Septembre 2023

Vol. 3. No 32.

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 – 3 – 5

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

40 ANS PROMOTION Dr DANTES DESTOUCHES FMP HAITI 1976-1982

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

SOMMAIRE

	Page
• Lu pour vous	2
• Santé Publique	4
• Actualités Médicales et Paramédicales	10
• Académies et Professions	16
• Informations Socio Culturelles	20
• Petites Annonces	24

Les ressources humaines (RH) sont la division d'une entreprise chargée de trouver, de recruter, de sélectionner et de former les candidats à un emploi. Cette division administre également les programmes d'avantages sociaux des employés. L'attention aux ressources humaines d'une entreprise est relativement nouvelle datant seulement du début du 20e siècle, mais cette division a augmenté son champ d'action et a changé sa mission constamment en raison de la complexité croissante, par exemple, des systèmes de santé.

La formation, le recrutement et la rétention de ces professionnels constituent une tâche majeure qui requiert des habilités spéciales et une sensibilité aux besoins des employés. Ce n'est pas suffisant pour un employeur de payer des salaires décents et de fournir des conditions de travail appropriées. Nous passons davantage de temps au travail que dans nos foyers, et ce temps s'étend dans nos heures privées grâce aux miracles (aux méfaits ?) de l'internet.

Depuis la Covid-19, les conditions de travail ont changé de façon drastique, nous permettant de travailler à distance, de conduire des télé consultations, de nous réunir par Zoom. Pourtant le contact présentiel et même le bavardage nous donnent le sentiment d'appartenir à une équipe.

Dans les sciences sociales, la note de « culture d'une entreprise. » est décrite, définie par des particularités du langage, une certaine façon de s'habiller et un code, parfois non écrit de ce qui est acceptable dans les rapports quotidiens. Peut- on imaginer un jeune de 26 ans, ingénieur en informatique habillé en costume traditionnel de couleur sombre et cravate alors que son PDG se balade en jeans et maillot ?

Nos responsables de ressources humaines doivent prêter une attention soutenue à leurs employés qui ont été recrutés et entraînés. Ils sont les mieux placés pour détecter les écarts, les dérapages, les crises de santé mentale et de formuler des solutions.

Nous confrontons le défi majeur de la rétention de nos cadres après un investissement des organismes gouvernementaux. Les conditions socio-économiques s'aggravant chaque jour exigent un maintien du moral de ce staff. Le problème n'est pas limité à Haïti. Nos voisins de la Jamaïque constatent une perte de plus de 30 % de leurs infirmières spécialisées au profit du Canada et des États-Unis.

Il est assez fréquent que certaines organisations de la diaspora bien intentionnées, arrivent à réunir les fonds disponibles pour la construction d'un établissement de santé. Certains de ces groupes mieux informés que d'autres prévoient dans leurs budgets la gestion des déchets, le maintien et le remplacement des appareils médicaux, l'établissement d'une source d'énergie indépendante, mais il est rare que la gestion des ressources humaines se voit accorder la place qu'elle mérite à l'allocation des ressources humaines.

Il est impératif que nos décideurs donnent toute leur attention à ce talon d'Achille des systèmes de santé.

Lu Pour Vous offre des extraits de la littérature médicale récente. Santé Publique démystifie la ménopause et revient sur la prévention du cancer du sein. Actualités Médicales et Paramédicales informe sur le contrôle et la gestion des personnels de santé, une mission de hernioplastie à l'hôpital St Boniface et sur la création d'un centre de sante ambulatoire à Genipailler. Académie et Professions témoigne de la résonance et du positionnement en faveur des infirmières au congrès d'HANAH-I. Informations Socio Culturelles nous convainc qu'il faut apprendre la méditation à l'école et nous informe sur la stratégie nationale de développement des ressources humaines du MSPP. Petites Annonces informe des bonnes adresses.

Comité d'éditorial et de rédaction.

" Pensée du mois : " *« Lire sans réfléchir, c'est comme manger sans digérer. «*

Edmund Burke

LU POUR VOUS

1.- Les risques associés aux opioïdes à court terme pour les douleurs lombaires et cervicales d'apparition récente pourraient dépasser les avantages.

Extrait de Jones CMP et al. Lancet 2023 June 28

Par rapport aux patients qui ont reçu des opioïdes, les patients qui ont reçu un placebo ont eu moins de douleur après 6 à 12 semaines.

Les lignes directrices cliniques recommandent des analgésiques opioïdes pour les douleurs lombaires ou cervicales d'apparition récente, uniquement lorsque d'autres traitements pharmacologiques sont contre-indiqués ou n'ont pas apporté de soulagement (NEJM JW Gen Med 15 avril 2017 et Ann Intern Med 2017; 166:514). Cependant, l'efficacité des opioïdes pour soulager la douleur pour ces pathologies n'est pas étayée par des preuves solides.

Des chercheurs australiens ont recruté 347 adultes souffrant de douleurs lombaires ou cervicales modérées à sévères d'apparition récente (durée de ≤12 semaines, précédées de ≥1 mois sans douleur) dans des cabinets de soins primaires ; les patients ont été randomisés pour recevoir de l'oxycodone orale (jusqu'à 10 mg deux fois par jour) ou un placebo pendant 6 semaines. L'oxycodone a été coformulée avec la naloxone pour minimiser la constipation et ainsi protéger la mise en aveugle de l'allocation du traitement. Tous les patients ont également reçu un traitement non pharmacologique et non opioïde basé sur des lignes directrices.

Aucune différence significative n'a été observée dans les scores de douleur entre les groupes opioïde et placebo après 6 semaines ou 12 semaines. Après 52 semaines, le groupe placebo a signalé une douleur légèrement (mais significativement) moindre que le groupe opioïde. La plupart des critères de jugement secondaires étaient similaires entre les groupes, mais les patients ayant reçu des opioïdes ont signalé une qualité de vie en santé mentale légèrement (mais significativement) inférieure Le risque de mésusage d'opioïdes (basé sur une évaluation validée des facteurs de risque) était significativement plus élevé dans le groupe opioïde à 52 semaines.

Référence :

1- *Jones CMP et coll. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): A randomised placebo-controlled trial. Lancet 2023 28 juin ; [e-pub]. (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00404-X.*

Note de l'éditeur : Des prescriptions pour des douleurs aiguës au dos ou au cou sont souvent la porte d'entrée autorisée à la dépendance aux opiacés. Sont-ils vraiment nécessaires dans tous les cas ? Cette étude australienne remet en question cette pratique dont les conséquences à long terme peuvent être désastreuses.

2. Nouvelle option non hormonale pour les symptômes vasomoteurs de la ménopause.

Marie Claire O'Dwyer, MB BCh BAO, MPH, examen de Lederman S et al. Lancet 2023 April 1Johnson KA et al. J Clin Endocrinol Metab 2023 Feb 3 Neal-Perry G et al. Obstet Gynecol 2023 Avr

Le fézolinetant récemment approuvé s'est révélé efficace et bien toléré pendant 52 semaines de suivi.

La perte d'œstradiol au cours de la transition vers la ménopause entraîne un dysfonctionnement thermorégulateur, se manifestant par des symptômes vasomoteurs (VMS) chez de nombreuses femmes. Le fézolinetant (Veozah), un antagoniste des récepteurs de la neurokinine-3 qui restaure la sensibilité thermorégulatrice, a récemment été approuvé par la FDA des États-Unis pour la prise en charge du VMS. Trois essais randomisés récents, parrainés par l'industrie, ont fourni des données à l'appui de l'approbation du médicament. Dans l'ensemble, les comparaisons entre le fézolinetant à 45 mg et le placebo ont montré une amélioration des symptômes avec le fezolinetant, dès la première semaine d'utilisation, laquelle a été maintenue pendant 40 semaines.

Ce nouveau médicament est bien toléré, mais est accompagné d'une élévation des enzymes hépatiques chez 2 % des patientes traitées.

Références

1. *Lederman S et coll. Fezolinetant for treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms associated with menopause (SKYLIGHT 1): A phase 3 randomised controlled study. Lancet 2023 Avr 1; 401:1091. (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00085-5)*
2. *Johnson KA et coll. Efficacy and safety of fezolinetant in moderate to severe vasomotor symptoms associated with menopause: A phase 3 RCT. J Clin Endocrinol Metab 2023 Fév 3; [e-pub]. (https://doi.org/10.1210/clinem/dgad058)*
3. *Neal-Perry G et coll. Safety of fezolinetant for vasomotor symptoms associated with menopause: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2023 avr; 141:737. (https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005114)*

Note de l'éditeur : Les bouffées de chaleur pendant la ménopause sont l'un des symptômes les plus difficiles à supporter durant cette période de la vie de nos patientes. Le traitement aux œstrogènes est efficace, mais leur efficacité n'est pas universelle. Ce nouveau mode de traitement sera bien accueilli une fois que le prix prohibitif sera réduit de façon substantielle.

