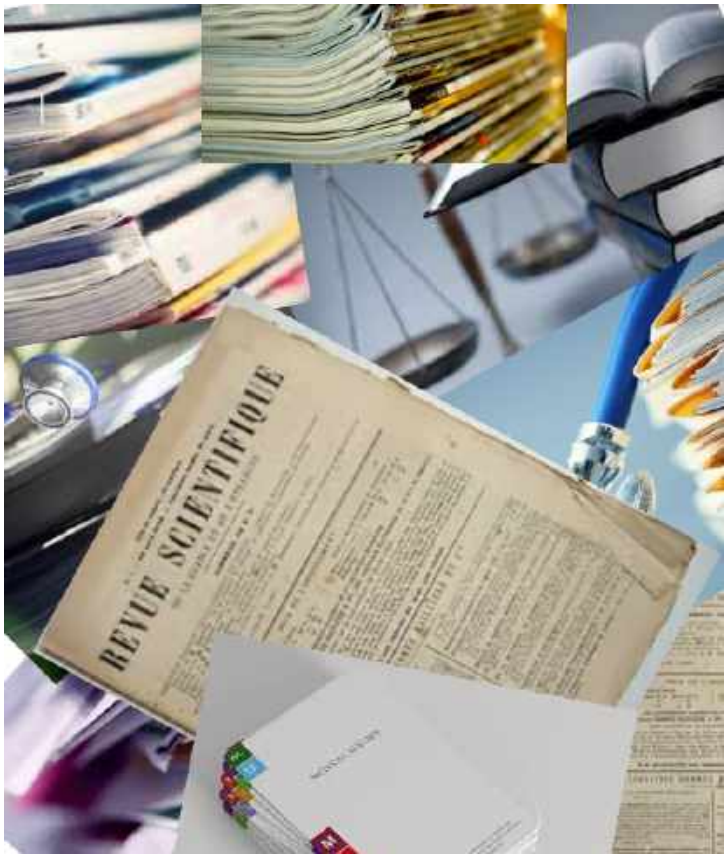
Vol. 7 No. 42

INFO-CHIR

Revue Haitienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie

Mai 2023



" La réussite appartient à tout le monde. C'est au travail d'équipe qu'en revient le mérite. "

Franck Piccard

SOMMAIRE

Page

ÉDITORIAL 3

I- ARTICLES MÉDICAUX

1- Traumatismes abdominaux en Haïti : quels liens avec les évènements socio-politiques ? Stéphanie Jean Baptiste, MD et al 4

2- Syndrome de Morel-Lavallée à l'Hôpital Militaire du Camp Fidèle Obrou en Centrafrique : à propos d'un cas. Service Yanguedet Moise et al 11

3- Traumatismes du nez : résultats de la prise en charge de 66 cas traités au CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo en République Centrafricaine Kossinda Frédéric, MD 14

4- Cardiomyopathie réversible, à propos d'un cas Reynald Altéma, MD 19

II- NEURO SCIENCES

Psychologie de la paix : Réalisations d'un sommet transformateur Rodginie Dorcent, BA et al 23

III- DIAPORAMA : Hypospadias juxta-angulaire et la technique de Thiersch-Duplay modifiée en Haïti Charles Denis, MD 27

IV- X TRÈME DIA : Adénocarcinome gastrique ulcéro- bourgeonnant Louis-Franck Télémaque, MD 31

V- DOSSIERS 32

1- Résidence hospitalière en Haïti : états des lieux, enjeux et perspectives Evans Vladimir Larsen, MD

2- Douleur chronique : signification et prise en charge. Denise Fabien, MD

3- Dépenses de santé en Haiti : les CNS 2016-2019 Jean-Patrick Alfred, MD

EDITORIAL

DE LA NÉCESSITÉ DE LA PUBLICATION SCIENTIFIQUE MÉDICALE

« La communication scientifique est indispensable pour permettre aux chercheurs de diffuser leurs résultats de recherche et permettre l'avancée des travaux en cours » [1]. Ceci explique l'importance que revêt le fait de s'adonner à des travaux de recherche scientifique et surtout d'en publier les résultats. Cette activité peut s'accomplir par une revue exhaustive de la littérature sur un sujet donné, ou la publication de travaux à caractère original. Le fait de publier des trouvailles ou des remarques sur des faits ou des aspects particuliers d'un phénomène observé habituel ou rare, apporte à la communauté des données nouvelles sur un sujet. Il peut également offrir l'occasion de réfléchir sur une alternative à la perception d'une maladie, ou au traitement appliqué à une pathologie. Deux scientifiques travaillant chacun de son côté et ayant publié les résultats de leurs observations apparemment identiques, contribuent à apporter une vision unitaire sur un problème donné. C'est ainsi qu'on parle de la « fracture de Pouteau-Colles », ou du « ganglion de Virchow-Troisier ». Ces publications peuvent aussi mettre en évidence les approches différentes de chercheurs sur un fait observé et non encore maîtrisé. On se souvient des débats contradictoires qui ont suivi l'éclosion de la Covid-19 et surtout son traitement au début de l'année 2020. L'unité de vue ou les divergences constatées dans les publications scientifiques médicales servent à enrichir les débats et, particulièrement, incitent à entreprendre et poursuivre les investigations devant conduire à la solution des problèmes liés à des sujets touchant la santé des populations.

À ce compte, la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie (RHCA) s'inscrit dans une démarche constructive celle d'inviter les travailleurs de santé, toutes professions confondues, à s'atteler à la tâche pour faire connaître les résultats de leurs travaux de recherche et les approches particulières qu'ils ont adoptées face à un cas spécifique dans l'exercice de leurs activités. Les circonstances particulières de l'exercice professionnel en Haïti ne sont pas inconnues, mais, malgré ces limitations, dans les deux dernières éditons de la RHCA, des auteurs ont présenté des modifications originales apportées à la prise en charge de cas de maladies, donnant ainsi une « couleur locale » à leur pratique. Ces particularités peuvent attirer l'attention de professionnels retrouvant dans ces publications des similitudes avec celles qu'ils ont pratiquées, ou encore inspirant d'autres collègues sur des approches jusque-là inconnues, mais tout aussi efficaces.

Dans ses différentes rubriques et publications, la RHCA offre l'occasion aux auteurs de travaux originaux de diffuser leurs observations et/ou de solliciter des points de vue sur les sujets qu'ils ont traités. Les Articles Médicaux, le Diaporama, l'X-TRÈME-DIA, les Grands Dossiers sont autant de fenêtres ouvertes sur l'extérieur et offertes aux chercheurs, aux prestataires de soins pour partager leurs expériences professionnelles avec des collègues accessibles dans les régions où nos publications sont lues et commentées.

C'est dans cet esprit de collaboration et d'ouverture que le présent numéro est offert au lectorat d'Info-CHIR/RHCA. Nous souhaitons qu'il permette de partager les résultats des travaux des auteur(trice)s avec les abonnés de la revue. La diversité des sujets présentés et leurs références documentées contribuent à faire de cette publication un numéro digne d'être lu.

Référence

- Science Ouverte France. La publication Scientifique aujourd'hui; Le site Couperin de la science ouverte en France

Le Comité de Rédaction et d'Éditorial.

I. Articles médicaux

TRAUMATISMES ABDOMINAUX EN HAÏTI : QUELS LIENS AVEC LES ÉVÈNEMENTS SOCIO-POLITIQUES ?

Stéphanie Jean Baptiste, [1] ; Wilma van den Boogaard [2] ; Jean-Pierre Letoquart [3] ; Jean-Gilbert NDong[1] ; Gérald Jonacé [1] ; Louis – Franck Télémaque [4]

[1]Médecins Sans Frontières – Haïti, Centre opérationnel Paris, Centre Traumatologie Tabarre, Port-au-Prince, Haïti.
[2]Médecins Sans Frontières – Luxembourg, Centre Opérationnel Bruxelles, Département Médicale -Unité recherche opérationnel (LuxOR), Luxembourg, Luxembourg.
[3]Médecins Sans Frontières- Paris, Centre opérationnel Paris, Département Médical, Paris, France.
[4] Hôpital St Louis, Chirurgie générale, Port-au-Prince, Haïti

RÉSUMÉ

Contexte : Les traumatismes abdominaux (TA) semblent fréquents en Haïti confronté à des violences socio-politiques récurrentes.

Objectif : Etudier les patients admis pour TA au centre traumatologie MSF-Tabarre (Port-au-Prince), et les circonstances de survenue.

Type d'étude : Étude transversale sur des données rétrospectives de Janvier 2020-Décembre 2021.

Résultats : Sur 3 211 patients admis pour traumatisme, 541 (17,3 %) avaient un TA, dont 500 (91,4 %) en lien avec des événements socio-politiques. Leur âge médian était de 30 (23-38) ans et 429 (85,8 %) étaient de sexe masculin. Une plaie par balle était notée chez 371 (74,2 %). La distance médiane entre le lieu de violence et l'hôpital était de 11 (7-15) km ; cependant, neuf (9), (1,8 %), étaient venus dans l'heure après le traumatisme ; la transfusion n'était pas réalisée ou insuffisante chez 169 (33,8 %). Une issue défavorable (décès, référence, sortie contre-avis médical) était notée chez 57 (11,4 %), avec 8,0 % de décès. L'instabilité politique était la principale cause de violence. Une issue défavorable était associée à une transfusion insuffisante (RR=2,4 ; IC 95 %=1,4-4,3 ; p=0,006) ou à une blessure par balle (RR=2,4 ; IC 95 %=1,1-5,2 ; p=0,002).

Conclusion : Les TA par balle étaient fréquents durant la période des évènements socio-politiques 2020-2021. Le manque de produits sanguins a eu un impact négatif sur l'issue des patients. Les mesures de sécurité et la collecte de sang doivent toujours être maintenues et renforcées.

INTRODUCTION

Les traumatismes représentent l'une des causes majeures de morbi-mortalité dans le monde, responsables de 4,4 millions de décès chaque année [1, 2]. Pas moins de 12 % de ces traumatismes seraient directement liés aux homicides ou aux affrontements entre groupes armés [3]. Parmi eux, les traumatismes abdominaux (TA) font partie des urgences les plus fréquentes, représentant 15 à 20 % des traumatismes, avec une mortalité avoisinant 20 % [4]. La situation est particulièrement préoccupante dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, où la prévalence peut atteindre 55 % des traumatismes, justifiée entre autres par l'ampleur des violences et la fréquence des agressions par armes souvent liées à des événements socio-politiques, comme démontré dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Nigeria [5, 6] ou encore en Amérique Latine, dans les Caraïbes [7].

Dans la littérature, les causes, les types de lésions, la sévérité, les facteurs pronostiques sont de contexte spécifique. Ainsi, dans un travail mené au Nigéria, avec une mortalité de 5,6 %, le choc hypovolémique, le clivage entre les milieux urbain et rural étaient parmi les facteurs pronostiques défavorables [5]. Dans un autre, en Afrique du Sud, où la mortalité était de 18 %, la majorité de ces traumatismes était survenue par armes à feu utilisées dans un but de rapt de véhicules [8]. Au Brésil, la plupart des TA étaient dus à des comportements déviants après une consommation excessive d'alcool ou de drogues [9]. D'autres facteurs contribuant à alourdir la mortalité chez les traumatisés de l'abdomen rapportés sont par exemple le retard dans le diagnostic, les difficultés d'accès aux soins de qualité ou à une prise en charge chirurgicale adéquate rapide, ou encore le manque de produits sanguins labiles [1, 6, 8, 9].

Pays ayant le plus faible revenu dans les Caraïbes, [10] Haïti est en proie à des violences sociopolitiques récurrentes depuis quelques décennies. Depuis 2019, des pics sont observés lors de nombreuses manifestations motivées par de multiples raisons, telles que les protestations anti-gouvernementales, la cherté de la vie, la pénurie de carburant, les affrontements entre gangs organisés. Port-au-Prince, la capitale, est l'épicentre de ces violences, avec conséquemment une fréquence élevée de traumatismes pénétrants à la suite d'agressions par armes blanches, à feu ou contondantes [8].

En décembre 2019, Médecins Sans Frontières (MSF) a apporté un appui au Ministère de la Santé Publique (MSPP), afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité pour la prise en charge de ces patients traumatisés. Malgré les améliorations, selon les données relevées au Centre de traumatologie pour le compte du deuxième semestre de 2020, la mortalité liée aux traumatismes reste toujours élevée, d'où la nécessité d'une analyse plus approfondie des réelles conditions de survenue de ces TA, ainsi que leurs caractéristiques dans ce contexte spécifique de Haïti.

Les objectifs spécifiques poursuivis au cours de cette étude réalisée dans ledit centre, entre janvier 2020 – décembre 2021 étaient de déterminer :

a) les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients victimes de TA,
b) leur tendance dans le temps et les circonstances de survenue ;
c) l'issue thérapeutique ;
d) et les principaux facteurs associés à une issue défavorable.

MÉTHODOLOGIE

Type d'Étude

Il s'agissait d'une étude transversale sur des données rétrospectives colligées sur les traumatisés abdominaux suivis dans le centre entre janvier 2020 et décembre 2021.

Cadre de l'étude

Le Centre de Traumatologie MSF-Tabarre de Port-au-Prince a été construit pour améliorer la prise en charge des urgences chirurgicales. Cet hôpital de 50 lits possède un service d'urgence qui fonctionne 24 h /24, 7 jours/7, un service de soins intensifs de six (6) lits et est doté d'une banque de sang. Malgré cela, à l'instar d'autres pays à faibles revenus, [11] le manque de dérivés sanguins est courant, ce qui complique la prise en charge en routine [12]. Le centre fournit des soins gratuits à la population.

Population d'étude

Tous les patients admis au Centre de traumatologie MSF-Tabarre, Port-au-Prince pour des traumatismes abdominaux liés aux actes de violence entre janvier 2020 et décembre 2021 étaient inclus. Ceux admis pour traumatisme abdominal lié aux accidents de la voie publique étaient exclus.

Variables, collecte et analyse des données

Les principales variables collectées étaient le délai d'arrivée, les événements socio-politiques, les données socio-démographiques, les modes de survenue, le mode d'admission, la durée d'hospitalisation et le devenir des patients. Elles ont été extraites de la base de données électronique utilisée à MSF-Tabarre dans un fichier Excel et ont été anonymisées.

Analyse statistique

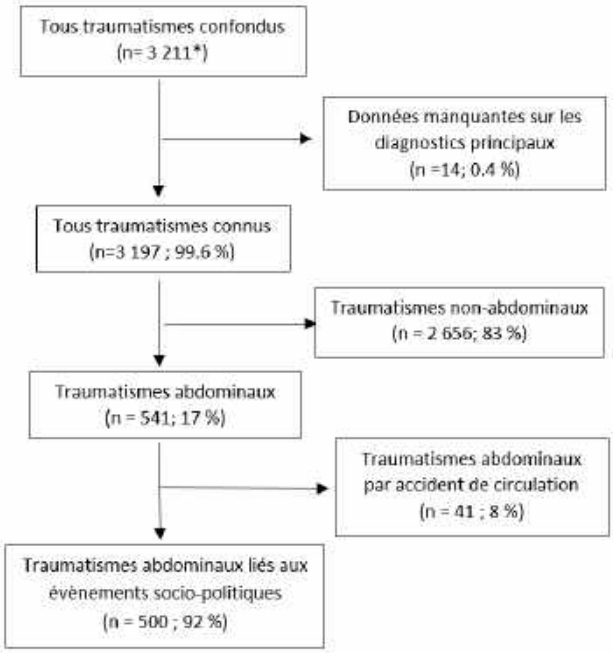
Les données ont été analysées avec le logiciel Epi Info 7.2.4.0. Les caractéristiques de base ont été décrites en utilisant les fréquences et les pourcentages pour les variables catégorielles, les médianes et les intervalles interquartiles (IQR) pour les variables continues. Une association entre une issue défavorable (décès, référence, sortie contre-avis médical) et certains facteurs explicatifs (transfusion sanguine, délai d'arrivée, séjour à l'hôpital et évènements socio-politiques) était recherchée par régression logistique simple. Le rapport de risque (RR), son intervalle de confiance à 95 % et la *p*-value étaient déterminés. Les tests de X^2 ou de Fisher Exact étaient utilisés. Deux médianes étaient comparées en utilisant le test de Kruskal Wallis. Le seuil de significativité était fixé à 5 %.

Considérations éthiques

L'accord du Comité National d'Ethique et de Recherche en Haïti a été obtenu. (Réf 2122-30). Cette recherche remplissait les critères d'exemption fixés par le Comité d'éthique de MSF pour les analyses a posteriori des données cliniques collectées de manière routinière et ne nécessitait donc pas d'examen MSF ERB. Elle a été menée avec l'autorisation du directeur médical du Centre Opérationnel de Paris.

RÉSULTATS

De janvier 2020 à décembre 2021, 3 211 patients victimes de traumatismes ont été admis à MSF-Tabarre. Le principal diagnostic était fourni chez 3 197 (99,6 %). De ces patients, 541 (17,3 %) patients avaient un TA, dont 500 (91,4 %) étaient en lien avec des événements sociopolitiques, après avoir exclu ceux provoqués par des accidents de la circulation (n=41 ; 7,6 %). Ces patients représentent aussi 17,3 % de l'ensemble des traumatisés admis pendant la période d'étude (Figure 1).



**Dix-huit patients sont décédés aux urgences, dont 7 décès dus au traumatisme abdominal ; et ne sont pas considérés comme des admissions, ils ont été exclus de l'étude.*

***Figure 1** : Diagramme de flux de tous les traumatismes confondus jusqu'à traumatismes abdominaux **causés par** la violence admis à MSF-Tabarre, Port-au-Prince, Haïti (2020-2021).*

Leur âge médian était de 30 (23-38) ans et la majorité était de sexe masculin au nombre de 429 (85,8 %). Les TA étaient survenus dans un contexte d'instabilité politique chez 171 (34,2 %), de manifestations contre la cherté de la vie ou la pénurie de carburant chez 148 (29,6 %). Ils étaient occasionnés par blessure par balle chez 371 (74,2 %). La distance médiane séparant le lieu de la violence de l'hôpital était de 11 (7 - 15) km ; et chez 231(46,2 %) la distance à parcourir était inférieure ou égale à 10 km. (Tableau 1).

En considérant l'ensemble des 2 326 cas de traumatismes post-violences, les TA représentaient aussi 21,5 %. Parmi eux, 9 (1,8 %) étaient venus dans l'heure suivant le traumatisme ; et 98 (19,6 %) dans les trois heures. La transfusion n'était pas réalisée bien qu'indiquée, ou était insuffisante chez 169 (33,8 %). L'issue était défavorable chez 57 (11,4 %), incluant 8,0 % de décès (n=40). (Tableau 2)

Quant aux événements survenus dans le temps, l'instabilité politique a été le plus fréquent pendant la période d'étude, particulièrement pendant les trois premiers trimestres de 2021, avec le pic de TA le plus élevé enregistré au deuxième trimestre (n=59 ; 17,3 %). (Figure 2)

Le nombre (N= xx) inclut tous les traumatismes admis, mais avec des données manquantes pour les évènements sociopolitiques

En s'intéressant plus spécifiquement à l'issue défavorable, le risque était élevé chez les patients insuffisamment transfusés (RR=2,4 ; IC 95 %=1,4-4,3 ; *p=0,006*), alors qu'il était apparu moindre chez ceux qui ne l'étaient pas du tout (RR=0,4 ; IC 95 %=0,1-0,9 ; *p=0,027*), comparés aux patients ayant eu une transfusion suffisante. De même, une blessure par balle était associée à un risque élevé d'issue défavorable (RR=2,4 ; IC 95 %=1,1-5,2 ; *p=0,002*). La durée médiane du séjour hospitalier était significativement plus courte en cas d'issue défavorable (1 jour vs 6 jours ; p*<0,00*). (Tableau 3)

DISCUSSION

De ce travail, nous retenons que les TA sont survenus chez deux patients sur dix (20 %) admis pour traumatisme ; et que d'eux, l'issue était défavorable chez un patient sur dix (10 %), le plus souvent par décès. En Haïti, les TA sont de loin causés par les violences sociopolitiques, dans neuf cas sur dix (90 %). Les principales raisons de ces mouvements d'humeur étaient l'instabilité politique et les protestations contre les conditions de vie. Mieux, l'accumulation des dites causes pendant la même période était corrélée à l'augmentation de ces cas. Les personnes les plus impliquées étaient des sujets adultes jeunes, âgés de 30 ans. En Haïti, ce sont plus souvent des jeunes hommes qui vont manifester et qui sont le plus souvent munis d'armes que les femmes. Cela semble expliquer pourquoi notre cohorte de patients était principalement composée de jeunes hommes. Ce qui est comparable à d'autres études où la violence est le principal instigateur des traumatismes abdominaux comme décrit par Ogbuanya et al [13]. Les lésions abdominales faisaient suite à des blessures par balle chez près des trois quarts d'entre eux, avec une issue plus défavorable démontrée. Ces résultats corroboraient ceux d'autres auteurs dans la littérature [1]. Même si un cas clinique rapporté en Haïti n'a pas retrouvé de dommages après TA par arme à feu, après laparotomie, ce fait est certainement exceptionnel [14].

