Aout 2023

Vol. 3. No 31.

Info Gazette Médicale

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001 | CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL) | CODE ISSN : 2958 – 1345 (ON LINE) | CODE ISBN : 978 – 99970 – 978 – 2 - 8

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

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

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

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

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

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

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

Petites Annonces
Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture
Eunice Dérivois, membre

Conception et réalisation
Jean Alouidor, membre

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

SOMMAIRE

	Page
Lu pour vous	2
Santé Publique	5
Actualités Médicales et Paramédicales	7
Académies et Professions	10
Informations Socio Culturelles	15
Petites Annonces	19

La technologie a toujours accompagné l'exercice de la médecine avec des faces changeantes représentant l'état de la science de l'époque. Des trépanations des Égyptiens, au stéthoscope de Laennec, les médecins et quelque braves patients ont toujours été à la pointe des progrès technologiques, certains douteux d'autres dangereux.

Nos patients ont énormément profité de ces avancées, qui ont marqué des victoires certaines dans le diagnostic et le traitement des maladies les plus fréquentes. Les résultats sont parfois mitigés comme les effets de la radiation suivant les premières applications des rayons X.

Il est difficile sinon impossible de se tenir à jour de toutes ces découvertes et leur application semble s'accélérer depuis les dix dernières années. L'obsolescence programmée est une menace permanente. L'usage de la réalité virtuelle en physiothérapie, la vente de vêtements avec des capacités électroniques de monitoring des signes vitaux sont des innovations récentes. La frontière entre la science-fiction et la science est devenue réduite.

Le développement de Neurolink, une connexion directe de notre système nerveux avec des entités robotiques, la création de parties du corps humain par imprimante 3D sont des défis à notre imagination…

Avec cette vague de progrès sont arrivées des interrogations : Est que cette caverne d'Alibaba technologique est réservée aux patients des pays riches ? Sommes-nous en train d'aggraver des divisions éthiques et sociales basées sur les ressources institutionnelles ou personnelles ? Il n'y a pas de doute que nos diabétiques pourraient profiter de ces nouveaux systèmes de contrôle de leur glycémie sans des piqures multiples mais peuvent-ils se les payer ?

La réponse à ces questions n'est pas simple si l'on considère que certaines de ces avancées nous permettraient en fait de mieux utiliser notre budget de santé. Un exemple est l'utilisation croissante des applications de Smartphones dans le domaine de la santé dans les pays Africains. Le IPhone est maintenant un instrument médical de facto et grâce à la miniaturisation peut être un écran de sonographie ou un mini électrocardiographe. Si on se rappelle que ces téléphones étaient considérés comme des jeux luxueux pour les classes possédantes, on doit conclure que la marche de ces avancées est inexorable.

Nous devons garder l'espoir que cette explosion technologique sera à la portée du plus grand nombre.

Lu Pour Vous offre des extraits de la littérature médicale récente. Santé Publique démystifie la ménopause. Actualités Médicales et Paramédicales informe de l'inauguration de l'hôpital Notre Dame du Nord. Académie et Professions présente l'influence de la qualité des épreuves certificatives sur le comportement des étudiants et l'argumentaire des journées scientifiques de la FMP-UEH axées sur des soins de santé centrés sur le patient. Informations Socio Culturelles nous convainc qu'il faut parler à nos enfants de la mort et annonce le départ d'éminents confrères. Petites Annonces informe des bonnes adresses.

Comité d'éditorial et de rédaction.

" Pensée du mois : " *« Quiconque cesse d'apprendre est vieux, qu'il ait vingt ans ou quatre-vingts. Quiconque continue à apprendre reste jeune. «*
Henri Ford

LU POUR VOUS

1.- Le vieillissement pourrait-il être réversible ?

Extrait d'un article de Poganik JR et al. Cell Metab le 2 Mai

Un biomarqueur de pointe pour le vieillissement montre la réversibilité du vieillissement, chez la souris et l'homme.

Des études récentes chez les animaux (y compris l'homme) ont montré que certaines interventions biologiques pourraient ralentir le processus de vieillissement. Une nouvelle étude suggère qu'au moins certains aspects du processus de vieillissement pourraient également être réversibles chez l'homme.

Les horloges de méthylation de l'ADN (DNAm) sont actuellement l'étalon-or pour déterminer l'âge biologique. Les chercheurs ont utilisé des horloges à ADN pour étudier le vieillissement chez la souris. Les vaisseaux sanguins de jeunes souris ont été connectés chirurgicalement aux vaisseaux sanguins de souris âgées pendant 3 mois, puis déconnectés. L'exposition au sang de souris âgées a provoqué un vieillissement spectaculaire des organes des jeunes souris. Lorsque les réserves de sang jointes ont été déconnectées, les organes des jeunes souris sont devenus biologiquement plus jeunes.

Les chercheurs ont ensuite mené des études chez l'homme. Dans les 24 heures suivant le traumatisme, les personnes qui ont subi une réparation chirurgicale de fractures traumatiques de la hanche ont présenté un vieillissement biologique, qui est revenu à la ligne de base 1 semaine plus tard. Il n'en allait pas de même pour les personnes ayant subi une chirurgie élective non liée à un traumatisme. Pendant la grossesse, les femmes ont présenté un vieillissement biologique qui est revenu à la ligne de base après la parturition. Les survivants de la COVID-19 grave ont connu une accélération marquée de l'âge biologique au cours de la maladie aiguë qui est revenue au niveau de référence après un certain temps.

Référence :

Poganik JR et al. L'âge biologique est augmenté par le stress et restauré lors de la récupération. Cell Metab 2023 2 mai ; 35 :807. (https://doi.org/10.1016/j.cmet.2023.03.015)

Note de l'éditeur : Sommes-nous à la veille de la réalisation d'un rêve de l'Humanité ? Arrêter la marche du temps, échapper aux ravages de l'âge. En effet, l'âge biologique n'est pas statique et sa progression n'est pas inexorable. Mais voulons-nous vraiment vivre au-delà de 100 ans, peut être perclus de rhumatisme, défaillants de mémoire, dépendants des membres plus jeunes de notre famille et de la société ? On verra bien quand ce moment arrive…

2. Une seule écoute peut entrainer une contamination bactérienne sur un stéthoscope

Extrait de l'article de Neil H. Winawer, MD, SFHM, examinant Dressler RL et al. Cureus 2023 Avr 3

La contamination est courante, même après une seule rencontre avec un patient.

La contamination est courante, même après une seule rencontre avec un patient.

Pour réduire le risque d'infections nosocomiales transmises, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis recommandent de nettoyer les stéthoscopes après chaque rencontre avec le patient, mais peu de médecins effectuent cette tâche de base. C'est important ? Les chercheurs ont interrogé 30 cliniciens hospitaliers (hospitaliers et résidents non en soins intensifs) dans deux hôpitaux universitaires américains sur leurs pratiques de nettoyage des stéthoscopes. Les chercheurs ont ensuite mesuré la contamination bactérienne de la surface du diaphragme du stéthoscope de chaque clinicien (1) directement à partir de la blouse de laboratoire du clinicien, (2) après le nettoyage avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool disponible dans le service et (3) après utilisation pour examiner un patient.

Seulement 20 % des cliniciens ont déclaré nettoyer régulièrement les stéthoscopes. La contamination bactérienne était significativement plus fréquente sur les surfaces des stéthoscopes des cliniciens directement hors de leur blouse de laboratoire (50%) et après avoir examiné un patient (37%) qu'après le nettoyage de la surface du stéthoscope (0%). Les cliniciens qui nettoyaient leurs stéthoscopes régulièrement (au moins 3 fois par jour) étaient moins susceptibles que les autres cliniciens d'avoir contaminé des stéthoscopes directement de leurs sarraus de laboratoire (17 % contre 58 %).

Références

1. *Dressler RL et al. Hospital physicians' stethoscopes: Bacterial contamination after a simple cleaning protocol. Cureus 2023 Avr 3; 15:e37061. (https://doi.org/10.7759/cureus.37061. s'ouvre dans un nouvel onglet)*
2. *Bulletin du Center for Communicable Diseases*
3. *Métapneumovirus humain (HMPV)*

NB : Le Dr Daniel Dressler est l'auteur de cette étude et rédacteur en chef adjoint du NEJM Journal Watch General Medicine, mais n'a joué aucun rôle dans la sélection ou le résumé de cet article.

Note de l'éditeur : Après les annonces de mort imminente de notre fidèle et iconique instrument médical, une étude attire l'attention sur le degré de contamination des stéthoscopes même après un usage minime. Soyons honnêtes : combien d'entre nous désinfectent notre stéthoscope avant chaque examen de nos patients ? La blouse blanche médicale à manches longues et même les cravates ont été mises au pilori auparavant et même bannis dans certains pays. Est que c'est le coup de grâce pour la découverte brillante de Laennec ?

2.- Métapneumovirus humain (HMPV)

Bulletin du Center for Communicable Diseases

Métapneumovirus humain : courant mais sous-diagnostiqué -] Publié le 15/08/2016

À propos de HMPV

Le métapneumovirus humain (HMPV) peut causer des maladies des voies respiratoires supérieures et inférieures chez les personnes de tous âges, en particulier chez les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli. Découvert en 2001, le HMPV appartient à la famille des Pneumoviridae avec le virus respiratoire syncytial (VRS). L'utilisation plus large des tests de diagnostic moléculaire a accru la sensibilisation au HMPV et son identification en tant que cause importante d'infection des voies respiratoires supérieures et inférieures.

Symptômes

Les symptômes couramment associés au HMPV comprennent la toux, la fièvre, la congestion nasale et l'essoufflement. Les symptômes cliniques de l'infection par le HMPV peuvent évoluer vers une bronchite ou une pneumonie et sont similaires à ceux d'autres infections virales des voies respiratoires supérieures et inférieures. La période d'incubation estimée est de 3 à 6 jours, et la durée moyenne de la maladie peut varier en fonction de la gravité, mais elle est similaire à celle d'autres infections respiratoires causées par des virus.

Surveillance et saisonnalité

Les données de surveillance du Système national de surveillance des virus respiratoires et entériques (NREVSS) des CDC montrent que le HMPV est plus actif à la fin de l'hiver et au printemps dans les climats tempérés.

Transmission

Le HMPV se transmet très probablement d'une personne infectée à d'autres par

- des sécrétions provenant de la toux et des éternuements
- le contact personnel étroit, comme toucher ou serrer la main
- le fait de toucher des objets ou des surfaces sur lesquels se trouvent les virus, puis de toucher la bouche, le nez ou les yeux

Aux États-Unis, le HMPV circule selon des saisons annuelles distinctes. La circulation du HMPV commence en hiver et dure jusqu'au printemps. Le HMPV, le VRS et la grippe peuvent circuler simultanément pendant la saison des virus respiratoires.

Prévention et traitement

À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement antiviral spécifique pour traiter le HMPV et aucun vaccin pour prévenir le HMPV. Les soins médicaux sont favorables. Cependant, vos patients peuvent aider à prévenir la propagation du HMPV et d'autres virus respiratoires en suivant ces conseils :

- Se laver souvent les mains à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes (voir Les mains propres sauvent des vies !).
- Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains non lavées.
- Éviter tout contact étroit avec des personnes malades.

Les patients qui présentent des symptômes semblables à ceux du rhume devraient :

- se couvrir la bouche et le nez lorsqu'ils toussent et éternuent
- se laver les mains fréquemment et correctement (avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes)
- éviter de partager leurs tasses et leurs ustensiles de cuisine avec les autres
- s'abstenir d'embrasser les autres
- rester à la maison quand ils sont malades

De plus, le nettoyage des surfaces potentiellement contaminées (comme les poignées de porte et les jouets partagés) peut potentiellement aider à arrêter la propagation du HMPV.

Dans les établissements de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé devraient suivre les lignes directrices 2007 des CDC sur les précautions d'isolement : prévention de la transmission d'agents infectieux dans les établissements de soins de santé.

Étant donné que le HMPV est un virus respiratoire récemment reconnu, les professionnels de la santé peuvent ne pas systématiquement envisager de tester le HMPV. Cependant, les professionnels de la santé devraient envisager de tester le HMPV en hiver et au printemps, en particulier lorsque le HMPV circule couramment.

Diagnostic en laboratoire

L'infection par le HMPV peut être confirmée habituellement par

la détection directe du génome viral par des essais de réaction en chaîne de la polymérase, et

la détection directe des antigènes viraux dans les sécrétions respiratoires par immunofluorescence ou immuno-dosage enzymatique.