3.- Le Tirzépatide entraine une perte de poids substantielle chez les patients diabétiques ou non.

Extrait de l'article de Jastreboff AM et al. N Engl J Med 2022 Jul 21 Garvey WT et al. Lancet 2023 Jun 26

Les réductions de poids avec des doses plus élevées se rapprochent de celles observées avec la chirurgie bariatrique.

Le tirzépatide sous-cutané (Mounjaro), un agoniste des récepteurs du peptide-1 de type glucagon (GLP-1) et un agoniste des récepteurs polypeptidiques insulinotropes glucose-dépendants, est approuvé par la FDA américaine pour une utilisation à des doses aussi élevées que 15 mg par semaine pour le traitement des patients atteints de diabète de type 2. Deux grands essais ont maintenant démontré son efficacité pour traiter les patients obèses.

Dans une étude de 2022, 2500 adultes non diabétiques mais obèses (indice de masse corporelle [IMC] ≥30 kg / m2 ou IMC ≥27 avec au moins une complication liée au poids) ont été randomisés pour modifier leur mode de vie plus tirzépatide sous-cutané (à des doses de 5 mg, 10 mg ou 15 mg par semaine) ou un placebo pendant 72 semaines, y compris une période d'augmentation de dose de 20 semaines. Les variations moyennes de poids en pourcentage étaient respectivement de -15 %, —20 % et -22 % dans les groupes tirzépatide et -3 % dans le groupe placebo.

Dans une étude de 2023, 900 adultes ayant un IMC ≥27 et une hémoglobine glycosylée (HbA1c) de 7% à 10% ont été randomisés pour recevoir du tirzépatide sous-cutané (10 mg ou 15 mg) ou un placebo une fois par semaine en plus d'une modification du mode de vie. Les patients ont continué leurs médicaments diabétiques de base (avec des doses de sulfonylurée ajustées pour prévenir l'hypoglycémie). Après 72 semaines, les variations moyennes de poids en pourcentage dans les groupes tirzépatide étaient respectivement de -13 % et -15 %, contre -3 % dans le groupe placebo…

Références :

1- *Jastreboff AM et coll. Tirzepatide une fois par semaine pour le traitement de l'obésité. N Engl J Med 2022 Juil 21; 387:205. (https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206038. ouvre un nouvel onglet)*
2- *Garvey WT et coll. Tirzepatide une fois par semaine pour le traitement de l'obésité chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (SURMOUNT-2): Un essai de phase 3 en double aveugle, randomisé, multicentrique, contrôlé par placebo. Lancet 2023 26 juin; [e-pub].*

Note de l'éditeur : Le tirzépatide sous-cutané hebdomadaire semble être un traitement efficace contre l'obésité chez les patients diabétiques et non diabétiques, du moins à court terme. L'obésité avec tous ses risques semble être vulnérable à cette nouvelle classe de médicaments.

Avant de crier victoire, il faut se rappeler que, par le passé, de telles promesses faites par d'autres approches n'ont pas produit les résultats espérés. Il est d'ores et déjà établi qu'une reprise de poids surviendra à l'arrêt de ces médicaments

Le risque de suicide après usage de sémaglutide a émergé cette semaine comme un effet secondaire quoique rare.

4.- Dengue sévère chez les voyageurs : caractéristiques cliniques et résultats

Extrait de l'article de Huits R et al. Ann Intern Med 2023 June 20

Parmi les voyageurs de retour au pays atteints de dengue, 2 % avaient une dengue compliquée. Parmi ceux-ci, > 90 % ont été hospitalisés.

La dengue, une infection à arbovirus transmise par les moustiques, est en hausse à l'échelle mondiale et est l'une des principales causes de maladie fébrile chez les voyageurs revenant de régions tropicales et subtropicales. Les décès liés à la dengue ont généralement augmenté - mais quels sont les résultats de la dengue contractée par les voyageurs ? En utilisant les classifications OMS de la dengue sévère ou compliquée (cette dernière définie comme une dengue confirmée ou probable avec des signes de dengue sévère, ou une dengue avec des signes avant-coureurs uniquement), les chercheurs ont effectué un examen rétrospectif des cartes des voyageurs atteints de dengue compliquée signalés par le réseau mondial de surveillance GeoSentinel de janvier 2007 à juillet 2022.

Parmi les 5 958 patients atteints de dengue, 95 avaient une dengue compliquée (56 % de femmes ; âge médian, 34 ans ; 25 % avec des comorbidités médicales). De ce nombre, 78 ont été hospitalisés (31 pendant le voyage). L'infection a été le plus souvent contractée dans les Caraïbes et en Asie du Sud-Est.

Référence :

1. *Huits R et coll. Clinical characteristics and outcomes among travelers with severe dengue: A GeoSentinel analysis. Ann Intern Med 2023 juin 20; [e-pub]. (https://doi.org/10.7326/M23-0721)*

Note de l'éditeur : La fièvre dengue est endémique en Haïti, quoique la forme sévère n'est pas courante. Une épidémie de dengue hémorragique avait sévi à Cuba en 1981 causant 158 décès. Cette semaine, des cas de dengue non importés ont fait leur apparition à Miami. Les symptômes caractéristiques comme la douleur ophtalmique retro bulbaire et les douleurs musculaires sévères devraient aider à faire ce diagnostic, si le clinicien est averti. Des vaccins anti-dengue sont homologués dans quelque pays.

Cependant, la protection contre les piqûres de moustique, cet ennemi familier, demeure notre arme principale.

5.- Plus de preuves contre le traitement agressif de la pression artérielle chez les patients hospitalisés.

Extrait d'un article d'AndersonTS et al. JAMA Intern Med 2023 Jul

Bien que des études récentes aient suggéré qu'un traitement agressif des patients hospitalisés asymptomatiques présentant une pression artérielle élevée (PA) est inutile ou même nocif, la pratique clinique continue de varier (NEJM JW Gen Med Jan 1 2020). Dans cette étude rétrospective portant sur 60 000 patients, des anciens combattants américains (âgés de ≥65 ans) hospitalisés pour des affections non cardiaques, les che

Dans les analyses largement ajustées pour les facteurs de confusion, un traitement intensif est survenu chez 21 % des patients et a été associé de manière significative à des risques excessifs de transfert en soins intensifs (rapport des cotes, 1,20), d'insuffisance rénale aiguë (RC, 1,43), d'épisode hypotensif avec PA systolique <100 mm Hg (OR, 1,22), d'élévation du peptide natriurétique de type B (OR, 1,81) et d'élévation de la troponine (OR, 1,20). Les risques les plus élevés ont été notés chez les patients ayant reçu des antihypertenseurs intraveineux.

Référence :

1- *Anderson TS et coll. Clinical outcomes of intensive inpatient blood pressure management in hospitalized older adults. JAMA Intern Med 2023 Juil; 183:715.https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1667.*

Note de l'éditeur : Nous avons toujours su que la tension artérielle prise en salle d'urgence ou à l'hôpital ne devrait pas constituer la base du traitement de l'hypertension. L'anxiété, le manque de sommeil, la perte de l'environnement familier et du soutien familial caractérisant l'hospitalisation sont des facteurs de hausse de la tension artérielle. Néanmoins, la tentation de baisser rapidement une tension en hausse rapide est puissante et persistante malgré ces études répétées.

1. La ménopause démystifiée

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

DEUXIÈME PARTIE

Traitements durant la transition ménopausique

Dans l'article précédent, il était important de démystifier la ménopause en faisant ressortir les symptômes peu connus qui pouvaient avoir un impact majeur sur la qualité de vie et le fonctionnement des femmes dans cette période importante de leur vie. Après la lecture de la première partie de cet article publié le mois dernier, peut-être vous êtes-vous questionnés sur les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques disponibles pour aider les femmes affectées à obtenir un contrôle adéquat de leurs différents symptômes ?

Le but de la deuxième partie de cette série sur La Ménopause démystifiée vise justement à informer les lectrices et lecteurs par un bref survol des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques disponibles pour les femmes durant la ménopause. Les particularités spécifiques de chaque traitement ne sont pas abordées ou traitées, car dépassant le cadre de cet article. Il y a une gamme d'informations très vaste à ce sujet. Les femmes en transition ménopausique ou ménopausées sont encouragées à s'informer et à discuter avec leur professionnel de la santé.

Gestion des symptômes par des moyens non-pharmacologiques

Un petit rappel sur les symptômes les plus fréquents et aussi moins fréquents rapportés par les femmes en transition ménopausique ou ménopausées présente les éléments suivants : bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, insomnie, douleur lors des relations sexuelles, sécheresse vaginale, sensation de brûlure vaginale, céphalées, migraines, anxiété, dépression, troubles de la mémoire [1,2,3,8]. La liste n'est pas exhaustive, mais donne un bref aperçu des symptômes pouvant affecter les femmes. Pour les aider, les préparer ou les outiller à vivre cette étape de vie avec plus de sérénité, il est important de diffuser l'information sur les traitements existants.