Après le traumatisme, la distance séparant le lieu de violences de l'hôpital ne dépassait pas 10 km chez la moitié des patients. Pourtant, seulement une personne sur cinq (20 %) réussissait à parvenir à l'hôpital dans l'intervalle des trois heures. Le recours rapide à des soins de qualité est un élément essentiel à la survie des traumatisés. Les conséquences néfastes de tout retard dans la prise en charge de tels patients, particulièrement dans les pays aux ressources limitées, ont déjà été relevées par d'autres auteurs [5, 8, 15]. Les causes en sont multiples, incluant le manque d'équipements, d'ambulances, la mauvaise qualité des infrastructures routières, mais aussi la distance à parcourir [6]. Cette situation est loin d'être spécifique aux traumatisés puisqu'une étude

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients admis pour traumatismes à MSF-Tabarre, Port-au-Prince, Haïti (2020-2021)

Caractéristiques socio démographiques et politiques	Trauma Non-Abdominal N= 1826 (%)	Trauma Abdominal N= 500 (%)	Tous Traumas Confondus N = 3211* (%)
Àge en médian (IQR)	30 (23-39)	30 (23-38)	31 (24-40)
Sexe			
Masculin	1519 (83.2)	429 (85.8)	2638 (82.2)
Féminin	307 (16.8)	71 (14.2)	573 (17.8)
Évènement socio-politique			
Instabilité politique	550 (30.1)	171 (34.2)	989 (30.8)
Vie chère + pénurie carburant	531 (29.1)	148 (29.6)	922 (28.7)
Autres évènements politiques	26 (1.4)	32(6.4)	58 (1.8)
Données manquantes	719 (39.4)	149 (29.8)	1243 (38.7)
Origine du Trauma			
Par balle	1381 (75.6)	371 (74.2)	1752 (54.6)
Par accident de la circulation			885 (27.6)
Par arme blanche	272 (14.9)	112 (22.4)	384 (12.0)
Par choc direct	3 (0.2)	5 (1.0)	8 (0.2)
Autres	169 (9.3)	12 (2.4)	181 (5.6)
Données manquantes	1 (0.1)		1 (0.0)
Proximité patient-Tabarre			
Distance en kilomètres (N=1805/ N=490/ N=3161) en médian (IQR)	9 (7-15)	11 (7-15)	9 (7-15)
< 5 Km	145 (7.9)	38 (7.6)	237 (7.5)
5- 10 Km	836 (45.8)	193 (38.6)	1388 (43.2)
11-15 Km	222 (12.2)	70 (14.0)	348 (10.8)
16-20 Km	357 (19.6)	99 (19.8)	635 (19.8)
> 20 Km	245 (13.4)	90 (18.0)	553 (17.2)
Données Manquantes	21 (1.2)	10 (2.0)	50 (1.6)

**Inclus les 14 données manquantes et les 885 traumatismes dus aux accidents de la Circulation ; (IQR = Inter quartile Range)*

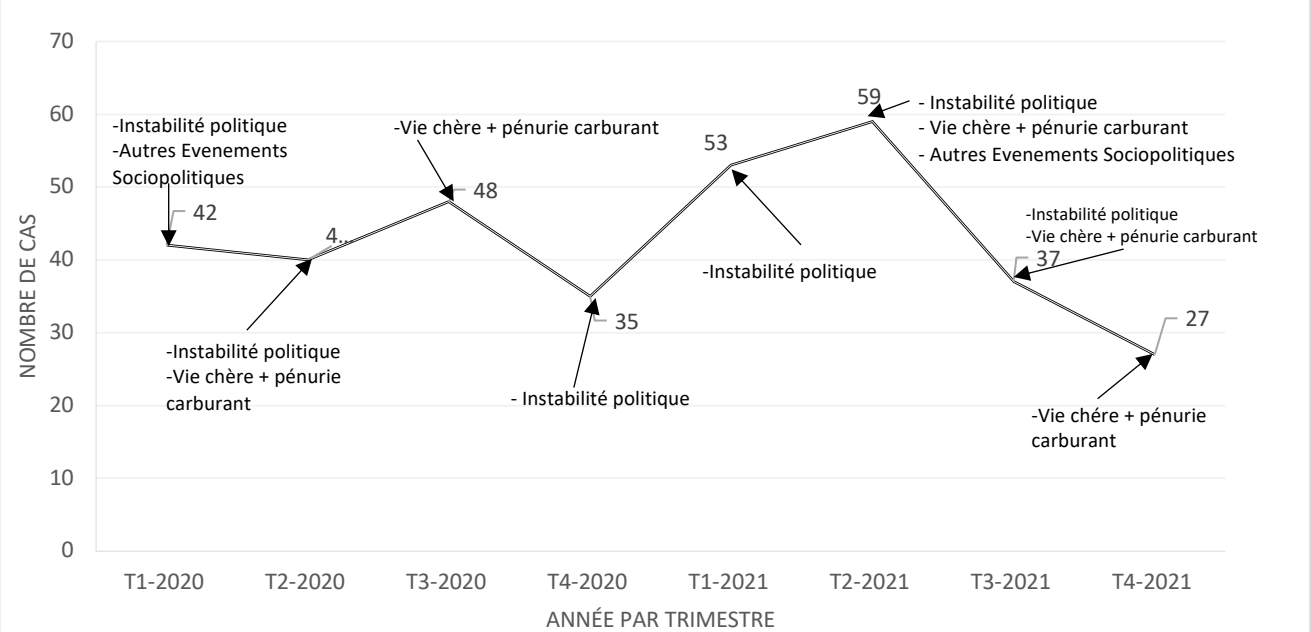


Figure 2 : Evolution des cas de traumatisme abdominal dans le temps et avec les événements sociopolitiques à l'origine des violences, admis au MSF-Tabarre, Port-au-Prince, Haïti (2020-2021)*

Tableau 2 : Caractéristiques médicales principales des patients avec un traumatisme admis à MSF-Tabarre, Port-au-Prince, Haïti (2020-2021)

Caractéristiques cliniques	**Traumatisme Abdominal N=500* (%)**	**Tous Traumatismes Confondus N=2326* (%)**
Modalité de référence		
- Spontanée	237 (47)	1378 (59)
- Référée d'un autre centre	262 (52)	947 (41)
- Données manquantes	1 (0.2)	1(0.0)
Délai d'arrivée		
- <1 heure	9 (2)	16 (0.7)
- 1-3 heures	89 (18)	180 (8)
- 4-6 heures	198 (40)	358 (15)
- 7-12 heures	56 (11)	101 (4)
- >12 heures	27 (5)	55 (2)
- Données manquantes	121 (24)	1616 (70)
Diagnostic Principal		
- Fracture Ouverte d'un membre		711 (31)
- Lésion superficielle		561 (21)
- Trauma Abdominal	500 (100)	500 (21)
- Trauma Thorax		430 (19)
- Autre Pathologie		100 (4)
- Trauma Tête		10 (0.4)
- Données manquantes		14 (0.6)
Transfusion		
- Non Indiquée**	155 (31)	879 (38)
- Oui	151 (30)	225 (10)
- Insuffisante (indiquée)	47 (9)	58 (3)
- Non reçue (indiquée)	122 (24)	670 (29)
- Données manquantes	25 (5)	494 (21)
Nombre des jours USI (N=193/N=316) médian (IQR)	4 (2-6)	3 (2-6)
Devenir		
- Décédé	37 (7)	57 (3)
- Guéri	204 (79)	7415 (67)
- PSA	12 (2)	30 (1)
- Référé	5 (1)	134 (6)
- Données manquantes	44 (9)	558 (24)
Nombre séjours l'hôpital (N=456/N=2099) médian (IQR)	6 (2-9)	(0-7)

** Tout Traumatisme post-violences sociopolitiques ; ¤ Issue défavorable= Référé + Décès + PSA (Parti Sans Autorisation) ; IQR=Interquartile Range ; USI= Unités de soins intensifs*

*** Non indiquée : le patient ne méritait pas de transfusion*

multicentrique à laquelle avait participé Haïti avait déjà relevé un long délai d'arrivée aux urgences pour les femmes et les enfants non-traumatisés [12]. Le contraste observé entre la faible distance à parcourir et le long délai mis pour parvenir à l'hôpital s'explique dans notre contexte par l'insécurité permanente qui limite le déplacement des ambulances, situation aggravée pendant la nuit.

Une fois en milieu hospitalier, la prise en charge de ces patients fait appel entre autres à la transfusion, puisque la majorité des décès évitables en traumatologie est liée à des hémorragies graves [12]. Un précédent travail mené en Haïti avait rapporté la fréquence d'hémorragies non négligeables et la nécessité de transfuser pour éviter le décès chez les traumatisés abdominaux [15]. Cette transfusion n'a pas été faite ou était insuffisante chez le tiers des patients [30 %]. La transfusion sanguine constitue une préoccupation quotidienne en Haïti, où le contexte sociopolitique limite voire empêche la collecte de sang, provoquant ainsi une inadéquation entre l'offre et la demande. Logiquement, les transfusions insuffisantes étaient associées à une issue défavorable, du fait de la mise en jeu habituelle du pronostic vital. Cependant, nous avons été surpris par l'association significative entre l'absence de transfusion et une issue plutôt favorable, contrairement aux données scientifiques. Une tentative d'explication pourrait être la priorisation des cas par les médecins selon la gravité de l'état clinique, attitude nécessaire devant la pénurie de produits sanguins labiles. Ainsi, les cas moins graves qui n'auraient pas bénéficié d'une transfusion immédiate, se seraient rapidement améliorés, grâce à l'arrêt du saignement et à une stimulation de l'érythropoïèse. Dans tous les cas, cette situation nécessite de mûres réflexions, voire des investigations supplémentaires.

Les patients qui ont eu un séjour hospitalier plus court (médiane=1) ont eu significativement une issue plus défavorable que ceux qui ont eu un séjour plus long (médiane=6). Ce qui est différent d'une étude tanzanienne où, un séjour hospitalier de ≥7 jours augmentait le risque de mortalité [16]. Dans cette étude, les critères d'inclusion étaient différents, n'incluant que les patients ayant bénéficié d'une intervention et la période de suivi, alors que dans notre étude, certains patients sont décédés le jour même de leur arrivée, alors qu'ils avaient déjà été admis, ou dans les jours qui suivent.

Forces et limites de l'étude

Bien que plusieurs études aient été précédemment menées en Haïti sur les traumatismes, l'originalité de celle-ci est d'avoir essayé d'analyser les TA et leur tendance évolutive dans le temps, à la lumière des événements socio-politiques ayant sévi dans le pays. De plus, plusieurs sources de données relatives aux patients admis pour TA ont été utilisées afin de recueillir le plus d'informations possibles. Par ailleurs, les autres forces de l'étude résident dans le nombre assez élevé de patients inclus et dans le fait d'avoir considéré tous ceux qui étaient admis pendant la période, permettant ainsi de limiter les biais liés aux fluctuations d'échantillonnage.

Toutefois, l'étude comporte aussi certaines limites. Étant de nature rétrospective, seules les informations disponibles dans la base de données de l'hôpital ont été exploitées. De même, des précisions sur certaines variables telles que les évènements socio-politiques, le délai d'arrivée et la transfusion sanguine manquaient. Bien qu'elles aient été complétées autant que possible à partir des registres et des dossiers personnels des patients, il en manquait encore un certain nombre, ce qui aurait pu fausser nos conclusions. Enfin, il était difficile de colliger certaines variables importantes comme les taux d'hémoglobine, qui auraient pu contribuer à réévaluer l'indication d'une transfusion après des jours d'hospitalisation chez les patients qui n'étaient pas immédiatement transfusés.

Implications Opérationnelles

Ce travail donne l'opportunité de plaider auprès des autorités gouvernementales du pays pour la mise en place de mesures pour un recours rapide aux soins, afin d'améliorer le pronostic des patients. Elles pourraient passer par une meilleure sécurisation des ambulances et des traumatisés sur le trajet menant vers l'hôpital. De même, il importe de mettre en place des stratégies innovantes pour l'approvisionnement ininterrompu en produits sanguins, même en période de crise.

CONCLUSION

Pendant les évènements sociopolitiques de 2020-2021, plusieurs cas de traumatismes abdominaux par balle ont été admis au service d'urgence de MSF-Tabarre, mais avec des retards importants malgré des distances courtes. La pénurie de produits sanguins a eu un impact sur le devenir des patients. Des efforts sont nécessaires pour un recours rapide aux soins en cas de traumatisme et une disponibilité permanente en produits sanguins labiles.

Conflits d'intérêts : Rien à déclarer

RÉFÉRENCES

1. *Sambo BT, Hodonou AM, Allode AS, Mensah E, Youssouf M, Menhinto D. Aspects Épidémiologiques, Diagnostiques Et Thérapeutiques Des Traumatismes Abdominaux À Bembéréké-Nord Bénin. Eur Sci J ESJ [Internet]. 30 mars 2016 [cité 1 janv 2022] ;12(9):395. Disponible sur : http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/7207*
2. *Injuries and violence [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence*
3. *Organisation mondiale de la Santé. Traumatismes et violence : les faits 2014 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2014 [cité 6 janv 2022]. 19 p. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/161367*
4. *Kambire JL, Souleymane O, Maurice Z, Salam O, Gustave SB. Les traumatismes abdominaux : Aspects épidémiologiques et lésionnels au Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso /. :5.*
5. *Omoke NI. Firearm injuries received in emergency room of a Nigerian Teaching Hospital: Aanalysis of pattern, morbidity, and mortality. Niger J Clin Pract. mai 2017 ;20(5):587-94.*
6. *Mnguni MN, Muckart DJJ, Madiba TE. Abdominal Trauma in Durban, South Africa: Factors Influencing Outcome. Int Surg. 2012;97(2):161-8.*
7. *Canudas-Romo V, Aburto JM. Youth lost to homicides: disparities in survival in Latin America and the Caribbean. BMJ Glob Health. avr 2019;4(2):e001275.*
8. *Ponsar F, Ford N, Van Herp M, Mancini S, Bachy C. Mortality, violence and access to care in two districts of Port-au-Prince, Haiti. Confl Health. 24 mars 2009;3:4.*
9. *Aluisio AR, De Wulf A, Louis A, Bloem C. Epidemiology of Traumatic Injuries in the Northeast Region of Haiti: A Cross-sectional Study. Prehospital Disaster Med. déc 2015;30(6):599-605.*
10. *Kong V, Weale R, Blodgett J, Bruce J, Laing G, Clarke D. Spectrum of injuries resulting from gunshot wounds in car hijacking: a South African experience. Trauma Surg Acute Care Open. déc 2018;3(1):e000260.*
11. *Lima SO, Cabral FLD, Pinto Neto AF, Mesquita FNB, Feitosa MFG, Santana VR de. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. Rev Colégio Bras Cir. août 2012;39(4):302-6.*
12. *Beltrán Guzmán I, Gil Cuesta J, Trelles M, Jaweed O, Cherestal S, van Loenhout JAF, et al. Delays in arrival and treatment in emergency departments: Women, children and non-trauma consultations the most at risk in humanitarian settings. PloS One. 2019;14(3):e0213362.*
13. *Ogbuanya AUO, Ugwu NB, Kwento N, Enyanwuma EI, Anyigor FF, Oko U. Abdominal Injuries from Civilian Conflicts: An Emerging Global Health Challenge in Rural Southeast Nigeria. Ann Glob Health. 89(1):4.*
14. *Jean Paul A, Mele NA, Medeus RAJ, Raphael WES, Aurelien N. A through-and-through abdominal gunshot wound without intra-abdominal damage: A case report. Trauma Case Rep. 1 déc 2021;36:100561.*
15. *WHO Action framework to advance universal access to safe, effective and quality assured blood products 2020 - 2023 [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur : https://www.who.int/news/item/19-02-2020-who-action-framework-to-advance-universal-access-to-safe-effective-and-quality-assured-blood-products-2020--2023*
16. *Ntundu SH, Herman AM, Kishe A, Babu H, Jahanpour OF, Msuya D, et al. Patterns and outcomes of patients with abdominal trauma on operative management from northern Tanzania: a prospective single centre observational study. BMC Surg. déc 2019 ;19(1) :69.*

Remerciements

Cette recherche a été menée dans le cadre de l'Initiative de recherche opérationnelle et de formation structurée (SORT-IT), un partenariat mondial dirigé par le Programme spécial de recherche et de formation sur les maladies tropicales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/TDR). Le modèle est basé sur un cours élaboré conjointement par l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (L'Union) et Médecins Sans Frontières. Le programme spécifique, SORT-IT, qui a donné lieu à cette publication a été organisé par MSF spécifiquement pour la recherche en langue française.

Le programme a été financé par La Fondation Veuve Emile Metz-Tesch, Luxembourg. Le financeur n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

Autrice Correspondante

Stéphanie Jean Baptiste
Tel : (509)36 32 24 08
E-mail : stephjebap2703@gmail.com

SYNDROME DE MOREL-LAVALLÉE À L'HÔPITAL MILITAIRE DU CAMP FIDÈLE OBROU EN CENTRAFRIQUE : À PROPOS D'UN CAS.

MOREL-LAVALLÉE SYNDROME AT THE FIDELE OBROU CAMPI MILITARY HOSPITAL IN CENTRAL AFRICA: A CASE REPORT.

Service Yanguedet Moise[1], Tolmbaye Sem Fiacre[1], Binguimalet Kozembrou Eliada[1], Ngboko-Mirotiga Pétula Mauricette[2], Nzoulouto Davy Stève[3], Kouandogui Francky[4]

1 Hôpital militaire du camp Fidèle OBROU ;
2 Centre hospitalier universitaire de l'amitié sino-centrafricaine de Bangui ;
3 Hôpital régional de Bouar ;
4 Centre hospitalier universitaire Maman Elisabeth DOMICIEN de Mbimbo.

RÉSUMÉ

Le syndrome de Morel-Lavallée est caractérisé par une collection séro-hématique séparant brutalement la peau et son tissu sous-cutané du fascia sous-jacent. Les auteurs ont rapporté un cas du syndrome de Morel-Lavallée chez un homme de 29 ans pris en charge à l'hôpital militaire du camp Fidèle OBROU. La présentation de ce cas sera suivie d'une revue de la littérature.

Mots clés : Morel-Lavallée, Centrafrique.

SUMMARY

Morel-Lavallée syndrome is characterized by a sero-haematic collection that abruptly separates the skin and its subcutaneous tissue from the underlying fascia. The authors reported a case of Morel-Lavallée syndrome in a 29-year-old man taken care of at the military hospital of the Fidèle OBROU camp. The presentation of this case will be followed by a review of the literature.

Mots clés : Morel-Lavallée, Central Africa.

INTRODUCTION

Le syndrome de Morel-Lavallée, (SML) décrit en 1848 par le chirurgien français Morel-Lavallée [1], est caractérisé par une collection séro-hématique avec une topographie située entre l'hypoderme et le fascia superficiel. C'est une affection traumatique de localisation variable, d'apparence banale, rare, très peu documentée et dont les dangers sont méconnus. Son étude reste d'actualité surtout dans notre contexte où le traitement traditionnel fait encore des ravages. Un cas avec revue de la littérature est pour nous une aide précieuse dans le but de dégager les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie dans notre contexte afin de contribuer à sa prise en charge optimale : tel est notre objectif dans ce travail.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient de 29 ans, militaire, qui a consulté à l'unité des urgences chirurgicales de l'hôpital militaire du camp Fidèle OBROU (HMCFO) pour une douleur dorsolombaire à la suite d'un accident de la voie publique remontant à deux jours. Il n'a pas d'antécédent pathologique. L'examen clinique lui a trouvé un bon état général et hémodynamique avec une tuméfaction douloureuse dorsolombaire et des écorchures en regard. (Figure 1).

Figure 1 : Tuméfaction dorso-lombaire siège d'écorchure (Courtoisie de l'HMCFO).

La palpation a objectivé une collection sous cutanée, fluctuante et compressible. Une échographie des parties molles a été réalisée en urgence, elle a montré la présence d'une collection liquidienne sous cutanée, située entre la graisse hypodermique et les fascias des muscles paravertébraux, se comprimant au balayage de la sonde (Figure 2).

Figure 2 : Echographie des parties molles montrant une collection liquidienne sous cutanée (Courtoisie de l'HMCFO).

Ces caractéristiques échographiques ont permis de conclure à un épanchement post-traumatique de Morel-Lavallée. Le patient a été traité par un drainage percutané de la collection qui a ramené 800 ml de liquide séro-hématique (Figure 3). Un bandage compressif à l'élastoplast a été appliqué (figure 4). À J 21, J 45 et J 60 l'évolution était favorable.

Figure 3 : Drainage per cutané de la collection séro-hématique sous cutanée (Courtoisie de l'HMCFO)

Figure 4 : Bandage compressif à l'élastoplast (Courtoisie de l'HMCFO)

DISCUSSION :

Aspects épidémiologiques

Le SML a été décrit en 1848 par le chirurgien français Morel-Lavallée. Il résulte d'un traumatisme direct, souvent tangentiel, provoquant des forces de cisaillement qui séparent brutalement la peau et son tissu sous-cutané du fascia sous-jacent. Ce phénomène est à l'origine d'une rupture des vaisseaux perforants, sanguins et lymphatiques, créant une cavité remplie de sang, de lymphe et de tissus nécrotiques [1]. Dans leur série de fractures, l'incidence était de 8,3 %, mais elle était probablement sous-estimée, car les lésions peuvent se rencontrer en l'absence de fracture [2]. En Centrafrique, le SML est très peu décrit, mais la tendance est en augmentation à cause du phénomène des taxis-motos comme dans le cas de notre patient. En dehors des accidents de la voie publique, quelques cas sont rapportés au football, au basketball ou par frottement sur la surface de jeu [3-5].

Le SML survient à tout âge et touche particulièrement le sujet jeune en pleine activité [6]. L'âge de notre patient était de 29 ans, ce qui concorde avec les données de la littérature. En ce qui concerne le sexe, Shen et al. ont rapporté que le sex-ratio homme/femme était de deux pour un [7]. Beaucoup d'auteurs ont fait mention de la prédominance masculine. Elle peut s'expliquer par le fait que les activités ludiques des hommes se font souvent dans un contexte de forte turbulence, les exposant ainsi à divers traumatismes.

Aspects cliniques

Notre patient avait consulté 48 h après le traumatisme pour une tuméfaction douloureuse dorso-lombaire. La littérature décrit un temps moyen pour le diagnostic allant de trois jours à deux semaines [8, 9]. Certains patients ont même présenté une déformation jusqu'à 13 ans après le traumatisme causal [2]. Les localisations les plus décrites dans la littérature sont les hanches, les cuisses, l'abdomen et les scapulas. Il se traduit cliniquement par une masse indolore augmentant progressivement de taille. La localisation dorso-lombaire est rare, ce qui fait l'originalité de notre cas.

Aspects paracliniques

L'échographie est très utile pour le diagnostic initial et retrouve souvent une collection anéchogène, compressible, hypo ou hétérogène en cas de réalisation tardive [10, 11]. Cet épanchement est cloisonné et localisé entre les muscles et la graisse sous-cutanée. Dans notre cas, l'échographie a objectivé la collection, ce qui a permis le diagnostic.

Par ailleurs, il faut noter que la radiographie standard est utile pour rechercher une fracture sous-jacente qui pourrait, dans un contexte traumatique, orienter la prise en charge. La tomodensitométrie est peu performante et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est la technique d'imagerie la plus sensible et la plus spécifique.

Aspects thérapeutiques

En ce qui concerne la prise en charge, nous avons opté pour un drainage percutané de la collection qui a ramené 800 ml de liquide séro-sanguin, et un bandage compressif. Au regard des données de la littérature, il n'existe pas à l'heure actuelle, de consensus quant à l'organisation de la prise en charge des patients [12]. Dans leur étude analytique, Nickerson *et al.* rapportent des taux de récidive respectivement de 44 %, 16 % et 11 %, selon la technique utilisée : ponction-aspiration, chirurgie ou non opératoire [9] alors que Shen *et al.* rapportent une efficacité supérieure des interventions chirurgicales sur les techniques conservatrices [7].

Aspects évolutifs

L'évolution est souvent émaillée de récidives. Les facteurs de risque de récurrence sont la présence d'une capsule fibreuse, une prise en charge après 72 h, certaines localisations telles le dos, les fesses, le flanc et la grande étendue de l'épanchement. A propos de la capsule, si cette dernière n'est pas retirée, la lésion réapparait dans la plupart des cas. Tous ces facteurs de risque ne sont pas reconnus de manière internationale [13, 14].

Outre la récidive, l'évolution peut être marquée par la dermo-hypodermite nécrosante ou par l'infection à partir d'une plaie de voisinage ou par translocation [1, 15]. Pour notre malade, l'évolution était normale.

CONCLUSION

En définitive, le SML atteint surtout le sujet jeune de sexe masculin en pleine activité dans un contexte d'accident de la voie publique, le mécanisme étant par choc tangentiel le plus souvent. Le diagnostic doit être évoqué devant une tuméfaction fluctuante post traumatique et confirmé à l'imagerie notamment à l'échographie ou l'IRM. La prise en charge doit être faite le plus précocement possible et consiste en une évacuation totale de la collection et en la reconstitution du rapport anatomique entre la peau et son tissu sous-cutané du fascia sous-jacent, afin de prévenir la survenue néfaste de la récidive. Le bandage compressif est un complément thérapeutique capital et constitue le meilleur garant d'un bon rapprochement de la zone du décollement. La meilleure prévention du SML dans notre contexte reste la lutte contre les accidents de la voie publique.

RÉFÉRENCES :

1- *Hussein K, White B, Sampson M, Gupta S. Pictorial review of Morel-Lavallée lesions. J Med Imaging Radiat Oncol. 2019 ;63 :212-5.*
2- *Greenhill D, Haydel C, Rehman S. Management of the Morel-Lavallée Lesion. Orthop Clin North Am. 2016 ;47(2016):115-25.*
3- *Khodaee M, Deu RS, Mathern S, Bravman JT. Morel-Lavallée Lesion in Sports. Curr Sports Med Rep. 2016;15(6):417-22.*
4- *Shmerling A, Bravman JT, Khodaee M. Morel-Lavallée Lesion of the Knee in a Recreational Frisbee Player. Case Rep Orthop. 2016 ;2016 :1-4.*
5- *KristopherMcLean, MD, MSc, SnezanaPopovic, MD, PhD. Morel-LavalléeLesion ; RadioGraphics2017 ;37 :190–196.*
6- *Nickerson TP, Zielinski MD, Jenkins DH, Schiller HJ. The Mayo clinic experience with Morel-lavallée lesions: Establishment of a practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2014 ;76(2):493-7.*
7- *Goodman BS, Smith MT, Mallempati S, Nuthakki P. A Comparison of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging Findings of a Morel-Lavallée Lesion of the Knee. PM&R. 2013 ;5(1):70-3.*
8- *De Coninck T, Vanhoenacker F, Verstraete K. Imaging Features of Morel Lavallée Lesions. J Belg Soc Radiol. 2017 ;101(S2):15.*
9- *Singh R, Rymer B, Youssef B, Lim J. The Morel-Lavallée lesion and its management: A review of the literature ☆. J Orthop. 2018 ;15(4):917-21.*
10- *Mellado JM, Bencardino JT. Morel-Lavallée Lesion: Review with Emphasis on MR Imaging. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2005 ;13 :775-82.*
11- *Carlson DA, Simmons J, Sando W, Weber T, Clements B. Morel-Lavalée Lesions Treated with Debridement and Meticulous Dead Space Closure: Surgical Technique. J Orthop Trauma. 2007 ;21(2):140-4.*
12- *Hui L, Fangjie Z, Guanghua L. Review article Morel-Lavallée lesion. Chin Med J (Engl). 2014 ;127(7):18-23.*

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à cet article et ont lu et approuvé la version finale de ce manuscrit.