Ressources

Système national de surveillance des maladies respiratoires et des virus entériques (SNEVSS)

Références

1. *Académie américaine de pédiatrie. Métapneumovirus humain. Livre rouge 2018 Rapport du Comité des maladies infectieuses [édition en ligne].*
2. *CDC. Notes from the Field: Severe Human Metapneumovirus Infections — North Dakota, 2016. MMWR. 2017 ;66(28):486-8.*
3. *CDC. Épidémies de métapneumovirus humain dans deux établissements de soins infirmiers qualifiés - Virginie-Occidentale et Idaho, 2011-2012. MMWR. 2013 ;62(46):909-13.*
4. *Edwards KM, Zhu Y, Griffin MR, Weinberg, GA, Hall CB, Szilagyi PG, Staat MA, Iwane MK, Prill MM, Williams JV, pour le New Vaccine Surveillance Network (NVSN). Fardeau de l'infection par le métapneumovirus humain chez les jeunes enfants. 2013 ;368 :633-643*
5. *Haynes AK, Fowlkes AL, Schneider E, Mutuc JD, Armstrong GL, Gerber SI. Circulation du métapneumovirus humain aux États-Unis, 2008 à 2014. Pédiatrie. 2016 ; 137 (5): e20152927.*
6. *Heikkinen T, Österback R, Peltola V, Jartti T, Vainionpää R. Infections à métapneumovirus humain chez les enfants. Emerg Infect Dis [série Internet]. 2008 Janv.*

Note de l'éditeur : Ce virus n'est pas nouveau mais est diagnostiqué aux Etats Unis beaucoup plus fréquemment que dans les deux dernières années.

4.- Des résultats encourageants pour un vaccin personnalisé et un inhibiteur de point de contrôle dans le cancer du pancréas.

Rojas Extrait d'un article de Rojas LA et al. Nature 2023 mai 10 Huff AL et Zaidi N. Nature 2023 mai 10

Chez 8 des 16 personnes atteintes d'un cancer du pancréas, un vaccin à ARNm personnalisé et une chimiothérapie ont éradiqué la tumeur primaire.

Les « néoantigènes » propres aux cellules tumorales sont reconnus par le système immunitaire : les inhibiteurs du point de contrôle immunitaire (ICI) déclenchent une attaque immunitaire contre ces néoantigènes. Malheureusement, les ICI fonctionnent mal contre le cancer du pancréas parce que ces cellules cancéreuses ont relativement peu de néoantigènes.

Pour tenter de renforcer la reconnaissance immunitaire des néoantigènes du cancer du pancréas, les chercheurs ont réséqué les tumeurs pancréatiques de 16 personnes, séquencé l'ADN et l'ARN de chaque tumeur et déterminé les néoantigènes de chaque tumeur. Ensuite, ils ont créé des vaccins à ARNm « personnalisés » (comme les vaccins utilisés contre le SARS-CoV-2) qui amèneraient chaque patient à fabriquer les néoantigènes de sa tumeur en abondance. Chaque patient a reçu un ICI, suivi du vaccin personnalisé, suivi d'une chimiothérapie. Chez huit patients, des lymphocytes T CD8+ cytotoxiques ont été produits qui ont attaqué un ou plusieurs néoantigènes. Chez chacun de ces patients, aucun signe de cancer résiduel n'a été trouvé à 18 mois. En revanche, lorsque le vaccin personnalisé ne produisait pas de tels lymphocytes T CD8+, le cancer résiduel demeurait. Chez un patient, la thérapie aurait pu éradiquer non seulement la tumeur primaire, mais aussi les micro-métastases.

Références

1. *Rojas LA et al. Personalized RNA neoantigen vaccines stimulating T cells in pancreatic cancer. Nature 2023 10 mai; [e-pub]. (https://doi.org/10.1038/s41586-023-06063-y.*
2. *Huff AL et Zaidi N. Le vaccin stimule les lymphocytes T qui ciblent les tumeurs pancréatiques. Nature 2023 10 mai; [e-pub]. (https://doi.org/10.1038/d41586-023-01526-8.*

Note de l'éditeur : Une lueur d'espoir dans le traitement de ce cancer redoutable dont l'incidence semble augmenter. Apparemment nous assistons à l'apparition de ces vaccins personnalisés contre certains cancers, modelés après la technique utilisée pour le vaccin contre la Covid. Il nous faudra accepter que les vaccins modernes ne ciblent pas seulement les maladies infectieuses.

5.- La Rifapentine prévient le développement de la lèpre.

Extrait de l'article de Wang et al. N Engl J Med 2023 May 18

Lorsqu'elle a été administrée à des contacts familiaux de patients atteints de la lèpre dans un essai randomisé, une dose orale unique de rifapentine a réduit l'incidence de la lèpre de >80%.

La rifampicine réduit l'incidence de la lèpre chez les contacts étroits des patients atteints de la lèpre, mais son efficacité diminue après 2 ans et ses avantages sont observés chez les voisins et les contacts sociaux plutôt que dans les contacts familiaux. Dans les modèles animaux, la rifapentine est plus puissante que la rifampicine pour tuer Mycobacterium leprae. Maintenant, les chercheurs rapportent les résultats d'un essai randomisé en grappes pour évaluer si la rifapentine prévient la lèpre parmi les contacts familiaux de patients atteints de lèpre.

Les résultats ont en effet montré que l'incidence de la lèpre dans le groupe rifapentine à dose unique était inférieure de 84% à celle du groupe témoin.

L'OMS poursuit une stratégie de « Zéro lèpre » qui commence à montrer des résultats positifs. L'addition de ce nouvel agent est un pas majeur dans la direction de ce but.

Référence:

1. *Wang L et coll. Single-dose rifapentine in household contacts of patients with leprosy. N Engl J Med 2023 18 mai ; 388:1843.*

Note de l'éditeur : La lèpre est la maladie infectieuse que l'on voudrait oublier à cause des aux images qu'elle évoque : colonie de lépreux, déformations grotesques des extrémités, des patients affligés. Quoique cette maladie ne soit pas facilement transmissible 200,000 nouveaux cas sont comptés chaque année dans 120 pays. L'OMS poursuit une stratégie de « Zero lèpre » qui commence à montrer des résultats positifs. L'addition de ce nouvel agent est un pas majeur dans la direction de ce but.

1. La ménopause démystifiée

Emmanuela MORENCY, inf, MSc. IPSPL (Infirmière praticienne en soins de première ligne)

PREMIÈRE PARTIE

La santé des femmes est un vaste sujet pouvant toucher plusieurs aspects biologique, social et culturel. Si on porte le regard sur l'aspect biologique, on peut évoquer tous les problèmes relevant spécifiquement de la sphère féminine dont ceux d'ordre gynécologique liés au cycle menstruel, la fertilité, l'endométriose, les infections vaginales et urinaires, les cancers du col de l'utérus et autres. La liste des problèmes de santé se rattachant à l'aspect biologique de la femme est longue et dépasse le cadre de cet article. Un aspect peu abordé de la santé des femmes, la ménopause, sera le sujet de cet article dans le but de briser le silence et, de favoriser une discussion sur ce stade de vie qui entraîne pourtant des répercussions importantes sur leur qualité de vie, leur sexualité et leur image de soi.

La ménopause est une étape naturelle dans la vie d'une femme qui arrive entre 45-55 ans en moyenne [1, 2]. Elle marque la fin de la fertilité et le début d'une autre période remplie de défis tant au niveau de la santé physique, que de la santé psychologique et émotionnelle. Bien que la ménopause constitue une phase naturelle dans le cycle de vie de la femme, elle figure parmi les thèmes les moins abordés au niveau des différentes sphères sociales. Il y a un manque d'informations sur cette étape cruciale dans la vie des femmes. Peut-on parler de tabou, de méconnaissance du sujet, de banalisation des symptômes concernant la ménopause ?

En effet, une enquête de la fondation canadienne de la ménopause [3] rapporte que 54 % des femmes de 40 à 60 ans croient que la ménopause demeure un sujet tabou. Les femmes manquent de connaissance concernant la ménopause. De plus, plusieurs autres enquêtes révèlent que les prestataires de soins manquent de formation concernant la ménopause, ses symptômes, les soins et traitements y relatifs ainsi que les informations à transmettre aux femmes sur cette étape de leur vie [1, 2, 3].

Heureusement, depuis quelque temps, on observe un certain changement au sein de la société : d'une part, dans certains pays des personnalités publiques élèvent la voix pour sensibiliser et informer de cette problématique de santé publique ; alors que d'autre part, de la formation devient plus disponible et accessible pour mettre à jour les professionnels de la santé au sujet de la ménopause.

D'ici 2025, partout dans le monde, un milliard de femmes présenteront des symptômes de la ménopause [3]. Ainsi, c'est une bonne partie de la gente mondiale féminine qui sera fragilisée durant une bonne période de sa vie et, elle nécessitera de l'aide, du support, et des soins pour faire face d'une façon optimale, à la transition ménopausique.

L'OMS appelle les gouvernements à prendre tous les moyens nécessaires pour mettre en place des programmes de sensibilisation sur la ménopause et sur son impact sur la santé des femmes. Elle plaide aussi en faveur du diagnostic, des traitements et des conseils liés à la prise en charge des symptômes de la ménopause dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. L'OMS encourage à mettre l'accent sur une approche intégrée du bien–être y compris, le bien être sexuel [1].

La ménopause

En réalité, il y a eu aussi une évolution dans la perception et la compréhension de la ménopause. C'est une étape de vie considérée comme un processus normal s'étendant sur plusieurs années avec des phases déterminées – péri-ménopause, ménopause et post ménopause [1, 2].

Pour éduquer et sensibiliser la population, il faut bien comprendre ces étapes liées à la ménopause et en parler dans un langage clair et accessible. Dans les pages suivantes, les différentes étapes de la ménopause seront définies ainsi que les symptômes et les traitements non pharmacologiques pouvant être utilisés pour traiter les femmes ménopausées.

La péri ménopause ou transition ménopausique

La péri ménopause marque le début de la transition ménopausique. Elle est constituée d'irrégularités menstruelles, de saignements plus abondants ou plus légers avec des périodes d'aménorrhée. La production d'œstrogène et de progestérone devient imprévisible et le nombre d'ovules diminue dans les ovaires. La péri ménopause est d'une durée variable, précède de 4-8 ans les dernières menstruations et le stade de la post ménopause [2, 4].

La ménopause

La ménopause, quant à elle, est diagnostiquée après une aménorrhée de 12 mois consécutive. Elle est qualifiée de ménopause naturelle quand elle n'est pas causée par une chirurgie, de la chimiothérapie, la contraception ou autres causes hormonales [1, 2].

On parle de ménopause précoce à la suite de l'arrêt définitif de la menstruation chez les femmes de 40-45 ans comparée à la ménopause prématurée qui, elle, survient chez les femmes de moins de 40 ans [2, 4]. On remarque que les femmes ayant une histoire familiale de ménopause précoce sont à risque plus élevé d'avoir une ménopause précoce à leur tour, ce qui est dû à leur bagage génétique [4].

Les femmes présentant une ménopause prématurée (âge < 40 ans) nécessitent une prise en charge rapide pour éliminer une insuffisance ovarienne primitive vu les risques importants de ce problème pour leur santé

Les symptômes

Durant la transition ménopausique, les symptômes éprouvés par les femmes sont multiples et, certains de ces symptômes peuvent être subtils, peu connus ou reconnus par les femmes. Les symptômes les plus connus sont les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes qui touchent jusqu'à 80 % des femmes en péri ménopause [2]. Cependant, la fondation canadienne [3] quant à elle, rapporte que jusqu'à 95 % des femmes présentent ces symptômes. L'insomnie due aux bouffées de chaleur, la difficulté à initier le sommeil ou les réveils nocturnes fréquents font partie des symptômes les plus souvent rapportés qui affectent la qualité de vie des femmes.

Notons qu'il y a une liste de symptômes liés à la ménopause qui demeurent moins connus. A ce sujet, l'enquête de la Fondation canadienne de la ménopause rapporte que 2/3 des femmes ménopausées, sondées ne savaient pas que les symptômes d'infections urinaires (82 %) les palpitations cardiaques (75 %) et les douleurs lors des relations sexuelles faisaient partie des symptômes de la ménopause. De plus l'enquête souligne aussi que six femmes sur 10 ignoraient que les maux de tête et les migraines (58 %), l'anxiété (58 %), la dépression (56 %) et les troubles de la mémoire (58 %) faisaient partie des symptômes de la ménopause.

Combien de femmes consultent leur médecin dans cette tranche d'âge pour des problèmes liés à leur mémoire craignant des troubles neurocognitifs? Et pourtant le ralentissement cognitif perçu est dû à leurs bouleversements hormonaux. Personnellement, au cours de ma pratique professionnelle, j'ai eu quelques plaintes de patientes qui me rapportaient des symptômes de perte de mémoire, d'oublis fréquents, de ralentissement du processus de la pensée alors qu'elles étaient fonctionnelles au travail et à la maison et présentaient un bilan de santé normal. Le déclin de la mémoire et de la vitesse de cognition est dû au déficit probable d'œstrogènes [2]. Les femmes peuvent décrire aussi des douleurs musculaires et des arthralgies qui augmentent avec l'âge et s'aggravent avec la ménopause.