La gestion des symptômes ménopausiques commence par l'adoption de saines habitudes de vie en ayant une alimentation variée et équilibrée, en réduisant la consommation de viandes rouges transformées, en diminuant l'apport de sucre, de boissons ou de grains raffinés. Cela implique aussi, la réduction de la consommation d'alcool et de cafés, la cessation tabagique et de la drogue pour celles qui en consomment. De plus, on doit vérifier les apports vitaminiques dans l'alimentation comme la vitamine B12, soit 2.4 mcg par jour provenant d'aliments ou de suppléments, du calcium 1200 mg par jour et de la vitamines D en doses de 800-2000 ui/par jour pour combler les besoins vitaminiques de l'organisme. Il est reconnu que l'adoption d'une alimentation saine favorise une meilleure santé globale et prévient les maladies.

De plus, il faut mettre l'emphase sur la pratique régulière d'activités physiques, soit 150 min/ par semaine-exercices, avec mise en charge et des exercices à fort impact pour préserver la masse musculo squelettique. Selon Ostéoporose Canada, l'activité physique détient une place principale dans la réduction du risque et la prévention de l'ostéoporose [7]. Des exercices pour l'équilibre sont encouragés comme le tai-chi pour promouvoir l'équilibre, éviter les chutes et les fractures. Vu que les plaintes les plus souvent rapportées concernent les symptômes vasomoteurs, on suggère aux femmes de s'habiller avec des couches de vêtements faciles à enlever, de consommer des boissons froides pour se rafraichir, d'avoir un ventilateur à portée de main ou de l'air conditionné, et d'éviter les aliments épicés. Des aliments à base de plantes (soya, lentilles graines de lin, tofu, etc.) contenant des phytoœstrogènes ayant une similarité avec l'œstrogène produit par les ovaires sont vendus dans les magasins naturels comme des produits pouvant réduire ou contrôler les symptômes vasomoteurs de façon naturelle mais selon l'information rapportée dans Up To Date, les études effectuées n'ont pas démontré de bénéfices clairs à l'utilisation de ces produits [8].

Beaucoup de femmes ménopausées sont intéressées par les thérapies alternatives, on estime que 50 à 75 % des femmes ménopausées les utilisent [8] pourtant l'efficacité de certaines thérapies n'est pas démontrée. Prenons l'exemple des thérapies comme l'acupuncture, la gestion du stress, le yoga, les exercices de relaxation et exercices respiratoires qui aident certaines femmes, mais les études sont inconsistantes pour prouver leur efficacité [8]. La thérapie pleine conscience est rapportée comme une avenue possible mais des résultats de recherches n'ont pas encore démontré son efficacité pour pouvoir recommander cette approche [8]. Cependant, des études ont démontré que la thérapie cognitivo--comportementale semble avoir des bénéfices modestes pour l'insomnie liée à la ménopause [8].

Les traitements pharmacologiques

Il existe une variété de traitements pharmacologiques pour traiter les différents symptômes de la péri ménopause et de la ménopause dont le traitement le plus discuté et étudié, l'hormonothérapie

1) Hormonothérapie orale combinée

Pour la péri ménopause, les femmes dans la quarantaine avec des bouffées de chaleur dérangeantes, des saignements menstruels abondants et des irrégularités du cycle menstruel peuvent être traitées avec une contraception orale combinée à faible dose d'œstrogène et de progestérone si la femme n'a pas de contre-indications à la prise de contraceptifs. Non seulement il y a un contrôle du cycle et du flot menstruel mais aussi la prévention d'une grossesse non désirée. Les femmes peuvent présenter durant la transition ménopausique des périodes d'aménorrhée (absence de menstruation) de plusieurs mois, mais cela ne signifie pas une absence de fertilité. Malheureusement, un manque de contraception approprié peut résulter en une grossesse non attendue et désirée.

2) Hormonothérapie systémique

Les dernières études publiées rapportent leur efficacité avérée pour traiter les symptômes vasomoteurs comme les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes premièrement, ensuite on note une certaine réponse dans le traitement de l'insomnie, la labilité émotionnelle, la dépression et les douleurs articulaires à l'hormonothérapie systémique [9]. Il est suggéré de traiter les femmes ménopausées avec des symptômes vasomoteurs modérés à sévères ayant impact sur fonctionnement à la maison et au travail par l'hormonothérapie systémique pendant les dix années suivant l'installation de la ménopause ou avant 60 ans.

Si la femme est ménopausée depuis plus de 10 ans ou est âgée de 60 ans et plus, l'hormonothérapie systémique n'est pas recommandée vu une augmentation d'incidence d'événements cardiovasculaires dans le groupe de femmes étudiées de 60 ans et plus dans l'étude de Women's Health initiative (WHI) 2002) [8,9]. Pour les femmes présentant le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) l'atrophie vaginale, la douleur lors des relations sexuelles, les infections urinaires répétitives, la sensation de brûlure et de sécheresse vaginale, le traitement local à base d'œstrogène dose légère constitue le traitement privilégié [8]. L'hormonothérapie oestrogénique vaginale n'est pas considérée comme un facteur de risque pouvant augmenter les risques de cancer du sein, d'AVC et de crise cardiaque vu l'absorption minimale de l'œstrogène au niveau sanguin [8]. À noter qu'un saignement vaginal non investigué serait une contre-indication à l'utilisation de l'œstrogène vaginal.

Pour les femmes qui ne désirent pas prendre d'hormonothérapie ou présentent une contre-indication importante à la prise d'hormonothérapie (saignement vaginal inexpliqué, ATCD de thrombose veineuse, ATCD personnel de cancer du sein ou de

l'endomètre, dysfonction hépatique, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire), les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSN) demeurent un alternatif valable pour traiter les symptômes vasomoteurs. Parmi les ISRS/IRSN les plus souvent prescrits, la paroxétine, la venlafaxine, la desvenlafaxine, le citalopram, le celexa constituent des choix intéressants dans la panoplie des traitements disponibles [8,9].

D'autres classes de médicaments se sont révélés utiles dans le traitement des bouffées de chaleur comme le gabapentin utilisé pour l'épilepsie et autres troubles neurologiques, l'oxybutinin pour la vessie hyperactive, la clonidine un antihypertenseur central utilisé occasionnellement vu ses effets secondaires de sécheresse buccale, étourdissements, constipation et sédation, la progestérone en injection connue sous le nom de depo-provera utilisé comme contraception peut être utilisé aussi pour réduire les bouffées de chaleur [8,9].

Le tibolone, un stéroïde de synthèse qui présente une activité estrogénique, progestative et androgénique utilisé pour traiter les symptômes vasomoteurs, présente aussi un effet bénéfique sur la densité osseuse et un effet modeste sur la dysfonction sexuelle [8,9]. La prudence est de mise avec ce médicament chez les femmes ayant eu un cancer du sein car augmente le risque de récidive du cancer et chez les femmes de 60 ans et plus on note une augmentation du risque AVC [8,9]. Il n'est pas commercialisé aux États-Unis actuellement [8,9] mais on le retrouve depuis des années dans les pays européens et récemment disponible au Canada sous le nom de Tibella.

Les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques disponibles nécessitent une compréhension des bienfaits recherchés, des effets secondaires possibles, des indications et contre-indications à l'instauration du traitement afin d'établir une approche individualisée pour chaque femme. Cette dernière doit sentir qu'elle est écoutée, conseillée et qu'elle a eu les traitements personnalisés répondant à ses besoins.

CONCLUSION

La ménopause, comme discuté à travers ces deux articles, est de toute évidence un sujet assez vaste mais peu connu des femmes, du public en général voire de certains professionnels de la santé. Fort heureusement, des organisations communautaires et des individus s'activent pour briser le silence et démystifier le tabou associé à ce phénomène afin que les femmes obtiennent l'information pertinente à leur condition de santé ainsi que des traitements adéquats.

En lisant cet article, cher(e)s lecteur(trice)s, participez en amont à ce mouvement de sensibilisation et ayez aussi l'obligation de partager cette information afin que les femmes qui se trouvent dans cette étape de leur vie ne se sentent plus seules, incomprises, oubliées. Cet adage « savoir, c'est pouvoir » de Francis Bacon doit résonner dans nos communautés, en diaspora et en Haïti, pour que les femmes aient le pouvoir de choisir les services dont elles ont besoin et les traitements qui correspondent à leurs besoins physiques, psychologiques, émotionnels et culturels.