Auteur correspondant : Dr Service Yanguedet Moïse,

Médecin militaire, Hôpital militaire du camp Fidèle OBROU

Tel : (+236) 72 63 32 55/ 76 16 17 07

E-mail : serviceyangmose@gmail.com

TRAUMATISMES DU NEZ, RÉSULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DE 66 CAS TRAITÉS AU CHU MAMAN ÉLISABETH DOMITIEN DE BIMBO EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

TRAUMA OF THE NOSE, RESULTS OF THE MANAGEMENT OF 66 CASES TREATED AT THE MAMAN ÉLISABETH DOMITIEN HOSPITAL IN BIMBO, CENTRAL AFRICAN REPUBLIC

Kossinda Frédéric[1], Piamale Germain[2], Taoussi Aboubakar Assidick[3], Tall Hady[4], Doui Doumgba Antoine [5]

1. *Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du CHU Maman Elisabeth Domitien de Bimbo, (République Centrafricaine)*
2. *Ecole Doctorale des Sciences de la Santé Humaine et Vétérinaire, Université de Bangui (République Centrafricaine)*
3. *Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du CHU la renaissance de N'Djamena (TCHAD)*
4. *Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre Hospitalier Régional de Saint Louis (SENEGAL)*
5. *Service de Chirurgie générale et digestive du CHU de l'Amitié Sino-Centrafricaine de Bangui (République Centrafricaine)*

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les résultats du traitement des fractures du nez reçus au service d'Oto-rhino-laryngologie du CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale, réalisée du 1er janvier au 30 juin 2022 au service d'Oto-rhino-laryngologie du CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo. Nous avons inclus les patients présentant un traumatisme du nez et traités au niveau du service. Les données collectées ont été saisies dans un classeur Excel puis exportées sur EPI INFO 7.0 pour analyse.

Résultats : Nous avons enregistré 66 cas de traumatisme du nez parmi 512 patients traités au niveau du service pendant la période, soit une prévalence hospitalière de 12,89 %. Les femmes représentaient 67 % de l'effectif. L'âge des patients variait de 5 à 54 ans avec un âge moyen de 25,8 ± 11,23 ans. Les principales victimes étaient les ménagères (36,36 %), les sans-emplois (27,27 %) et les étudiants (21,21 %). Les traumatismes du nez étaient survenus à la suite de violences domestiques (33,33 %), d'accidents de la voie publique (25,76 %) et d'agressions physiques (21,21 %). Les signes ayant motivé la consultation étaient l'épistaxis (36,36 %), une plaie en regard du nez (25,76 %) et la douleur nasale (19,76 %). Dans 68 % des cas, nous avons décelé à la radiographie une facture sans déplacement du nez. Dans 84,85 % des cas, le traitement était essentiellement orthopédique associé à des antalgiques et anti inflammatoires non stéroïdiens. Les suites ont été simples dans tous les cas.

Conclusion : Les traumatismes du nez sont fréquents dans notre pratique. Plusieurs causes sont à l'origine des traumatismes parmi lesquelles la violence domestique arrivait en première position. De manière générale, le traitement orthopédique permet de résoudre le problème.

Mots clés : Traumatisme du nez, Fracture, Os propre du nez, Violence domestique.

SUMMARY

Objective: To describe the results of the treatment of nose fractures received at the Otorhinolaryngology department of the CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo.

Patients and methods: This is a cross-sectional study carried out from January 1 to June 30, 2022 in the Otorhinolaryngology department of the CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo. We included patients with trauma to the nose and treated at the ward level. The data collected was entered into an Excel workbook and then exported to EPI INFO 7.0 for analysis.

Results: We recorded 66 cases of trauma to the nose among 512 patients treated at the level of the service during the period, i.e., a hospital prevalence of 12.89 %. Women made up 67 % of the workforce. The age of the patients ranged from 5 to 54 years with an average age of 25.8 ± 11.23 years. The main victims were housewives (36.36 %), the unemployed (27.27 %) and students (21.21 %). Nose injuries occurred because of domestic violence (33.33 %), road accidents (25.76 %) and physical assaults (21.21 %). The treatments that motivated the consultation were epistaxis (36.36%), a wound next to the nose (25.76 %) and nasal pain (19.76 %). In 68 % of the cases, we detected on the x-ray an invoice without displacement of the nose. In 84.85% of cases, the treatment was essentially orthopedic associated with analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. The follow-ups were simple in all cases.

Conclusion: Nose injuries are common in our practice. Several causes are at the origin of the traumatisms among which domestic violence came first. In general, orthopedic treatment solves the problem.

Keywords: Nose trauma, Fracture, Nasal bone, Domestic violence.

INTRODUCTION

Les traumatismes du nez sont courants en pratique oto-rhino-laryngologique et s'observent à tous les âges. Les atteintes peuvent être isolées au cours des traumatismes crânio-faciaux avec une grande variété clinique [1,2]. Les fractures du nez, parmi les traumatismes de cet organe, [3] représentent environ 40 % des fractures du visage [4,5]. En Afrique subsaharienne, les circonstances de survenue sont nombreuses. Le diagnostic et le traitement doivent être précoces afin d'éviter aux victimes, l'évolution vers les séquelles fonctionnelles ou morphologiques. En République Centrafricaine, les multiples crises militaro-politiques ainsi que l'apparition des taxi-motos, ont entraîné un accroissement du nombre des violences et des traumatismes en général. Ce qui constitue un véritable problème de santé publique. Notre étude avait pour objectif de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des traumatismes du nez à Bangui.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude transversale couvrant la période du 1er janvier au 30 juin 2022, menée dans le service d'Oto-rhino-laryngologie du CHU Maman Élisabeth Domitien de Bimbo. Étaient inclus dans l'étude les patients de tout âge, pris en charge dans le service pour traumatisme du nez, dont le consentement pour participer à l'étude avait été obtenu, soit le consentement des parents ayant été requis pour les patients de moins de 18 ans. Les patients ont été répartis en deux groupes selon les types de traumatisme et de traitement institué :

Type 1 : traumatismes simples du nez, sans fracture des os-propres du nez. La prise en charge a consisté en une surveillance clinique et un traitement médical (anti-inflammatoire stéroïdien ou non stéroïdien + antalgique et /ou antibiothérapie) ;

Type 2 : traumatismes du nez avec fracture des os-propres du nez. La prise en charge a consisté en un traitement orthopédique par réduction manuelle sous anesthésie locale avec contention plâtrée suivie d'un traitement médical.

Les données socio-épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées, saisies sur une feuille Excel puis transférées sur le Logiciel Epi-Info 7.0 pour analyse. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques des participants à l'étude. Les variables catégorielles ont été résumées à l'aide de fréquences et de pourcentages.

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-épidémiologiques

Pendant la période d'étude, 512 patients en général ont été pris en charge dont 66 (12,9 %) étaient victimes de traumatisme du nez. L'âge des patients variait de 5 à 54 ans avec un âge moyen de 25,8 ± 11,23 ans. Ces traumatismes, survenaient le plus souvent (67 %) chez les personnes de sexe féminin. Le sex-ratio était de 0,5 (22/44). La répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge est présentée dans le tableau I.

Tableau I : répartition des patients présentant un traumatisme du nez selon le sexe et la tranche d'âge

Tranche d'âge	M	%	F	%	T	%
1-14 ans	2	9,1	2	4,5	4	6,1
15-24 ans	9	40,9	14	31,8	23	34,8
25-34 ans	6	27,3	17	38,6	23	34,8
35-44 ans	3	13,6	8	18,2	11	16,7
45-54 ans	2	9,1	3	6,8	5	7,6
Total	**22**	100,0	**44**	100,0	**66**	100,0

En fonction des professions, les ménagères (36,36 %) étaient les principales victimes des traumatismes du nez, suivies des sans-emplois (27,27 %) et des étudiants (21,21 %) comme présenté dans le tableau II.

Données cliniques et thérapeutiques

Les motifs de consultation étaient nombreux et associés chez un même traumatisé. Le tableau III présente la fréquence des motifs de consultation. S'agissant des causes des traumatismes, les violences domestiques (33,33 %) arrivent en première position, suivies des accidents de la voie publique (25,76 %) et des agressions physiques (21,21 %). Figure 2.

Tableau II : répartition des patients selon leur profession

Profession	Effectif	%
Élève	3	4,55
Étudiant	14	21,21
Ménagère	24	36,36
Commerçant	2	3,03
Salarié	5	7,58
Sans emploi	18	27,27
Total	66	100,00

La figure 1 présente la répartition des patients selon leur provenance.

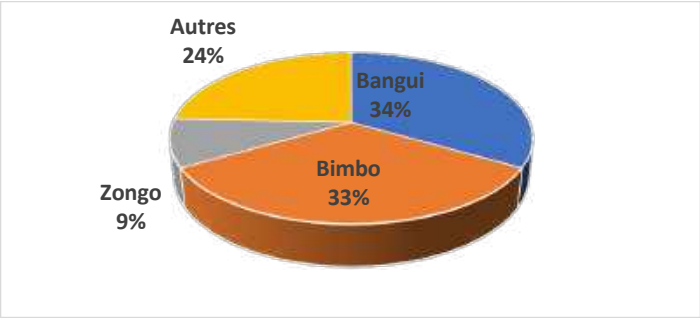


Figure 1 : Répartition des patients selon la provenance

Tableau III : fréquence des motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectif	%
Œdème nasal	7	10,61
Déformation nasale	4	6,06
Douleur au nez	13	19,70
Plaie en regard du nez	17	25,76
Épistaxis	24	36,36
Corps étranger nasal	1	1,52
Total	**66**	**100,00**

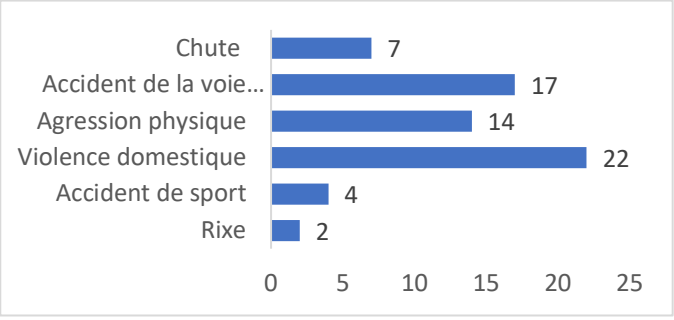


Figure 2 : Répartition du nombre des patients selon les causes du traumatisme du nez.

Les radiographies standard du crâne avec des incidences centrées sur les os du nez, ont mis en évidence une fracture sans déplacement des os propres du nez chez 45 traumatisés soit 68,18 % et une fracture avec déplacement latéral de l'os chez 11 patients soit 16,67 %.

Selon l'attitude thérapeutique, le traitement de type 2 était utilisé dans 84,85 % des cas de prise en charge, le type 1 dans 15,5 % des cas.

DISCUSSION

En six mois, nous avons enregistré 66 blessés présentant un traumatisme du nez dans notre service. Dans notre contexte, les cas de traumatismes du nez étaient fréquemment observés chez les sujets de sexe féminin. Cependant, Diallo et al [1] à Conakry et Rakotoarisoa et al [3] à Madagascar, ont rapporté une fréquence élevée des traumatismes du nez chez les hommes. Les raisons de cette différence varient selon le contexte de chaque pays. À Bangui, en République Centrafricaine, ville caractérisée par l'exode rural et l'extrême pauvreté, les jeunes se livrent à la consommation d'alcool et autres produits toxiques. La conséquence est le développement des comportements violents qui se terminent le plus souvent par des agressions physiques et des violences conjugales. De même, beaucoup de jeunes se sont lancés dans des activités génératrices de revenus et utilisent pour cela, les mototaxis. L'insuffisance dans la réglementation de la circulation routière est à l'origine d'une circulation anarchique, ce qui occasionne des accidents de la voie publique. Et souvent, ce sont les victimes de sexe féminin, dont la moyenne d'âge était de 25,8 (± 11,23) ans, qui en payent les frais, car elles sont agressées par ces jeunes personnes droguées et inciviques qui ne respectent pas les mœurs. À Niamey, en République du Niger [2], l'âge moyen des victimes de traumatismes du nez était de 30,2 ans. Dans d'autres études, l'âge moyen des blessés est variable [3, 6]. A travers ces résultats, nous constatons que les patients jeunes sont beaucoup plus sujets aux traumatismes du nez en raison de leurs multiples activités socio-économiques nécessitant un déplacement permanent pour leur approvisionnement ou pour la recherche de contrats de travail.

Aussi, dans notre étude, les catégories socio-professionnelles les plus concernées étaient les ménagères (36,36 %), les sans-emplois (27,27 %) et les étudiants (21,21 %). Selon les travaux de Diallo et al [1] à Conakry et ceux de Crezoit et al [7] à Bouaké en Côte d'Ivoire, les commerçants et/ou marchands étaient la catégorie socio-professionnelle la plus concernée avec une fréquence de 28,77 % et 37 % respectivement. Il ressort de ces

constats que les étiologies pourraient varier d'une catégorie socio-professionnelle à une autre quelle que soit la zone géographique. Dans notre étude, la prédominance des cas de traumatismes du nez chez ces catégories socioprofessionnelles est liée au fait que, pour des raisons économiques [8 ,9], ces personnes sont perpétuellement en quête d'activités rémunératrices de revenus, ce qui les oblige à se déplacer et les expose au risque d'accident de la voie publique. La plupart des blessées présentant les traumatismes du nez au cours de notre étude provenaient des régions de Bangui et de Bimbo dans 33,3 % des cas. Au niveau de ces régions, il y a une forte concentration de la population et des difficultés liées à la circulation des taxi-moto. Il est évident que l'on peut enregistrer un nombre important de cas parmi la population de ces régions.

Sur le plan clinique, les motifs de consultation varient d'une étude à l'autre. Pour Dos Santos Zounon et al [10], la douleur était le principal motif de consultation dans 44,55 % des cas. À Niamey au Niger, Moussa et al [2] avaient retrouvé comme motifs de consultation l'épistaxis (24,1 %) et les plaies du nez (30,7 %). Rakotoarisoa et al [3], ont retrouvé les plaies du nez (75 %). Quant à Mossus Y et al [11] à Yaoundé au Cameroun, les lésions des parties molles du nez constituaient le principal motif de consultation avec une fréquence de 16,93 %. Tous ces résultats viennent confirmer les nôtres dans lesquels les plaies du nez sont fréquemment retrouvées dans les traumatismes du nez quelles que soient les circonstances de survenue.

Les violences domestiques sont considérées comme étant la cause la plus fréquente des traumatismes du nez en plus des accidents de la voie publique et des agressions physiques. Le constat est également fait dans plusieurs autres études [12,13]. La conséquence de ces traumatismes du nez est la survenue de fractures des os propres du nez. De nombreux auteurs ont rapporté des cas de fractures des os-propres du nez dans des proportions variables [1, 10, 11, 14,15].

Le traitement en cas de traumatismes du nez dépend des lésions identifiées. Lorsqu'il y a une fracture, le traitement associe le plus souvent, un traitement orthopédique au traitement médical. C'est le cas de notre étude où 84,85 % des patients avaient bénéficié du traitement orthopédique. À Marrakech au Maroc, Adnouni et al [15] avaient quant à eux, réalisé un traitement orthopédique après réduction manuelle de la fracture sous anesthésie locale chez 71,5 % de leurs patients. Selon la littérature [16, 17], une évaluation et une réduction fermée immédiate de la fracture dans un délai bref suivant le traumatisme sont souhaitables, attitude thérapeutique observée durant la période de notre étude.

CONCLUSION

Les traumatismes du nez sont fréquents à Bangui en République Centrafricaine et se rencontrent souvent au cours des violences domestiques. L'examen clinique à la recherche d'une fracture des os propres du nez est d'une importance capitale. Le traitement orthopédique est généralement indiqué pour la prise en charge en cas de fracture avec des suites simples.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec ce travail.

Références

1. *Diallo AO, Itiere Odzili FA, Keita A, Bah ML, Alloh HM, Kourouma A et al. Traumatismes Isolés de la Face à Conakry : Considérations Épidémiologiques et Prise en Charge. Health Sciences And Disease, 2017 ; 18(4) :44-47.*
2. *Moussa M, Abba Kaka HY, Bancole PS, Kone R,Sidibe O . Traumatismes Cranio-Faciaux et Absence de Casque de Sécurité chez les Conducteurs de Moto à Niamey. Health Sciences And Disease, 2020 ; 21(9) :73-76.*
3. *Rakotoarisoa AHN, Randriamanantena T, Razafindrakoto RMJ, Razafindrabe JAB, Rakoto FA, Toure G. Fractures du septum nasal au cours des fractures du nez. Revue d'odontostomatologie malgache 2014 ; 9:33 – 41.*
4. *Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A. Management of nasal bone fractures. Am J Otolaryngol 2005 ; 26 (3) : 181-5.*
5. *Kucik CJ, Clenney T, Phelan J. Management of acute nasal fractures. Am Fam Physician 2004 ; 70 (7) : 1315-20.*
6. *OADM Ory, Harding-Kaba MB, Koffi KM, Touré V, Digbeu OK, Aka GKP. Aspects sociodémographiques, diagnostiques et thérapeutiques des traumatismes maxillo-faciaux au CHU de Bouake. Revue Africaine de chirurgie et spécialités 2014 ; 8(3) : 1-2.*
7. *Crezoit GE, Cissé A, Gadegbeku S, Téa B., Kodo A., Drogbo P. Traumatismes maxillo-faciaux à Bouaké : considérations statistiques Rev odontostomatologie Afr et chir maxillo-fac. 2000 :7,19-25.*
8. *Cahiers économiques de la République Centrafricaine. Renfoncer la mobilisation des recettes intérieures pour soutenir la croissance dans Etat fragile.Groupe Banque mondiale 2019 : 72p*
9. *Sakiko FP. Rapport mondial sur le développement humain. PNUD- Paris, Economica, 2004 :285p.*
10. *Dos Santos Zounon AAWC, Kpad AH, Guezo DR, Adjibabi W, Yehouessi-Vignikin B. Aspects épidémio-cliniques des traumatismes cranio-faciaux secondaires aux accidents de la voie publique. J. TUN ORL 2019 ; 42 : 42- 45.*
11. *Mossus Y, Mindja Eko D, Edouma Bohimbo JG, Bikono Atangana E, Meva'A Biouele RC, Bambebong Djakbouna. Traumatismes Maxillo-Faciaux : Profils Cliniques et Thérapeutiques dans Deux Hôpitaux de la Ville de Yaoundé. Health Sciences And Disease, 2021 ; 22(6) :21-26.*

12. *Breart G, Saurel-cubizolles M J. Domestic violence. Epidemiological data. Bull Acad Nat Med. 2002 ; 186(6) : 939-49.*
13. *Itiere odzili FA, Diembi S, Ngouoni CG, Bikindou AS, Otouana Ndzon B, Ondzotto G. Traumatismes orl et violences conjugales. Annales de l'Université Marien NGOUABI, 2016 ; 16 (2) : 1-6.*
14. *N'diaye AS, Edderai M, Chaouir S. Apport de la TDM dans les traumatismes du massif facial : Etude prospective à propos de 361 cas. Journal Marocain des Sciences Médicales 2017 ; 21(2) : 5-9.*
15. *Adnouni A, Mansouri Hattab N. Fracture des os propre du nez étude analytique et descriptive de 200 observations. Thèse Méd Marrakech N X 2013 :3p.*
16. *Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A. Management of nasal bone fractures. Am J Otolaryngol 2005 ; 26 (3) : 181-5.*
17. *Chan J, Boedeker CC. Technique and timing for closed reduction of isolated nasal fractures: à retrospective study. Ear Nose Throat J 2002 ; 81:49-5*
18. *Diallo OR, Camara SAT, Diallo A, Bah AT, Kane BT, Camara AD, Cherif F. Les plaies traumatiques cervico-faciales à l'Hôpital National Donka du CHU de Conakry. Mali Médical. 2012 ; 27(1) :1-5.*
19. *Lee KH. La violence interpersonnelle et des fractures du visage. J Oral Maxillofac Surg. 2009 ; 67:1878-1883.*
20. *Keïta A, Diallo AO, Condé M, Fofana M, Barry AO, Diallo MT, Camara S. Les urgences ORL au CHU de Conakry. Guinée Méd. 2013;81:19-26.*

Auteur correspondant :

Dr Frédéric Kossinda, Service d'ORL du Centre Hospitalier Universitaire Maman Elisabeth Domitien de Bimbo (République Centrafricaine), BP : 2792 Tél : (00236)72722789 / 0023675345320. Email: frederickossinda@yahoo.fr

CARDIOMYOPATHIE RÉVERSIBLE, À PROPOS D'UN CAS

Reynald Altéma, MD

INTRODUCTION

De temps à autre, une situation clinique est rencontrée qui fascine par son originalité. Dans cet article, nous vous présentons un cas de cardiomyopathie qui, dans l'espace de trois mois, développe deux complications aux antipodes l'une de l'autre.

LA PRÉSENTATION DU CAS

La clinique et la paraclinique

Un homme âgé de 41ans s'est présenté aux urgences pour une aggravation de ces symptômes : altération de l'état mental au cours des deux dernières semaines, lenteur d'élocution et fatigue. Il est même devenu en état de dépendance de sa femme pour se déplacer. Sa liste de médicaments comprend 1 mg de bumétanide le jour et 0,5 mg la nuit, 2,5 mg de métolazone par jour et 10 mg de dapagliflozine par jour. Sa tension artérielle était de 87/44 et il présentait une sécheresse marquée de la muqueuse buccale. Les examens de laboratoire ont révélé un taux de sodium de 119, un taux de potassium de 5,7, un taux de HC03 de 13, un taux de chlorure de 72 (tous en mmol/L) ; avec un trou anionique de 40. Le BUN était de 95 et la Cr était de 18,8 ; le magnésium était de 1,5 (tous en mg/dl). L'AST était de 188, ALT de 143, la phosphatase alcaline de 170 (tous en U/L). Les GB étaient de 12,5 (10^* 3/uL), l'Hgb de 9,9 (g/dl), l'HCT de 30,8 (%), la numération plaquettaire de 353 000 (10^* 3/uL). L'ABG à l'air ambiant a révélé un pH de 7,26 et une pC02 de 28.

Le passé médical

Ses antécédents sont significatifs d'une cardiomyopathie non ischémique lorsqu'il a été admis trois (3) mois auparavant pour une anasarque macroscopique. Au cours de cette hospitalisation, il a subi une coronarographie qui n'a révélé aucune obstruction et sa fraction d'éjection (FE) était de 25 %. Il a eu la Covid-19 l'été dernier et semble avoir une toux intermittente depuis. Il n'avait jamais reçu de vaccin. Il était sous LifeVest. Son indice de masse corporelle (IMC) était de 34 kg/m^2.

Le traitement

Il a rapidement reçu 1 litre de 0.9 % de Normal Saline (NS). Le patient a été admis aux soins intensifs et une perfusion de Levophed a été mise en place. Trois (3) litres supplémentaires de 0.9 % NS ont été administrés. Le patient a été évalué par un néphrologue qui a déterminé qu'il était urémique. Il a reçu une séance de dialyse urgente, mais écourtée. Comme son état s'améliorait le lendemain, des informations supplémentaires ont été obtenues. Il a déclaré qu'il ne se sentait pas bien depuis deux semaines et qu'il avait arrêté ses médicaments cardiaques environ deux à trois semaines auparavant. Il pensait qu'ils lui causaient des cauchemars. À la demande de sa femme, il a repris ses médicaments environ une semaine avant et jusqu'à la veille de son admission. Il nie toute consommation de drogues illicites. Il boit en société. Il souffre de diarrhée intermittente depuis environ trois semaines, sans douleur abdominale associée. Il a perdu l'appétit et a perdu involontairement 40 livres au cours des trois derniers mois. Le cardiologue lui avait dit que son insuffisance cardiaque avait été secondaire au COVID. Il n'a pas consulté de cardiologue depuis sa sortie de l'hôpital. Il n'a pas d'antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque ou d'insuffisance cardiaque. L'état du patient s'est régulièrement amélioré et sa créatinine a continué à diminuer. Une nouvelle échographie est réalisée et la FE est désormais de 55 %. Lorsque le patient est sorti de l'hôpital, sa créatinine était tombée à environ 1,8. Il n'a eu besoin que d'une seule séance de dialyse. Il n'a plus besoin de médicaments cardiaques.