De plus le déficit en œstrogènes a un impact sur la formation des os [2] On note une augmentation du risque d'ostéoporose ainsi que des fractures de fragilisation (fracture survenant au moindre impact léger) à la ménopause.

Le syndrome génito-urinaire de la ménopause ou SGUM

On ne peut parler de symptômes ménopausiques sans parler des symptômes génito-urinaires qui amènent les femmes à utiliser fréquemment le système de santé. Un terme récent a été nommé pour englober les symptômes présentés par les femmes durant cette période – le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) vu sa forte présence chez les femmes ménopausées [2, 6]

En effet, à la ménopause, on note des changements au niveau des lèvres vaginales, du clitoris, de l'urètre et une diminution de la lubrification vaginale. Ces changements physiologiques associés à l'absence d'œstrogènes vont entraîner des répercussions au niveau vulvovaginal : sécheresse, sensation de brûlure vaginale et irritation, conduisant au niveau sexuel à une lubrification insuffisante, de l'inconfort, douleur, dysfonction sexuelle. Au niveau urinaire, on observe des mictions impérieuses, avec dysurie, infections urinaires récidivantes, incontinence urinaire [2, 6]. Heureusement, on en parle de plus en plus dans le milieu médical à travers les articles et les recherches pour démystifier ces symptômes qui ont un impact sur la santé des femmes, afin d'y sensibiliser les professionnels de la santé et le public et pour vulgariser les traitements.

Impact des symptômes sur le travail et sur la qualité de vie des femmes.

Beaucoup de femmes se trouvent sur le marché du travail et elles auront à vivre les symptômes incommodants liés à la ménopause durant leur vie active. Dans un sondage effectué auprès de 4 440 femmes ménopausées avec un score de symptômes modérés sur échelle de la ménopause, 11 % rapportent avoir manqué 3 jours de travail l'année précédente à cause des symptômes de la ménopause [2]. Ces symptômes vécus par les femmes ont un coût social et économique. Concernant le coût économique, il se chiffre autour de 1.8 milliard de dollars pour l'économie américaine en termes de perte de productivité [2]. C'est astronomique cette perte pour l'économie d'un pays ! Imaginez maintenant le coût mondial, sans parler de l'impact social, familial difficile à chiffrer mais émotionnellement et psychologiquement, sans nul doute assez catastrophique.

La ménopause a été trop longtemps banalisée et on n'a pas su, reconnaitre, la souffrance physique, psychologique et émotionnelle d'une partie des femmes ménopausées.

(Fin de la première partie).

Si des efforts ont été observés au niveau de la sensibilisation et de la mise à jour des professionnels de la santé, beaucoup reste encore à faire. Cependant, considérant la complexité socio sanitaire de la ménopause, il est grand temps qu'au niveau sociétal et gouvernemental, qu'on reconnaisse pleinement l'impact de cette transition sur les femmes et qu'on mette en place des services appropriés pour les supporter et les traiter.

Références

1. *OMS Ménopause (who.int)*
2. *Clinical manifestations and diagnosis of menopause - UpToDate*
3. *Fondation canadienne de la ménopause Media-Release_The-Silence-and-the-Stigma_Oct.-6-FR.pdf (menopausefoundationcanada.ca) MaMénopause (menopauseandu.ca)*
4. *Uptodate - Ovarian development and failure (menopause) in normal women - UpToDate*
5. *Clinical manifestations and diagnosis of primary ovarian insufficiency (premature ovarian failure) - UpToDate*
6. *SOGC – Directive clinique no 422 B Directive clinique no 422b : Ménopause et santé génito-urinaire - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (jogc.com)*

Autrice correspondante :

Emmanuela Morency <emmanuelle426@yahoo.ca>

Biographie

Emmanuela Morency est une infirmière praticienne qui travaille au CISSS de la Montérégie ouest depuis 9 ans dans un GMF avec une clientèle variée de 0-100 ans et travaille aussi sur une plateforme virtuelle de soins de santé. Récemment, elle a commencé à travailler à temps partiel dans un centre d'hébergement pour personnes âgées.

Elle a complété son baccalauréat et sa maitrise à l'Université de Montréal et effectué le diplôme complémentaire infirmière praticienne à l'université de McGill. Elle a des champs d'intérêts variés incluant la lecture, l'écriture et le développement de soi.

Emmanuela Morency inf, Msc, IPSPL

1. Formation

Infections urinaires et la résistance aux antimicrobiens (RAM)

Valusnor COMPÈRE, TM BSc.
Superviseur Bactériologie/ AMR Focal Point LNSP/MSPP

Mots clés : Infections urinaires, bactérie pathogène, profil de résistance des bactéries aux antimicrobiens (Base données RAM)

Objectif : Démontrer l'importance des données locales de la résistance aux antibiotiques dans la gestion des infections urinaires

A) Généralités [1, 2]

L'infection des voies urinaires (IVU) est l'une des infections les plus fréquentes acquises dans la communauté et dans les hôpitaux :

- 150 millions de cas chaque année dans le monde;
- 1.6 million d'hospitalisations chaque année aux USA ;
- 2e cause d'infection en médecine générale ;
- 3e cause d'infection dans le cas des infections associées aux soins de santé (IAS) ;
- Une fraction des cas UTI compliqués coûte plus de 3.5 milliards de dollars au système de santé des USA.

L'incidence des infections urinaires varie selon le sexe et l'âge. On en rencontre à partir de trois (3) mois de vie et jusqu'à 50-65 ans. Chez les moins de 65 ans, les femmes sont les plus touchées tandis qu'au-delà de 60 ans ce sont les hommes qui en souffrent le plus.

Conséquences des infections urinaires [2]

Le tableau clinique est varié. On peut avoir une infection vésicale (cystite), très douloureuse ; une localisation au niveau du rein et de son uretère (pyélonéphrite) pouvant conduire à des complications rénales très sévères ; une septicémie, lorsque l'infection contamine le sang de l'individu atteint.

Les agents pathogènes couramment impliqués des infections urinaires [1, 2, 3]

Ils sont divers et variés. On peut citer :

- E. coli (70 à 95% des cas) ;
- K. pneumoniae ;
- S. Saprophyticus ;
- Enterococcus spp ;
- Streptocoque Groupe B ;
- P mirabilis ;
- P. aeruginosa ;
- S. aureus ;
- Candida spp

B) Gestion des infections urinaires en Haïti

La gestion des maladies infectieuses comprend en général deux volets : le diagnostic et le traitement.

1) Le diagnostic clinique et paraclinique :

a) Le diagnostic clinique :

Il se pose pour tout patient qui présente des signes et symptômes répondant à la définition de cas d'infections urinaires : problème d'odorat, douleur abdominale, diarrhée, fièvre, douleur lombaire, nausées et vomissements.

b) Le diagnostic microbiologique :

Il se fait par un examen cytobactériologique des urines. Il s'agit : d'un examen de routine (plus de 99% de cas en Haïti) – biochimie (bandelette), examen direct, Gram sans centrifugation ; d'une culture : (moins de 1 % des cas en Haïti) - UFC/ml – identification et antibiogramme.

Les autres alternatives de diagnostic microbiologique ne sont pas accessibles dans le pays [4].

2) le traitement [5]

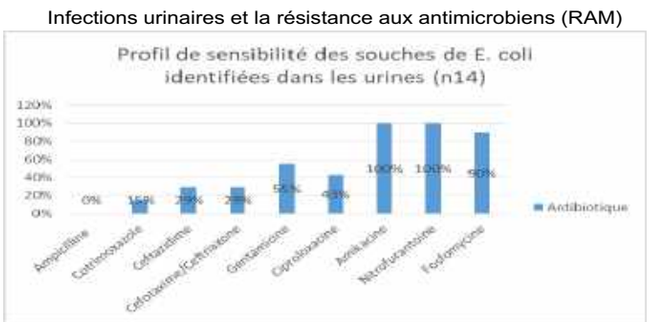
a) Il est empirique, de 1ere intention, pour les infections du tractus urinaire non compliquées (Infectious Diseases Society of America (IDSA) [6]. On peut utiliser :

- Nitrofurantoïne 100 mg 2 fois par jour ;
- Triméthoprime-sulfaméthoxazole 160/800 mg 2 fois par jour ;
- Fosfomycine trométamol 3 g dose unique ;
- Pivmecillinam 400 mg 2 fois par jour.

b) Il est spécifique suivant les résultats de la culture et de l'antibiogramme.

C) Infections urinaires et la résistance aux antimicrobiens (RAM)

Infections urinaires et la résistance aux antimicrobiens (RAM)



Base de données de bactériologie

Une base de données des infections urinaires et la résistance aux antimicrobiens (RAM) existe au LNSP et est régulièrement mise à jour. Elle permet :

- au personnel soignant d'adapter leur protocole en fonction de la réalité locale et du moment ;
- aux entités de contrôle des infections de prendre des mesures afin d'éviter la propagation de certaines souches dans un environnement ;
- aux industries de la pharmacie de juger de la nécessité de fabriquer de nouveaux médicaments ;
- à l'État d'avoir suffisamment d'arguments pour prendre des mesures en vue de contrôler l'utilisation des médicaments sur le territoire ;
- aux concernés (Etat, ONG, entreprises privées, professionnels) de promouvoir l'implémentation des laboratoires de microbiologie dans le pays.

Conclusion

De nos jours, l'incidence croissante des infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques rend plus difficile le traitement des infections urinaires. Le manque de laboratoire de bactériologie, de professionnels qualifiés et le coût des tests de culture sont des défis majeurs. Cependant, si le système de santé arrive à exploiter le peu de données de RAM dont disposent les laboratoires de microbiologie, cela pourrait déjà aider à plusieurs niveaux.

Références :

1. *Biomed Pharmacother 2017 ; 94 :982-94*
2. *SEIMEC : Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. 2019*
3. *Nature Reviews Microbiology volume 13, page 269–284 (2015)*
4. *Urin System Chrom and Urin System Plus https://www.liofilchem.com/solutions/clinical/microbial-identification/id-systems/id-ast-systems-clinical-specimens/urin-system*
5. *Recommandations 2010 IDSA/ESCMID - 19 October 2020 PHE Guidance Urinary tract infection: diagnostic tools for primary care,*
6. *Infectious Diseases Society of America (IDSA) https://www.idsociety.*org/practice-guideline/practice-guidelines/

3. Formation CAT-ASHAC 4e version

Myriam Gousse, MD.

Les 14 et 15 juillet dernier a eu lieu à l'Hôpital Universitaire de La Paix, la 4e édition du cours avancé sur les traumas de l'Association Haïtienne de Chirurgie bien connu sous le nom de CAT-ASHAC. Ce cours, dont la dernière édition remonte à plus de 4 ans a été révisé pour être dispensée aux médecins œuvrant dans les services d'urgence ou qui sont en formation dans une branche chirurgicale. Ces derniers étaient en effet plus nombreux.

Le premier jour, la mise en route de la formation a mis un peu de temps, à cause de contraintes logistiques de dernière minute. Les présentations du jour ont pu se tenir ainsi que les stations pratiques grâce aux étudiants convertis momentanément en « patients standardisés ».

Le deuxième jour, la partie théorique a été plus dense. De nouvelles stations pratiques ont été ajoutées et ont nécessité plus de temps pour la participation effective des médecins. L'évaluation finale (post test et station pratique) a dû être réalisée pendant que les derniers participants finissaient leurs dernières stations.

Fig. 1 : formation en sonographie thoracique

Fig. 2 : formation en drainage thoracique (sur un thorax de cabri)

Le bilan de ces deux journées a été très positif : nos sponsors ont répondu à l'appel (4C, HMS, Reinbold). Le Dr Evelyne Moïse par le biais de l'AMHE a soutenu financièrement l'activité, ce qui a permis aux résidents de participer à moindre coût. Nous tenons à remercier le staff de chirurgie et d'orthopédie ainsi que la direction médicale de l'HUP pour leur apport logistique. Le Centre Ambulancier National (CAN) nous a fourni les mannequins sans lesquels une bonne partie des sessions pratiques n'aurait pu avoir lieu.

Nous remercions tous les instructeurs : Dr SosthènePierre, Dr Santiague Lunick, Dr Yudy Lafortune, Dr Judith Jean-Baptiste, Dr Pierre-Marie Woolley, Dr Wens Mustaky Jeune, Dr Flore Ducheine. Notre gratitude va aussi à Mme Joanne Cherfily, Dr Jean Fritz Jacques ainsi que les travailleurs en virtuel qui, même à distance, ont contribué au succès du cours comme le Dr Jean-Marie Georges et Dr Laelle Mangurat. Enfin, l'ASHAC semble avoir gagné le pari de relancer pour de bon les activités et nous espérons que le prochain cours aura autant de succès et se fera dans un délai pas trop long.

Fig. 3 : Des instructeurs, notre secrétaire et un des apprenants

Fig. 4 : Les instructeurs.

4. Formation Inauguration de l'hôpital Notre Dame du Nord SA

Sylvio Augustin, MD.