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) Ma Ménopause (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)*
7. *Recommandations concernant l'activité physique | Osteoporosis Canada (osteoporosecanada.ca)*
8. *Menopausal hot flashes - UpToDate*
9. *Treatment of menopausal symptoms with hormone therapy - UpToDate*

Autrice correspondante :

Emmanuela Morency <emmanuelle426@yahoo.ca>

2. Prévention du cancer du sein

Roger VILFORT, MD.
Pathologiste
Chef de service de pathologie, Hôpital de l'Université d'État d'Haïti

DEUXIÈME PARTIE

FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN EN HAÏTI

Parmi ces facteurs de risque, lesquels ont été observés chez les femmes atteintes de cancer du sein en Haïti ? Vincent DeGennaro et al. ont publié, en 2018, dans le *Journal of Global Oncology,* une étude sur une population de 525 patientes atteintes de cancer du sein, suivies dans un programme de traitement du cancer du sein à Port-au-Prince, Haïti, du 1er juillet 2013 au 30 Juin 2017. Les dossiers électroniques et physiques et les résultats de biopsie de ces patientes ont fait l'objet d'une revue pour cette étude. L'âge moyen à la première consultation était de 49 ans. Les facteurs de risque suivants ont été observés dans cette étude : [24]

- Statut post-ménopausique : 50.8 % (n=354)
- Nulliparité : 15.7 % (n=338)
- Utilisation de contraceptifs hormonaux : 35 % (n=319)
- Femmes qui n'ont jamais allaité : 20.6 % (n=316)
- Histoire familiale d'un cancer quelconque : 22. 0 % (n=295)
- Surpoids : 51.5 % (n=332)
- Habitude de fumer : 5.0 % (n=338)

Le surpoids et le statut post-ménopausique représentent donc les deux facteurs de risque les plus fréquents observés dans cette étude.

PRÉVENTION PROPREMENT DITE DU CANCER DU SEIN

Ayant passé en revue les différents facteurs de risque du cancer du sein et mentionné les facteurs de risque observés dans une étude sur une population de 525 patientes atteintes de cancer du sein en Haïti, nous abordons la prévention proprement dite du cancer du sein. Il existe deux échelles de prévention : la prévention primaire et la prévention secondaire.

1) Prévention primaire :

Elle vise à contrecarrer les facteurs de risque modifiables, tels que le tabagisme, l'alcool, l'obésité, l'inactivité physique, certains types d'aliments. Elle est essentiellement basée sur un changement du style de vie :

- il est conseillé de ne pas fumer ;
- il est aussi recommandé de réduire considérablement la consommation d'alcool.
- il est conseillé de pratiquer des activités physiques afin de lutter contre le surpoids et l'obésité : la marche, le jogging, un sport quelconque. L'objectif, c'est de garder son Indice de Masse Corporelle (IMC) dans les limites de la normale. L'IMC est un rapport de la masse corporelle (poids en kilos) divisée par la taille (en mètre) élevée au carré. IMC Normal : 18,5- 24,9 ; Surpoids : 25 – 29, 9 ; Obésité modérée : 30 – 34, 9 ; obésité sévère : 35 – 39, 9 ; Obésité massive : > 40 [1]. Il s'ensuit qu'une bonne habitude est celle de se peser régulièrement, chaque semaine, à la même heure, sur la même balance.
- Il est conseillé aux femmes de réduire, d'une manière générale, leur apport calorique total, d'éviter ou de réduire la consommation d'aliments riches en graisses, particulièrement en graisses saturées, tels que les graisses animales (porc, bœuf) le beurre, le fromage, l'huile de coco, de palme, de palmiste [1}. L'adoption d'un tel comportement a pour but de prévenir l'obésité qui, comme déjà mentionné, augmente le risque surtout chez les femmes ménopausées, de développer le cancer du sein ;
- il est conseillé de réduire la consommation de viande rouge, de viande frite et de fritures de toutes sortes ;
- il est conseillé de manger régulièrement beaucoup de fruits et de légumes, car ces aliments contiennent des antioxydants efficaces dans la lutte contre les radicaux libres, susceptibles de provoquer des lésions de l'ADN. Parmi les légumes, deux d'entre eux méritent une attention particulière : l'ail (Allium sativum) et l'oignon (Allium cepa), riches en composés organo-sulfurés anti-oxydants, et réputés comme ayant de puissantes activités dans la prévention du cancer en général [2].
- Vu qu'une déficience en vitamine D augmente de 30 % le risque de cancer du sein, il est conseillé aux femmes de s'exposer au soleil, pendant environ 3 heures par jour, 2 à 3 fois par semaine pour les femmes de race noire, (même pour celles qui vivent dans les pays ensoleillés comme Haïti), et 30 minutes 2 à 3 fois par semaine pour les femmes blanches (dont la plupart vivent dans des pays moins ensoleillés), afin de favoriser la synthèse cutanée de la vitamine D3 sous l'influence des radiations ultraviolettes du soleil [3]. Il faut souligner que la synthèse de vitamine D3 est plus faible chez les individus à peau noire que ceux à peau noire que ceux à peau blanche [3], en raison de la plus forte concentration de mélanine chez les Noirs, ce qui bloque considérablement la pénétration, dans les kératinocytes de l'épiderme, des radiations ultraviolettes du soleil, nécessaires à la synthèse de la Vitamine D3 (plus précisément les radiations ultraviolettes du soleil favorisent la conversion de la pré-vitamine D en Vitamine D inactive). En d'autres termes, la mélanine serait comme une épée à double tranchant chez les individus de race noire : d'une part, elle protège les noyaux des kératinocytes de l'épiderme contre les effets délétères cancérigènes des radiations ultraviolettes (surtout de type B) du soleil, mais, d'autre part, elle diminue la synthèse de vitamine D3 par ces radiations ultraviolettes. Notons aussi que l'huile de foie de morue est considérée comme comportant une quantité importante de vitamine D. Les nutritionnistes préconisent la prise d'une à trois petites cuillerées d'huile de foie de morue afin d'assurer les besoins quotidiens en vitamine D. Certains experts recommandent une supplémentation systématique en vitamine D de 4000 UI/jour afin de garantir une concentration plasmatique de 50 ng/ml, susceptible de protéger contre le cancer du sein. Au cours de la visite médicale annuelle, il est conseillé aux médecins de prescrire le dosage sérique de la vitamine D3 comme test de routine.
- La consommation régulière importante de soja est aussi conseillée. Cet aliment semble être capable de réduire le risque de cancer du sein [4]. Il est riche en phytoœstrogènes, dont la génistéine qui, selon les études, bloque la division cellulaire et stimule l'apoptose des cellules cancéreuses … C'est par ce mécanisme aussi que l'on explique généralement la faible incidence des cancers du sein chez les Japonaises, dont la consommation moyenne de soja est bien plus élevée que celle des Américaines et des Européennes. À noter que ces études ont également montré la propriété de la génistéine de réduire aussi le risque de cancer de la prostate et de l'endomètre [1]. Elle pourrait augmenter l'effet de la radiothérapie et serait synergique avec certains médicaments de chimiothérapie chez les femmes atteintes de cancer du sein [1].

- Il est important de noter qu'une méta-analyse d'études prospectives a trouvé que chaque augmentation de 10mg/jour de consommation d'isoflavone de soja était associée à une réduction de 3 % du cancer du sein. Une étude chinoise dénommée "Étude CKB" (China Kadoorie Biobank Collaborative Group) a démontré que la consommation modérée de soja n'avait aucun impact sur le risque de cancer du sein parmi les femmes chinoises. En revanche, cette étude a démontré qu'une consommation plus importante de soja pourrait apporter des bienfaits raisonnables par rapport à la prévention du cancer du sein [5].
- La consommation de café : ce dernier aurait, selon un certain nombre d'études, un effet préventif contre le cancer du sein, avant la ménopause. L'une d'entre elles a montré une baisse du risque importante chez des femmes jeunes consommant au moins 4 tasses de café par jour [1,6]. Une autre étude, publiée dans l'International Journal of Cancer en 2006 et portant sur 1690 femmes ayant hérité d'un gène muté de BRCA, a permis de démontrer que la consommation importante de café caféiné (6 tasses/jour) réduisait de façon très significative leur risque de développer ce cancer dans le courant de leur vie [1,7]. À noter qu'il faut que ce soit du café caféiné, le café décaféiné ayant un effet plutôt neutre par rapport au cancer du sein.
- Il est fortement conseillé aux femmes d'allaiter leurs bébés le plus longtemps possible

2) La prévention secondaire

Selon l'OMS, « Malheureusement, même si on contrôlait tous les facteurs de risque qui peuvent l'être, on ne parviendrait à réduire le risque de cancer du sein que de 30 % tout au plus. » [8]. D'où la nécessité de mettre en œuvre des stratégies de détection précoce et de traitement rapide du cancer du sein, afin d'augmenter considérablement les chances de survie des patientes. En effet, une observation de l'évolution naturelle de la maladie, établie par l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), nous montre l'existence de cinq (5) stades dont les trois premiers (Stades 0, 1 et 2), s'accompagnent d'un taux de survie à cinq (5) ans, variant entre 75 % (Stade 2) et 92 % (Stade 0). (Tableau 1) [9]

L'objectif de la prévention secondaire est de diagnostiquer et de traiter précocement le cancer du sein, afin de prévenir les métastases ganglionnaires axillaires et surtout à distance, ces dernières étant associées à un taux de survie à cinq (5) ans extrêmement bas de 13 %.