DISCUSSION

La myocardite est une complication connue des infections virales aiguës. L'infection par le SARS-COV-2 [1,2,3] est la dernière en date de cette liste (voir les figures 1-2 ci-dessous). Une autre complication cardiaque connue de la Covid-19 est la cardiomyopathie de Takotsubo [4]. Cependant, l'expression de l'insuffisance cardiaque due à la Covid-19 n'est pas nécessairement présente au cours de phase initiale de l'infection due au SARS-COV-2, pouvant se manifester des semaines plus tard [3,5]. C'était le cas de ce patient. Il a développé une anasarque des mois plus tard avec une FE de 25 %. Il a reçu un traitement agressif et des mois plus tard, il a présenté des complications liées à ce traitement agressif. Dans l'intervalle, il n'a pas consulté de médecin. Ce qui est particulier, c'est que sa FE s'est améliorée, un processus appelé *remodelage inverse du ventricule gauche* (RIVG), dont le taux de réussite est estimé à 40 % chez les patients traités par des interventions pharmacologiques ou non pharmacologiques [6]. Cependant, McNamara [7] a prouvé que la cardiomyopathie non ischémique due à une myocardite peut avoir une prévalence à six (6) mois de RIVG de 70 % ; ce taux est moindre chez les malades de race blanche que chez ceux de race noire. Au moment de cette étude, l'arsenal thérapeutique comprenait un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), un antagoniste des récepteurs de l'angioten-

sine II (ARA), un bêtabloquant et un inhibiteur de l'aldostérone. Depuis la dernière recommandation de l'AHA [8], l'inclusion d'autres agents tels que l'inhibiteur ARB-Neprilisyn (ARNI), les inhibiteurs SGLT-2 (glifozines) ont amélioré le pronostic de l'insuffisance cardiaque et les dernières données ont montré que les avantages du SGLT2 s'étendent aux diabétiques et aux non-diabétiques [9] (voir la figure 3 pour les mécanismes impliqués).

Principaux virus associés à la cardiomyopathie inflammatoire au fil du temps.

CONCLUSION

L'histoire de ce patient présente une opportunité d'enseignement à plusieurs niveaux :

Absence de suivi.

Le patient est passé d'un extrême, la surcharge liquidienne, à un autre, l'azotémie sévère associée à l'urémie. Cette situation aurait pu être évitée s'il s'était rendu à une visite de suivi. Cependant, et nous devons en tenir compte, ce n'est pas toujours la faute du patient. Il n'est pas rare que le calendrier

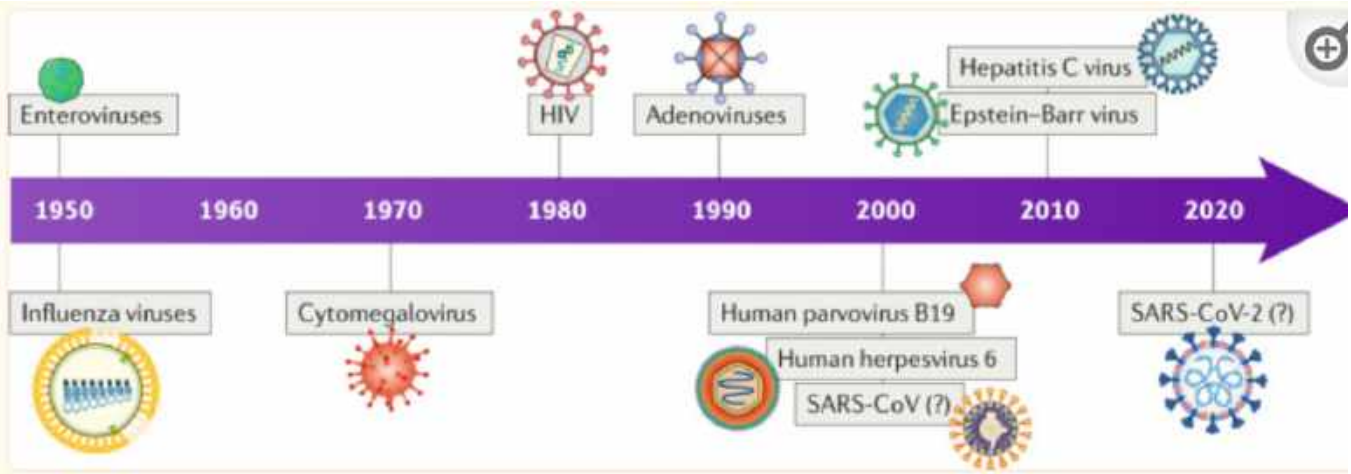


Figure 1 : Principaux virus associés à la cardiomyopathie inflammatoire au fil du temps.
Source : Nat Rev Cardiol. 2021 ; 18(3) : 169-193.

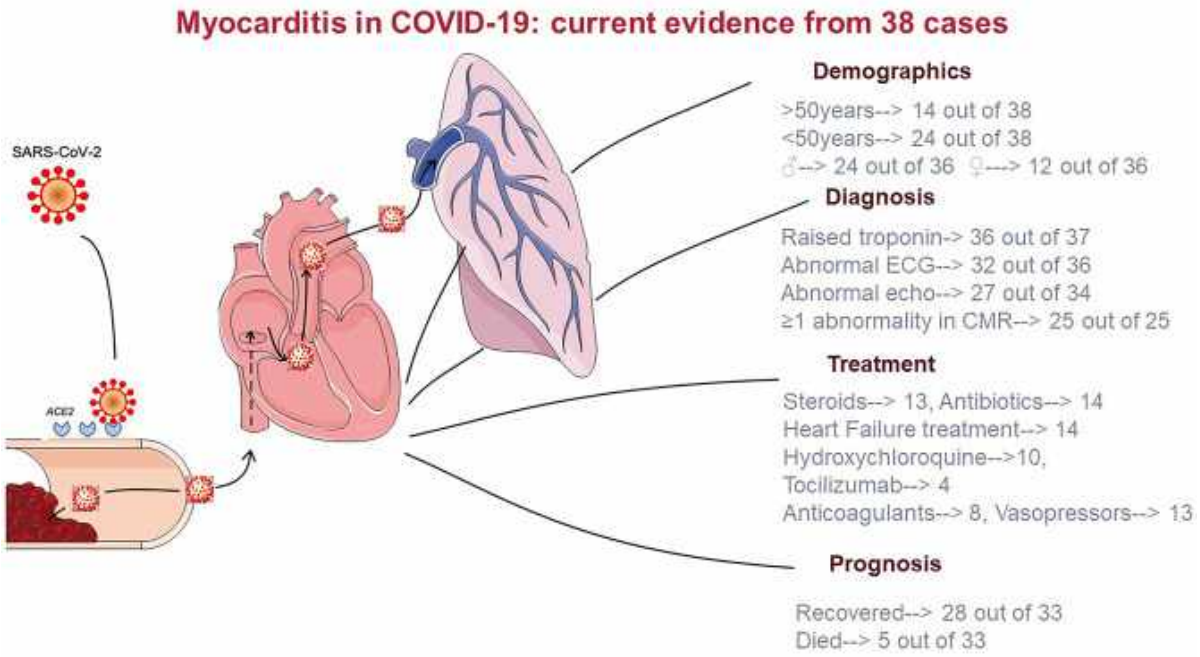


Fig 2 : Myocardite associée à la Covid-19: évidence à partir de 38 cas (source : Heart Failure Rev. 2022;27 (1) : 251-261 27(1) : 251-261.

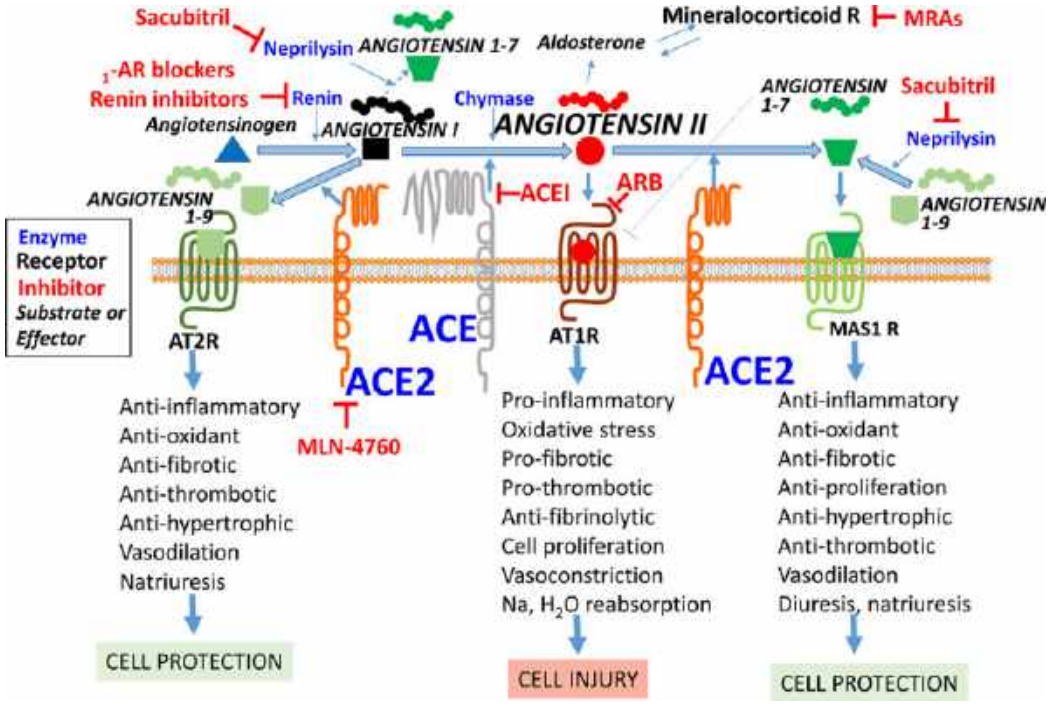


Fig. 3 : Système rénine-angiotensine et ACE2 (enzyme de conversion de l'angiotensine 2).

(source : Circ Res. 2021 Apr 16 ; 128(8) : 1214-1236.

des visites de suivi soit si éloigné qu'un tel scénario se produise de temps à autre. Idéalement, il aurait été vu au moins une ou deux fois par l'équipe soignante depuis sa sortie. Néanmoins, le fait que l'intervention dans les cas de cardiomyopathie induite par une infection virale puisse conduire à un RIVG est de bon augure, qu'il faut garder à l'esprit lorsque le patient se présente pour un suivi. Il faut adapter la stratégie en fonction des données disponibles, c'est-à-dire que si la créatinine du patient commence à augmenter alors qu'il est sous diurétique, il faut réduire la dose. Il en va de même pour une baisse de la tension artérielle.

Hypomagnésémie.

Le taux de magnésium du patient à l'admission était de 1,5 mg/dl, bien en dessous du taux conseillé d'au moins 2 mg/dl pour les patients sous traitement diurétique [10]. Cet électrolyte important, qui peut influencer tant d'autres comme le potassium, le phosphore et le calcium, est bien trop souvent négligé, alors qu'il est facilement accessible. L'hypomagnésémie peut induire une hypokaliémie, une hypocalcémie ainsi qu'une hypophosphatémie. En fait, il s'agit d'un phénomène si courant qu'il serait bon d'encourager les patients à prendre des suppléments de magnésium ayant une bonne absorption gastro-intestinale (pas d'oxyde de magnésium, mais du gluconate, de l'aspartate [10] ou, mieux encore, de l'orotate [11]), pendant qu'ils suivent un traitement diurétique. Cela serait utile pour maintenir le niveau de magnésium dans la fourchette idéale d'au-moins 2 mg/dl. Par ailleurs, les patients en soins intensifs prennent presque toujours un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour prévenir les ulcères de stress. Cette pratique peut entraîner un faible taux de magnésium [10].

RÉFÉRENCES :

1. *Tschöpe C, Ammirati E, Bozkurt B, Caforio ALP, Cooper LT, Felix SB, Hare JM, Heidecker B, Heymans S, Hübner N, Kelle S, Klingel K, Maatz H, Parwani AS, Spillmann F, Starling RC, Tsutsui H, Seferovic P, Van Linthout S. Myocarditis and inflammatory cardiomyopathy : current evidence and future directions. Nat Rev Cardiol. 2021 Mar ;18(3):169-193.*
2. *Castiello T, Georgiopoulos G, Finocchiaro G, Claudia M, Gianatti A, Delialis D, Aimo A, Prasad S. COVID-19 and myocarditis : a systematic review and overview of current challenges. Heart Fail Rev. 2022 Jan ;27(1):251-261.*
3. *Chung MK, Zidar DA, Bristow MR, Cameron SJ, Chan T, Harding CV 3rd, Kwon DH, Singh T, Tilton JC, Tsai EJ, Tucker NR, Barnard J, Loscalzo J. COVID-19 and cardiovascular disease : From Bench to Bedside. Circ Res. 2021 Apr 16 ;128(8):1214-1236.*
4. *John K, Lal A, Mishra A. A review of the presentation and outcome of Takotsubo cardiomyopathy in COVID-19. Monaldi Arch Chest Dis. 2021 Mar 23;91(3).*
5. *Abou Hassan OK, Sheng CC, Wang TKM, Cremer PC. SARS-CoV-2 Myocarditis : Insights into Incidence, Prognosis, and*

Therapeutic Implications. Curr Cardiol Rep. 2021 Aug 3 ;23(9):129.

6. *Merlo M, Caiffa T, Gobbo M, Adamo L, Sinagra G. Remodelage inverse dans la cardiomyopathie dilatée : aperçus et perspectives d'avenir. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018 Mar 8 ;18 :52-57.*
7. *McNamara DM, Starling RC, Cooper LT, Boehmer JP, Mather PJ, Janosko KM, Gorcsan J 3rd, Kip KE, Dec GW ; IMAC*
8. *Investigators. Clinical and demographic predictors of outcomes in recent onset dilated cardiomyopathy : results of the IMAC (Intervention in Myocarditis and Acute Cardiomyopathy)-2 study. J Am Coll Cardiol. 2011 Sep 6 ;58(11):1112-8.*
9. *Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, Dunlay SM, Evers LR, Fang JC, Fedson SE, Fonarow GC, Hayek SS, Hernandez AF, Khazanie P, Kittleson MM, Lee CS, Link MS, Milano CA, Nnacheta LC, Sandhu AT, Stevenson LW, Vardeny O, Vest AR, Yancy CW. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022 May 3 ;145(18):e895-e1032.*
10. *Packer M, Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Pocock SJ, Carson P, Anand I, Doehner W, Haass M, Komajda M, Miller A, Pehrson S, Teerlink JR, Brueckmann M, Jamal W, Zeller C, Schnaidt S, Zannad F. Effect of Empagliflozin on the Clinical Stability of Patients with Heart Failure and a Reduced Ejection Fraction : The EMPEROR-Reduced Trial. Circulation. 2021 Jan 26 ;143(4):326-336.*
11. *Liamis G, Hoorn EJ, Florentin M, Milionis H. Aperçu du diagnostic et de la gestion de l'hypomagnésémie induite par les médicaments. Pharmacol Res Perspect. 2021 Aug ; 9(4): e00829.*
12. *Schiopu C, et al. Magnesium Orotate and the Microbiome-Gut-Brain Axis Modulation : New Approaches in Psychological Comorbidities of GI Functional Disorders. Nutrients. 2022 Apr 9 ;14(8):1567.*

II. Neuro-sciences

L'APPORT DES NEUROSCIENCES DANS LA PSYCHOLOGIE DE LA PAIX EN HAÏTI

[1] Rodginie Dorcent (BA), [2] Judite Blanc (PhD), [3] Marie Lémy (PhD, MPH), [4] Pascal Néry Jean-Charles (MS, MA, DFS), [5] Ernest Barthélemy (MD, MPH, MA)

[1]Faculté des Sciences Humaines de l'Université d'État d'Haïti ; Association Haïtienne de Psychologie, Port-au-Prince, Haïti| Société Haïtienne des Neurosciences, New York, NY, USA

[2] Department of Psychiatry & Behavioral Sciences University of Miami, Miami, FL ; Center for translational Sleep and Circadian Sciences (TSCS); Société Haitienne des Neurosciences, New York, NY, USA

[3] Société Haïtienne des Neurosciences, New York, NY, USA

[4] Université Quisqueya| Association Haïtienne de Psychologie, Port-au-Prince, Haiti | Société Haïtienne des Neurosciences, New York, NY, USA

[5] Société Haïtienne des Neurosciences, New York, NY, USA ; Laboratoire de Neurochirurgie Globale, Service de Neurochirurgie, SUNY Downstate Health Sciences University, Brooklyn, NY USA

En 2022, l'Indice de Paix Mondiale (IPM), principale mesure de la paix dans le monde, a permis à l'Institute for Economics and Peace (IEP) de classer Haïti en 115e position sur 164 pays. Le pays a perdu trente-trois (33) places si on le compare au classement de 2013 (*Global Peace Index Map » The Most & Least Peaceful Countries*, 2020) [8]. La situation qui règne dans le pays depuis quelques années engendre une crise de plus en plus importante et alarmante (*ONU Info*, 2022) [9]. En effet, après plusieurs affrontements entre les gangs armés et les différents épisodes *de pays lock*, l'augmentation des enlèvements et les assassinats, la sécurité des habitants du pays se retrouve de plus en plus menacée. Cette situation interpelle aussi les scientifiques et professionnels Haïtiens vivant en Haïti et à l'étranger sur l'urgence de freiner les actes de violences, de connaitre les conséquences sur la santé de la population et la nécessité d'instituer des initiatives de sortie de crise et de réparation, parmi lesquelles, un mouvement pour la consolidation de la paix (Blanc et al., 2022) [4]. Le *Somè Sikoloji pou Lapè*, organisé du 12 au 14 janvier 2023 au Cap-Haitien par l'Association Haïtienne de Psychologie et Rebâti Santé Mentale, en partenariat avec d'autres organisations locales et internationales, sous le thème « Construire une paix durable en Haïti : rôle de la psychologie en action ! » est l'une des initiatives faisant suite à ce plaidoyer.

La psychologie de la paix peut être définie comme étant « l'étude des processus mentaux et des comportements qui conduisent à la violence, préviennent la violence et facilitent la non-violence, ainsi que la promotion de l'équité, du respect et de la dignité pour tous, dans le but de réduire la probabilité de la violence et d'aider à guérir ses effets psychologiques » (MacNair, 2003) [15]. Elle est une sous discipline relativement jeune de la Psychologie, apparue à la deuxième moitié du 20e siècle, et dont l'importance s'est accrue depuis lors (Christie et al., 2011) [5]. Comme plusieurs autres domaines des sciences sociales (sociologie, politique), elle offre des perspectives intéressantes pour comprendre la violence, les conflits et la problématique de la paix. Toutefois, l'apport des neurosciences à la psychologie de la paix à partir des nouvelles connaissances établies pourrait être d'une valeur considérable (Levy et al., 2021, a) [12]. En effet, la révolution neuroscientifique a permis à la psychologie contemporaine de faire de grandes avancées ces dernières décennies dans la compréhension et l'explication des processus mentaux et des comportements humains, qu'ils soient normaux ou pathologiques, qu'ils soient de groupes ou individuels. Les branches des neurosciences comprennent l'étude du développement du système nerveux (c'est-à-dire, la neurobiologie développementale), de sa structure (la neuroanatomie), et de ses fonctions (la neurophysiologie), les neurosciences affectives, les neurosciences comportementales, les neurosciences cliniques, et les neurosciences sociales. Celles-ci, et la neuropsychologie, discipline qui étudie les relations entre les processus et mécanismes cérébraux, la cognition et le contrôle comportemental (Berlucchi, 2017) [2] permettent une lecture approfondie des objets d'études de la psychologie classique aussi bien que dans la pratique de la profession. En outre, les bases neuroscientifiques des approches psychologiques ouvrent de nouvelles possibilités pour la résolution des problématiques pratiques, dont celles liées à la violence et à la non-violence ou la paix, aussi bien qu'à la prévention et la résolution des conflits. Dans cet article, nous explorerons l'apport des neurosciences au développement de la psychologie de la paix en Haïti en explorant premièrement les

bases neuro-anatomiques et neurophysiologiques du comportement. Deuxièmement, en jetant un coup d'œil sur le cerveau humain et sa relation avec l'environnement en lien au stress et aux traumatismes. Finalement, nous traitons de certains aspects des dynamiques de groupes à partir des connaissances en neurosciences sociales.

La structure et le fonctionnement du cerveau

Le souci d'explication et de compréhension de la base biologique des processus mentaux et comportements liés à la violence est crucial pour aborder la question de la psychologie de paix. Le cerveau humain est le centre biologique palpable auquel il faut se référer pour y parvenir. Les techniques de neuroimagerie structurelle et fonctionnelle nous permettent d'avoir des informations pertinentes sur la structure et la fonctionnement de cet organe en lien avec l'agressivité et la violence. La violence étant considérée comme un sous-ensemble de l'agression (Allen & Anderson, 2017) [1], les mêmes données anatomiques et physiologiques qui expliquent l'une expliquent aussi l'autre. Toutefois, il faut distinguer l'agression réactive de l'agression proactive même si les deux sont bel et bien impliquées dans le spectres des actes étudiés dans le cas de la violence, des conflits et de la paix. La première est décrite comme une réponse impulsive à une menace perçue, ou à une provocation et souvent associée à une forte excitation émotionnelle, à l'anxiété et à la colère ; et la deuxième est perçue comme instrumentale, organisée, de sang-froid et motivée par l'anticipation d'une récompense (Euler et al., 2017) [7].

À partir des avancées en neurobiologie, il est établi que le cortex préfrontal est fortement impliqué dans les comportements agressifs et antisociaux (Siever, 2008) [18]. Plusieurs aires du lobe temporal sont également mises en cause dans la susceptibilité à développer la violence et adopter un comportement lié à l'agressivité, telles que l'amygdale et l'hippocampe (Siever, 2008) [18]. Nous savons aussi que les réactions agressives sont étroitement liées aux activations des circuits cérébraux de la menace. L'implication de l'amygdale (jouant un rôle important dans la médiation de nombreux aspects de l'apprentissage et du comportement émotionnels (Salzman, 2023) [16] dans l'agression est aussi reconnue (Haller, 2018 ; Siever, 2008) [10, 18]. Des neurotransmetteurs comme la sérotonine, les catécholamines, l'acétylcholine et les neuropeptides parmi lesquels la vasopressine, l'ocytocine, les opiates endogènes, et les neurostéroïdes, aussi bien que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, influencent aussi les comportements sociaux dont les comportements agressifs et violents. En vue d'introduire plusieurs de ces concepts à une assistance haïtienne, tous ancrés dans un cadre délibérément décolonial, l'un des auteurs, le neurochirurgien Dr Ernest Barthélemy, a présenté un atelier en créole-haïtien appelé *Konnen Sa Ki Anndan Tèt Ou,* lors du *Somè Sikoloji pou Lapè.* Ledit atelier s'est avéré l'un des plus sursouscrit avec une cinquantaine de participants. L'atelier a eu pour but en autres de valoriser l'adéquation de la langue créole haïtienne pour l'étude et la compréhension de la neuroanatomie, la neurophysiologie, de mettre l'accent sur le pouvoir du cerveau dans une perspective de psychologie positive, et la dynamique de certaines fonctions supérieures comme l'émotion, la mémoire et leur rôles dans les comportements.

Comprendre les mécanismes neurologiques de violence est une chose, maîtriser les facteurs qui peuvent aider à y remédier en est une autre. Pour parvenir à ce second objectif et aborder la question des conflits et de la paix, surtout dans les prises de décisions pratiques visant la prévention et la réduction de la violence, une évaluation des bases neurologiques de décision associée au rôle des punitions est importante (Levy et al., 2021, a) [12]. En effet, les personnes qui mettent en place des mécanismes de punition légaux et communautaires peuvent s'appuyer sur les découvertes concernant l'amygdale. Elle est la structure sous-corticale qui est la région la plus interconnectée du cerveau, impliquée aussi dans le traitement des émotions et l'apprentissage, et qui influence un certain nombre d'autres processus cognitifs, notamment la prise de décision, l'attention, la cognition sociale et la mémoire. Cette dernière participe à l'intégration ou à la prise de conscience par le cerveau de l'existence de punitions pour les actes jugés répréhensibles par la société à la fois pour la personne qui commet la violence et pour celle qui la subit et les autres membres de la communauté. Ces informations peuvent à leur tour influencer le jugement moral (Levy et al., 2021, a) [12].

Le cerveau et l'environnement social

Le contexte de l'environnement socioculturel et les expériences précoces affectent la configuration fonctionnelle du cerveau, les modèles cognitifs (manière de penser, d'apprendre), les comportements individuels et sociaux et les trajectoires de développement individuel. Les compétences sociales développées par les membres de la société issues de leur interaction avec l'environnement vont à leur tour influencer les profils des cerveaux sociaux de la société (Colombo, 2022) [6]. Regardons de plus près le paradoxe du cerveau et la question des traumatismes.