L'Hôpital Notre Dame du Nord SA est une entité fille de l'Hôpital Notre Dame SA. Cette société a été constituée à l'initiative de la Fondation Alfred Béliard contre le Cancer, sous le chapeau de Fatima Group et de l'Hôpital Notre Dame SA.

Genèse de l'hôpital

Le 1er avril 2023, les locaux de l'ancien Hôtel Impérial ont été investis par les responsables de l'Hôpital Notre Dame SA qui ont tout suite démarré les travaux de réaménagement de l'espace. Parallèlement à ces travaux, du matériel et des équipements médicaux ont été transférés de Port-au-Prince vers le Cap-Haïtien.

Une fois ces travaux bien entamés, le recrutement a été lancé pour les différents postes à pourvoir. Ainsi, au début du mois de mai, les concours pour les candidats de différentes catégories ont eu lieu. Les semaines suivantes ont surtout été marquées par l'étude des dossiers, le choix des candidats et les entrevues avec les candidats retenus.

Le 1er juin, un « lancement test » a été effectué. Les portes de l'Hôpital Notre Dame du Nord SA ont été ouvertes afin d'accueillir les premiers patients. Les travaux étant quasiment terminés, on pouvait recevoir des malades en clinique externe pour des consultations générales, chirurgicales, gynécologiques ; réaliser des examens de laboratoire, des radiographies (y compris la mammographie), des échographies. À la mi-juin, les locaux de l'Hôtel Impérial étaient transformés en une structure de soins équipée pour la prise en charge des clients.

Le PDG coupant le ruban d'inauguration

Vue de l'assistance

Le 1er juillet 2023, à 10 h AM, l'inauguration de l'Hôpital Notre Dame du Nord SA a été célébrée, avec une assistance composée principalement de médecins et d'infirmières de la ville, du staff du nouvel hôpital ainsi que des responsables du Fatima Group. Certains hauts fonctionnaires du département du Nord étaient aussi remarqués dans l'assistance, comme le maire de la ville du Cap Haïtien. Entre 10 h AM et 1h PM, sous la direction de Me Fritz Gérald Jean Jacques, les responsables de l'Hôpital Notre Dame du Nord SA ont pris la parole à tour de rôle pour prononcer leurs discours de circonstance.

Ainsi, le Révérend Père Charles, originaire de Ouanaminthe et témoin des débuts de l'hôpital aux Cayes, a procédé à la bénédiction des locaux par une courte prière. Il a été suivi par la représentante de la Fondation Bethsaida, Mme Nerva Desdunes. Cette dernière a rappelé que pour voir la nouvelle Haïti, il fallait une population en santé, apte à travailler à la création de richesses. Elle a également salué l'engagement de l'Hôpital Notre Dame S.A à allier parcours, qualité et pertinence de soins en vue d'améliorer le système de santé haïtien.

Elle a été suivie au podium par le représentant de la Fondation Alfred Béliard contre le Cancer, M. Fred Béliard. Il a souligné pour le public la raison de cette alliance avec l'HNDSA. En effet, la création de ce nouvel hôpital dans le département du Nord était pour eux l'opportunité rêvée d'œuvrer plus activement dans le domaine médical.

M. Eddy Gehy, un représentant de l'HNDSA, a rappelé que l'HNDSA n'est pas qu'un hôpital, c'est une vision : celle d'amener la santé à la portée de tous, pas seulement la santé physique, mais également la santé financière. La création de cet hôpital permettra d'améliorer l'offre de soins dans le département du Nord par le professionnalisme des soignants et l'humanisation des soins.

Enfin le PDG de l'Hôpital Notre Dame du Nord, Dr Chilove Viard, a retraçé le rêve qui s'est concrétisé par la conversion de l'Hôtel Impérial en un hôpital, dont l'ambition est d'offrir au département du Nord les meilleurs soins possibles. Il a lancé une invitation aux médecins du département à collaborer avec l'institution, à se l'approprier. Il a terminé son allocution en rappelant que la détermination et la volonté de réussir peuvent soulever des montagnes.

Le PDG entouré des différents partenaires

Activités

Officiellement la structure hospitalière Hôpital Notre Dame du Nord SA a ouvert ses portes ce jour-là. En réalité, depuis près d'un mois, 11 médecins (4 généralistes, 6 spécialistes et le directeur médical), cinq de prestataires affiliés, 12 infirmières, plus de 7 travailleurs de la santé (techniciens de laboratoire et de radiologie, physiothérapeutes) sans oublier une dizaine de membres du personnel ancillaire ont déjà commencé à offrir leurs services à la population.

Le staff de HNDN S.A.

1. Influence de la qualité des épreuves certificatives sur le comportement des étudiants : observation réalisée sur deux semestres d'enseignement de la pathologie obstétricale en DCEM III.

Evans Vladimir LARSEN, MD,

Professeur au Département d'OB-GYN de l'Université d'État d'Haïti

Directeur de la Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS/MSPP)

CONTEXTE

Enseigner la médecine porte à recourir sans cesse aux méthodes d'enseignement les plus éprouvées, celles qui offrent plus de place à la réflexion volontaire et enthousiaste qu'aux inutiles tentatives de dressage. Dans le cadre de notre enseignement sur la pathologie obstétricale en 5e année à la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de l'Université d'État d'Haïti (UEH) depuis tantôt 16 ans, nous avons été amenés à expérimenter plusieurs modalités d'enseignement et d'évaluation. Ces dernières années, nous nous sommes astreints à une nouvelle approche dont l'impact sur le comportement des étudiants en médecine de la promotion 2021-2022 vient d'être évalué.

Toutefois, il importe de préciser, avant la description de la pédagogie de notre enseignement, que l'absentéisme en cours, reconnu universellement, est une stratégie d'étudiants se comportant en autodidactes en se procurant les cours ou des documents apportant l'équivalent. Cette assertion s'appuie sur le fait que l'étudiant, ne constatant pas de différence notable entre sa présence aux cours et le fait d'étudier les notes de ses collègues, choisit de ne pas y assister. Aussi, le défi pour les éducateurs est de dispenser un enseignement complet, pertinent visant à restaurer l'intérêt pour l'exposé du cours afin de faciliter son apprentissage par les apprenants et de permettre que ces derniers acquièrent les capacités nécessaires à l'exercice professionnel ultérieur. A cet effet, notre pédagogie appliquée a-t-elle permis de gagner ce pari ? Comment les étudiants se sont-ils comportés face à cette méthodologie ?

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Matériels

La promotion des étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie qui constitue l'objet de cette étude compte cent quinze (115) étudiantes/étudiants âgés en moyenne de 25 ans dont la grande majorité vit dans un milieu précaire. Le ratio homme/femme est de 1.9. Parmi eux, se trouvent des redoublants et des équivalences [1].

Méthode

A. Plan de cours [2]

L'enseignement de la pathologie obstétricale est théorique et s'étale sur deux semestres de l'année pour un total de 2 crédits, à raison d'une heure par semaine.

1. Description générale de ce cours

Le cours vise à préparer l'étudiant au diagnostic et à la prise en charge en urgence des problèmes courants de la grossesse ainsi qu'à une meilleure orientation des gestantes à risque. La réussite de ce cours est un préalable au stage de l'internat et au déploiement en service social.

2. Compétences

Ce cours contribue au développement de l'EXPERTISE CLINIQUE.

3. Apprentissages visés

a) Les apprentissages visés sont les capacités à dépister les grossesses à risque, à diagnostiquer les pathologies courantes de la grossesse, à effectuer les gestes salvateurs en situation d'urgence et à bien orienter les gestantes vers les centres spécialisés

b) Les problèmes courants :
- HTA et grossesse
- Hémorragies et grossesse
- Infections et grossesse
- Les dystocies
- Le travail prématuré
- Les troubles du liquide amniotique
- Les infections congénitales
- Les pathologies médicales et chirurgicales associées à la grossesse
- Les anomalies du développement fœtal
- L'incompatibilité Rhésus
- La césarienne
- Les techniques d'investigations en obstétrique

c) **Objectifs spécifiques**

Pour chacun des problèmes ci-dessus, l'étudiant devra être capable de :

- Définir les concepts inhérents au problème
- Identifier les facteurs l'influençant
- Décrire et interpréter les résultats d'investigation des pathologies
- Diagnostiquer la pathologie
- Connaître les gestes d'urgence
- Bien orienter la gestante suivant sa situation.

4. Enseignement : horaire, contenu, objectifs, méthodes pédagogiques

L'horaire est d'une (1) heure par semaine à raison 12 à 14 semaines par semestre sur l'année. Les modalités d'enseignement sont essentiellement des cours magistraux après une mise en situation suivi d'interactions.

5. Évaluation

Elle est effectuée en fonction des objectifs spécifiques définis. Il s'agira d'une évaluation sommative déterminant 4 niveaux cognitifs (la connaissance; la compréhension; l'application et l'analyse à partir : des mises en situation assortie de : Questions à réponses ouvertes et courtes (QROC) et /ou Questions à choix multiples simples et en cascades (QCM).

B. Déroulement des deux sessions de cours et des épreuves

Tous les éléments de ce descriptif sont partagés avec les étudiants dès le premier jour de contact. Ordinairement, la programmation des cours est scrupuleusement respectée. Les étudiants sont libres de se présenter en salle de cours et d'y arriver à leur convenance. Néanmoins, les séances débutent à l'heure et ceux qui y assistent doivent porter leur blouse. Ils ont à leur disposition, bien avant les séances, en plus du plan du cours, tout le contenu de l'enseignement en PowerPoint. L'enseignant, après une mise en contexte suivie de questions interactives, développe les données essentielles au regard des objectifs pédagogiques décrits au début de chaque séance. Il en fait un rappel également à la fin de la séance. A noter qu'aucun changement n'est effectué dans les modalités d'enseignement entre les deux semestres.

La programmation des épreuves certificatives est communiquée via un courrier électronique par le décanat à l'enseignant.

Pour chacun des semestres de cette année académique 2021-2022, vingt questions à choix multiple étaient posées aux étudiants lors de l'examen qui a duré 30 minutes. Chaque question avait la même valeur de cotation. Elles sont identifiées de **q1 à q20**.

RÉSULTATS

Les épreuves du premier semestre [3] et du second semestre [4] comportaient des questions sur l'ensemble des thématiques du programme et évaluaient trois niveaux cognitifs : mémoire (20 %) ; compréhension (30 %) ; réflexion (50 %).

Indicateurs de réussite [5]

Les graphiques ci-dessous (graphes 1 et 2) décrivent la distribution des notes obtenues par la promotion entre le premier semestre (S1) et le second semestre (S2). Les chiffres en bleu représentent le nombre d'étudiants ayant obtenu la note concernée.

Graphe 1

Graphe 2

Appréciation du taux de réussite par question aux examens d'obstétrique [6]

Les graphiques ci-dessous (graphe 3 et 4) donnent une idée de la performance de la promotion pour chacune des 20 questions. La distribution classe les bonnes réponses obtenues suivant un ordre décroissant. En majorité ces graphes montrent que chaque question a été correctement répondue par plus de 50% d'étudiants.

Graphe 3

Graphe 4

Caractéristiques discriminatives de l'examen

Les graphiques ci-dessous (graphe 5 et 6) présentent le profil de la promotion par rapport à leur performance. Les forts sont les étudiants ayant obtenu un score d'au moins 80/100. Les faibles obtiennent moins de 50/100. Le groupe médian est celui des étudiants n'appartenant ni au groupe fort ni au groupe faible. Leur score se situe entre 50 et 80. Les échecs représentent la totalité des étudiants ayant obtenu un score inférieur à 65/100. Tandis que la moyenne est le groupe d'étudiants ayant obtenu au moins 65/100 comme score.

Graphe 5

Graphe 6

Évaluation des questions dites « problématiques »

Dans le chapitre du taux de réussite des bonnes réponses pour chaque question, la question 16 des épreuves du premier semestre accuse un score très faible, tandis que la même remarque est émise pour les questions 4 et 7 des épreuves du second semestre. Le tableau ci-dessous résume les informations conduisant à leur appréciation respective.

Tableau 1

Semestre	Numéro de la question	Taux de réussite	Indice de difficulté	Indice de discriminatior
S1	16	8 %	15 %	0,30
S2	4	23 %	40 %	0,8
S2	7	29 %	49 %	0,97

DISCUSSION

Bien que traditionnellement le cours de pathologie obstétricale fasse salle comble, l'observation simple du comportement des étudiants a montré une plus grande présence de ces derniers au cours du second semestre. Les indicateurs de réussite vont s'en ressentir. En effet, la moyenne de réussite de la promotion est passée de 47% au cours du premier semestre à 73 % au second semestre. Si aucun étudiant n'a obtenu 100% aux épreuves du second semestre, le pourcentage d'étudiant ayant obtenu un score de plus de 80 % a crû de 20 % à 34 % pour cette période. Le taux d'échec a diminué de plus de moitié passant de 53 % à 27 %.