La prévention secondaire est axée sur l'auto-examen des seins et les méthodes de dépistage précoce.

STADE	T : CANCER PRIMAIRE	Ganglions lymphatiques	Métastases à distance	Taux de Survie à 5 ans
0	Carcinome canalaire In situ	Pas de métastases	Absentes	92 %
1	Carcinome infiltrant < 2 cm ou égal à 2cm	Pas de métastases	Absentes	87 %
2	Carcinome infiltrant > 2 cm	Pas de métastases	Absentes	75 %
	Carcinome infiltrant < 5 cm	1-3 ganglions +	Absentes	75 %
3	Carcinome infiltrant > 5 cm	1-3 ganglions +	Absentes	46 %
	Carcinome infiltrant quelle que soit la taille	> ou égal à 4 ganglions +	Absentes	46 %
	Carcinome infiltrant avec atteinte cutanée ou de la paroi thoracique	0 - > 10 ganglions +	Absentes	46 %
	Ou carcinome inflammatoire	0 - > 10 ganglions +	Absentes	46 %
4	Carcinome infiltrant quelle que soit la taille	Ganglions – ou +	Présentes	13 %

Tableau 1 : Stades du cancer du sein (American Joint Committee on Cancer

a) *L'auto-examen des seins*

Il comprend l'inspection et la palpation. Il doit se faire chaque mois toujours à la même période, à la fin des règles, ce qui permet à la femme de bien se familiariser avec l'aspect et la consistance de ses seins, en vue d'être à même de déceler tout changement dans l'aspect et au toucher des seins. Cet auto-examen lui permettra de noter l'existence d'un nodule ou une induration ou un épaississement de la peau.

- ***L'inspection*** : La femme se tient debout devant un miroir à la recherche d'éventuels changements dans la forme et l'aspect des seins. Elle note tout changement au niveau de la peau des seins et des mamelons, tels que rougeur, augmentation de volume, crevasses, dépression, rétraction du mamelon, passage de sécrétions par le mamelon.

Cette inspection doit se faire de trois manières : d'abord avec les membres supérieurs le long du corps, ensuite avec les membres supérieurs levés en l'air (figure 1) et finalement avec les mains appliquées aux hanches en exerçant une forte pression afin de mettre sous tension les muscles pectoraux.

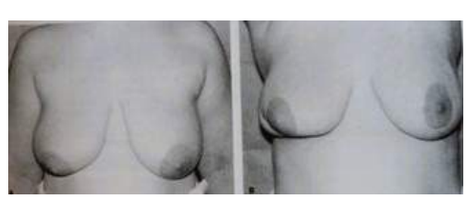


Figure 1 : A : Patiente avec les bras le long du corps : les seins apparaissent normaux. B. Patiente avec les bras levés en l'air : rétraction au niveau du quadrant inféro-externe du sein droit tout à fait évidente. (Source : Diseases of the breast ,

- ***La palpation*** : La femme se couche en décubitus dorsal, en ayant soin de placer un coussin ou un oreiller sous l'épaule droite, lors de l'examen du sein droit. Ensuite, elle place sa main droite sous la tête. Elle examine toute la région du sein droit en la palpant du bout des doigts de la main gauche, en effectuant de petits mouvements exerce une pression légère, modérée et ferme sur chacune des parties du sein. La palpation du sein se termine par une pression légère du mamelon afin d'y observer le passage éventuel de sécrétions. Dans un deuxième temps, elle répète, au niveau du sein gauche, toutes les étapes de la palpation du sein droit.

L'examen des seins peut se faire aussi sous la douche, avec les mains ensavonnées, en suivant les étapes décrites pour la position couchée. La femme doit rapporter à son médecin tout éventuel changement observé lors de l'auto-examen des seins.

b) *Méthodes de dépistage précoce.*

- **Mammographie** :

La radiographie bilatérale des seins reste la méthode de choix pour le diagnostic précoce du cancer du sein parce *qu'elle permet de mettre en évidence des nodules du sein de l'ordre de 0,8 à 1,1 cm de diamètre, non encore palpables* [9]. Il est généralement admis qu'une masse du sein ne devient palpable que lorsqu'elle atteint une taille de 2 à 2, 4 cm [8]. Or, avec une taille pareille, le cancer est déjà au stade 2, avec déjà des métastases ganglionnaires chez plus de 50 % des patientes. (Tableau 1) [9].

La mammographie permet aussi de détecter un carcinome in situ à partir de micro-calcifications irrégulières et groupées ou d'une radio densité diffuse. La mammographie se fait à partir de 40 ans, car sa sensibilité reste très faible chez les femmes plus jeunes, en raison de la radio-opacité du sein, ce qui empêche la visualisation d'une éventuelle masse du sein. Après 40 ans, il se produit une involution adipeuse des seins, accompagnée d'une radiolucence, ce qui facilite la visualisation des masses du sein [9]. Cependant, chez les femmes ayant un risque élevé de cancer du sein, en raison d'une mutation par exemple du gène BRCA 1 ou BRCA 2, la mammographie peut être effectuée avant 40 ans. Ce test, appelé encore mammotest, se pratique tous les deux ans.

À part la mammographie conventionnelle, il existe d'autres méthodes d'imagerie modernes et plus précises comme la mammographie digitale, la tomosynthèse, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IMR), le PET SCAN etc… [10]

- **Mammographie digitale** :

C'est une méthode d'imagerie très utile dans le dépistage des cancers du sein. Elle offre un certain nombre d'avantages par rapport à la mammographie traditionnelle basée sur les clichés : réduction de la dose de rayons, télémédecine, tomosynthèse et archivage digital [10].

- **Tomosynthèse** :

La tomosynthèse ou « mammographie en 3 D » est un nouveau type de mammographie digitale qui produit des images du sein en 3 D. Cette méthode de dépistage de lésions mammaires est plus fiable qu'une mammographie standard [10].

La mammographie conventionnelle et la tomosynthèse utilisent des Rayons X pour créer une image du sein, tandis que l'image de la mammographie standard est en 2 dimensions, celle de la tomosynthèse est en 3 dimensions. Dans la mammographie standard, les clichés de chacun des deux seins sont pris selon un plan cranio-caudal et latéro-latéral alors que, dans le cas de la tomosynthèse, les clichés de chaque sein sont effectués sous de nombreux angles afin de produire une image en 3 dimensions.

La tomosynthèse est un outil qui améliore la capacité de la mammographie à détecter les cancers du sein à un stade précoce. Elle diminue le nombre de femmes rappelées pour avoir des tests additionnels à cause de lésions non cancéreuses [10].

Les images comprennent des tranches de 1mm d'épaisseur, ce qui permet au radiologue de faire défiler les images du sein tout entier comme s'il feuilletait les pages d'un livre, objectivant ainsi un plus grand nombre de détails qu'antérieurement. Les images « 3D » réduisent le chevauchement de tissu mammaire et permettent au radiologue une meilleure visualisation du tissu mammaire sur les clichés radiologiques.

- **Tomosynthèse digitale :**

Cette méthode est supérieure à la mammographie digitale. Selon une étude menée sur 24.301 femmes de 50 à 69 ans, en Norvège (*Oslo Tomosynthesis Screening Trial*), de novembre 2010 à décembre 2012, la *Tomosynthèse Digitale* permettrait la détection d'un nombre plus élevé de cancers du sein dans tous les groupes de densité mammaire et d'âge, par comparaison avec la mammographie digitale, surtout des cancers classés comme masses spiculées et distorsions architecturales [11].

- **L'échographie** :

Cette technique est employée comme examen de suivi dans le but de clarifier des trouvailles mammographiques ambigües [10]. Certains auteurs (Berg et al. 2008) ont constaté que l'adjonction de l'échographie à la mamographie améliorait l'exactitude du diagnostic [12].

- **Imagerie par résonance magnétique (MRI) :**

Bien que l'Imagerie par résonance magnétique ait une plus grande sensibilité que la mammographie, elle n'est pas souvent utilisée comme test de dépistage du cancer du sein en raison de son taux élevé de fausse-positivité et de son coût élevé [10]. Elle est une méthode de dépistage bénéfique chez les femmes ayant un tissu mammaire dense [10].