L'atelier Konnen *Sa Ki Anndan Tèt Ou* a aussi touché la question du paradoxe du cerveau à travers la possibilité du cerveau collectif, qui est capable de l'assurance de notre survie, de la réalisation de grandes innovations, et de la transmission de connaissances (Schimmelpfennig et al., 2022) [17]. Autant qu'il a la capacité d'être modelé par la violence environnementale (à travers la plasticité cérébrale) et d'alimenter en retour ces comportements violents à l'échelle individuelle et/ou collective. En effet, la situation que nous vivons depuis plusieurs années en Haïti à bien des égards est traumatisante. Cette violence qui accompagne le quotidien peut très bien altérer le fonctionnement du cerveau en favorisant une reproduction des comportements violents selon Blair (2010) [3]. Par exemple, le modèle biopsychosocial de la menace et du défi en liaison avec les conflits de groupe nous permet de comprendre les conséquences profondes de traumatismes ancrés dans la mémoire collective sur le comportement et le mode de vie des individus (Li et al., 2023) [14]. De plus, dans une étude menée par Kolassa et al. en 2007 [11] auprès de 97 personnes diagnostiquées d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), les chercheurs ont découvert que des expériences traumatisantes telles que la torture et la guerre entraînent des changements fonctionnels et structurels du cerveau. Ils ont démontré que ces changements sont détectables dans la dynamique corticale, affectant l'insula qui est impliqué dans la perception de la douleur, de l'attention et de l'émotion (Kolassa et al., 2007) [11]. Cela conduit à la conclusion que certains sujets ayant reçu un diagnostic de TSPT n'ont pas la capacité ou les stratégies d'adaptation nécessaires pour répondre à divers stimuli menaçants.

À l'heure qu'il est, les avancées en neuropsychologie nous permettent d'avoir la certitude que le stress chronique (en plus des traumatismes) produit par l'environnement social peut déclencher des altérations importantes dans le système nerveux des individus qui y sont exposés affectant ainsi leurs comportements. Plus important encore, nous savons que ces effets négatifs peuvent dans certains cas être contrecarrés ou alternés par le soutien et la protection des personnes exposées par leurs communautés quand ces dernières sont équilibrées (Valencia-Alfonso et al., 2004) [19]. Néanmoins, pour les communautés qui n'arrivent pas à soutenir et protéger leurs membres, les effets négatifs n'ont pas de contrepoids valables comme c'est le cas de certaines communautés, quartiers et villes du pays.

Les neurosciences sociales et les dynamiques de groupe.

Les neurosciences sociales explorent les mécanismes cognitifs et physiologiques impliqués dans les relations sociales.

L'introduction des neurosciences dans l'étude du comportement social contribue à éclairer le fonctionnement du cerveau humain dans les relations sociales, ainsi qu'à valider et à étendre la théorie psychologique existante sur ce fonctionnement (Levy et al., 2021, b) [13]. En ce qui concerne les relations sociales, nous faisons allusion tant à celles qui alimentent les conflits (conflits entre les groupes) et les violences ainsi qu'à celles qui représentent les bonnes pratiques de consolidation de la paix (coopération et entraide communautaire). Par exemple, Levy et al., (2021, b) [13] montrent que les individus d'un même groupe sont positivement prédisposés à ressentir de l'empathie, à coopérer entre eux à cause de la présence d'ocytocine renforçant les associations positives et la coopération avec les membres d'un groupe. Nous pouvons imaginer comment le fait de capitaliser sur cela serait intéressant pour faire avancer les initiatives de consolidation de paix. Toutefois, il faut noter que le renforcement de ces éléments dans un groupe donné ne garantit pas que les membres de ce groupe vont éprouver les mêmes élans pour les individus ne faisant pas partie de ce groupe, problématique qu'il faudrait dépasser. Aussi, les mêmes auteurs soulignent-ils l'importance des activités qui renforcent les liens d'appartenance et le sens commun dans les groupes comme des rituels dans les dynamiques de groupe. Ceci impliquerait la mise en place de structures et d'initiatives qui exploitent les connaissances sur les rituels et des mécanismes d'identification pour renforcer le sentiment d'appartenance des individus et leur engagement à la culture de la paix en opposition à la violence. Car ces mécanismes offrent des opportunités de recâblage et de recombinaison des circuits neuronaux, aidant à prévenir la violence et à construire des individus et des communautés compatissants et résilients.

CONCLUSION

La réalisation du *Somè Sikoloji pou Lapè* était un bon prétexte pour initier le dialogue sur la nécessité de la paix durable et la collaboration pluridisciplinaire sur la problématique parce que le pays connaît depuis de nombreuses années une situation qui inflige des douleurs et qui conduit à une détérioration de la qualité de vie des haïtiens et haïtiennes soumis à ces événements déstabilisants. Et évidemment, les avancées en neurosciences peuvent aider la psychologie à la fois dans la compréhension des mécanismes qui induisent la violence individuelle et collective, mais aussi dans les stratégies d'initiation des bonnes pratiques pour la paix durables à partir des dernières découvertes. Toutefois, cette intégration des neurosciences dans les discussions sur la paix doit être alimentée dans le futur par plus de recherches au niveau global et dans le contexte haïtien.

RÉFÉRENCES

1. *Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2017). Aggression and Violence: Definitions and Distinctions. In P. Sturmey, The Wiley Handbook of Violence and Aggression (pp. 1–14). John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/9781119057574.whbva001*
2. *Berlucchi, G. (2017). Neuropsychology ☆. In Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology (p. B9780128093245024000). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.02465-2*
3. *Blair, R. J. R. (2010). Neuroimaging of Psychopathy and Antisocial Behavior: A Targeted Review. Current Psychiatry Reports, 12(1), 76–82. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0086-x*
4. *Blanc, J., Barthélemy, E. J., Auguste, E., Gaspard-St.Cyr, D., & Nicolas, G. (2021, December 21). To Save Haitian Lives, Global Health Leaders Call for Solidarity. NACLA. https://nacla.org/haiti-global-health-solidarity*
5. *Christie, D. J. (2011). Peace Psychology: Definitions, Scope, and Impact. In D. J. Christie (Ed.), The Encyclopedia of Peace Psychology (p. wbepp200). Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1002/9780470672532.wbepp200*
6. *Colombo, J. A. (2022). Brain and Social Environment. In J. A. Colombo (Ed.), Dominance Behavior: An Evolutive and Comparative Perspective (pp. 23–29). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97401-5_3*
7. *Euler, F., Steinlin, C., & Stadler, C. (2017). Distinct profiles of reactive and proactive aggression in adolescents: associations with cognitive and affective empathy. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11(1), 1. https://doi.org/10.1186/s13034-016-0141-4*
8. *Global Peace Index Map » The Most & Least Peaceful Countries. (2020, July 24). Vision of Humanity. https://www.visionofhumanity.org/maps/*
9. *Haïti : la communauté internationale doit agir immédiatement pour éviter une tragédie, alerte l'ONU | ONU Info. (2022, November 3). https://news.un.org/fr/story/2022/11/1129442*
10. *Haller, J. (2018). The role of central and medial amygdala in normal and abnormal aggression: A review of classical approaches. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 85, 34–43. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.09.017*
11. *Kolassa, I.-T., Wienbruch, C., Neuner, F., Schauer, M., Ruf, M., Odenwald, M., & Elbert, T. (2007). Altered oscillatory brain dynamics after repeated traumatic stress. BMC Psychiatry, 7(1), 56. https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-56*
12. *Levy, A., Dovidio, J. F., Saguy, T., Pouligny, B., & Ghahremani, D. (2021a). NEUROSCIENCE PEACEBUILDING Exploring the Neurobiological Dimensions of Violent Conflict and the Peacebuilding Potential of Neuroscientific Discoveries Part 2: Group Dynamics. https://beyondconflictint.org/wp-content/uploads/2021/03/neuropeace-volume-1-interior-high-res-kw.pdf*
13. *Levy, A., Dovidio, J. F., Saguy, T., Pouligny, B., & Ghahremani, D. (2021b). NEUROSCIENCE PEACEBUILDING Exploring the Neurobiological Dimensions of Violent Conflict and the Peacebuilding Potential of Neuroscientific Discoveries Part I : Individual agression. https://beyondconflictint.org/wp-content/uploads/2021/03/neuropeace-volume-1-interior-high-res-kw.pdf*
14. *Li, M., Leidner, B., Hirschberger, G., & Park, J. (2023). From Threat to Challenge: Understanding the Impact of Historical Collective Trauma on Contemporary Intergroup Conflict. Perspectives on Psychological Science, 18(1), 190–209. https://doi.org/10.1177/17456916221094540*
15. *MacNair, R. (2012). The Psychology of Peace: An Introduction. ABC-CLIO.*
16. *Salzman, C. D. (2023, April 1). Amygdala | Definition, Function, Location, & Facts | Britannica. https://www.britannica.com/science/amygdala*
17. *Schimmelpfennig, R., Razek, L., Schnell, E., & Muthukrishna, M. (2022). Paradox of diversity in the collective brain. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 377(1843), 20200316. https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0316*
18. *Siever, L. J. (2008). Neurobiology of Aggression and Violence. American Journal of Psychiatry, 165(4), 429–442. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111774*
19. *Valencia-Alfonso, C. E., Feria-Velasco, A., Luquín, S., Díaz-Burke, Y., & García-Estrada, J. (2004). [The effects of the social environment on the brain]. Revista De Neurologia, 38(9), 869–878.*

Autrice correspondante :

Rodginie Dorcent

rodginie.dorcent@student.ueh.edu.ht

II. Images

Diaporama

HYPOSPADIAS JUXTA-ANGULAIRE ET LA TECHNIQUE DE THIERSCH-DUPLAY MODIFIÉE EN HAÏTI

[1] Charles DENIS, MD ; [2] Georges Eric BRISSON, MD.
[1] Urologue et Sonographiste
[2] Urologue, Chef de service d'urologie, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH)

INTRODUCTION

La chirurgie de l'hypospadias est incluse dans les types de pratique de réalisation difficile et quelquefois de réussite limitée en Haïti. Plusieurs facteurs sont à la base de ce constat : l'entraînement insuffisant ou incomplet, des facteurs socio-économiques non négligeables. Le présent travail, réalisé sous la direction du Dr Georges E. Brisson, présente une cure d'hypospadias réussie.

À PROPOS DE L'HYPOSPADIAS

Définition :

L'hypospadias ou hypospade résulte d'une ectopie congénitale du méat urétral qui devrait être à l'extrémité du gland avec ou sans chordée. Elle peut atteindre 18,61 pour 10 000 naissances en Europe [1].

Etiologies :

On en distingue deux origines :

1- Embryologique, par arrêt ou insuffisance de développement canalaire, atteignant le corps spongieux, survenant entre la 8e et la 14e semaine de la vie intra-utérine. Il en résultera une incurvation de la verge en ventral ou une incurvation balanique avec une fibrose ou chordée qui est inconstante.
2- Mixte, génétique et environnementale, selon les études de Charles Sultan (2015) [2].

Facteurs de Risques :

On incrimine : [2]
1- le traitement progestatif en début de grossesse ;
2- l'âge supérieur à 35 ans ;
3- le surpoids de la mère ;
4- les facteurs chimiques et environnementaux, à savoir l'exposition en début aux perturbateurs endocriniens contenus dans certains produits tels que les peintures, les solvants et les pesticides.

Classification [2]

Selon sa localisation, on distingue :
1- l'hypospadias balanique : au niveau du gland plus fréquemment ;
2- l'hypospadias du sillon balanopréputial : dans le sillon ;
3- l'hypospadias pénien : à un endroit quelconque sur la face ventrale de la verge ;
4- l'hypospadias pénio-scrotal : à l'angle pénio-scrotal.

Notons que nous allons vous présenter la prise en charge d'une forme juxta angulaire avec chordée, variante de la forme pénio scrotale.

Diagnostic

Le diagnostic est surtout clinique. Le pénis est incurvé, émettant des jets d'urine en "pomme d'arrosoir" (figure 1).

La miction peut se faire en position assise dans les formes avancées. D'autres malformations peuvent y être associées telles que : le micropénis, la cryptorchidie et l'ambiguïté sexuelle.**Paraclinique**

Quelques examens para cliniques sont nécessaires :

1- L'échographie urinaire est indiquée à la recherche d'autres malformations et d'une indication absolue de prise en charge chirurgicale ;
2- Les épreuves urodynamiques, telles que la débitmètrie, peuvent en suggérer une indication relative. Elle sert aussi à comparer les résultats du jet en post-opératoire.

Diagnostic différentiel

Il se fait essentiellement avec l'épispadias dont l'ectopie méatale est dorsale.

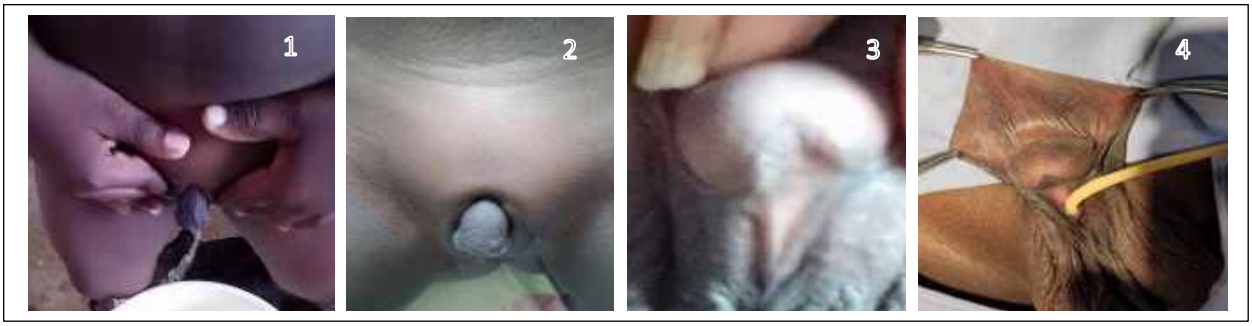


Fig. 1 : jets faibles et dispersés, pénis incurvé. *Fig. 2 : présentation clinique de l'hypospade* *Fig. 3 : hypospadias juxta-angulaire (HJA)*
Fig. 4 : la jupe du sapeur

LE CAS D'ESPÈCE

Clinique

Il s'agit d'un patient âgé de neuf (9) ans, aîné d'une fratrie de deux enfants, qui présente une verge incurvée et une miction en jets dispersés. (figure 1)

À l'examen clinique, il n'a pas été retrouvé d'ambiguïté sexuelle associée. Les testicules ont été palpés à la recherche d'anomalies de la migration testiculaire (cryptorchidie), uni ou bilatérale, mais retrouvés dans les bourses. L'hypospade a été examiné à la recherche d'une chordée, un élément crucial dans le choix de la technique opératoire. (figure 2 et 3)

Le méat est trouvé à moins de 0,2 cm de l'angle pénio-scrotal. (figure 4) Une forme différente de l'hypospadias pénio-scrotal d'approche plus difficile.

Éléments constitutifs du diagnostic

On décrit : (figure 4)

1- La jupe du sapeur ;
2- Le lit urétral ;
3- La position de l'orifice ectopique ;
4- La chordée.

Le lit urétral résulte de l'hypoplasie canalaire ou de l'arrêt de développement embryologique de l'urètre. Il constitue un matériel important à utiliser dans la reconstruction du canal. (figure 5)

On en distingue six temps forts.

1- Marquage et infiltration des berges

Le marquage délimite les berges. L'infiltration à la lidocaïne à 1 % provoque une surélévation des berges du lit urétral, facilitant la dissection fine, technique inspirée des cures de fistule vésico-vaginale. (Fig. 6, 7) Une seringue à tuberculine est utilisée. L'identification du lit urétral est effectuée sans aucune perforation qui peut compromettre la réussite de l'intervention. (figures 6, 7)

2- Modification de la technique de Thiersch-Duplay

La technique de Duplay consistait à disséquer le lit urétral en laissant le nouveau méat au niveau du sillon balano-préputial. Thiersch a modifié la technique en amenant le méat à l'extrémité du gland. Pour le cas d'espèce, la base distale s'arrête à 0.5 cm du méat ectopique. On commence la dissection du gland à 0.5 cm par rapport à l'orifice ectopique (O.E), ce qui représente la modification apportée à la technique de Thiersch-Duplay pour éviter les rétractions post-opératoires. (figure 8)

3- Enroulement

Notons que l'enroulement n'arrivait pas au niveau du gland (Duplay) et a été amené de l'orifice ectopique vers l'extrémité du gland (Thiersch). Pour l'adapter aux difficultés locales, on l'a encore modifié par un prolongement distal de la dissection, donc de l'enroulement.

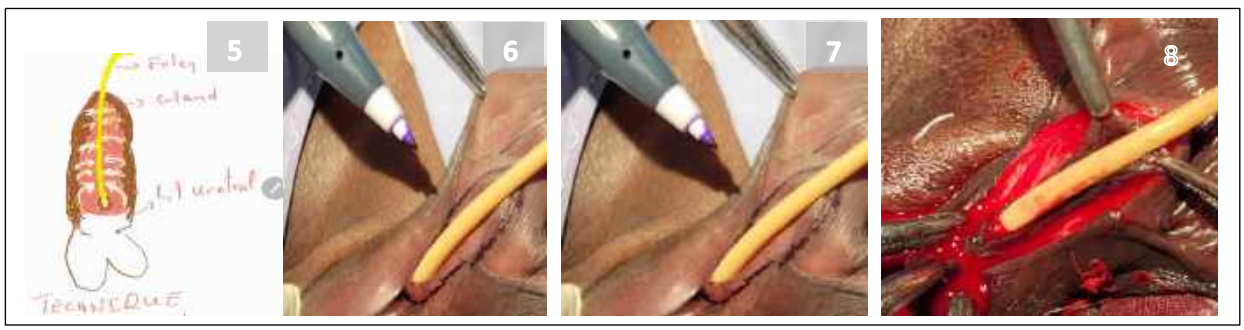


Fig. 5 : lit urétral *Fig. 6 : marquage du lit urétral* *Fig. 7 : infiltration des berges* *Fig. 8 : dissection du lit urétral / prévention des rétractions.*

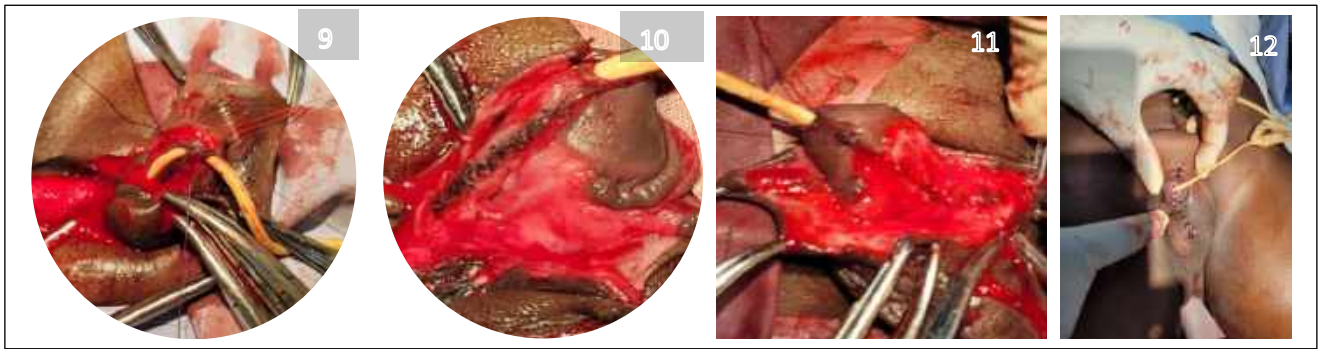


Fig. 9 : dissection du lit urétral / prévention des rétractions. Fixation de l'extrémité du méat au fil chrome 3-0[e]
Fig. 10 : Système de renforcement du jet *Fig. 11 : le recouvrement* *Fig. 12 : fermeture complète en J 3 post op.*

4- Système de renforcement du jet

Il est réalisé par les attaches triangulaires du néo-urètre à l'extrémité du gland, réalisant un aspect en bec de flûte. (figure 10)

5- Recouvrement : étalement de la jupe du sapeur

Les feuillets de la face interne du dartos sont utilisés pour recouvrir le néo-urètre, après son enfouissement sous balanique. Ce feuillet doit-être bien vascularisé et épais. Puis, on effectue une incision en Z du dartos suivie d'une transposition de ce dernier pour recouvrir tous les téguments. (figure 11)

6- Fermeture complète

Le recouvrement cutané renforce les plans sous-jacents. À cette étape, l'esthétique est de mise pour éviter certaines monstruosités. L'incision du dartos en Z doit être respectée, puis la transposition du prépuce est faite en position ventrale.

L'antibiothérapie locale doit être très rigoureuse pour éviter les risques d'infections.

Suivi post-opératoire

Il consiste en des pansements et le maintien de la sonde de cystostomie, notre moyen de sécurité en cas de complications. Un cathéter de Foley en silicone est préféré à celui en latex pour une plus longue durée et pour diminuer les risques d'infections. (figures 12, 13, 14 et 15)

Premiers résultats

Une miction précoce est obtenue après ablation test de la sonde tutrice, la cystostomie étant d'abord laissée en place (ablation test) puis clampée. Le patient s'est plaint d'une brûlure mictionnelle légère. Les premiers jets mictionnels ont été satisfaisants. (figure 16, 17)

Résultats comparatifs avec les jets pré opératoires et le redressement à un (1) mois de post-opératoire

À cette période, on n'observe pas de fistule vésico-cutanée. Les jets urinaires sont forts avec une direction et un débit satisfaisantes. La verge est en orientation physiologique avec absence de chordée. (figures 18, 19)

DISCUSSION

La correction de l'hypospadias a beaucoup évolué depuis Duplay-Thiersch par l'apport de nombreuses, subtiles et spécifiques modifications. Malgré tout, des complications telles la fistule, l'extravasation urinaire nécessitant la réintervention sont quand même rencontrées (Decter et al, 1999 ; Samuel et al, 2002) [4, 5] et parfois jusqu'à 48.7 % des

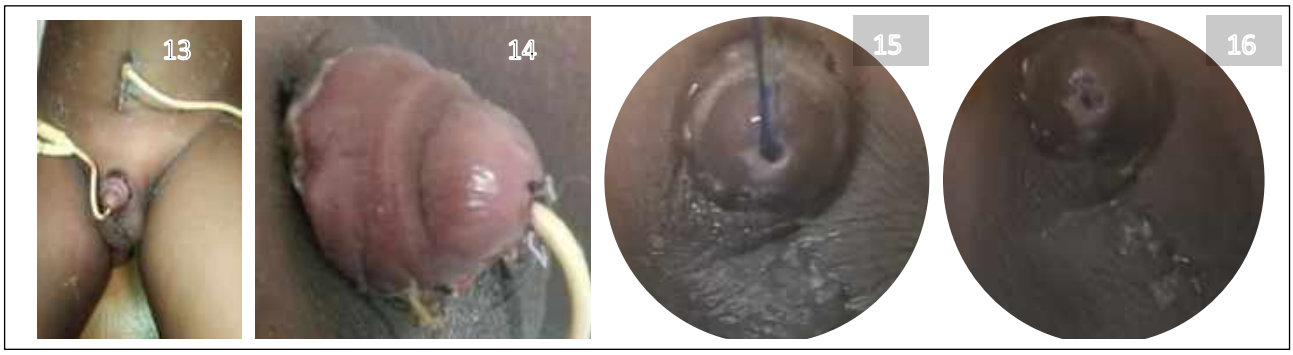


Fig. 13 : sonde de cystostomie et sonde tutrice urétrale en latex en place *Fig. 14 : J 7 post-op, face ventrale en début de granulation.*
Fig. 15 : J 15 post-op : Silicone à demeure. *Fig. 16 : J 20 ablation de la sonde tutrice*

. *Fig. 17 : les premiers jets mictionnels à J 20* *Fig. 18 : jet faible et dispersé* *Fig. 19 : jet rectiligne à 1 mois en post op*

cas (Gama et al) [6]. Nous avons aussi enregistré des échecs dans nos réparations malgré la minutie de la technique et la qualité des soins en post-opératoire, car les obstacles en Haïti sont légion pour réussir la chirurgie de l'hypospade. L'aspect socio-économique, la disponibilité de matériel chirurgical spécifique, l'éducation des parents sont tous à prendre en considération pour le succès des interventions.

De nombreux sites de prise en charge de l'hypospadias insistent sur le suivi post opératoire pour éviter de transformer la réparation en une catastrophe pour la famille [7-8]. La difficulté majeure que nous rencontrons est la limitation dans le respect rigoureux du suivi médico-chirurgical qui devient très difficile pour l'équipe médicale et pour la famille en ces jours de troubles sociopolitiques graves et permanents. On est obligé parfois de prolonger la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour être sûr que les soins seront prodigués.

il ne suffit donc pas de maîtriser la technique, mais il faut l'adapter aux contingences locales. Les échecs antérieurs nous ont inspiré de modifier légèrement la technique de Duplay-Thiersch- pour tenter d'éviter des complications. En effet, la rétraction de la suture, qui survient en post-op, représente une cause de récidive par traction sur la tubulisation. Notre proposition, qui est de prolonger distalement l'enroulement en dessous du méat ectopique à 0.5 cm, modification qui a été réalisée dans notre cas d'espèce, semble combattre la rétraction qui doit être évitée. De plus, nous pratiquons systématiquement une cystostomie de dérivation. Nous comptons renouveler la technique dans des situations similaires.