Normalement, dans un examen la notation a deux significations : l'une qualitative consistant à valider ou non une formation ; l'autre quantitative. Elle indique à l'étudiant l'ampleur de son succès ou de son échec, situe ses performances par rapport à celles attendues et celles des autres. Il s'évidente dans le cadre de cette analyse comparative que les étudiants se sont investis dans

l'apprentissage de cet enseignement beaucoup plus au second semestre qu'au premier.

Â rappeler que les enseignants, les étudiants et la société sont liés par un contrat, celui du diplôme. Ainsi, les étudiants apprennent avec l'aide des enseignants pour accéder au diplôme. Les enseignants, en facilitant à ces derniers l'obtention du diplôme, valident leur formation. La société quant à elle, reconnait les diplômes dont les détenteurs font preuve des compétences attendues. En d'autres termes, cette responsabilité de valider la formation confère à l'enseignant un certain pouvoir. La noblesse de ceci oblige l'éducateur à instaurer un enseignement pertinent permettant aux étudiants d'acquérir avec curiosité et dynamisme les compétences donnant accès au diplôme. Dans cette perspective, chaque étape d'enseignement dans une formation et les épreuves la validant relèvent de la responsabilité des enseignants et de leur pouvoir. Abuser de ce pouvoir ainsi que faire preuve de laxisme constituent des fautes éthiques graves. Il est important à retenir aussi que les qualités et modalités des examens peuvent influer sur le sentiment qu'un enseignement soit indispensable ou au contraire inutile.

La démarche sous-entendue à cette évaluation vise essentiellement à apprécier l'exercice de ce pouvoir et comment il peut influencer positivement le comportement des étudiants. C'est d'ailleurs pourquoi les questions pour lesquelles le taux de réussite était inférieur à 30% ont fait l'objet d'une analyse discriminative sophistiquée [7]. La question 16 (q16) par exemple des épreuves du premier semestre avaient un taux de réussite de 8 %. Lors de l'analyse, il a été noté qu'elle accuse un indice de difficulté de 15 %. Celle-ci a permis de décanter les forts des faibles avec une discrimination de 0,30. Ce qui signifie que la question est classée « bonne ». Lors du second semestre, deux questions : 4 et 7 (q4 ;q7), avaient présenté respectivement un taux de réussite de 23% et de 29%. Leur indice respectif de difficulté est de 40% et de 49 %. Avec ces degrés de difficulté, ces deux questions paraissaient moins corsées que la question 16 (q16) du premier semestre. Pourtant lorsque l'indice de discrimination a été calculé, il a avoisiné successivement 0,80 et 0,97. Ce qui nous porte à conclure que ces questions étaient excellentes dans leur pouvoir de différenciation. Un fait certain, c'est que les étudiants de manière générale, développent les stratégies les plus efficientes pour passer les examens et obtenir leur diplôme. Lorsque des enseignants ne sont pas en accord avec les stratégies d'apprentissage de leurs étudiants, cela peut vouloir dire qu'ils n'ont pas su leur faire partager leurs objectifs ou qu'ils n'ont pas conçu des examens pertinents en cohérence avec ces objectifs.

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, nous assistons à un phénomène inquiétant d'absentéisme universitaire, ce fléau observé tant à la FMP, que dans les autres institutions de formation n'est pas sans conséquences. Le corollaire de cette problématique est la production de professionnels ayant des lacunes considérables ne leur permettant pas de répondre de manière efficace aux différents problèmes auxquels ils sont confrontés sur le marché du travail, et ceci est particulièrement regrettable pour les professionnels de la santé, car une notion mal assimilée durant leur formation, peut faire la différence entre la vie et la mort d'un patient.

Ce travail nous prouve que la rigueur dans le choix et l'utilisation des outils docimologiques peut être un facteur déterminant dans le changement de comportement de l'apprenant. Dans la chronologie d'un enseignement, le partage des objectifs d'apprentissage, axé sur les connaissances à acquérir et les compétences à développer avec les étudiants, est une étape cruciale permettant d'établir un contrat pédagogique entre enseignants et apprenants. Quand l'évaluation fait uniquement appel à la mémoire, au détriment de la compréhension, du jugement critique et des mises en situation pratiques, l'apprenant aura tendance à considérer que sa présence dans les cours magistraux n'est pas indispensable à l'obtention de sa note de passage, le problème des annales (tchalas) n'aidant pas non plus. L'évaluation étant aussi certificative, tout manquement au pouvoir discrétionnaire de l'enseignant de réaliser des épreuves répondant à des objectifs précis et évaluant des champs de compétence spécifiques, est aussi un manquement à l'éthique, qui à la longue ne conférera qu'une valeur symbolique à un diplôme qui aura perdu ses lettres de noblesses (ses garanties).

Par souci de cohérence, il va de soi que la formulation des stratégies qui seront utilisées par l'enseignant aussi bien en mode opérationnel qu'en mode d'évaluation soit également partagée car constituant un incitatif non négligeable pouvant stimuler l'étudiant à travers une présence physique concrète lors des séances démonstratives de l'enseignant. Il a été démontré, à travers l'évaluation quantitative, que malgré le fait qu'il y ait plus de questions discriminantes dans les épreuves du second semestre, la présence physique et l'engagement des étudiants dans leur apprentissage ont contribué à une plus grande performance de la promotion. Certains pourraient être amené à croire que l'amélioration des performances au deuxième semestre est probablement due au seul fait que les notions vues au deuxième semestre aient pu être plus abordables que celles vues au premier semestre. Tel ne fut pas le cas, en témoigne le taux de réussite plus élevé au deuxième semestre en dépit du fait qu'il y avait plus de questions dites ''problématiques'' au second semestre qu'au premier semestre.

Dans le cadre de la validation d'un enseignement nous pouvons aussi déduire que l'évaluation devient une aide effective car il ne s'agit pas seulement de mesurer les réussites et les lacunes mais de bien identifier les besoins d'enseignement des étudiants. L'analyse produite suite à notre enseignement nous permet d'identifier avec précision ce que les étudiants maitrisent et ce qu'ils ne maitrisent pas encore. Il n'en demeure pas moins qu'il faille garder à l'esprit que si la validation des acquis constitue une voie d'accès à la certification, elle peut avoir un impact sensible sur l'enseignement lui-même aussi bien que sur les finalités de celui-ci. Les outils de mesure utilisés dans le cadre de ces travaux ont contribué à mettre en évidence le degré d'implication des étudiants et la capacité que peut avoir un enseignant lors d'une réorientation de sa stratégie d'apprentissage pour influencer leur performance.

De nombreuses études ont été effectuées sur le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants et le lien entre des variables d'ordre professionnel et leur préoccupation scientifique ; toujours est-il que la place primordiale qu'il est nécessaire d'accorder aux évaluations d'un enseignement et l'utilisation des outils de mesure de ces évaluations mérite une attention particulière. Il serait souhaitable que cette approche fasse école car elle pourrait apporter un dynamisme novateur et même déboucher sur une nouvelle dimension de l'engagement de l'étudiant. Des stratégies pédagogiques/apprentissages adaptées et la gestion efficace de l'enseignement dans son ensemble résoudraient les multiples désaccords engendrés à l'issue d'un enseignement face à la performance de certains étudiants. L'importance de l'approche pédagogique n'est plus à démontrer. Elle doit continuellement s'adapter à son public et il y va de la responsabilité sociale de tout enseignant face à la mission qui lui est confiée. La distribution préalable du plan et des documents de cours, la communication des objectifs d'apprentissage, le survol des objectifs et des méthodes d'évaluation et de fait des évaluations en cohérence avec les objectifs pédagogiques partagés peuvent développer chez l'apprenant la curiosité scientifique, le sentiment du devoir et peut l'aider à comprendre que les compétences qu'il doit acquérir vont au-delà d'une simple obligation de réussite académique. **C'est une responsabilité citoyenne**.

RÉFÉRENCES

[1] Liste de la promotion de 2021-2022

[2] Plan de cours d'obGyn du Dr Larsen

[3] Évaluation en Obstétrique de la DCEM3 mars 2022

[4] Évaluation en Obstétrique de la DCEM3 aout 2022

[5] Feuilles de compilation des notes obtenues en obstétrique par les étudiants de DCEM3

[6] Les copies corrigées des examens en obstétrique par les étudiants de DCEM3

[7] Le cours de docimologie du Pr André QUINTON. Mai 2005. Page 11-12

Ont contribué à la rédaction de ce document, les Drs Marie Elsie POTHEL et David LALANNE. Nous leur disons un grand merci.

2. Journées scientifiques du campus des sciences de la santé
27-28 juillet 2023

« Des soins de santé centres sur le patient : Vers un nouveau paradigme dans la prise en charge en Haïti »

ARGUMENTAIRE

« Les soins centrés sur le patient » comme concept a connu plusieurs tentatives de définitions proposées par des penseurs de différentes écoles. Les efforts déployés pour aboutir à une seule définition se sont révélés infructueux. En effet, il existe même dans les définitions paraissant les plus complètes des points de désaccord entre les auteurs (Souraya, 2008). Toutefois, en dépit des points de divergences, les soins centrés sur le patient sont un partenariat entre le médecin et le patient qui tend à inclure ce dernier en tant que participant actif aux soins qu'il reçoit (Ishikawa, Hashimoto, 2013).

Par ailleurs, Le Dr Ian Mc Whinney décrit les soins centrés sur le patient comme le fait pour le professionnel de santé d'entrer dans l'univers du patient pour voir la maladie de la perspective de celui-ci. Ces soins sont étroitement liés aux désirs, aux besoins et préférences du patient et y répondent (Mc Whinney I, 1989). Cette démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le malade, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (HAS, 2015). Cette approche considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure dans la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux. Elle se fonde sur une Personnalisation des soins, le développement et le renforcement des compétences du patient et une continuité des soins dans le temps (HAS, 2015).

La "rhétorique des soins centrés sur le patient et du malade au centre" (Baszanger, 2010) se renforce depuis plusieurs décennies dans le discours des profanes et des soignants. Ce nouveau regard est dû notamment aux différentes conceptions du patient, de la maladie, des soignants, et plus largement de l'individu en général dans la société au cours des années (Eve et Judith 2014). En effet, avec la montée de l'individualisme, le relativisme et la garantie des libertés individuelles, le patient prend de plus en plus de place dans la prise en charge de sa maladie. La relation médecin-patient basée sur le modèle paternaliste tend à disparaître pour laisser place à un rapport médecin patient plus équilibré. Désormais, le patient, autrefois passif, est devenu aujourd'hui à la faveur de ses expériences personnelles avec la maladie et les nouvelles technologies de l'information et de la communication un acteur clé dans sa propre prise en charge, à tel point qu'on le qualifie à juste titre de nos jours "d'expert profane" (Grimaldi, 2010).

En outre, les services commerciaux obéissent à un principe général à savoir : Le client a toujours raison. Les soins de santé étant aussi une industrie de services adoptent ce même principe (le patient a toujours raison). En dépit de ce rapprochement, nous ne pouvons pas considérer le patient comme un acheteur vu que la relation soignant-patient est qualitativement différente de la relation acheteur-vendeur. Techniquement, le patient n'a pas toujours raison, toutefois, un patient insatisfait est un patient dont les besoins et les exigences n'ont pas été pris en compte, et cela devait être considéré comme un échec (Lewis,2009). Ainsi, il nous paraît important de nous poser la question à savoir, comment satisfaire le patient ?

La "change foundation" basée à Ontario au Canada a conduit une série de discussions dans le but de connaître les attentes des patients. Parmi les exigences retenues, nous pouvons citer : des soins complets, une meilleure coordination des soins, rapidité dans les services, une communication efficace, respect, empathie et compréhension, équité, continuité et stabilité.

Si les patients ont leurs exigences, les soignants qui fournissent les soins devraient être à même d'y répondre. Ils ont pour cela besoin de présenter certains attributs dont : l'engagement envers l'efficacité organisationnelle et la responsabilité collective, la volonté à participer à des équipes non hiérarchiques dans le but de s'assurer que le patient obtient des soins complets, disponibilité, écoute, empathie (The change foundation, 2008).

Les soins centrés sur le patient se révèlent d'une grande importance, ils sont considérés comme la clé d'un système de soins de santé de qualité dans la mesure où ils permettent : d'améliorer les résultats grâce à l'implication des patients dans leur traitement et dans leur plan de soins, d'alléger la pression sur le système de santé, de réduire les temps d'attente pour des soins accessibles et de minimiser les visites de soins de santé non planifiées.

