït à l'heure actuelle quand ces mots horribles franchissent les lèvres d'un non-médecin : « Des médecins sont parfois responsables de kidnappings de médecins ». Pourquoi ? Simplement pour accaparer leur clientèle ! L'appât du gain aurait-il effacé toute valeur en nous ? Les valeurs, que nous sommes sensées prôner, ont-elles pris l'avion avec « le programme Biden » ? Il est grand temps de nous ressaisir !

Vous pouvez entendre Monsieur Réginald Delva en parler au cours d'un entretien sur les ondes de Radio Métropole le 13 décembre dernier (https://www.youtube.com/watch?v=7mHCdC2d9aw)

Dans l'espoir de nous rappeler le respect de l'autre, de nous-mêmes, de notre profession, dans l'espoir de recentrer nos pensées, nos idées, nos réflexions sur les valeurs éthiques de la médecine, les qualités humaines, pour remettre ces valeurs à l'ordre jour, nous vous proposons de lire encore une fois, de relire les textes des serments d'Hippocrate et de Genève :

Le serment d'Hippocrate

« Je jure par Apollon, médecin, par Asclépios, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivants :

Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jour. Je partagerai avec lui mon savoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je ferai part de mes préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement, je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté.

Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent.

Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.

Quoi que je voie ou entende dans la société pendant ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire ! »

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins de France en 2012.

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

La déclaration de Genève

La déclaration de Genève, également intitulée Serment du médecin, figure dans le code de déontologie médicale de l'AMH). Cette déclaration a été adoptée par l'assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale en 1948. Elle a fait l'objet de plusieurs révisions, la dernière date d'octobre 2017.

« En ma qualité de membre de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient.

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement. »

PETITES ANNONCES

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

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

CONFÉRENCES FMC

24 janvier 2024

Le FMC vous remercie de votre participation à ses activités et à l'entretien d'une communication d'un niveau très appréciable sur le groupe. Il vous informe que sa 46e conférence n'aura pas lieu en ce mois de janvier 2024. Elle est programmée pour le mercredi 28 février prochain. Entre temps, le FMC vous invite à visionner sur YouTube certaines de ses conférences en cliquant sur les liens suivants :

https://www.youtube.com/live/0OB_CkwOG9E?si=w9bQs2m2v012D9SG : Cancer du Sein

https://www.youtube.com/live/9jeC29G0zeg?si=jmkL-GMZb0zIOmrS : Oxygénothérapie

https://www.youtube.com/live/5-8u3Pa37yY?si=eCYAtClU966t20Jl : Notre Santé face à la pollution

https://www.youtube.com/live/lnJxWZrlUME?si=fOvIOlxA5_AvYkvx : Vivre avec le Microbiome

https://www.youtube.com/live/L6lIa2JscHo?si=aO1IlIVdqUxBhJe9 : Cancer de l'ovaire

https://www.youtube.com/live/YbErnRnjmvc?si=L9tX8JIoVb8ASID4 : Problématique de l'Oxygène

https://www.youtube.com/live/h86wEhwn8yc?si=n3KkIjdeCAFhLmWX : Anesthésie

https://www.youtube.com/live/xVL4k382nrA?si=or5bfDC9G9ghOwy5 : La Santé du Sommeil

https://www.youtube.com/live/T_QHBXcFoWw?si=eSz0rKes6YvkTHxd : Schizophrénie

https://youtube.com/channel/UCKSyz595oloJl8yf6kw4UEQ : pour 4 vidéo-conférences :

1- Infection urinaire et uropathies malformatives chez l'enfant
2- Profil épidémio-clinique des Cardiomyopathies en Haïti
3- Cardiomyopathie du Péri partum
4- Volvulus chronique sur Malrotation intestinale

https://www.youtube.com/live/t6KOHmzDzSk?si=oHkFSaDvfP-K41Fx : Cancer de la prostate

DÉPARTEMENT D'ONCOLOGIE DE L'HÔPITAL SAINT FRANÇOIS DE SALES

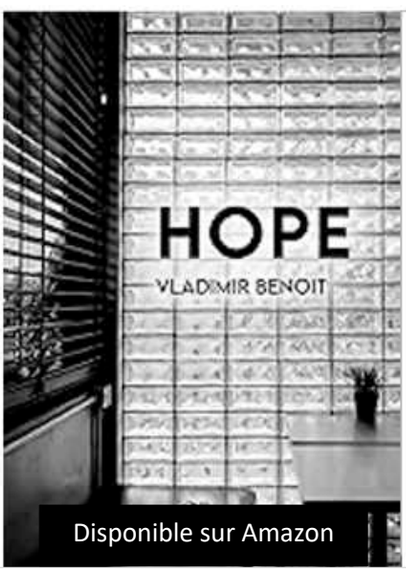
https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid02Taah3xT6S7tQDD2jKAM6HxWQakXkevDS4bPqaCj23nXtQwG3wxKrBs6Ff6eDo2wFl&id=100083227903826&mibextid=Nif5oz

Staff of the Medical School from 1918 - 1922.

From left to right : Drs Justin Dorsainvil, Paul Salomon, Horace Périgord, Charles Mahon, Lebrun Bruno, Kernizan, Catts Pressoir, Edouard Roy, Molière Civil, Benory Hyson, Emmanuel Day, Lamartine Camille, Louis Baron, Laurenceau. (Courtoise Dr Jacques Pelletier)

L'ACADÉMIE PONTIFICALE POUR LA VIE RÉCOMPENSE LA DOCTEURE MARIE GUERDA COICOU

https://fr.aleteia.org/2024/02/18/la-mission-dune-vie-de-marie-coicou-medecin-a-haiti/?utm_medium=email&utm_source=sendgrid&utm_campaign=EM-FR-Newsletter-Daily-&utm_content=Newsletter&utm_term=20240219



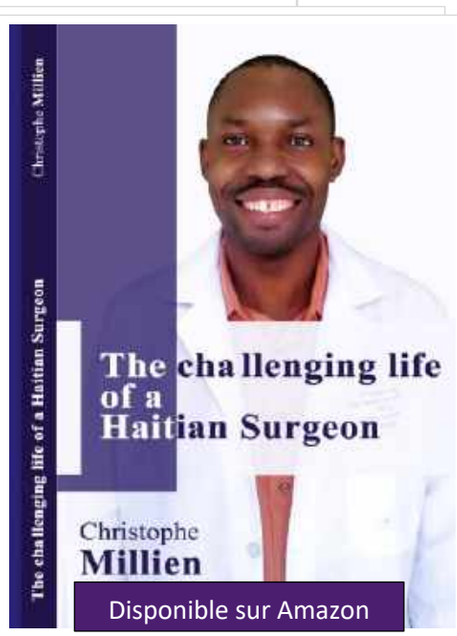
NOUVEAU LEADERSHIP À L'HÔPITAL ÉLIAZAR GERMAIN

https://lenouvelliste.com/article/246863/lhopital-eliazar-germain-de-nouvelles-reformes-pour-mieux-servir-la-communaute

par Claudy Junior Pierre

20 février 2024

DR GUILLAUME ESDRAS MEDICAL SUPPLIES

509 37 07 5597 – 1 854 394 7060

et tant d'autres !