- **Positron emission tomography scan (Pet scan) :**

Il s'agit d'un test d'imagerie employant une substance radioactive (marqueur) afin de détecter la présence éventuelle de cellules tumorales. Ce marqueur peut aider à identifier des zones cancéreuses non visibles par scanner ou par IRM [13].

DIAGNOSTIC ANATOMO PATHOLOGIQUE

Une fois que l'imagerie a mis en évidence une masse fortement suspectée de malignité, l'étape suivante consiste à procéder à un examen anatomo pathologique en vue d'établir un diagnostic de certitude. Différents types d'examen anatomo pathologique sont employés à cette fin : biopsie aspiration à l'aiguille Fine (BAAF), biopsie au trocart (core needle biopsy), biopsie au trocart stéréotactique, biopsie au trocart sous écho guidance, biopsie au trocart sous guidance IRM, biopsie chirurgicale incisionnelle ou excisionnelle (biopsie-exérèse) [13].

En dépit des controverses, la biopsie au trocart est, d'une manière générale, considérée comme étant plus fiable que la BAAF. Des études ont montré la supériorité de la biopsie au trocart sous guidance IRM par rapport à la BAAF sous plusieurs aspects :

- elle permet un diagnostic histologique définitif alors que la BAAF fournit un diagnostic cytologique nécessitant souvent une confirmation histologique. La sensibilité et la spécificité de la biopsie au trocart seraient supérieures à celles de la BAAF (à noter que les chiffres varient, parfois considérablement, d'une étude à l'autre).
- le taux de prélèvements inadéquats pour la biopsie au trocart est de moins de 1 %, alors que celui pour la BAAF varie entre 0 % et 37 %.
- Un avantage majeur offert par la biopsie au trocart est sa capacité à déterminer si le carcinome est in *situ* ou infiltrant, ce que la BAAF ne permet pas [14]. De plus, la biopsie au trocart fournit plus d'informations sur la nature de la tumeur : mutation de HER2, récepteurs à l'œstrogène et à la progestérone et détermination de l'index Ki 67 [15]. Cependant, la BAAF est considérée comme supérieure à la biopsie au trocart dans deux cas : masses kystiques du sein (la BAAF permet de drainer le liquide kystique) et adénopathies axillaires avec forte suspicion de métastases chez les patientes présentant des masses tumorales du sein [15].

Figure 2 : cancer du sein : masse blanchâtre à contours irréguliers, avec infiltration focale de la graisse sous forme d'extensions en « pattes de crabe » et infiltration de la peau en surface.

CAS PARTICULIER DES FEMMES PORTEUSES D'UNE MUTATION DES GÈNES BRCA 1 ou BRCA 2

En raison du risque élevé de cancers du sein et de l'ovaire et même des trompes, chez les femmes porteuses de mutations des gènes BRCA 1 et BRCA 2, il leur est proposé une mastectomie bilatérale prophylactique, avec salpingo-oophorectomie bilatérale [17]. La seconde option, moins efficace, est la chimio prévention selon l'un des deux protocoles suivants :

a) Les modulateurs des récepteurs d'œstrogène : Tamoxifène 20 mg : 1 comprimé par jour pendant 5 ans ou Raloxifene 60 mg : 1 comprimé par jour pendant 5 ans
b) Les inhibiteurs de l'aromatase : Anastrozole 1 mg : 1 comprimé par jour pendant 5 ans [18].

CONCLUSION

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes dans la majorité des pays du monde, particulièrement dans les pays fortement industrialisés de l'Amérique du Nord, de l'Europe occidentale et Scandinave et de l'Océanie. Parmi les facteurs de risque, les plus importants à retenir sont les suivants : a) les *facteurs hormonaux* (le sexe féminin, l'âge, l'exposition prolongée à l'œstrogène, l'âge précoce des ménarches et l'âge tardif de la

ménopause) ; b) les *facteurs génétiques* (histoire familiale de cancer du sein chez des parents de premier degré (mères, sœurs, filles), l'héritage de gènes de susceptibilité, particulièrement BRCA 1, BRCA 2 et PALB 2) ; c*) les facteurs environnementaux* (l'exposition des glandes mammaires aux radiations surtout au cours de l'adolescence et de l'âge adulte jeune, l'obésité post-ménopausique, la déficience en vitamine D, la consommation modérée ou élevée d'alcool, la consommation de viande frite). Une étude effectuée en Haïti de 2013 à 2017, sur 525 patientes atteintes de cancer du sein et publiée en 2018, a observé de multiples facteurs de risque parmi ceux sus-mentionnés et dont le surpoids et le statut post-ménopausique en représentent les plus fréquents.

La réduction du taux de mortalité par cancer du sein exige la mise en œuvre, par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), d'une campagne nationale d'éducation de la population, à travers les mass media, les réseaux sociaux et les agents de santé communautaires, à l'existence du cancer du sein, à l'adoption de nouveaux comportements alimentaires (augmentation de la consommation de fruits et de légumes, d'ail et d'oignons, consommation importante de soja, prise de vitamine D associée à l'exposition au soleil pendant environ trois heures, trois fois par semaine), au contrôle du poids corporel, à la nécessité de faire du sport, à l'auto-examen régulier des seins par les femmes afin de pouvoir reconnaître les symptômes et les signes initiaux du cancer du sein, à la nécessité de se rendre le plus tôt possible à l'hôpital ou à un centre de santé en présence de toute masse ou de toute anomalie au niveau du sein. Cette campagne devrait aussi éduquer la population à la nécessité de consulter annuellement un médecin en vue de bénéficier d'un examen du sein et d'effectuer une mammographie de dépistage biennale à partir de l'âge de 40 ans.

Parmi les nombreuses méthodes d'imagerie de détection précoce du cancer du sein, la mammographie digitale et surtout la tomosynthèse digitale et l'IRM sont les plus sensibles. Signalons également que la biopsie au trocart stéréotactique ou guidée par l'IRM permettant une étude histologique de la masse du sein reste la méthode la plus recommandée pour établir le diagnostic de certitude du cancer du sein.

La campagne nationale d'éducation de la population du MSPP devrait également informer la population des modalités de la prise en charge globale du cancer du sein. Compte tenu de la prévalence mondiale élevée de la déficience en Vitamine D et de son association avérée avec le cancer du sein, nous suggérons que des études épidémiologiques soient menées sur les patientes atteintes de cancer du sein en vue de déterminer chez elles le dosage sérique de cette vitamine.

RÉFÉRENCES

1- Khayat D : Le Vrai Régime Anticancer p. 215. *Editions Odile Jacob* ,2010

2- Izzo AA , Capasso R , Capasso F," Eating garlic and onion : a matter of life or death . *Br J Cancer* 2004 July 5 ; 91(1) : 194

3- Whitney EN, Rolfes SR*, Understanding Nutrition*, 7th Edition : p.410

4- Butler L.M, Wu A.H. , Wang R, Koh W.P., Yuan J.M. , Yu M.C. ," A vegetable- fruit-soy dietary pattern protects against breast cancer among post-menopausal Singapore Chinese women " . *Am J Clin. Nutr.*, 2010 , 91 (4):1013-1019.

5- Yuxia Wei , Jun Lv, [……] and the China Kadoorie Biobank Collaborative Group., " Soy intake and breast cancer risk : a prospective study of 300, 000 Chinese women and a dose-response meta-analysis*. Eur J Epidemiol* 2020; 35(6) : 567-578 .

6- Baker JA, et al. , "Consumption of coffee , but not black tea, is associated with decreased risk of premenopausal breast cancer", *J . Nutr.*, 2006, 136(1), p.166-171.

7- Nkondjock A, and al. " Coffee consumption and breast cancer risk among BRCA 1 and BRCA 2 mutation carriers *", Int. J. Cancer*, 2006, 118 (1), p. 103-107.

8- OMS : Cancer du sein, www. who.int 12 juillet 2023

9- Kumar V, Abbas AK ,Fausto N, Aster JC *: Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease* .8th Edition

10- Gerami R, Sadeghi Joni S, Akhondi N, Etemadi A, Fosouli M, Eghbal AF , Souri Z. A literature review on the imaging methods for breast cancer *. Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol.* 2022 *Jun* 15 ; 14(3) : 171-176 .

11- Skaane P, Bandos AI, Niklason LT, Sebuødegärd Ôsteräs BH, Gullen R, Gur D, Hofvind S. Digital Mammography versus Digital mammography Plus Tomosynthesis in Breast Cancer Screening : The Oslo Tomosynthesis Screening Trial *. Radiology Apr* ; 291(1) : 23-30 .

12- Berg WA, Blume JD , Cormack JB, Mendelson EB, Lehrer D, Böhm- Vélez M, Pisano ED, Jong RA, Evans WP, Morton MJ ., Combined screening with Ultrasound and mammography versus mammography alone in women with elevated risk of Breast cancer . *JAMA* .2008 ; 299 : 2151-2163.