Il est opportun de retenir l'apport considérable de cette approche à l'amélioration de plusieurs systèmes de santé à travers le monde. A fortiori, il est une nécessité pour le système sanitaire Haïtien d'embrasser cette démarche et de l'implémenter. Toutefois, en vue d'obtenir un rendement optimal, cette philosophie de soins se doit de prendre en compte les différentes facettes qui conditionnent la réalité du patient haïtien. Et les défis en la matière demeurent de taille, les plaintes relatives à l'accueil nos hôpitaux ne cessent de croitre et l'incompréhension entre les patients et les personnels de santé sont des constatations récurrentes et regrettables dans le milieu hospitalier. Dans ces circonstances, le principe d'autonomie du patient ne peut être assuré. Souvent il a l'impression d'être traité avec peu d'empathie (Jean Paul, 2020) et conséquemment, il ne lui est pas aisé de s'exprimer et de décider librement quant à la prise en charge qu'on lui procure. Subséquemment, la prescription d'une thérapie adéquate et l'adhérence à cette dernière sont des étapes ipso facto, compromises.

Envisager des soins de santé centrés sur le patient constitue aussi une invitation à un plaidoyer ou à l'application des mesures expéditives pour une accessibilité universelle des soins à travers le pays. Car, il s'agit d'une population dont la grande majorité n'a pas accès à des soins de qualité d'une part à cause du fait que la couverture des services sanitaires de base ne cesse de diminuer sur le territoire (MSPP, 2021) et d'autre part à cause de leur précarité économique (Alfred, 2012).

Que dit la législation haïtienne en matière de la relation du patient avec son médecin ou plus largement avec son équipe soignante ? Notre système de soins envisage-t-il des moyens d'éduquer les malades du point de vue de leur maladie de façon qu'ils soient à même de connaitre les grands enjeux de ce dont ils souffrent afin de faire des choix éclairés ? Tenant compte de sa particularité territoriale et culturelle, la médecine haïtienne peut-elle se vanter d'avoir une finalité qui se différencie de celle pratiquée dans les pays dits occidentaux ? Comment les praticiens haïtiens et praticiennes haïtiennes pourront-ils/elles arriver à prendre en compte les attitudes (croyance, perception et représentation) de leurs malades dans les soins qu'ils/elles leur fournissent ? Comment revisiter notre système de soins de telle sorte qu'il arrive à mettre le patient au centre de ses activités qui peuvent être primaires, secondaires et tertiaires ? Comment penser la dignité (qui renvoie au respect de l'autonomie) des malades vivant dans la précarité dans un système de soins dont l'effectuation dépend à plus de 60 % de l'aide externe ? Le soin peut-il se centrer sur le patient sans une bonne politique de son accessibilité à l'échelle nationale ?

Ce questionnement au bout de la problématique dégagée ici nous conduit à élaborer six axes de réflexion :

Axe 1) Le droit du patient

Les travaux relatifs à cet axe doivent permettre d'asseoir le rôle fondamental du patient dans la gestion de sa santé ainsi que son importance dans la qualité de l'intervention médicale qui lui est prodiguée. Les expériences et les investigations portant sur le plein droit des patients de valider ou de refuser de manière éclairée les mesures thérapeutiques qui leur sont proposées sont aussi vivement attendues.

Axe 2) Éducation thérapeutique des patients souffrant de maladies chroniques

Les travaux liés à cet axe que nous comptons recevoir sont ceux qui objectivent le lien entre la qualité de vie de ceux qui sont atteints de maladies chroniques et la thérapeutique instituée, tout en faisant ressortir la nécessité de leur implication dans la thérapie en question. D'un autre côté, sont attendus, des travaux explicitant comment ces dernières causent une rupture brutale avec le mode de vie antérieur du patient et les impacts qu'elles exercent sur sa qualité de vie. Il convient de mettre une emphase particulière sur les différentes dimensions (socioéconomique, psychologique, éthique, culturelle, etc.) à prendre en compte dans la prise en charge de ces pathologies.

Axe 3) Finalités et moyens de la médecine

Dans cet axe, les travaux requis sont ceux qui traitent des arguments montrant que la médecine est un art fondé sur un savoir, comme un carrefour où se croisent et se construisent des pratiques scientifiques, des relations morales et des normes sociales, et non un ensemble de recettes. La médecine défend aussi la prise en compte de la subjectivité et de l'individualité des patients pour prévenir l'urgence au lieu de guérir ou de traiter les dysfonctionnements somatiques et psychiques qui jalonnent l'existence humaine.

Axe 4) Environnement du patient, vers une personnalisation des soins et l'autodétermination du patient

Dans le cadre de cet axe, nous espérons trouver des intervenants qui présenteront les résultats des travaux conduits sur le terrain haïtien en vue de montrer comment l'environnement (croyances populaires, mythes, religion, etc…) du patient est susceptible d'avoir des répercussions systémiques en altérant la base de son rapport avec la médecine moderne. Il serait aussi pertinent de définir comment faire l'équilibre entre ce que dictent les normes médicales et les représentations, les ressentis personnels et les besoins spécifiques du patient.

Axe 5) Services de santé intégrés centrés sur la personne

Les travaux inhérents à cet axe s'attacheront :

- D'une part à démontrer que la concrétisation de la vision d'un tel colloque requiert la participation active des acteurs des différents niveaux du système de santé.
- D'autre part, à faire des propositions pratiques pour l'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux universitaires.

Axe 6) Consentement et dignité d'un patient

Dans ce dernier axe, nous comptons recevoir des travaux mettant l'accent sur le consentement des patients pour les interventions thérapeutiques et la dignité des patients dans la chaine de prise en charge.

Bibliographie

1. *Alfred 1, J. P. (2012). Quel est le coût réel de la couverture universelle en santé en Haïti ? Santé publique, (5), 453-458.*
2. *André G. (2010). Les différents habits de l'« expert profane » Dans Les Tribunes de la santé (n° 27), pages 91 à 100. Mis en ligne sur Cairn.info le 03/08/2010 https://doi.org/10.3917/seve.027.0091*
3. *Baszenger I., (2010). « Une autonomie incertaine : les malades et le système de soins ». In HIRSCH E. Traité de bioéthique, ERES : 189-198. DOI : 10.3917/ eres. Hirsc.2010.02.0189*
4. *Eve B.P, Hermann J.M(2014) « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire". Anthropologie et santé. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342*
5. *Haute autorité de santé. (2015) "Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi"*
6. *Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient-centredness" in patient-physician communication research. Soc Sci Med 2013 ;96:147–153.*
7. *Jean Paul, A., Leonard, Y. G., Saint Louis, R., Camille, J., Delicat, H. P. K., Castra, R., … & Civil, M. F. (2020). Physician-patient relationship at HUEH: is it a "relationship to" or a "relationship between". medRxiv, 2020-04.*
8. *McWhinney I. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, eds. Communicating with Medical Patients. London, UK: Sage; 1989:25– 42.*
9. *MSPP, rapport statistique 2021, p.80 https://www.haitilibre.com/docs/Rapport-Statistique-MSPP-2021_web.pdf*
10. *Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. Research and Theory for Nursing Practice 2008;22(1):24-37 reviews the literature defining the concept and also extracts the main features.*
11. *Lewis S. (2009).Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve.https://www.researchgate.net/publication/281610313_Patient-Centered_Care_An_Introduction_to_What_It_Is_and_How_to_Achieve_It*
12. *The Change Foundation,(2008).Who Is The Puzzle Maker? Patient/Caregiver Perspectives on Navigating Health Services in Ontario. Toronto: http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn_Puzzle_Web.pdf*

Comité organisateur

- Wellington DERAMEAU, Pharmacien, Étudiant Finissant en médecine (FMP), Co-coordonateur général
- D'jerby RAPHAËL, Étudiant Finissant en médecine (FMP), Co-coordonateur général
- Jean Robens Stanley BAZELAIS, Étudiant Finissant en médecine (FMP), Responsable Scientifique
- Jephté Emmanuel MATHIEU, Étudiante Finissant en médecine (FMP), Responsable Financier
- Rose-Mica PIERRE , Étudiante Finissant en médecine, Responsable de communication et marketing
- Ludjie Love S. MERILAN, Étudiante Finissant en médecine (FMP), Responsable des affaires externes.
- Rood-Maelle DESRAVINES, Étudiante Finissant en médecine (FMP), Responsable événementiel
- Valery Hugo MAURICE, Étudiant Finissant en médecine (FMP), Responsable des ressources humaines et logistique

Comité scientifique

- Bernard PIERRE, MD, Neurochirurgien, professeur d'anatomie, Doyen de la FMP
- Judith EXANTUS, MD, M.Sc, Néphrologue pédiatre, Professeure de Pédiatrie, Médecin de Service au Service de Pédiatrie de HUEH, membre du LABMES (Laboratoire de Médecine, Éthique et Société)
- Gérald JONACÉ, MD, Chirurgien, instructeur clinique, professeur de méthodologie de la recherche, Directeur du Laboratoire Médecine, Éthique et Société de la FMP
- Marc-Félix CIVIL, MD, PhD, chirurgien OBGYN, Philosophe du soin et de la médecine, professeur de philosophie de la médecine et de méthodologie de la recherche à la FMP, membre permanent du LADIREP, Président du comité d'Éthique de l'Université d'État d'Haïti, Vice Doyen aux affaires académiques de la FMP

Denk Pharma
PROVISION
DASH
NUTRIPHAR
lofro

INFORMATIONS SOCIO-CULTURELLES

1. Éduquer : pour quoi faire ? Cinquième partie : Parler à nos enfants de la mort

Érold JOSEPH, MD

Je viens je ne sais d'où,
Je suis je ne sais qui,
Je meurs je ne sais quand,
Je meurs je ne sais où,
Je m'étonne d'être aussi joyeux.

Extrait de « La Force majeure » de Clément Rosset [1]

Il semblerait que la souffrance, et plus particulièrement le deuil, (la mort d'un proche ou l'imminence de la sienne) ait une vertu à la fois thérapeutique et spirituelle en ouvrant ce que certains dénomment le « troisième œil », [2] mais que nous appellerons plus simplement « l'œil philosophique ». Il y a de cela environ sept ans, il eût été incongru en Haïti, de publier un livre ou un article sur la mort, voire de suggérer de débattre d'un tel thème avec nos écoliers. Le fait de côtoyer quotidiennement la mort, à travers la violence criminelle et l'industrie du kidnapping nous ferait-il prendre conscience subitement de notre finitude ou mieux, de la grande loi de l'« impermanence », pour utiliser la terminologie bouddhique ? Donner un sens à son travail rend heureux au travail

L'histoire du roi de Perse

On raconte l'histoire d'un ancien roi de Perse qui voulait percer le secret de la vie humaine. Il demanda alors à l'homme le plus sage et le plus instruit de son royaume, d'entreprendre cette lourde et difficile tâche [3]. Quelques années plus tard, ce dernier lui apporta trois volumes de mille pages sur l'Histoire des Hommes depuis leur origine.

« Sire, dit-il, voici le travail demandé ».

Mais, à cette époque, le roi était en train de résoudre des problèmes relatifs à l'organisation de son royaume. Contrarié, il lui dit :

« Tu vois comme je suis confronté, jour et nuit, à des problèmes d'État de la plus haute importance. Où penses-tu que je puisse trouver le temps de lire toutes ces pages ? Ne peux-tu condenser tout cela en un seul volume? »

Chose dite, chose faite. Un an plus tard, l'écrivain se présenta devant le roi avec un seul tome de l'Histoire de l'humanité. Malheureusement, le souverain menait alors une terrible guerre contre un autre État.

« Cette guerre me tracasse tellement que je peux à peine dormir la nuit. Mille pages! Tu imagines! J'aurais bien aimé avoir autant de temps libre que toi. Ne peux-tu résumer davantage cette histoire ? »

« D'accord, mon Roi », répondit calmement le sage.

Et il se remit une nouvelle fois au travail. Après quelques mois, il lui apporta un condensé de deux cents pages. Le roi, était alors très souffrant, affaibli, et paraissait beaucoup plus vieux.

« J'apprécie ton dévouement. Mais, je me porte si mal que je n'ai point la force de lire même ce résumé que tu viens de produire. Je connais ton grand esprit de synthèse. Un tout dernier effort : fais-moi un petit opuscule de trente pages ».

Une nouvelle fois, le sage reprit la rédaction de son ouvrage. Mais, quand il revint, le monarque était à l'article de la mort. D'une voix haletante, à peine audible, il demanda à l'écrivain :

« Mon ami!... Dis-moi…en quelques mots… la principale… caractéristique de la vie humaine »

Alors, le sage de répondre, plein de compassion pour son roi :

« Sire, c'est la souffrance… De la naissance à leur mort, les hommes souffrent. Comme vous, en ce moment! Il y a la souffrance de la vieillesse, la souffrance de la maladie, la souffrance de la mort. Et ceci commence dès la naissance, la toute première des souffrances. » [4, 5].

La vie n'est-elle que souffrance, comme semble le suggérer l'histoire du roi de Perse ?