CONCLUSION

La modification de la technique de Duplay-Thiersch- nous a permis de réussir un cas d'hypospadias juxta-angulaire dans des conditions difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

Joreike E. Bergrman et al – Epidemiology of hypospadias in Europe: a registry-based study 12159– World J Urol. 2015; 33(12): 2167. Published online 2015 Feb 25. doi: 10.1007/s00345-015-1507-6

2- *Nicolas Kalfa et al - Is Hypospadias Associated with Prenatal Exposure to Endocrine Disruptors? A French Collaborative Controlled Study of a Cohort of 300 Consecutive Children Without Genetic Defect. Eur Urol - . 2015 Dec ;68(6):1023-30. doi: 10.1016/j.eururo.2015.05.008. Epub 2015 May 23.*

3- *EMC, Techniques Chirurgicales, Urologie, p.41340-8*

4- *Decter R. M., Franzoni D. F. Distal hypospadias repair by the modified Thiersch-Duplay technique with or without hinging the urethral plate: a near ideal way to correct distal hypospadias; J Urol ; . 1999 Sep;162(3 Pt 2):1156-8. - doi: 10.1016/S0022-5347(01)68109-6.PMID: 10458454*

5- *Samuel M., Capps S. Staged proximal hypospadias repair: modified Thiersch/Duplay with midline incision in urtthral plate followed by Mathieu urethroplasty ; Journal of pediatric Surgery, Volume 37, issue 1, p104-107 January 2002 – DOI : https://doi.org/101053/jpsu.2002.29438*

6- *Maru Gama, Birhan Abitew and Kirubel Abebe; Clinical Profiles and Surgical Outcome of Hypospadias Repair at a Teaching Hospital in Ethiopia; Ethiop J Health Sci. 2022 May; 32(3): 613–622. doi: 10.4314/ejhs.v32i3.18 - PMCID: PMC9214746 - PMID: 35813675*

7- *Hypospadias : soins à domicile après l'opération https://www.aboutkidshealth.ca/fr/article?contentid=1215&language=french*

8- *Hypospadias repair : Purpose, procedure, risks and recovery https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/15991-hypospadias-repair*

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Permis de publier : Les parents ont signé un consentement éclairé pour la publication de cet article.

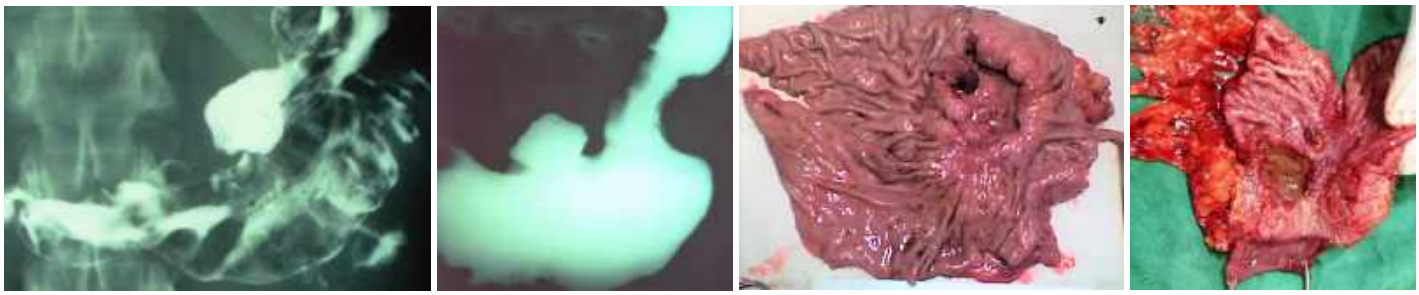
Auteur correspondant :

Dr DENIS CHARLES, Urologue & Sonographiste/ DG Hôpital la Ste Trinite
4, RUE V. SAMPEUR, DELMAS 19, PAP/HAITI, WI
TEL (509)34 08 73 75 – WHATSAP :(509)33 26 53 13
E-MAIL : trinite2019@gmail.com - WEB SITE : www.hopitaltrinite.com

X treme dia

X TRÈME DIA I : ADÉNOCARCINOME GASTRIQUE ULCÉRO BOURGEONNANT

Louis-Franck TÉLÉMAQUE, MD, Chirurgie



L'adénocarcinome gastrique fait partie des tumeurs épithéliales malignes de l'estomac, à côté des lymphomes, des tumeurs mésenchymateuses, des tumeurs endocrines et des métastases [1]. L'adénocarcinome gastrique touche 1 % des personnes infectées par l'Hélicobacter pylori, ce qui représente un facteur de risque 3 à 6 fois plus élevé de développer un cancer en présence de la bactérie. C'est la tumeur maligne gastrique la plus fréquente (95%) ; il représente le 4e cancer dans le monde, affectant la tranche de 50-70 ans [2, 3].

Selon la classification morphologique endoscopique du Japanese Reserach Society for Gastic Cancer, l'adénocarcinome gastrique ulcéro bourgeonnant représente le type III (lésion ulcérante « excavated ») [2, 4]. D'après la classification ana pathologique macroscopique de Borrmann (advanced gastric cancer), qui définit l'atteinte sous muqueuse, elle est de type 3 (lésion ulcériforme, infiltrante avec ulcère central). [2]. Elle se présente, à ce stade, comme « une tumeur bourgeonnante ou végétante, ulcérée ou ulcériforme (dite ulcère malin), à bord taillé à pic, sans bourrelet net, les plis radiés venant au contact de la perte de substance » [3]. On parle aussi de « cancer en lobe d'oreille qui se présente comme une vaste ulcération à fond bourgeonnant, creusé dans une masse infiltrante et entourée d'un bourrelet irrégulier » [2].

Du point de vue clinique, le tableau est celui d'une forme avancée de cancer gastrique avec amaigrissement marqué, vomissements alimentaires, hématémèse et méléna, ascite. Une masse épigastrique peut être palpable avec induration ombilicale. Le bilan d'extension métastatique décèle l'envahissement vasculaire et des organes de voisinage avec la présence d'adénopathies épigastriques. Il n'est pas rare que le cratère se perfore associant cancer et péritonite aigue.

L'exploration diagnostique paraclinique radiologique objective une « lésion du corps gastrique centrée par un cratère ulcéreux irrégulier, à berges surélevées, rempli de baryte. Les plis sont désorganisés jusqu'à la grande courbure avec un défaut d'expansion et aspect arciforme des contours. La localisation au niveau de la petite courbure verticale est dite « en selle » (20% des cancers) [2].

On dénote aussi : « une image d'addition ou niche avec une opacité dense à contours irréguliers, un ménisque en cas de cancer ulcériforme ainsi que le « signe du drapé » avec rétraction localisée et fixe de la courbure gastrique en face de la lésion » [2].

À ce stade avancé, au pronostic très réservé, le traitement palliatif consistera en une chimiothérapie adjuvante et une exploration abdominale en vue d'évaluer la possibilité d'une exérèse chirurgicale. En cas de non extirpabilité, il peut être envisagé de court-circuiter la tumeur par une gastro-entéro-anastomose et/ou de pratiquer une jéjunostomie d'alimentation [3].

Références

1- *Jausset F. Imagerie de l'estomac, DU Abdomen décembre 2012*
2- *Facultés médicales virtuelles Le cancer de l'estomac –Cours de médecine, pharmacie et de chirurgie dentaire - https://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/le-cancer-de-lestomac/*
3- *Société nationale Française de Gastro entérologie – Société savante des maladies et cancers de l'appareil digestif – cancer de l'estomac (cancer gastrique) https://www.snfge.org/content/cancer-de-lestomac-cancer-gastrique*
4- Japanese Gastric Cancer Association - Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition) Gastric Cancer volume 26, pages1–25 (2023)

III. Dossiers

RÉSIDENCE HOSPITALIÈRE EN HAÏTI : ÉTATS DES LIEUX, ENJEUX ET PERSPECTIVES

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

INTRODUCTION

La médecine est à la fois un art et une science qui a traversé le temps en faisant des progrès tellement immenses qu'aujourd'hui son exercice est règlementé, dans la grande majorité des pays, par l'obtention d'un diplôme de spécialité. En effet, une spécialité médicale est une branche de la pratique médicale et découle de différents axes : médecine interne, chirurgie, tranche d'âge des patients, diagnostic, thérapeutique, technique utilisée, organe étudié. C'est de là que provient une pléiade de spécialisations médicales dépendamment du pays dans lequel l'aspirant effectue ses études.

La tendance à pratiquer une médecine spécialisée date de l'antiquité sous l'influence de Galien dans l'empire romain. Mais les spécialités, proprement dites, commenceront à se développer vers le XX^{e} siècle notamment dans les pays occidentaux. Il en est de même de l'émergence des sous-spécialités [1]. Ce courant va faire son apparition dans la formation médicale haïtienne en 1951 avec la loi du 14 Août statuant sur la résidence hospitalière. Ceci, grâce au plaidoyer acharné des médecins boursiers de la promotion de 1941 de la Faculté de Médecine et de Pharmacie qui, en 1947, ont pu sensibiliser les autorités académiques et politiques de l'époque sur la nécessité d'implanter des programmes de spécialisation en Haïti [2]. Le législateur l'a défini comme *un stage de spécialisation, à l'hôpital général de Port-au-Prince et dans les autres hôpitaux, au fur et à mesure de leur équipement. Elle établit une durée de formation sur trois (3) ans consécutifs à la fin de laquelle le médecin pourra obtenir le titre de spécialiste. Le résident est pris en charge à l'hôpital et est astreint, à la fin du cycle complet d'études, à la présentation d'une thèse pour obtenir son certificat de spécialiste [3]*.

Dans plusieurs pays, trois ans est le minimum de temps à passer dans un programme de spécialisation pour avoir droit au titre de spécialiste. Ces programmes sont gérés, dans certains pays, par les universités en partenariat avec les collèges de spécialités, à l'intérieur des hôpitaux. Il est important de préciser que la spécialisation médicale est une maitrise professionnelle dans un domaine spécifique de la médecine. Le législateur de l'époque l'avait bien compris en exigeant la soutenance d'une thèse par le résident à la fin du cycle d'études. D'autres pays, requièrent, en plus, la réussite d'un examen national ou régional pour avoir le droit d'exercer.

Plus de 60 ans se sont écoulés depuis que la résidence hospitalière a été instituée en Haïti, quelle en est la situation actuelle ? Quels sont les défis et les perspectives pour le pays ?

A. LA SITUATION DE LA RÉSIDENCE HOSPITALIÈRE EN HAÏTI

La problématique de la résidence hospitalière sera appréciée à l'aune d'une dissection à différents niveaux : gouvernance, recrutement-sélection, structures de soin, formation, certification.

La Gouvernance

Lors de l'instauration de la résidence hospitalière, il était évident que la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP), seule institution, à l'époque, du pays pour l'enseignement en médecine et également secteur académique au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Population, soit l'entité qui devait piloter la résidence hospitalière. A ce moment-là, les institutions sanitaires, telles l'Hôpital Général, le Sanatorium, la Maternité Isaïe Jeanty qui recevaient les médecins pour un entraînement spécialisé en cogérance avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie, avaient à leur tête des chefs de département de la FMP comme chefs de service. Il leur appartenait naturellement d'élaborer les programmes de formation. De plus, ces acteurs principaux de l'époque étaient de la même école (française, prioritairement). Ils prenaient l'habitude de se réunir régulièrement pour discuter des questions de santé et de prise en charge des patients. Ils représentaient les antennes de la structure académique de la faculté au sein de leur service respectif.

Depuis que la constitution de 1987 a consacré l'autonomie des universités, les ministères sectoriels n'ont plus le droit de piloter des institutions académiques d'enseignement supérieur. Cela explique la sortie de la FMP de la tutelle administrative du MSPP depuis 1995. Alors que, entre les institutions sanitaires du MSPP et la FMP, il n'existe aucune

définition des interactions et relations, la FMP garde encore le monopole du pilotage académique de la résidence hospitalière. Les chefs de service des institutions sanitaires de formation des résidents sont des cadres du MSPP. Pour la quasi-totalité, ils ne sont ni chefs de département ni même enseignants à la FMP (sauf quelques rares exceptions). La situation est encore plus compliquée avec l'ouverture d'autres programmes de résidences dans d'autres institutions sanitaires publiques.

Le Recrutement/La sélection

A l'origine, le médecin, désireux d'acquérir une spécialité, s'inscrivait directement dans le service concerné et son admission était décidée par le chef du service suivant des critères qui lui sont propres sous la houlette de la FMP. En cas de surnombre de demande dans un service déterminé, le chef de service organisait un concours pour sélectionner les meilleurs candidats. Bien entendu, toute œuvre laissée à la discrétion de la volonté humaine aboutit inévitablement à des dérives. C'est ainsi que certains candidats non reçus et leurs proches accusaient le processus de manque d'objectivité et de partisanerie.

Depuis 1995, les modalités de recrutement ont changé : l'ensemble des postulants diplômés de la FMP subit une épreuve classante. L'évaluation compte pour 75 % à laquelle s'ajoute la moyenne pondérée des scores de passage obtenue pendant le parcours de la formation qui représentent 25 % de la note finale. Les candidats procèdent au choix du programme suivant un ordre décroissant. Si cette nouvelle modalité est plus objective et équitable, elle a le désavantage de placer certains résidents dans des programmes pour lesquels ils n'ont aucune motivation et encore moins d'aptitude. Certains effectuent les choix pour occuper leur temps et afin de recevoir une allocation mensuelle.

Aujourd'hui, avec la privatisation à outrance de la formation médicale en Haïti, la diversité des bourses d'études accordées à des jeunes haïtiens par plusieurs pays en coopération bilatérale, la massification de la formation médicale en République Dominicaine pour des jeunes haïtiens et l'autonomie administrative de la FMP par rapport au MSPP, le recrutement dans les programmes de spécialité devient un véritable casse-tête chinois. Les demandes de formation spécialisée affluent tandis que le nombre de postes disponibles reste limité en dépit des efforts d'augmentation de la capacité des services hospitaliers. De plus, la sélection s'organise selon un mécanisme à plusieurs vitesses [4, 5] : un examen classant pour les diplômés de la FMP ; un concours pour ceux qui proviennent des autres universités haïtiennes reconnues, étrangères non boursiers, étrangères boursiers ; un examen classant spécial pour les diplômés de Limonade (nouvelle filiale de l'UEH) ; et une sélection totalement indépendante, en plusieurs séquences pour les programmes de l'Hôpital universitaire de Mirebalais et de l'Hôpital St-Nicolas de St Marc financés par Zanmi Lasante. Ce dispositif de sélection très compliqué et parcellaire, piloté par la FMP, génère chaque année des frustrations et envoie une image déshonorable au regard du leadership académique et managérial qui est attendu de cette institution. Ceci découle du fait que la FMP détient le monopole de la résidence hospitalière face à l'absence d'engagement des autres universités dans les hôpitaux publics et ce, en dépit des incitations répétées du MSPP. Une approche pluri et intersectorielle permettrait pourtant l'ouverture d'autres programmes de résidence de manière structurée dans un partenariat gagnant pour tous.

Les structures de soin et les gestionnaires de santé

L'Hôpital Général et les autres institutions sanitaires qui recevaient les résidents en spécialité étaient des centres de référence en matière de soins dans le pays. Non seulement ils traitaient une diversité de patients mais également leur volume de fréquentation journalière était conséquent. Aussi, grâce aux meilleures compétences médicales qui y évoluaient ainsi qu'à leur plateau technique solide, elles étaient en mesure de répondre à la double mission de prodiguer des soins de qualité et d'assurer la formation de professionnels en sciences de la santé.

Depuis les trois dernières décennies, tout concourt au déclin de ces principales institutions sanitaires (l'Hôpital Général, le Centre Mars et Kline, la Maternité Isaïe Jeanty, le Sanatorium). Les autres structures (Hôpital Justinien et l'Hôpital La Paix) qui ont été adjointes au concert des centres sanitaires de formation des résidents, souffrent des mêmes déficiences. Ils disposent de peu de professionnels compétents et leur plateau technique est incomplet. Le staff de spécialistes y évoluant n'est pas formé et non sensibilisé à la formation des résidents. De plus, il faut signaler un absentéisme notoire récidivant d'une grande partie d'entre eux. Par ailleurs, la fréquentation journalière en patients est nettement en deçà des capacités institutionnelles. Le recrutement des résidents répond beaucoup plus à un besoin de combler le manque de personnel dans les différents services hospitaliers qu'à la nécessité de régénération de professionnels compétents pour le pays. Malheureusement, cette vision semble être partagée par les

décideurs, les gestionnaires de santé et même par les jeunes professionnels. Cette réflexion est appuyée par le fait que la quantité de résidents pour un service est déterminée selon la routine basée sur les habitudes institutionnelles et en fonction de sa fréquentation. Il arrive que les décideurs exigent d'admettre un résident dans un service par favoritisme ou pour satisfaire leur intérêt politicien. Les jeunes médecins mettent la pression soit pour trouver une place en résidence quel que soit le programme, soit pour les retards de paiement et pour les augmentations de leurs émoluments. **Quel que soit l'acteur considéré, la formation devient une question secondaire**.

La Formation

De 1951 jusqu'à 1995, la formation des résidents s'effectuait suivant un parcours routinier instauré dans les services hospitaliers par les différents chefs de service avec le soutien des médecins de l'équipe soignante. Ces derniers respectaient la hiérarchie et leur engagement horaire. Il faut également signaler que leur recrutement se faisait avec l'assentiment du chef de service également chef de département à la FMP. Le programme de formation était connu de fait dans le cadre de la routine de fonctionnement du service.

Dans certains services, un document était disponible et décrivait ce qu'un résident devrait acquérir durant son apprentissage sans pour autant avoir été partagé avec le concerné. Par contre, il était fait obligation à chaque résident d'étudier un certain nombre de chapitres dans les livres de référence de leur spécialité dans le cadre de leur enseignement théorique : Vokaer puis Williams pour l'Obgyn ; Patel puis Schwartz pour la Chirurgie ; Cécil's ou Harrison pour la Médecine Interne ; Nelson's pour la Pédiatrie. L'enseignement pratique était loin d'être codifié, mais l'ambiance managériale permettait à chaque membre de l'équipe de connaitre son rôle et de le respecter.

Le programme d'enseignement était constitué pour la plupart des services de spécialité :

- des tournées au chevet des patients, qui se tenaient régulièrement avec le chef de service, des médecins de service et les résidents ;

- de la revue de morbi-mortalité hebdomadaire ;

- de la passation des cas d'une équipe à l'autre dans le respect des normes de prise en charge de chaque patient et pour la sécurité de celui-ci.

À côté de tout cela, des stocks de médicaments étaient disponibles pour la prise en charge des urgences. Les services de supports paracliniques fonctionnaient adéquatement. Malgré la fréquentation importante des services, les résidents étaient peu nombreux.

Des programmes de formation en sous spécialité en coopération avec la France étaient déjà sur pied pour certains services. La sélection des bénéficiaires était dictée par les bons scores obtenus dans le parcours de formation universitaire à laquelle s'adjoint la performance académique durant l'acquisition de la spécialité, sous le leadership de la FMP. Ces programmes ne rentraient pas dans le cadre d'une planification stratégique visant à satisfaire les besoins spécifiques du pays et beaucoup de ces boursiers ne seront pas réintégrés une fois revenus au pays tandis que d'autres restaient à l'étranger.

À partir de 1995, des changements vont être opérés au niveau de la gouvernance des services, les nouveaux leaders sanitaires n'étant plus, nécessairement, des chefs de département de la FMP. Les nouvelles nominations au sein de ces hôpitaux ne vont plus s'effectuer sur la base du souci académique. Le schéma de fonctionnement à l'intérieur des services sera maintenu, puis se dégradera jusqu'à être totalement dépassé au fil du temps. À l'initiative des autorités du MSPP, un bureau de gestion de la résidence hospitalière sera créé en 1995 à l'HUEH, puis transféré à la FMP en 1998 sous le format de Direction des Affaires Académiques du 3^{e} cycle de la Formation et de la Recherche (DAAFR) avec un mandat plus large. Il aura insufflé un regain de prise en main du volet académique en l'absence de la représentation formelle de la FMP au niveau des services hospitaliers. Des exigences seront présentées par la directrice de cette entité, pendant la période de 1998 à 2002, aux chefs de service pour la transmission : des documents de programme, l'évaluation périodique formelle des résidents et la soumission des informations sur le parcours des résidents. Une série de formations à l'endroit des formateurs (formation en pédagogie et formation continue) fut organisée. Plusieurs résidents performants bénéficieront de formation complémentaire sous forme de bourses de courte ou de moyenne durée, au Canada, dans les Antilles (Martinique, Guadeloupe), Cuba. Grâce au partenariat avec les universités des Antilles Françaises, des jeunes médecins finissants bénéficièrent de formation dans les spécialités rares. Cependant, cette gestion académique aura duré l'espace d'un matin, car les changements opérés effrayant plus d'un, il fallait, à tout prix, modifier ce type de leadership.

Actuellement, la formation des résidents est questionnable sur tous les angles et met en exergue les constats néfastes suivants, pour ne citer que ceux-là :

- Disparités dans le même programme de spécialité d'une institution sanitaire à une autre ;
- Décadence dans l'encadrement et la supervision même par les pairs ;
- Non-respect des contenus et de la durée d'exposition ;
- Absence répétée des résidents seniors sur leur lieu d'affectation ;
- Violation en toute impunité des règlements généraux sur la résidence hospitalière ;
- Automatisme dans les changements de niveau académique ;
- Non-respect du quota résident/patients/lits ;
- Transmission de savoirs dépassés aux résidents par certains médecins de service ;
- Absence d'évaluation des résidents ;
- Absence d'évaluation des programmes.

En outre, il n'existe pas un système d'échange inter-institutionnel structuré pour pallier les déficits. Les chefs de service et les membres de l'équipe médicale qui y sont affectés n'ont plus les mêmes motivations. Leur perception de la formation des résidents est divergente, irresponsable dans certain cas et parfois néfaste. Nombre d'entre eux conçoivent la résidence hospitalière comme une main d'œuvre à bon marché exclusivement. Pour certains, la sélection ainsi que l'encadrement d'un résident doit se faire sous le parapluie du copinage. Ceci explique la disparité d'encadrement et de supervision au sein d'une même cohorte de résidanat.

La Certification

À la fin de la période d'engagement, le résident recevra sa lettre de fin d'entrainement qui l'habilitera à obtenir de la FMP son certificat de spécialisation et il pourra exercer sous ce titre. Or, comme il a été décrit dans un chapitre plus haut, les institutions sanitaires qui hébergent ces programmes n'ont pas le même niveau de plateau technique. En dépit de tout cela, tout résident finissant, indépendamment du service où il était affecté, de son engagement, de son comportement, des acquis de son apprentissage, recevra le même certificat de spécialiste.

À certains moments, les signataires de ces certificats peuvent être différents. Il y est retrouvé, tantôt la signature du Doyen de la FMP associée à celles du chef service, du directeur médical, du directeur général du MSPP ; tantôt il s'agit de l'association des signatures du Doyen, du responsable académique de l'institution sanitaire, du directeur médical, du directeur général ou du ministre du MSPP ; à d'autres moments, l'association comprend le Doyen de la FMP, le chef de service, le responsable du 3^{e} cycle, le recteur de l'UEH, le directeur général du MSPP. Les variations institutionnelles de signature observées ces derniers temps dans l'émission de ces certificats [6] s'effectuent au gré des relations du Doyen de la FMP avec les responsables sanitaires, académiques ou politiques du moment, alors que ce document, à portée légale, devrait répondre à certains critères bien établis. Par-delà cette description panoramique des mécanismes de certification des résidents, certains d'entre eux reçoivent leur certificat sans avoir présenté la thèse de sortie qui est l'une des exigences règlementaires prévues dans la loi du 14 août 1951.

B. ENJEUX

Nombreux sont les acteurs qui pensent qu'il est nécessaire **d'augmenter le nombre de postes en spécialité**. Toutefois les intérêts sont divergents pour la plupart. Pour une grande majorité, il s'agit de satisfaire la demande croissante des jeunes médecins en quête d'un « emploi temporaire » ou d'une formation complémentaire après l'obtention de leur diplôme. Aussi sensible et tentante que soit cette démarche, il serait trop simpliste et même irresponsable que des représentants de l'État se soumettent à un tel exercice. Ceci ne ferait qu'accroitre l'effet pervers du manque d'encadrement et de déficit d'implication des autorités académiques pouvant causer beaucoup plus de problèmes aux institutions qu'ils n'en résolvent. Car, l'augmentation du nombre de postes doit répondre à un besoin sociétal plus vaste et plus ambitieux : celui d'arriver à combler le déficit au niveau de la couverture territoriale en professionnels essentiels et compétents. D'où la nécessité de son inscription dans le cadre d'une politique publique sectorielle bien définie [7].