13- www.medlineplus.gov *PET Scan for Breast cancer*

14- Venta Luz A : Image-Guided Biopsy of Nonpalpable Breast Lesions in *Diseases of the Breast 2004 :199-219, 3rd Edition Lippincott* Williams & Wilkins ISBN : 0-7817-4619-1 Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK .

15- Lukasiewicz E, Ziemiecka A, Jakubowski W, Vojinovic J, Bogucevska M, Dobruch-Sobczak K, Fine-Needle Veersus Core-Needle Biopsy---- Which one to choose in preoperative assessment of focal lesions of the Breast ? Literature Review *. J Ultrason 2017 Dec ; 17(71) : 267-274*

16- Bertozzi S, Londero AP, Xholli A, Azioni G, Di Vora R, Paudice M, Bucimazza I, Cedolini C, Cagnacci A, Risk-Reducing Breast and Gynecological Surgery for BRCA Mutation Carriers : A Narrative Review . *J Clin Med* , 2023 Feb ; 12(4) : 1422

2. 17 – Visvanathan K, Chlebowski RT, Hurley P, Col NF, Ropka M, Collyar D, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on the use of Pharmacologic interventions including tamoxifen, raloxifene, and aromatase inhibition for breast cancer risk reduction. *J Clin Oncol.*2009 Jul ;27(19) : 3235-58

Auteur correspondant:
roger vilfort<omprofvil396@gmail.com>

1. Formation

Contrôle et gestion du staff de personnels de santé pour une meilleure performance hospitalière

David VOLTAIRE, MD, MPH

Objectifs

L'objectif général de cette présentation est d'aider à comprendre l'importance d'une bonne gestion des personnels de santé pour une meilleure performance hospitalière.

Les objectifs spécifiques sont de connaître les rôles des différents membres de l'équipe hospitalière, de savoir comment renforcer la communication au sein d'une équipe et de savoir comment établir la confiance entre les membres de l'équipe.

Mise en contexte

L'obligation de résultat devient de plus en plus prégnante dans la gestion de l'Hôpital. Un de ces principaux défis consiste à répondre d'une manière efficiente à toutes les attentes et à *tous les besoins des parties prenantes*

Pour résoudre cet épineux problème d'efficience, l'hôpital doit opter pour un examen approfondi des modalités organisationnelles de son activité.

Cette efficience réside dans la capacité de l'hôpital à prodiguer *un service de qualité* à *ses patients /clients* et à s'aligner aux attentes des autres parties prenantes, sans oublier d'inclure les autres contraintes. Fig. 1

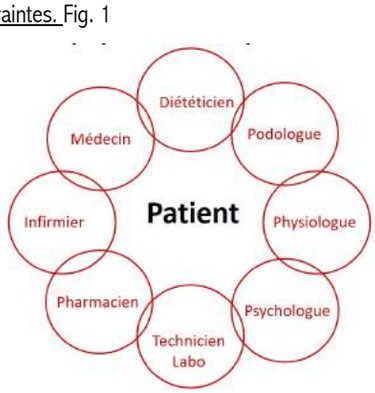


Fig. 1 : l'équipe interdisciplinaire
Source : Document de Formation sur le diabète de la FHADIMAC

Notion d'efficience

L'efficience est la valeur centrale du management responsable et constitue une préoccupation majeure pour les personnes, les entreprises et les collectivités [1]. Fig. 2

CARACTÉRISTIQUE DU TRAVAIL	DÉFINITION
UTILITÉ SOCIALE DU TRAVAIL	Faire quelque chose qui est utile aux autres ou à la société, qui apporte une contribution à la société
RECTITUDE MORALE DU TRAVAIL	Faire un travail moralement justifiable, autant dans son accomplissement que dans les résultats qu'il engendre
OCCASIONS D'APPRENTISSAGE ET DE DÉVELOPPEMENT	Faire un travail qui correspond à ses compétences, qui stimule le développement de son potentiel et qui permet d'atteindre ses objectifs
AUTONOMIE	Pouvoir exercer ses compétences et son jugement pour résoudre des problèmes et prendre des décisions qui concernent son travail
QUALITÉ DES RELATIONS	Faire un travail qui permet d'avoir des contacts intéressants et de bonnes relations avec ses collègues

(Morin et Forest, 2007, p. 34)

Fig. 2 :Les caractéristiques du travail qui a du sens [2]

Le contrôle de gestion constitue un moyen pour mettre en œuvre des outils et des méthodes permettant de piloter la performance hospitalière. Toutefois, la multiplicité des parties prenantes au sein des établissements de santé ne limite pas cette notion de performance aux seules considérations financières. Fig. 3 Ainsi, la performance devient multidimensionnelle et se définit à partir des points de vue des différentes parties prenantes de l'hôpital [3].

Le contrôle de gestion de la performance repose sur une conception multidimensionnelle de celle-ci et propose quatre niveaux d'évaluation :

La part des déterminants dans l'état de santé

Le sens qu'une personne donne à son travail dépend aussi du sentiment d'accomplissement qu'elle en retire. L'idéal du travail qui donne du sens à la vie est représenté par le terme japonais « ikigai » [4]. Fig. 4

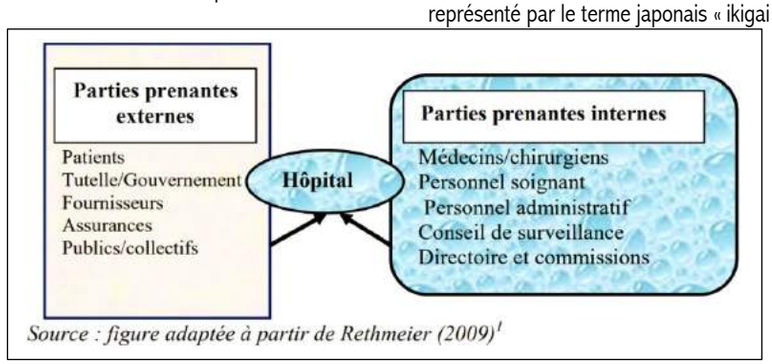


Fig. 3 : les parties prenantes de l'hôpital

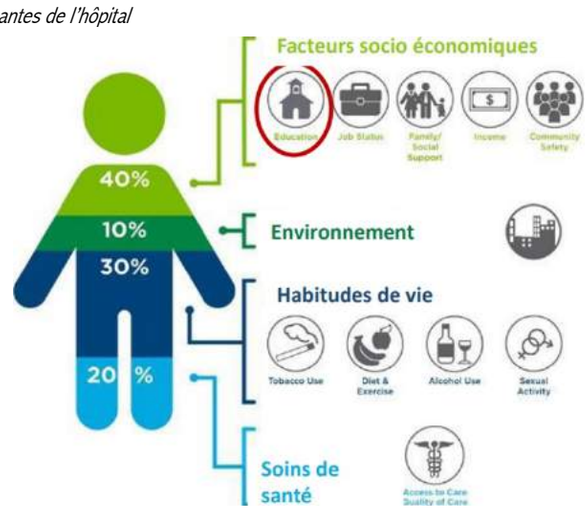


Fig. 4 : La part des déterminants dans l'état de santé
Source: Institute for Clinical Systems Improvement Going Beyond Clinical Walls. Solving Complex Problems (October 2014). The Bridgespand Group

Huit (8) caractéristiques d'une équipe performante : [5]

1. Objectif Clair
2. Valeurs communes
3. *Communication efficace*
4. Productivité maximale
5. *Confiance mutuelle*
6. *Flexibilité optimale*
7. Sentiment d'appartenance
8. Reconnaissance exprimée

1- Objectif Clair

Toute équipe performante a *un objectif commun* clairement défini. L'objectif est compris par tous les membres de l'équipe et chacun connaît sa responsabilité exacte dans l'atteinte de cet objectif. La progression vers l'objectif est mesurée à intervalles réguliers et suit un planning prédéterminé.

2- Valeurs communes

Une équipe performante partage des valeurs communes. On retrouve souvent parmi ces valeurs l'excellence, la confiance, l'esprit d'équipe, la qualité, le respect, la responsabilité, l'écoute et la satisfaction du client.

En ce qui concerne les valeurs humaines, ce sont les qualités humaines qui ont de la valeur pour chacun de nous. Ce sont les vertus qui nous guident lorsqu'on interagit avec un autre être humain. Ce sont les différentes dispositions positives qui ont de l'importance pour nous en tant qu'êtres humains.

Elles constituent le fondement de toute vie viable en société.

Ces valeurs humaines sont nombreuses et peuvent se décliner de multiples manières. Elles résident notamment dans le respect, l'acceptation, la reconnaissance, la *considération, l'écoute, l'ouverture*, *la coopération, le* civisme, l'honnêteté, l'action juste, le partage, la fraternité, l'empathie envers d'autres humains.