Certes, non. Elle est vaste et globale, même si nous avons tendance malheureusement à la fractionner, à la réduire à un petit secteur, dépendamment de notre champ d'intérêt ou d'action. Elle comporte à la fois, le rire et les pleurs, la tristesse et la joie, l'amour et la haine, le plaisir et la douleur, le travail et le loisir, la réussite et l'échec, le sexe et l'abstinence, l'abondance et le manque, la jeunesse et la vieillesse, la santé et la maladie… et surtout le rendez-vous final dont la date, l'heure, le lieu et le comment sont inconnus, à savoir la mort. La vie serait donc une alternance de joie et de peine, avec la souffrance comme toile de fond. Pour répéter Arthur Schopenhauer : « Toute notre vie oscille comme un pendule, de droite à gauche, de la souffrance à l'ennui » [6].

Il y a la souffrance physique due à un traumatisme, à un handicap, à la maladie physique ou mentale. Il existe aussi celle qui résulte de la difficulté à satisfaire ses besoins de base mais aussi d'autres, superfétatoires, créés et entretenus à travers une publicité organisée. À ceci, s'ajoute la souffrance morale ou mentale que nous nous infligeons souvent à nous-mêmes en anticipant l'avenir ou en coloriant (en interprétant) la réalité par le truchement de nos pensées, sentiments et émotions (la voix dans notre tête telle que décrite dans un précédent article). Elle est imputable le plus souvent à nos attentes déçues, nos peurs et au cercle vicieux et sans fin du désir et de l'attachement, encouragé par une société de consommation qui survalorise les biens matériels et entretient le culte de l'ego et du paraitre [7]. Ajoutons-y la souffrance philosophique ou existentielle due à l'incapacité de trouver un sens à sa vie. Dans la même catégorie, entre la crainte refoulée de la mort, cette échéance inéluctable que nous essayons d'oublier par des activités frénétiques et de continuelles distractions pour exorciser l'idée de l'échéance finale, ceci à l'instar du roi de Perse. D'où l'attitude commune : ne jamais y penser…

Pourquoi parler de la mort ?

Pour Blaise Pascal, philosophe et croyant, tous les hommes cherchent le bonheur sans exception, y compris celui qui va se pendre [8]. Le suicidé commettrait son acte pour échapper à la souffrance en espérant que la mort règlera le problème. Albert Camus, athée, écrivain, dramaturge et philosophe du XXème siècle, a connu une existence particulièrement difficile et a même pensé sérieusement au suicide. Très tôt orphelin d'un père décédé durant la guerre d'Algérie, il a été lui-même frappé précocement par la tuberculose pulmonaire, maladie difficilement curable à l'époque, faute de drogues efficaces. Il a voulu passionnément comprendre la mort et a écrit : « Je juge donc que le sens de la vie est la plus pressante des questions » [9]. Et plus loin, de faire le constat accablant : « Les hommes meurent…Et ils ne sont pas heureux » [9]. Si les hommes étaient immortels, ils pourraient accepter d'être malheureux, car ils auraient l'éternité devant eux pour trouver le bonheur. Si au contraire, ils étaient mortels mais heureux, le bonheur serait la compensation à la brièveté de leur existence. Camus en conclut, tout comme Jean-Paul Sartre, que la vie n'a aucun sens, qu'elle est donc « absurde ». Le suicide, selon lui, serait la solution logique à un tel constat [9, 10].

La philosophie, en tant que « manière pratique de vivre » [11] et non comme « spécialité intellectuelle éthérée » ou « simple discours logique » n'ayant aucun lien avec la réalité quotidienne, constituerait le remède à la situation [12]. Elle vise à nous rendre heureux, (du moins joyeux), non dans l'illusion, mais dans la vérité, selon André Comte-Sponville [13]. Le vrai philosophe (du grec philos, ami et sophia, sagesse) est un ami à la fois de la sagesse et de la vérité. D'où la méfiance, voire l'antagonisme, qu'il a toujours inspiré aux hommes de pouvoir et d'argent, parce que lui, il est sorti de la caverne dans laquelle eux, ils demeurent

encore enchainés [14]. La différence fondamentale entre le philosophe et le croyant (ou l'idéologue), c'est que ce dernier adopte, au départ, une conclusion (généralement la plus favorable et la plus commune) pour tenter de la justifier après coup. Cependant, démarche philosophique et démarche scientifique sont parentes. Elles partent généralement d'une hypothèse de départ, font appel à l'observation, la réflexion, le raisonnement, (l'expérimentation), avant d'aboutir à une conclusion, laquelle peut être ultérieurement remise en question.

Pour certains philosophes, Dieu n'existe pas ; nous ne sommes que de la matière qui disparait à notre mort : ce sont les athées/matérialistes [15]. Pour d'autres, nous avons été créés et sommes essentiellement un esprit, une âme ou une conscience qui ne disparait jamais. C'est l'opinion des spiritualistes souvent étiquetés péjorativement « croyants ». En fait, ils ne le sont pas tous car, seule la méthodologie et non la conclusion, permet de les classer. Par ailleurs, nombre d'athées/matérialistes sont en fait des croyants, qui adoptent d'emblée ce point de vue, souvent par influence ou effet de mode, sans une quête philosophique ou spirituelle préalable. Il existe par ailleurs, des « scientistes » c'est-à-dire des « religieux de la science » qui croient dur comme fer que cette dernière explique ou finira par tout expliquer et sont prêts à envoyer leurs contradicteurs au bûcher, comme à l'époque médiévale. L'Histoire, par ailleurs, démontre que croire ou ne pas croire en un créateur ou dans une vie post-mortem ne fait pas de vous un meilleur être humain. Il existe des athées qui de par leur désintéressement et leur amour du prochain font penser au Christ et, à l'inverse, des voyous « d'église » ou « du temple ». Il s'agit d'être lucide et de prendre pour modèles, ces êtres éveillés, ces grands humanistes et philosophes, ces éveilleurs de conscience, qui ont eu une grande longueur d'avance quant à la compréhension de l'existence. On peut citer dans l'ordre chronologique : Bouddha, Socrate, Jésus-Christ et d'autres moins connus ou influents [16]. Ces derniers peuvent être athées ou non, matérialistes ou spiritualistes, voire agnostiques, c'est-à-dire n'arrivant pas à trancher dans un sens ou un autre.

Pourquoi parler de la mort avec nos enfants ?

Si la mort et la souffrance n'existaient point, philosopher eût été un exercice stérile, futile. C'est le propre de l'être humain, de se questionner, de tenter de comprendre le cycle complet de sa vie qui commence théoriquement par la naissance et semble se terminer par la mort, l'échéance ultime. Entre ces deux extrêmes, il y a la vieillesse et la maladie et...la souffrance. Pour s'en sortir, il faut préalablement apprendre à bien se connaitre et réaliser que c'est l'interprétation par le cerveau de ce qui survient à l'extérieur comme à l'intérieur de nous qui rend heureux ou malheureux, gai ou triste. Ce sont alors les sentiments, les émotions et aussi les pensées lesquels déterminent nos actions bonnes ou mauvaises. D'où l'importance de cultiver l'attention, l'auto-observation, par la pratique précoce de la « méditation de la pleine conscience » [17]. D'où la nécessité d'une éducation philosophique et spirituelle dès le plus jeune âge. Il s'agit de débats interactifs ouverts, réalisés dans un esprit d'écoute et de tolérance et encadrés par un facilitateur bien au fait du sujet. [1]) L'éducation doit certes développer l'intellect, faciliter la réussite matérielle (réussite dans la vie), apprendre à rester en santé, mais aussi accorder une place au moins égale aux questions existentielles en aidant l'élève à trouver sa réponse, sa voie. « Garder les pieds sur terre et les yeux au ciel » dit un sage proverbe chinois. Il s'agit surtout de réussir sa vie. L'enfant n'est pas un vase à remplir mais une pâte consciente qui doit apprendre à se modeler elle-même, pour son bien et celui de l'humanité.

Pour terminer, citons ce garçonnet, qui, après un atelier de philosophie, déclarait avec enthousiasme :

« Maman, Maman, quand je pense que j'ai attendu sept ans et demi pour faire de la philosophie! » [19]

À suivre

Références bibliographiques

1. *Clément Rosset, « La force majeure », Éditions de minuit,1983*
2. *Lobsang Rampa, « Le troisième œil », Éditions J'ai LU (roman autobiographique,1956*
3. *Matthieu Ricard, « Plaidoyer pour le bonheur »,NiL éditions, Paris, 2003*
4. *Dr Deepak Chopra, « Bouddha, Histoire d'une illumination », Guy Trédaniel, 2008*
5. *Hermann Hesse, « Siddharta », Hermann Hesse, 1975*
6. *Arthur Schopenhauer, « L'art d'être heureux », Babelio, 2013*
7. *Sa Sainteté le Dalai Lama et Howard Cuttler, « L'art du bonheur », Editions Robert Laffont, 1999*
8. *Blaise Pascal, « Pensées », 1669*
9. *Albert Camus, « Le mythe de Sisyphe », Editions Gallimart, 1942*
10. *Albert Camus, « L'homme révolté » Editions Gallimart, 1951*
11. *Pierre Hadot, « La philosophie comme manière de vivre », Editions Albin Michel, S.A, 2001*
12. *Sénèque, « La vie heureuse, la brièveté de la vie » Editions Flammarion, Paris 2005*
13. *André Comte-Sponville, « Traité du désespoir et de* la *béatitude », Presses Universitaires de France, 1984*
14. *Platon, « La république » Librio, 1992*
15. *André Comte-Sponville, « L'esprit de l'athéisme », Albin Michel,2006*
16. *Frédéric Lenoir, « Socrate, Jésus, Bouddha, trois maitres de vie », Fayard, 2009*
17. *Jon Kabat-Zinn, « Où tu vas, tu es », Editions Jean-Claude Lattès, 1996*
18. Frédéric Lenoir, « Philosopher et méditer avec les enfants », Editions Albin Michel, 2016
19. Frédéric Lenoir, « La sagesse expliquée à ceux qui la cherchent », Editions du Seuil, 2018

Auteur correspondant :

Erold JOSEPH,

Docteur en médecine, pneumologue, expert en santé publique, promotion de la santé, et de l'interrelation santé/éducation

Courriels : eroldjoseph2002@yahoo.fr et eroldjoseph2002@gmail.com

20/02/2023

2. ANNONCES

A. FMP-UEH 2e JOURNÉES SCIENTIFIQUES DU CAMPUS DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Journées Scientifiques du Campus des sciences de la santé

Le 26 juillet dernier, le Doyen Bernard Pierre, le Vice-Doyen Marc-Félix Félix, la Vice-Doyenne Magalie Rosemond, le représentant du laboratoire de recherche Médecine et Société (LABMES), Dr Gérald Jonacé, le comité scientifique, le comité organisateur, la communauté professorale et estudiantine ont accueilli, Mr le représentant du Vice-Recteur aux Affaires académiques, Mr Jean-Michel Gabriel, le Vice-Recteur à la recherche, le Pr Jacques Blaise pour déclarer ouvertes les JOURNÉES SCIENTIFIQUES du Campus des Sciences de la Santé de la FMP et des Écoles affiliées de l'UEH. https://youtu.be/HfmEJqj6LHM

Les 27 et 28 juillet ont eu lieu les 2e journées scientifiques qui se sont déroulées à l'amphithéâtre de la FMP sous le thème : « Des soins de santé centrés sur le patient : Vers un nouveau paradigme dans la prise en charge en Haïti ».

Dans le document communiqué, on peut découvrir un riche argumentaire avec six axes qui développe le concept « Les soins centrés sur le patient. » Puis, sont présentés les résumés des multiples travaux et des projets de recherche, l'agenda de programmation des deux journées et de la composition des comites scientifique et organisateur.

Les journées scientifiques 2023 ont été un réel succès et comme le souhaite le Dr Jonacé : « il faudra renforcer ces assises scientifiques à la FMP pour qu'elles soient d'une envergure illimitée pour que d'autres facultés, d'autres institutions viennent soumettre des communications, pour qu'elles deviennent un rendez-vous mondial pour le bénéfice de la faculté et du pays. »

B. **Le FORUM MÉDICO-CHIRURGICAL** invite la communauté a participer à sa 40e conférence. *Le titre est* : **« Sport et Santé : importance de la pratique du sport et impact sur la santé ».**

Le Conférencier : **Dr Romel Jean-Pierre, MD. Médecin Généraliste**

Le jour et l'heure : **Mercredi 2 août 2023 : 6h-8h pm**

Le lien pour y accéder : fmc.bsdlavi.org

« La compréhension du concept de bouger, corroborée par de nombreuses études et observations cliniques, a fait inscrire les exercices physiques dans les recommandations médicales primaires pour la prévention de nombreux problèmes de santé comme le diabète, les crises cardiaques, l'obésité, la fonte musculaire et même certains cancers, pour ne citer que ceux-là. Mais, la pratique du Sport ne s'associe-t-elle qu'à des bénéfices ? Y aurait-il lieu de considérer quelques risques ou même des restrictions ? Pour mieux appréhender la place du Sport dans le maintien de la santé et l'amélioration de la qualité de vie, le FMC en a fait le menu de sa 40 e conférence à laquelle vous êtes cordialement invités.