De plus, sans occulter le fait qu'il est important de disposer de variétés de spécialistes médicaux et chirurgicaux, **la médecine familiale reste le domaine prioritaire** de cette politique d'augmentation des postes de formation pour alimenter la pratique médicale dans le pays. De ce fait, les universités qui se sont investies dans le développement de programmes de formation en sciences de la santé, sont invitées à **établir des partenariats avec les institutions sanitaires publiques** (disposant d'un plateau technique approprié) en vue de mieux former leurs apprenants d'une part, et de leur permettre d'accéder, d'autre part, à une formation complémentaire par le développement de programme de résidence hospitalière digne de ce nom, particulièrement pour la médecine familiale.

Néanmoins, il demeure évident qu'il va falloir une dispersion de partenariats institutionnels (institutions sanitaires et académiques) à travers le pays pour accommoder l'ensemble des universités reconnues. Aussi, une grande mobilisation de ressources humaines compétentes s'avère-t-elle nécessaire. L'une des stratégies de cette dynamique de mobilisation des ressources humaines qualifiées est l'obligation d'un **service social** dans les institutions sanitaires de niveau 2 (hôpital général en région) et dans les hôpitaux communautaires de référence (HCR) **après la résidence hospitalière.** Elle devient une réponse stratégique et efficace à plusieurs niveaux : la formation, l'offre de soins et la désertification professionnelle. Évidemment, ces résidents spécialistes seront rémunérés à travers un contrat de service au même rang qu'un médecin-spécialiste de la fonction publique.

C. PERSPECTIVES

Aujourd'hui, la nécessité de mettre sur pied une **gouvernance académique responsable est plus que jamais évidente et essentielle**. Son rôle serait de s'assurer que les programmes de résidence hospitalière soient cohérents, actualisés et respectés. Toutes les universités impliquées dans le processus de formation de troisième cycle seront invitées à y être partie prenante. Il en est de même pour les sociétés savantes, par défaut, en attendant l'émergence des collèges de spécialités. Cette gouvernance, prévisiblement collégiale, serait un gage pour que l'équité, la transparence et la qualité soient de rigueur dans la gestion de la formation. Le comité de gouvernance académique devrait également se mettre d'accord sur des **modalités globales de recrutement et sélection** des médecins en spécialités, même si des particularités inhérentes à chaque institution académique étaient acceptées [8]. Dans ce cas de figure, la politique devrait avoir très peu d'influence dans ce dispositif. Il serait essentiel d'impliquer les chefs de service et les chefs de département dans le processus de recrutement des résidents à travers une procédure transparente, objective et efficace.

Sous le parapluie inter universitaire ou intra universitaire, il faudra concevoir la mise sur pied de **programmes uniques**. Les hôpitaux dits universitaires seront des milieux de stages obligatoirement rattachés aux universités par une convention. Mais, il est impératif que ce soient les universités qui disposent des programmes de formation. Tous les résidents d'un programme universitaire quelconque doivent être exposés de manière équitable aux différentes structures de formation dont dispose l'université au cours du parcours de leur formation. Néanmoins, il n'est pas certain qu'une seule institution sanitaire puisse disposer du plateau technique complet pour la formation adéquate d'un médecin en spécialité. Pour cette raison il faudra envisager la mise sur pied d'un système de rotation des résidents à travers les structures sanitaires rattachées à l'université pilotant les programmes dans lesquels ils seront enrôlés.

Dans la logique de développement de programmes de formation performante et compétitive, il sera nécessaire compte tenu de l'évolution de la science de procéder à une **évaluation systématisée des programmes** afin d'aboutir aux ajustements appropriés**.** Les médecins de service dans un hôpital universitaire ainsi que le chef de service doivent avoir une double appartenance : universitaire et prestataire de soins (Pu-Ph français). Ils doivent être recrutés sur la base de leur expertise professionnelle et être soumis au processus de développement professionnel continu. Bien entendu, ce statut exige du MSPP et des universités des reconsidérations salariales valorisantes à leur encontre.

Dans une publication antérieure [9], il avait déjà été soutenu le fait qu'il faudra prévoir la construction de douze centres spécialisés dont huit seraient **des pôles d'excellence** pour les prises en charge de patients en milieu hospitalier. Ces structures recevront essentiellement les cas compliqués et gèreront l'émergence de pathologies complexes. Ce qui obligerait les décideurs étatiques à les doter d'infrastructures adéquates, de professionnels experts et de plateau technique complet pour qu'elles répondent à leur mission. Il va sans dire que ces structures de niveau III devront être les sites privilégiés pour la formation des spécialistes médicaux et chirurgicaux. Ceci aura l'avantage de pérenniser le système par le renouvellement et le développement de l'expertise locale aux bénéfices de la communauté.

Dans un premier temps, la recherche active de **bourses en spécialités rares** demeurera une priorité de l'État et parallèlement, un dispositif rigoureux d'insertion des nouvelles compétences devra être aménagé pour limiter les déperditions et le gaspillage des ressources publiques au détriment de la collectivité.

Toutes ces perspectives de réforme et d'aménagement ne seraient ni viables ni cohérentes si concomitamment la pratique médicale dans le pays n'est pas bien règlementée et ne **répond à des standards**. D'entrée de jeu, le diplôme de spécialiste doit être codifié. Les modalités pour son obtention, la désignation de ceux qui seraient appelés à le signer, son formatage standard, seront autant d'éléments à prendre en compte dans ce processus. **Logiquement, les signataires obligatoires du diplôme de spécialiste devront être : le coor-**

donnateur du programme, le doyen et le vis-à-vis au rectorat. La mise en application de la législation prévue dans les décrets du 30 juin 2020 et celui du 7 août 2020 représente un grand pas dans ce domaine. Elles permettront de gérer les limites de chaque domaine d'expertise, de définir les délais de renouvellement des compétences et de contrôler les dérives à ces exigences. Tout cela, dans le but d'aboutir à une véritable révolution dans la production et le fonctionnement de la pratique médicale dans le pays.

D. AVANTAGES

La prise en main de la gouvernance académique par une équipe responsable offrira l'avantage d'une supervision régulière et l'implémentation d'une formation respectant des standards. Il est question de se soumettre aux principes de bonne gouvernance : équité, transparence et efficacité. L'apprentissage sera mieux défini, encadré et contrôlé pour un renforcement des acquis aux bénéfices à la fois des apprenants et de la société. Un médecin en spécialisation pourra parvenir effectivement à un renforcement de ses connaissances et à la maîtrise des actes médicaux et chirurgicaux en vue de l'exercice autonome de sa profession.

CONCLUSION

Face aux impacts négatifs démontrés dans l'analyse des différents mécanismes du système de résidence hospitalière depuis des décennies, la nécessité de la culture du pluralisme en l'occurrence le « nous » doit primer sur l'ostracisme dont ont fait montre dans le passé, différents acteurs dans l'évolution de la médecine spécialisée en Haïti.

Tout en réparant les multiples déviations occultant le devenir des spécialistes, il s'agit maintenant de s'aligner au vrai sens de la coopération citoyenne pour développer durablement un système efficient dont le socle repose sur des fondamentaux impliquant un leadership axé sur l'éthique professionnelle et une vision partagée des responsabilités envers la société en général, ainsi que de tous les acteurs participant au processus notamment, les bénéficiaires de ces programmes de résidence hospitalière. Ce qui permet de rappeler cette phrase de Napoléon Hill sur la motivation : **«** *Le succès obtenu dans la conduite des grands chantiers résulte en général d'un engagement pour le progrès de la collectivité plutôt qu'à œuvrer pour une réussite personnelle* »

Alors que la responsabilité sociale dans une perspective de développement durable constitue un leitmotiv pour toutes les sphères institutionnelles au niveau mondial, le pas est loin d'être franchi pour Haïti. Les antagonismes méritent plus que jamais d'être pris en compte avec une dimension sociale et humanitaire. En effet, face à la problématique de la gestion de la résidence hospitalière, il est indispensable par-delà les divergences, les réserves et les critiques que les élites, évoluant dans cette arène, fassent montre du respect des balises législatives, s'alignent par rapport au gouvernail étatique et s'affranchissent de prérogatives individuelles néfastes en acceptant de faire front commun pour la pérennité des programmes. En ce sens, un véritable choix de gouvernance universitaire doit émerger en toute transparence et en collégialité pour une redynamisation sanitaire complète, salutaire pour tous, intégrant la formation de professionnels aguerris émergeant dans des institutions standards, disposant de plateau technique adéquat. C'est donc le moment approprié pour rassembler les meilleures expertises professionnelles locales sans esprit de maraudage et de substitution de gérance.

Par ailleurs, il est encourageant de constater et d'apprécier les quelques mesures récentes initiées par la nouvelle équipe de gouvernance de la FMP relative à la résidence hospitalière. Elles méritent d'être soutenues, améliorées et renforcées dans le cadre de la vision globale d'une formation de qualité au bénéfice de tous.

Parmi tous les enjeux mis en évidence lors de cette analyse, il en ressort que la mise sur pied de programmes uniques de résidence hospitalière passe par la promotion d'objectifs communs de développement pour relever les défis nombreux limitant la formation adéquate des professionnels. C'est en acceptant la mutualisation des efforts, le partage des risques et en renforçant la solidarité entre institutions que les bénéfices peuvent être recueillis tant au niveau individuel qu'au niveau de la société haïtienne dans sa globalité.

RÉFÉRENCES

1. *Vincent Danel, Chapitre 1 : Petite histoire de la Médecine Occidentale. Université Joseph Fourier de Grenoble. 2011-2012*
2. *Bordes Ary. Haïti, la sante de la république. 1934-1957. Chap9, page 266*
3. *Le Moniteur du 3 septembre 1951. Loi du 14 aout 1951.*
4. *Avis d'inscription pour le concours de la résidence hospitalière à Mirebalais*
5.
6. *Avis d'inscription pour le concours de la résidence hospitalière 2022-2023*
7. *Échantillons de certificat*
8. *Larsen E. V. La Régionalisation, une stratégie gagnante d'offre de formation des professionnels en sciences de la sante en Haïti*

9. *à travers un partenariat public privé. INFO-GAZETTE-MEDICALE. No22. (2022) 2 :4-6*

10. *MSPP-DFPSS, Les règlements de la résidence hospitalière. 2022*

11. *Larsen E. V. Pour une reconfiguration du système de santé à travers le prisme de la prestation. Quelle stratégie ! INFO-GAZETTE-MEDICALE. No21. (2022) 2 :4-7*

COMITÉS DE LA RHCA / Info CHIR

COMITÉ DE RÉDACTION ET D'ÉDITORIAL
Jean-Marie Georges (directeur adjoint)
Marjorie Duré (membre)
Gerald Jonacé (membre)
Hubert Morquette (membre)
Michelson Padovany (membre)

COMITÉ DE LECTURE
Eunice Dérivois (directrice)
Sylvio Augustin (directeur adjoint)
Lucile Riche (membre)
Djenane Jose (membre)
Patrick Dupont (membre)
Brunel Delonnay (membre)
Claudine Jolicoeur (membre)
Christophe Millien (membre)
Fréderic Barau Dejean (membre)
Edith Comeau Georges (membre)
Carine Réveil Jean-Baptiste (Membre)

COORDINATION
Louis-Franck Télémaque
Eunice Dérivois

ÉDITION
Jean Alouidor

DOULEUR CHRONIQUE, SIGNIFICATION ET PRISE EN CHARGE

Denise FABIEN, MD.
Anesthésie-Réanimation- Médecine de la douleur

RÉSUMÉ

Tout au cours de la vie nous expérimentons des ressentis provenant d'émotions agréables ou désagréables qui déterminent notre comportement suivant le sens donné à l'évènement, suivant sa culture et son habitude de vie. Il arrive qu'en face d'un fait particulièrement blessant, la réaction se fait suivant le parcours de vie, suivant les conditions environnementales d'où survient cette blessure si grave qu'on la croit être irréparable. Alors, la douleur aigue de cette lésion, qui est une menace de son intégrité, si non ou mal soignée pendant trois mois, devient douleur chronique et douleur maladie et dépression attaquant le soma, les relations avec l'autre, le cerveau et la psyché.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 25 % de la population mondiale souffre de douleur chronique. [1] C'est une maladie qui survient trois mois après la blessure. Elle peut être lésionnelle ou non. Des critères de vulnérabilité sont établis dans " L'homme douloureux". [2] Ils dépendent du passé douloureux, de la situation de mal-être que vit le patient et réapparait une vieille arthrose, une migraine, un côlon irritable, une douleur bien localisée ou des douleurs sans localisation de lésion. La fibromyalgie atteignant 3 % de la population féminine, fait exception, car elle s'accompagne d'arthrose, de myalgie, de douleurs osseuses. Ces maladies, qu'on classait parmi les douleurs psychogènes, se rangent maintenant dans les douleurs neuropathiques, les douleurs noci plastiques.

Le mécanisme d'installation confère à ces douleurs une origine inflammatoire, neuropathique, par exemple chez des enfants qui arrivent à la clinique avec une mère fusionnelle et coupable, sans lésion visible, comme les douleurs récurrentes, la migraine, le mal au ventre, les douleurs vaso occlusives,

Dans la prise en charge, la recherche d'empathie et de compassion est la principale quête du (de la) patient(e). Elle est multidisciplinaire. C'est une équipe engagée qui doit l'accueillir. Les soins neuropathiques lésionnels et psychiques de cette prise en charge doivent être biopsychosociaux. Ces patients sont fragiles poly médicalisés et peuvent faire des allergies et des syndromes graves, conséquences des interférences médicamenteuses surtout entre le tramadol et les antidépresseurs modernesLa douleur chronique doit être entendue et suivi par une équipe engagée où les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les psychologues et les ergothérapeutes doivent travailler en absolue confiance avec le (la) patient(e) dont il est responsable. Et, souvenez-vous le cerveau n'est pas amnésique !

INTRODUCTION

« La vie n'est pas un long fleuve tranquille » comme le dicton populaire le dit. Un malheur, une épreuve difficile ou une souffrance et une douleur sont toujours présentes. Pourquoi cette douleur, que signifie-t-elle, pourquoi moi, que dois-je faire ? Qu'ai-je fait pour subir tout cela ? Qu'on soit chrétien, athée, agnostique ou laïque, l'être humain se pose toujours ces questions, perçoit la stimulation douloureuse et réagit suivant sa croyance, ses habitudes et son éducation.

La douleur est un symptôme ressenti par tous les mammifères et l'absence de structure neuro encéphalique empêchant de percevoir la douleur est grave. Ces patient(e)s ont une espérance de vie courte, car ne peuvent se défendre contre les stimuli algogènes qui les attaquent à tout moment.

La douleur est donc un processus complexe et paradoxal. Elle doit être soulagée et traitée. Sa non-existence met la vie en danger, et il est nécessaire de la soigner afin qu'elle ne devienne une maladie bio-psycho-sociale donc une douleur chronique provoquant désintérêt, évitement, fatigue et dépression.

Une vaste enquête faite par INSERM.fr reconnaît sur une population de 30.155 personnes que 30 % souffrent de douleur chronique, et doivent être soignés. [3] C'est un problème de santé publique. La douleur chronique consomme les ressources humaines d'une population.

Nous travaillons pour qu'en Haïti on ait une politique de santé qui légifère sur le droit des malades suivant l'OMS et nous suivons l'éthique et la déontologie dans notre pratique.

DÉFINITION

La complexité de la douleur chronique se retrouve dans la définition de l'International Association for de Study of Pain (IASP) qui englobe toutes les structures physiques, neurologiques, psychologiques et spirituelles : **« C'est une expérience émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite comme telle ou ressemblant à une telle lésion ».** [3] Cette définition évoque toutes les composantes de la douleur. (fig. 1)

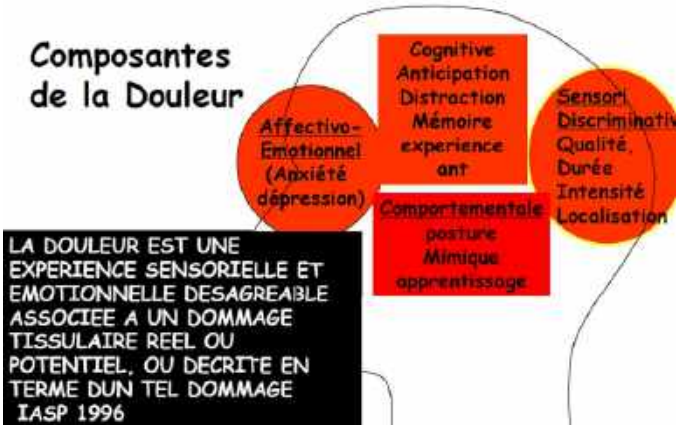


Fig. 1 : composantes de la douleur (Malou Navez, Mécanismes de la douleur aigue et chronique – Centre Douleur CHU St Etienne)

Le corps n'est pas écartelé et la sensation douloureuse est le résultat de l'action de toutes les structures qui rentrent en jeu dans la stimulation douloureuse. En effet, le stimulus qui peut être soit un excès de nociception, soit neurogène, déclenche les actions au niveau de tout ce qui concerne le soma, l'émotion, la cognition. (fig. 2) Ce stimulus provoque aussi des comportements observables, verbaux, moteurs et neurovégétatifs.

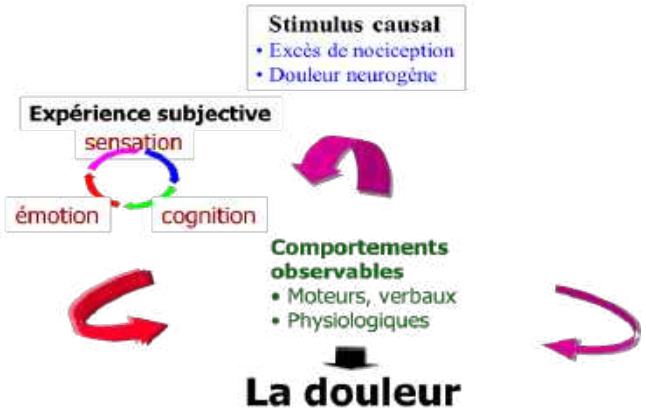


Fig. 2 : origine de la stimulation douloureuse (Alain Serrié, Introduction et physiologie de la douleur, Centre de traitement de la douleur, Hôpital Lariboisière)

La douleur est donc un symptôme complexe. Alerte quand elle est aigue, elle devient une véritable maladie chronique quand non soignée durant trois mois. Cette maladie grave entraine des dégâts bio-psycho-sociaux mettant en danger le pronostic vital quand associée aux comorbidités qui l'ont induite. Sa prise en charge demande un diagnostic sur une évaluation continue, un traitement adapté au type de douleurs par une équipe multidisciplinaire. Le tableau suivant du Professeur Alain Serrie montre bien la différence entre douleur aigue et douleur chronique : la douleur aigue qui avertit d'une menace et disparait en soignant la cause, la douleur chronique qui s'installe, difficile á soigner, causant dépression, souvenirs douloureux : le cerveau n'est pas amnésique. [Tableau 1]

	Aigué (douleur symptôme)	Chronique (douleur maladie)
	Signal d'alarme, utile protectrice, oriente le diagnostic	Inutile, détruit physiquement, psychologiquement et socialement
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Douleur permanente, récurrente ou répétitive
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions végétatives	Réactionnelle (tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs)	Entretien (cercle vicieux)
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression
Objectif thérapeutique	Curatif	Pluridimensionnel (somato-psycho-social)

Tableau 1 : différence entre douleur aigue et douleur chronique (Alain Serié, Les fondamentaux de la douleur, Centre de traitement de la douleur Hôpital Lariboisière)

Quelle soit aigue ou chronique la douleur et la souffrance sont des processus subjectifs, individuels. Même si les mots sont pareils pour la définir, seul le patient ressent sa douleur suivant son caractère son histoire de vie, ses préoccupations du moment, ses relations avec les autres, sa vision du monde et le sens qu'il donne à sa vie. La douleur est pour soi-même et nociception et souffrance constituent deux entités (douleur symptôme et douleur chronique : douleur maladie).

LA DOULEUR CHRONIQUE

Si l'IASP définit la douleur chronique comme une évolution de l'aigue mal soignée et persistant trois mois après la survenue de l'aigue, avec ou sans lésion, en réalité, le douloureux chronique, au moment de l'interrogatoire, en détaillant son histoire de vie, apparait en quête d'empathie et de compassion.

Les chercheurs en neuroscience définissent le concept de vulnérabilité comme étant la capacité personnelle à ressentir comme désagréable une stimulation nociceptive à partir d'un seuil plus ou moins élevé [2] La douleur ne s'élabore pas dans un cerveau amnésique (les fibres a, delta accompagnent la

douleur aigue, les fibres c plus lentes sont les fibres de la mémoire). Elle peut être d'origine inflammatoire, neuropathique, nociplastique.

L'intégration affective et toutes modifications comportementales visent à remplacer une souffrance difficile à supporter par une douleur causée par une lésion ou pas, suivant

la capacité de la personne à supporter les causes de sa souffrance [5].

Histoire de vie

L'enfant est particulièrement vulnérable. Il dépend d'un(e) adulte et peut-être abusé à tout moment. Différentes agressions, telles les traumatismes corporels, la maltraitance, les agressions sexuelles, la perte de ses géniteurs, subies au cours de l'enfance, peuvent le rend vulnérable. Tant que la personne ne peut se défaire de son passé malheureux, la douleur chronique sert d'écran à partir d'une occasion quelconque.

Le contexte d'apparition de la douleur est aussi un élément de vulnérabilité. La visibilité de la lésion, son étendue, sa profondeur, la quantité de sang perdue, effraient l'enfant et ses parents. Un environnement dangereux, un tremblement de terre, une amputation, une maladie non acceptée indiquent que la douleur n'est pas seulement l'instant de la plainte, elle est aussi le récit de notre propre vie.

La lésion n'est pas visible

Il arrive souvent que la douleur apparaisse à distance du traumatisme. Au cours de l'interrogatoire, il est nécessaire de trouver le moment du traumatisme. L'approche se fait de manière éotionelle. La personne ne se rappelle de rien et croit, par exemple en Haiti, à un « mauvais œil ». Elle a parfois déjà visité plusieurs médecins plusieurs « ougans ». La lésion, maladie ou trauma existe bien, assimilable à une maladie de l'âme, une maladie sociale. Elle pèse sur tout l'individu comme une menace potentielle à son integrité. La personne douloureuse est au-delà de la somme de ses douleurs.

La prise en charge

Nous pouvons déduire de son mécanisme que la douleur chronique exige une prise en charge multidisciplinaire. La demande doit être écoutée et bien comprise. La personne vient pour être écoutée sans mettre en doute ce qu'elle dit. Elle veut être éclairée afin de comprendre ce qui lui arrive. L'écoute et l'empathie sont de rigueur ainsi que la disponibilité à la demande. La personne commence parfois par décrire son arthrose et, sans difficulté, ses mots se glissent sur un enfant perdu, un viol ou un assassinat…

L'examen

C'est une consultation complète de médecine générale, sans oublier l'examen neurologique qui révèle souvent une lésion cachée. Les antécédents, les comorbidités doivent être évalués, car ces personnes sont polymédiquées, afin de chercher une cause à leur mal être. Il faut prendre aussi en compte que les enfants avec migraine, mal au ventre, les adolescentes avec dysménorrhée, arrivent en fusion parfois avec leur mère qui se déculpabilise ainsi.

A l'examen on découvre les douleurs récurentes (migraines, dysménorrhées, baisses de virilité) ; les douleurs neuropathiques (herpès, polynévrites diabétiques) ; les douleurs de dégénérescence médulaire ; les douleurs neuroplastiques (fibromyalgies,colon irritable, vessie nerveuse).

Le suivi

Le maintien de la relation soignant/soigné(e) est nécessaire pour établir la confiance et rendre la fréquence des rémissions plus longues. Quand le patient est entouré d'une équipe multidisciplinaire avec un psychologue, un physiotherapeute, un psychiatre, un ergotherapeute et d'autres spécialistes de traitement somatique, la qualité de vie est ameliorée et la personne est capable de travailler, de se mélanger avec son groupe et de reprendre ses habitudes de loisir. L'objectif est de soigner la douleur somatique, mais surtout d'aider la personne à faire sa résilience et d'apprendre à vivre avec son passé et son histoire.