Comité de pilotage : Dr Frédéric Barau Dejean, Dr Brunel Delonnay. Dr Eunice Dérivois Mérisier

3. Distinctions

A. ASIA INTERNATIONAL RESEARCH AWARDS 2023

To Axler JEAN-PAUL, Sterman TOUSSAINT, Jean ALOUIDOR

AIRA vous annonce que, en association avec le Times of Research et le World Research Council, vous êtes attendus pour le AIRA 2023. Vous avez gagné **l'ASIA'S OUTSTANDING RESEARCHER AWARD** pour votre excellence en « *Descriptive and correlational study of peritonitis in the surgical department of the State University hospital of Haiti (HUEH) : a cross sectional study".*

Tous nos compliments aux heureux gagnants !

A- HONNEUR ET MÉRITE

1. **HOMMAGE AU CÉLÈBRE MÉDECIN, d'origine haïtienne, Dr JEAN-CLAUDE FOURON**

Le Consultat Général d'Haïti à Montréal présente : **"Un Homme, Une Œuvre ».**

https://youtu.be/slAipXvzmlw

2. **Dr. Frantz LARGE MEDAL OF MERIT AWARD**

Médaille reçue par le Dr Frantz Large le 14 juillet 2023 des mains du Président du Lions club International

« Pour présentation aux Lions ou aux citoyens en reconnaissance spéciale d'actes d'héroïsme, d'humanitarisme, d'une contribution communautaire exceptionnelle, etc... »

4. Requiem in pace

A. Dr Jean-Robert ANTOINE

BYE BYE, GOMMIERLAN

Par Dr Erold Joseph

« Et si la vie n'était qu'un rêve dont on ne s'éveillerait qu'à la mort… »

Le docteur Jean-Robert Antoine a définitivement abandonné son corps physique, le 16 juillet 2023, à l'âge de 74 ans, à Miami, plus précisément à « Jackson Hospital. On meurt lorsque notre temps de vie terrestre est consommé…

Dr Jean-Robert Antoine a effectué ses études médicales en Espagne, avant de se rendre aux États-Unis, où il a obtenu une maitrise en Santé Publique de l'Université de Miami. Rentré en Haïti, il s'est engagé dans la « clinique populaire » afin de prendre soin des plus défavorisés. Parallèlement, il a occupé plusieurs postes importants au Ministère de la Santé Publique et de la Population avant de devenir le Président de l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA). Il fut également Secrétaire Général de l'Association Médicale Haïtienne (AMH). Il a occupé le poste de Secrétaire Exécutif à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'État d'Haïti (UEH) et il fut le Directeur d'éditorial et de rédaction de la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie d'Info CHIR/RHCA.

Frère de feu général Fritz Antoine, il fut son chef de cabinet, au Ministère de la Justice. Passionné d'écriture, il est l'auteur de plusieurs ouvrages qu'il signait de son nom de plume Gommierlan. Ce pseudonyme dérive d' « Antoine nan Gommier », ce « houngan » légendaire de la Grande-Anse, doté de facultés paranormales et qu'il affectionnait particulièrement. Avait-il vécu dans cette région, lors d'une vie antérieure ?

Bien qu'il ait reçu une éducation chrétienne (famille profondément catholique), il s'en était détaché vers la fin de sa vie, en raison de sa perception du rôle par le christianisme dans l'esclavage et la colonisation. Fervent admirateur de Jean-Price Mars, il avait une grande « attirance intellectuelle » pour le vaudou qu'il considérait comme notre vraie religion. Était-il athée ou agnostique ? On ne saurait le dire. C'était un homme simple, introverti, sensible en dépit des apparences, avec des contradictions et qui n'aimait pas faire de vague. Patriote, profondément attaché à sa terre natale, il souffrait terriblement, s'impatientait, s'énervait intérieurement et dans ses écrits, de notre décadence, de l'insécurité et de la mauvaise gestion du pays durant ces dix dernières années. Il a toujours laissé l'impression d'un Être en perpétuelle recherche….

Nous retenons avec plaisir cet éloge de son confrère le Dr. Jules Grand-Pierre : « Dr Jean Robert Antoine laisse le souvenir d'une personnalité très attachante qui avait développé un charisme pour partager à travers ses ouvrages et ses conversations sa vision d'une Haïti qui se modernise tout en restant toujours attachée à ses valeurs traditionnelles. »

C'est, à juste titre, cet esprit de consensus, de tolérance, ce vivre ensemble, qu'il prônait constamment dans ses écrits que nous apprécions tous et que nous n'oublierons jamais.

Bye bye, mon cher Gommierlan. On se revoit de l'autre côté du voile…

Dr Erold JOSEPH

26 juillet 2023

B. Dr Jean Marius LAFOND (11 février 1940-24 juin 2323)

Port-au-Prince, le 26 juin 2023

« Le Décanat de la Faculté d'Odontologie de l'Université d'État d'Haïti a appris avec tristesse le décès du Dr Jean Marius Lafond, ancien Doyen de l'Institution.

Revenu au pays au début des années 80, détenteur d'une licence en Biologie de Roosevelt University des USA, d'un diplôme en Immunologie orale de la Universidad Tecnológica de México, d'un diplôme de Médecin Chirurgien - Dentiste de Universidad Autónoma de Zacatecas de México et d'un diplôme de spécialisation en Chirurgie maxillo-faciale après des études en Espagne, le Dr Lafond a vite fait d'intégrer en 1983 le corps professoral de la Faculté d'Odontologie comme professeur de Pathologie orale, de Diagnostic, de Microbiologie et d' Immunologie.

Il s'est particulièrement distingué comme Assistant de Recherche, ce qui lui a valu de participer à un certain nombre de travaux notamment celui de l'University of Illinois at the Medical Center dont les résultats ont été publiés dans le Journal of Molecular Biology.

Il deviendra le premier Doyen élu à la Faculté en 1996. Il occupera à nouveau ce poste en 2008. Les changements et innovations qu'il a apportés durant ses deux (2) mandats à la tête du Décanat témoignent du dynamisme et de la vision avant-gardiste de l'Homme. Rappelons qu'il fut aussi professeur à la Faculté de Médecine et de l'Université d'Etat d'Haïti et à la Faculté de Médecine de l'Université Notre Dame d'Haïti.

Le Dr Lafond est aussi connu pour ses activités caritatives et philanthropiques. Président à maintes reprises de l'Association des Œuvres privées de Santé (AOPS) et jusqu'à sa mort le samedi 24 juin dernier, Président en exercice du Rotary club de Delmas, il laisse le souvenir d'un homme simple, discret, un altruiste très attaché aux valeurs familiales.

Le Décanat de la Faculté d'Odontologie s'incline devant sa dépouille et salue la mémoire de ce grand humaniste. »

Le Décanat

D. Dr. Pierrot GILLES

DOYEN D'ÂGE DE L'OPHTALMOLOGIE HAÏTIENNE

« Dr. Pierrot Gilles a considérablement contribué à l'avancement de cette délicate discipline dans son pays et chez les voisins dominicains, au cours du XXe siècle. Le Dr. Gilles laissa Haïti au début des troublantes années 60. Il fut médecin de Clément Jumelle. Nos sympathies à sa grande Famille spirituelle, professionnelle et académique ; à ses parents et alliés. »

Gilbert Mervilus, 23 juillet 2023

https://www.instagram.com/p/CvCiDN6uw0w/?igshid=MTc4MmM1Yml2Ng==

C. « Dr. Egel FRANCOIS

Dr. Egel François a été un pionnier et un supporter de l'AMHE depuis sa fondation en 1972 jusqu'à sa mort le 23 juillet 2023. Né à Port-de-paix, en Haïti en 1929, il a émigré aux USA où il a complété sa résidence à Harlem Hospital à New York. Il devint *attending-surgeon* puis chef de service en chirurgie générale et plus tard Professeur de Chirurgie Columbia University School jusqu'à sa retraite à 80 ans.

Il a occupé plusieurs postes clés à l'AMHE, par exemple comme Chairman de la Fondation AMHE.

Maxime COLES, MD, FICS, FRCS, FAAN

PETITES ANNONCES

Info CHIR reçoit vos "Petites Annonces » sur :

infochir@gmail.com

VISITEZ le site Web d'Info CHIR :

http://info-chir.org

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

VISITEZ l'ATLAS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL :

http://info-chir.org/atlas.html

Chapitres consultables sur l'ATLAS :

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

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

_____+

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

_____

LIEN FACEBOOK D'Info CHIR/RHCA

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

_____

ANNONCES

Journaux médicaux francophones en accès libres

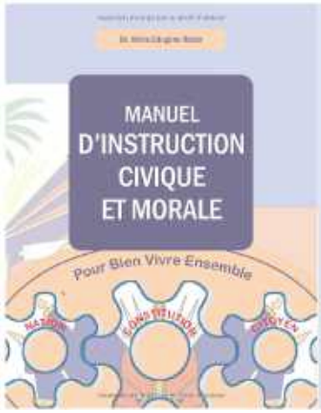
https//www.gfmer.ch/Medical_journals/Journaux_medicaux_acces_libre.htm

HMS HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES S.A.

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ

Depuis 1962

EXPÉRIENCE 60 ans PASSION QUALITÉ



Winie Edugène Robin est née en Haïti, plus précisément à Port-au-Prince. Elle est mère de 4 enfants -seulement des hommes, et grand-mère d'une paire de petits-enfants qu'elle aime après Dieu qu'elle adore. Elle a poursuivi des études médicales à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Port-au-Prince. Diplômée, elle se spécialisa en Pédiatrie. Elle a bénéficié d'une bourse Fogarty de l'UNIVERSITÉ DE MIAMI qui lui a permis de travailler à Jackson Memorial Hospital, au Département des Maladies Infectieuses et Immunologiques. Elle a participé, en 1990, à la toute première étude sur l'effet de l'AZT chez les bébés présentant le HIV, sous la supervision de grands chercheurs (Fischer, Scott et Fauci).

Elle a dû quitter sa terre natale qu'elle vénère, suite à un kidnapping et une tentative d'assassinat.

Dr. Robin aime son pays viscéralement et souffre de le voir dans cet état. Elle a compris qu'elle avait un rôle à jouer pour aider le pays à se relever. Plongée dans ses réflexions sur Haïti, elle a identifié ce qu'il faut « faire vivre ou revivre » chez les haïtiens : Les valeurs civiques et morales. Pour motiver et encourager ses compatriotes en ce sens, elle ne cesse d'utiliser sa plume. Dr. Robin a travaillé d'arrache-pied sur ce livre qui fera émerger les grandes valeurs en particulier le civisme et la morale.

THE AAS & AAS FOUNDATION annonce le NOUVEAU Henri FORD FACULTY RESEARCH AWARD Open now! (Extrait du document du AAS/AASF Henri Ford Junior Faculty Research Award)

L'engagement de l'Association for Academic Surgery (AAS) complète la mission de l'Association for Academic Surgery Foundation (AASF) pour conduire à la création du prix Henri Ford Junior Faculty Research Award nommé en l'honneur du Dr Henri Ford, le premier président noir de l'AAS.

Le Dr Ford a établi la barre de l'excellence en chirurgie universitaire et pour cela il est honoré.

Pour connaitre les détails de la bourse de recherche Henri Ford Junior Faculty, veuillez consulter le site

AAS/AASF Henri Ford Junior Faculty Research Award - Association for Academic Surgery (AAS) (aasurg.org)

ueh LADIREP | LAngages, Discours et REPrésentations
Université d'État d'Haïti

Appel à communication pour le colloque :
« Traumatismes psychiques en Haïti : de la prévention aux interventions thérapeutiques »
14 au 16 décembre 2023
10, Rue Magloire Ambroise, Port-au-Prince | Email : ladirep@ueh.edu.ht | www.ladirep.ueh.edu.ht

DON DE TROIS GÉNÉRATEURS D'OXYGÈNE AU GOUVERNEMENT HAÏTIEN PAR LE COMMANDEMENT DE L'ARMÉE DES USA

(from US Embassy Haiti – passion Info Plus)

SORTIE DU No 43 de la REVUE HAÏTIENNE DE CHIRURGIE ET D'ANESTHÉSIOLOGIE

https://mailchi.mp/b93cc6b92376/dernier-numro-8241539

Dans sa rubrique des "Grands Dossiers" la présente édition de la RHCA évoque deux sujets de santé publique réellement très préoccupants : « La santé pour tous » et le « Rôle des laboratoires ». En plus de ces deux articles phares, la RHCA no 43 nous présente, entre autres : l'histoire d'un patient qui a subi trois interventions chirurgicales par la même équipe chirurgicale ; le profil épidémiologique d'un groupe de traumatisés ; la place de la trachéotomie en pratique ORL. Une attention spéciale doit être portée à l'article sur la prise en charge des traumas crâniens.

Bonne lecture et merci de nous faire part de vos commentaires et recommandations sur infochir@gmail.com

DNG MEDICAL RETAIL EQUIPMENT & SUPPLIES LLC. COMPANY

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