La douleur somatique

Elle est souvent un écran pour cacher le mal-être dont la cause est trop dure à surmonter, souvent poly médicalisée. Son évaluation doit être multi dimensionnelle. Il faut porter une attention spéciale aux interférences médicamenteuses :

- Avec l'état de la personne : contrôle du foie, des reins, du cœur et du cerveau ;
- Avec les médicaments en cours, attention au tramadol/antidépresseur (amytriptiline en très petite quantité /vendoxiline interdit avec tramadol (syndrome sérotoninergique) ;
- Attention aux médicaments en cours.

La souffrance

C'est là qu'interviennent les psychologues, les psychiatres, les ergothérapeutes. Il faut chercher avec la personne l'origine de son mal être, l'accompagner dans sa résilience.

CONCLUSION

L'essentiel dans la prise en charge d'un(e) patient(e) souffrant de douleur chronique est de soigner la lésion quand elle existe en tenant compte du passé lésionnel et surtout de

l'histoire de vie de la personne venant en confiance vers vous, pour l'accompagner dans sa recherche de bien-être et faire sa résilience.

RÉFÉRENCES

1- *Day G, Pain A, Federation E, Chapters I, Day G, Pain A, et al. World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain. Indian J Med Sci. 2004;58(10):451–2. - Conference Geneve 2001 avec IASP Google.com/search?q=conférence+Geneve+2001+avec+IASP oq=conférence+Geneve+2001+avec+IASP&aqs=chrome. 69i57j33i160l4.5719j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8*

2- *Simonnet G. Laurent B., Le Breton D., L'homme douloureux, Paris, Odile Jacob, 2018, 298 pages.*

https://doi.org/10.4000/revss.3583 , https://journals.openedition.org/revss/3583

3- *Reseau INSERM de recherche sur la douleur https://www.sfetd-douleur.org/reseau-inserm/#:~:text=La%20SFETD%20est%20partenaire%20du,chercheurs%20fondamentalistes%20et%20chercheurs%20cliniciens.*

4- *Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976–82.*
Apkarian Vavia, Marvan n Baliki, Geha Paul Y, Towards a theory of chronic pain , PMID: 18952143, PMCID: PMC2650821,
DOI: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018

DÉPENSES DE SANTÉ EN HAÏTI : LES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ (CNS) 2016 -2019

Denise FABIEN, MD.
Jean-Patrick ALFRED, MD, MSc

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les Comptes Nationaux de Santé (CNS) comme un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif des flux financiers du système de santé d'un pays. *Ils fournissent des indicateurs fiables sur le financement du système de santé. Ils regroupent un ensemble d'informations économiques et financières sur le système de santé et peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.* [1-3]. Ces rapports sont donc dédiés à tous les acteurs du système de santé, principalement aux décideurs et aux bailleurs qui soutiennent le financement de la santé.

D'après le rapport de l'OMS, sur les dépenses publiques de santé publiées en 2021, les tendances mondiales des dépenses en santé confirment la transformation du financement des services de santé dans le monde [4].

Les dépenses totales en santé augmentent plus rapidement que le produit intérieur brut et leur croissance est plus forte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (près de 6 % en moyenne) que dans les pays à revenu élevé (4 %)[4].

La part des ressources des systèmes de santé provenant des paiements directs des ménages diminue alors que celles des fonds mis en commun provenant en particulier de fonds publics intérieurs augmente. [4].

Les sources extérieures (sous forme d'aide extérieure) représentent moins de 1 % du financement des dépenses mondiales en santé. Elles constituent une part modeste décroissante du financement des dépenses en santé dans les pays à revenu intermédiaire, mais une part croissante dans les pays à faible revenu [4].

En 2016, la valeur médiane des dépenses en santé par habitant dépassait 2 000 USD dans les pays à haut revenu, mais était cinq fois moins importante (400 USD) dans les pays à revenu intermédiaire supérieur et 20 fois moins importante (100 USD) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur.[4].

Cette inégalité est également illustrée par le déséquilibre entre les dépenses en santé et la population. Les pays à haut revenu qui abritent 20 % de la population mondiale sont à l'origine de près de 80 % des dépenses en santé dans le monde. Alors que les 10 pays les plus riches ont dépensé 5 000 USD ou plus par habitant en 2016, le montant était inférieur à 30 USD par habitant dans les 10 pays les plus pauvres. La situation à cet égard n'a pas vraiment évolué depuis 2000 [4].

La part des paiements directs dans les dépenses totales en santé est passée de 56 % en 2000 à 44 % en 2016, la diminution étant la plus marquée dans la Région de l'Asie du Sud-Est dont les 11 pays représentent environ 25 % de la population mondiale. La proportion des dépenses directes a également sensiblement diminué, de 46 % à 37 %, dans la Région africaine, comprenant 47 pays qui représentent près de 15 % de la population mondiale. Dans toutes les régions, la diminution de la part des paiements directs dans les dépenses totales en santé résultait du fait que les dépenses issues d'autres sources ont augmenté plus rapidement que les paiements directs par habitant qui ont baissé [4].

La fongibilité est confirmée, car les données semblent indiquer que si elle a conduit à une augmentation des dépenses en santé, l'aide a également été associée à une diminution de la part des fonds publics intérieurs alloués à la santé. Dans les pays à faible revenu, alors que la valeur médiane des dépenses par habitant est passée de 5 USD en 2005 à 9 USD en 2016, la valeur médiane des dépenses publiques en santé en pourcentage des dépenses publiques générales (qui indique le degré de priorité accordé à la santé) a baissé de 7 % à 5 % [4].

Quelle est la situation d'Haïti ?

Les informations pour déterminer les dépenses de santé pour les années 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019 ont été collectées par l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) auprès de trois entités : **l'Administration publique**, le **Secteur privé** constitué par les Ménages, les Entreprises et les Institutions Sans But Lucratif au Services des Ménages (ISBLSM) et le **Reste du Monde** à travers les Organisations Bilatérales, Multilatérales et les autres telles que les Fondations, les Firmes et les Organisations internationales. Selon les prescrits de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de ses partenaires (Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) et l'Eurostat), les dépenses des CNS doivent être analysées à travers un minimum de cinq dimensions : **les Sources de financement** (ceux qui fournissent les fonds), **les Agents de financement** (ceux qui gèrent les fonds), **les fonctions** (Biens et services achetés avec les fonds), **les Prestataires** (ceux qui ont reçu les fonds pour les transformer en biens et services) et **les Coûts de**

production (Facteurs de production utilisés par les prestataires pour transformer les fonds en biens et services) (Figure 1) [2].

Figure 1 : Cascade du financement de la santé en Haïti

En Haiti, les CNS nous permettent d'établir le constat suivant : Les Dépenses Totales de Santé (DTS) se subdivisent en Dépenses Courantes de Santé et en Dépenses d'Investissement de Santé (DIS). En 2016-2017 le montant des DTS équivalait à 565 086 444 USD dont 551 084 680 USD avaient été utilisés pour les DCS (97.52%) et 14 001 793 USD avaient été consacrés aux DIS (2.48%). En 2017-2018, les DTS représentaient 682 544 336 USD desquels 667 194 171 USD (97.75%) avaient été alloués aux DCS et 15 350 165 USD (2.25%) aux DIS et, en 2018-2019, sur les 596 135 560 USD constituant les DTS, 573 822 055 USD (96.26%) avaient servi à financer les DCS et 22 313 504 USD (3.74%), les DIS [5].

La contribution des trois **Sources de financement** aux DTS est ainsi répartie : l'Administration publique a cotisé à hauteur de 12 % au cours des deux premiers exercices et de 10 % au troisième ; le Secteur privé, le plus grand pourvoyeur de fonds du système de santé haïtien, a soutenu 52.98 % des DTS en 2016-2017, 46.29 % en 2017-2018 et 45.97 % en 2018-2019 (Tableau 1) [5].

Tableau 1. Distribution, par Source de financement, des Dépenses totales de santé des années fiscales 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. Haïti.

Un pourcentage de **90 % en moyenne des DTS provenant de ce secteur sont assurés par les Ménages traduisant l'importance des coûts catastrophiques en santé de la population.** Quant au reste du Monde, il a supporté 35.28 % des DTS en 2016-2017, 41.34 % en 2017-2018 et 44.35 % en 2018-2019 (Tableau 2). Quoique les pourcentages de la contribution du reste du Monde semblent augmenter, en valeur absolue, le montant apporté aux DTS au dernier exercice est inférieur à celui du second [5].

Les **Agents de financement** appartiennent aux mêmes secteurs que les sources de financement. Toutefois, une augmentation du nombre des sous-secteurs du Secteur Privé est observée à ce niveau. Vu le pourcentage des DTS consacré aux DCS et considérant que ces dernières sont celles utilisées pour l'offre des services, le choix de poursuivre l'analyse en tenant uniquement compte des DCS a été fait. Il s'en est révélé que l'Administration Publique et le Secteur Privé ont assuré la gestion de pourcentages plus importants de fonds que leurs propres contributions au cours des trois exercices fiscaux et que les pourcentages administrés par le reste du monde étaient nettement inférieurs à ses apports. Aussi, à l'Administration Publique a été confiée la gestion de 17 % des DCS au cours de chacune des trois périodes. Environ 92 % de ces montants ont été administrés directement par le MSPP et les 8 % restants par les Agences de sécurité sociale. Le Secteur Privé, avec l'introduction d'autres entités telles les ONG Internationales résidentes, les ONG nationales, etc s'est vu responsabilisé de l'administration d'une moyenne de 71 % des DCS. La proportion des DCS gérée directement par le seste du Monde est nettement inférieure à sa contribution, 12 % en moyenne au cours des trois exercices (Tableau 3) [5].

La majeure partie des DCS a été utilisée en soins curatifs et en biens médicaux non spécifiés par fonction totalisant un pourcentage de 67 %, les deux premières années fiscales et 64 % la troisième année. Les soins préventifs ont représenté environ 9 % des DCS au cours de la période de l'analyse.

Sources de financement	2016-2017			2017-2018			2018-2019		
	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%
Administration publique	4,535,327,250	66,296,262	11.73	5,879,762,324	84 430 820	12.37	4,893,895,672	57,717,840	9.68
Secteur privé	20,482,196,648	299,403,547	52.98	22,001,269,781	315 928 630	46.29	23,234,853,088	274,028,224	45.97
Reste du Monde	13,640,039,695	199,386,635	35.28	19,651,355,446	282 184 886	41.34	22,417,585,351	264,389,496	44.35
TOTAL	**38,657,563,593**	**565,086,443**	**100**	**47,532,387,551**	**682,544,336**	**100**	**50,546,334,111**	**596,135,560**	**100**

Sources : Bases de données des CNS. Années fiscales 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. UEP/MSPP. Haïti.

Tableau 2. Distribution par sous-secteur des Dépenses totales de santé supportées par le Secteur privé au cours des exercices fiscaux 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2109. Haïti.

Sources de financement	2016-2017			2017-2018			2018-2019		
	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%
SECTEUR PRIVE	20,482,196,648	299,403,547	100	22,001,269,782	315,928,630	100	23,234,853,088	274,028,224	100
Ménages	18,885,440,744	276,062,575	92	19,785,123,425	284,105,736	90	21,015,719,862	247,856,113	90
Entreprises	1,596,755,904	23,340,972	8	1,539,924,779	22,112,648	7	1,812,676,116	21,378,419	8
ISBLSM		-	-	676,221,578	9,710,247	3	406,457,109	4,793,692	2

Sources : Bases de données des CNS. Années fiscales 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. UEP/MSPP. Haïti.

Tableau 3. Distribution, par Agent de financement, des Dépenses courantes de santé des années fiscales 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. Haïti.

AGENTS DE FINANCEMENT	2016-2017			2017-2018			2018-2019		
	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%	Gourdes	USD	%
Aministration publique	6,338,050,169	92,648,007	17	7,968,143,428	114,419,061	17	8,225,212,872	97,006,874	17
Secteur privé	26,680,594,876	390,010,158	71	32,318,252,595	464,075,999	70	35,081,853,468	413,749,893	72
Reste du Monde	4,681,057,923	68,426,515	12	6,177,006,045	88,699,110	13	5,347,305,730	63,065,288	11
TOTAL	37,699,702,968	551,084,680	100	46,463,402,067	667,194,171	100	48,654,372,069	573,822,055	100

Sources : Bases de données des CNS. Années fiscales 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. UEP/MSPP. Haïti.

En 2016-2017, 5 211 287 USD ont été dépensés pour le programme de vaccination. En 2017-2018, les montants retracés totalisaient 83 701 USD et aucune dépense en vaccination n'a été retrouvée en 2018-2019. La faible contribution des sociétés d'assurance commerciales aux DCS est remarquable. Elles ont apporté 12 % des DCS du Secteur privé en 2016-2017 et 10 % de celles-ci en 2017-2018 et 2018-2019.

Les **Prestataires** qui se sont chargés de transformer les DCS en biens et services au bénéfice de la population étaient au nombre de six dont les Hôpitaux avec environ 23 % des dépenses et les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux avec environ 29 %. La répartition des DCS par maladie montre que, parmi les catégories de pathologies bien définies dans la nomenclature, les maladies infectieuses et parasitaires, évitables par définition, ont consommé le plus fort pourcentage des fonds avec environ 28 %. En effet, les autres maladies/affections non spécifiées, malgré leur taux d'absorption supérieur à 30 % des DCS, regroupent toutes les dépenses n'ayant pas été reportées comme entreprises dans le cadre d'une catégorie de maladies bien définies. Les sous-comptes de deux programmes prioritaires ont aussi été analysés quoique les données des CNS y relatives ne soient pas exhaustives : le sous-compte VIH auquel un pourcentage de 18 % des DCS a été dédié en 2016-2017, de 14 % en 2017-2018 et de 12 % en 2018-2019 ; et celui de la santé de la reproduction qui en a absorbé 20 % au premier exercice, 19 % au deuxième et encore 20 % au troisième. Aussi, plus du tiers des DCS a été utilisé pour satisfaire les besoins de deux programmes de santé à chacun des exercices fiscaux [5].

Globalement, l'analyse des CNS a révélé que le financement du système de santé haïtien repose majoritairement sur les citoyens et l'International (Figure 2). Le processus de transition apportant une réduction progressive des fonds étrangers et la contribution de l'Etat ne montrant pas cette tendance à la hausse espérée pour y compenser, le poids du processus se fera de plus en plus ressentir sur les dépenses des ménages si aucune mesure n'est prise [5].

La couverture universelle en santé prônée par l'OMS et embrassée par le MSPP dans sa Politique de Santé [6] ne sera pas effective tant que cette tendance n'aura pas été inversée. En effet, dans les pays où cette recommandation est appliquée, pas moins de 15% du budget national est alloué à la santé. Or, en Haïti, le pourcentage du budget national

affecté à la santé, après avoir connu des valeurs de 5 et 5.5 % en 2013-2014 et en 2015-2016, est passé à 4.4 % en 2016-2017 et à 3.9 % en 2017-2018 et 2018-2019 (Figure 3). [5], [7, 8].

précaire et l'apport de l'Etat à la santé aussi faible, il sera difficile d'améliorer de manière significative les indicateurs sanitaires [5].

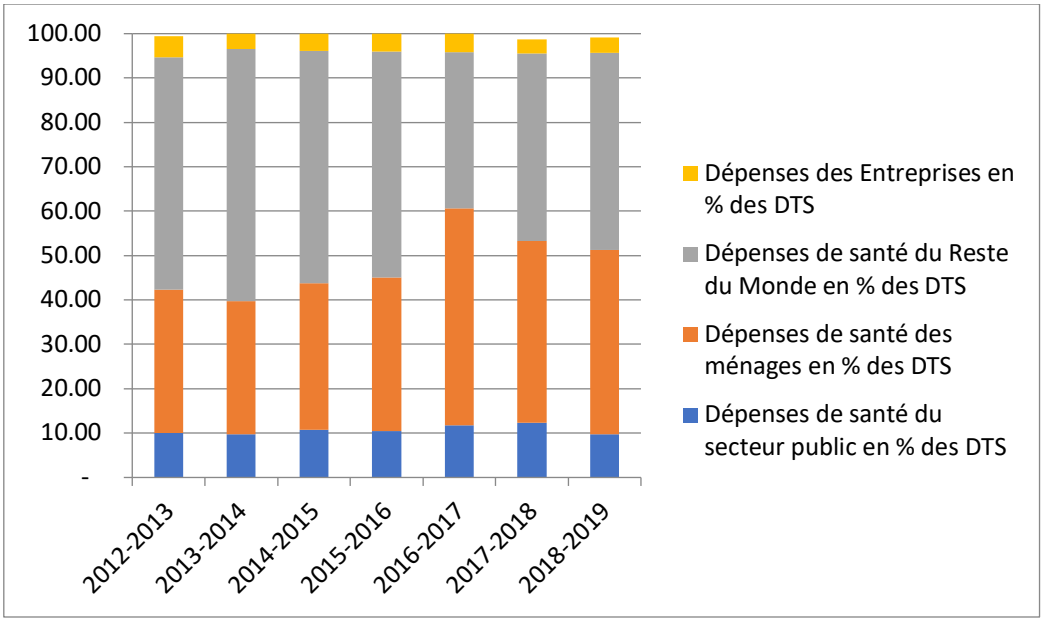


Figure 2. Evolution de la distribution des dépenses totales de santé par source de financement entre 2012-2013 et 2018-2019

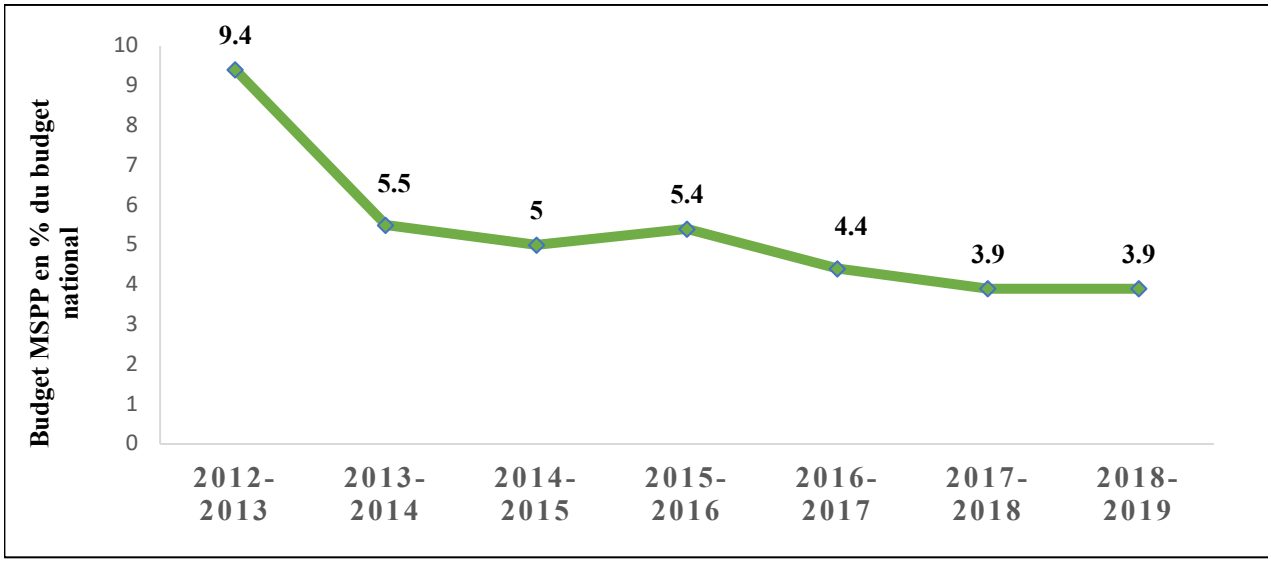


Figure 3: Evolution du % du budget du MSPP par rapport au budget national

De plus, la faiblesse des infrastructures sanitaires nationales et celle du pourcentage des investissements pour son amélioration en appellent à un changement de stratégie : puisque le système n'est pas en mesure de répondre aux urgences sanitaires et à la prise en charge des cas sévères de maladies, il serait plus payant d'investir davantage en prévention. Aussi, tant que les coûts catastrophiques seront aussi élevés, la situation économique de la population aussi

Les dépenses de santé explosent ces dernières décennies à travers le monde, on le sait, à cause du vieillissement de la population. Mais ce n'est pas tout. **Les nouvelles technologies médicales suscitent des attentes plus grandes de la part de la population.** Car elles peuvent impacter la qualité des soins. Elles sont issues des progrès de la science, ainsi que la hausse des revenus dans les pays développés. *«Les dépenses publiques de santé et de prise en charge de la dépendance dans les pays développés représentent aujourd'hui environ 6% du PIB. Et ils devraient atteindre près de 9% en 2030, pour se hisser jusqu'à 14 % d'ici à 2060», note l'OCDE* [11].

CONCLUSION

Par rapport à ce qui precède, nous constatons que l'analyse des données fournies par les différentes parties prenantes dans le cadre de l'élaboration des CNS 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019 a démontré, malgré leur manque d'exhaustivité, que les montants alloués au financement de la santé en Haïti présentent une allure en dents de scie et que, comparée à l'exercice 2012-2013, la valeur en dollars des dépenses totales de santé en 2018-2019 a connu une réduction d'environ 12 % [5]. Donc Haïti n'arrive pas à suivre l'évolution mondiale. Comment arriver à la couverture universelle en santé avec une telle tendance ?

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Pour y arriver, il nous faut renforcer le financement et la gouvernance du système de santé ainsi que l'organisation des personnels de santé, la prestation des services, les systèmes d'information sanitaire, les médicaments et la fourniture d'autres produits sanitaires. La couverture sanitaire universelle passe, dans les pays à faible revenu comme Haiti, par l'augmentation des dépenses publiques de santé. Cette augmentation conduira à la réduction des dépenses des ménages et permettra de combattre les inégalités d'accès aux soins et services de santé générées par les barrières financières. De plus, dans ces pays, la tendance est d'investir environ 50 % des dépenses publiques de santé dans les soins de santé primaires [5]. Il est donc indispensable de revisiter le financement de la santé et l'utilisation des fonds qui y sont consacrés en Haïti.

Le MSPP poursuivra donc un plaidoyer soutenu auprès des autres entités du Gouvernement afin de porter l'Etat à s'impliquer davantage dans le financement de la santé et auprès de ses partenaires pour qu'une plus large part de leur contribution aux dépenses de santé soit dédiée aux activités de prévention et au renforcement du système de santé haïtien. Ces deux démarches devraient s'initier par la budgétisation des documents de politiques [9, 10] afin de disposer d'un outil de référence pour non seulement entreprendre les activités de plaidoyer, mais encore pourorienter les bailleurs vers une utilisation des ressources disponibles qui soit conforme aux orientations et stratégies du MSPP. D'un autre côté, l'UEP continuera à sensibiliser et former les partenaires afin d'assurer la promptitude de leur réponse à ses requêtes et de renforcer la qualité des données fournies, lors de l'élaboration des futurs CNS. Ce rapport confirme l'importance des efforts consentis par le MSPP avec la collaboration de ses partenaires pour améliorer la qualité, la régularité et la disponibilité des données. Nous devons continuer à affiner cette base de données des dépenses en santé comme base de l'analyse, du suivi et de l'élaboration des politiques à mesure que nous cherchons collectivement à mieux connaître les politiques et les mesures pour permettr au pays de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle.

Et nous le répétons: « La santé qui est la richesse principale de la population n'a pas de prix, mais elle a un coût » .

RÉFÉRENCES

1. *Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Guide succinct pour l'élaboration des comptes de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale. 2007.*
2. *OECD, Eurostat and World Health Organization (2017); A System of Health Accounts 2011. Revised edition, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en*
3. *Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), 2018. Classification Internationale des Comptes de Santé (CICS).*
4. *Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2021. Rapport mondial. Dépenses publiques en santé : les tendances mondiales qui se dégagent.*
5. *Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haiti. Rapport des Comptes Nationaux de Santé, Haiti- 2016-2017, 2017-2018, 2019. Août 2022.*
6. *Ministère de la Santé Publique et de la Population. Politique nationale de santé., Haïti. 2012.*
7. *Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti. Rapport des comptes nationaux de santé 2013-2014. Novembre 2017.*
8. *Ministère de la Sante Publique et de la Population. Haïti Rapport des comptes nationaux de santé 2014-2015 et 2015-2016. Décembre 2019.*
9. *Ministère de la Santé Publique et de la Population. Haiti. 2022*
10. *Ministère de la Sante Publique et de la Population. Paquet essentiel de services. Haïti. 2015.*
11. *OCDE (2013), "Quel avenir pour les dépenses de santé ? ", OCDE, Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n° 19, juin 2013.*

Auteur correspondant:
Jean-Patrick ALFRED, MD, Msc.
jeanpatricka3@gmail.com

Edité par Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LEGAL Info CHIR - RHCA: 19 – 08 – 594
CODE ISBN du No 41 Info CHIR : 978 – 99970 – 975 – 6 – 9
CODE ISSN Info CHIR : 2790-8992