Quatre valeurs éthiques, quatre principes éthiques sont aussi à retenir : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice (équité). Fig. 4

3- La communication

La qualité de la communication au sein des équipes performantes est l'une des clés de leur succès. Les membres de l'équipe sont à l'aise pour partager leurs opinions et leurs sentiments sans crainte d'être jugés. Ils expriment librement leurs idées créatives et osent poser des questions avant que des erreurs ne soient faites. *L'écoute est considérée comme tout aussi importante que la prise de parole.*

4- Productivité maximale [6]

L'équipe performante s'engage à produire des résultats significatifs, selon des standard de haute qualité. Les membres ont une certaine fierté à respecter les délais, atteindre leurs objectifs et terminer le travail. Ils cherchent en permanence à s'améliorer. Ils ont des méthodes de prise de décision et de résolution de problèmes très efficaces, qui favorisent la créativité et la participation. Enfin, ils sont fiers des résultats de l'équipe.

5-Confiance mutuelle

Les membres d'une équipe performante ont une totale confiance les uns envers les autres. Ils ont confiance en la capacité des autres membres à effectuer leur travail du mieux possible, dans le respect des délais. Ils n'ont pas besoin de se « surveiller » mutuellement. L'esprit d'équipe est important et l'optimisme domine toujours.

6- Flexibilité optimale

L'équipe performante sait s'adapter à des conditions et des demandes changeantes. Les rôles de chaque membre de l'équipe peuvent varier et s'interchanger. Les forces de chacun sont identifiées et utilisées de manière appropriée. Chacun participe au développement de l'équipe et au leadership.

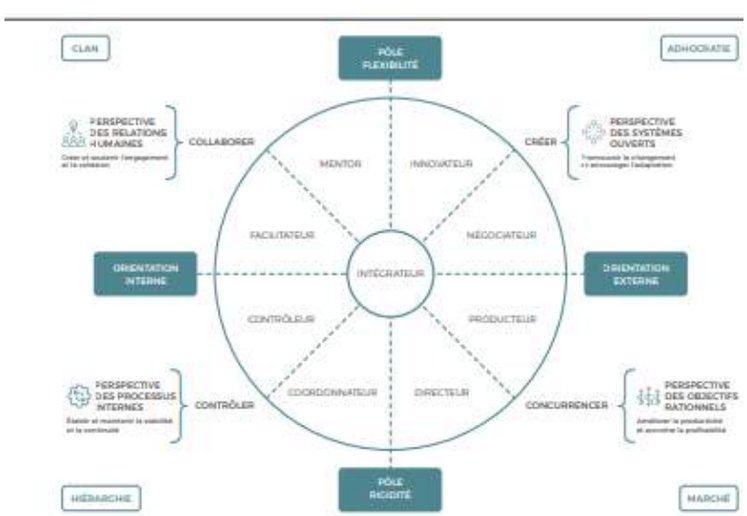


Fig. 5 : le modèle de Quinn sur les cultures organisationnelles
Source : Adaptée de Quinn et coll., 2011, p.13

7- Sentiment d'appartenance

Les membres de l'équipe performante ont un très fort sentiment d'appartenance à l'équipe et sont conscients de leur rôle dans la réussite des projets. Ce sentiment d'appartenance est renforcé en impliquant les membres dans les prises de décisions importantes, le choix des stratégies d'implémentation du projet et la définition des objectifs.

8- Reconnaissance exprimée

Le travail de l'équipe performante est reconnu et apprécié par les gestionnaires et par les membres de l'équipe eux-mêmes. Les performances individuelles sont également reconnues à leur juste valeur. Et chaque objectif atteint est célébré. La reconnaissance est une forte source de motivation pour l'équipe performante.

CONCLUSION

Une équipe performante a un objectif et des valeurs clairement définis, des méthodes de travail efficaces, un état d'esprit d'excellence et de respect mutuel, et une forte implication des membres dans la réussite du projet."

SOURCES

1. *Luc Debrun. Management responsable. MOOC Brio. 2021*
2. *Morin, E. M., A. Savoie et G. Beaudin (1994). L'efficacité de l'organisation : Théories représentations et mesures. Montréal, Gaëtan Morin.*
3. *Madelin, P. (2017). Après le capitalisme : essai d'écologie politique. Montréal, Éco société.*
4. *Martela, F. et M. F. Steger (2016). « The three meanings of meaning in life : Distinguishing coherence, purpose, and significance ». Journal of Positive Psychology, 11(5), p. 531-545*
5. *Vagnerova, I. (s.d.). Ikigai. Dreamstime. Repéré à https://www.dreamstime.com/vector-illustration-japanese diagram-concept-ikigai-reason being-vector-illustration-japanese-diagram-concept-ikigai-image 114703544*
6. *Quinn, R. E. (1988). Beyond Rational Management : Mastering the paradoxes and competing demands of high performance. San Francisco, Jossey-Bass.*

Auteur correspondant :
Master in Public Health (MPH) Program of Cornell University / Université Quisqueya
Tel: +50940904677 ; +50947127890
+50938555317 **(WhatsApp)**

2. Mission chirurgicale de Hernia Help à l'Hôpital St Boniface du 7 août 2023

[1] Louis-Franck Télémaque, MD ; [2] Abdias P. Jules, MD ; 3 Babens Y. Joseph, MD ;
[1] Chirurgien général, chef de mission
[2] Chef de service de chirurgie, Hôpital St Boniface, Fond des Blancs
[3] Chirurgien assistant, Hôpital St Boniface, Fond des Blancs

INTRODUCTION

La semaine du 6 au 12 août 2023 a été consacrée à la réalisation de la 7e mission de Hernia Help à l'hôpital St Boniface de Fond des Blancs.

Elle était dédiée à la hernioplastie de Liechtenstein pour les hernies inguinales et inguino scrotales, toutes catégories confondues et à la préparation d'une prochaine mission de réparation d'éventrations et de hernies incisionnelles. L'objectif était de répondre aux attentes des patients inscrits dans une liste permanente en souffrance depuis plus d'un an.

Des patient(e)s retenu(e)s pour le programme, 27 seulement ont pu être opéré(e)s, du fait de nombreux problèmes liés aux difficultés d'accès de l'hôpital et aux problèmes logistiques locaux liés à l'exécution d'un programme de chirurgie en pleine crise socio politique et économique. Ceux qui présentaient des contrindications médicales diverses (dermatose, hypertension et diabète non contrôlés) ont été renvoyés.

Aucune pré sélection n'a été appliquée au choix des patients pour le type d'anesthésie. Une anesthésie locale avec sédation a été prévue pour les patient(e)s porteur(euse)s de hernie inguinale de type 1 et 2 de la classification de Nyhus ; une rachi anesthésie pour les patient(e)s présentant une hernie inguinale bilatérale et/ou inguino-scrotale de type III et IV de Nyhus. Une anesthésie générale était prévue pour les hernies incisionnelles et les hernies géantes. Le score ASA a rarement influé rarement sur le choix du type d'anesthésie.

RÉSULTATS

1- Vingt-sept (27) interventions pour hernies inguino-scrotales ont pu être réalisées.

2- L'anesthésie sédation-locale a été pratiquée deux (2) fois (7.40 %) ; celle de la rachi 25 fois (92.59 %) et une rachi a été renforcée en anesthésie générale (3.70 %).

3- Les tranches d'âge des patients sont les suivantes sans aucune prédominance relative. (tableau 1) Cependant, les plus grosses hernies inguino-scrotales ont été rencontrées chez les 51-60 ans.

Tableau 1 : tranches d'âge

Âge	- 20	.21-30	31–40	41–50	51–60	Total
Nbre	2	7	6	7	5	27

4- Le sexe masculin est nettement prédominant (26 H > 1 F). Cette faible fréquentation du programme par les femmes s'explique-t-elle par la rareté de la hernie et de ses complications chez la femme ou bien par le manque d'information ?

5- Les types de masses inguino-scrotales rencontrés ont été les suivants :

Tableau 2 : interventions réalisées pour les 27 patients

Nombre	Type	Drt	Gche	Bilat
8	H I Scrotale	7	1	
	H I Scrotale + Incarcération épiploïque	1		
1	H I S avec glissement caecal (Amyand)	1		
8	H I Directe	6	2	
1	H I Labiale		1	
6	H I bilatérale			6
1	Hydrocèle bilatéral			1
1	Hydrocèle	1		
27 patients	34 interventions			

6- Parmi les cas, une hernie inguino-scrotale s'est compliquée d'un cas de glissement et incarcération du caecum et d'appendice pour lequel il n'y a pas eu d'appendicectomie (adhérences).

Fig. 1 : HISD avec glissement du caecum et de l'appendice

Une autre présenta une incarcération chronique (15 ans) du grand épiploon. Le patient avait aussi une obésité abdominale qui rendait difficile l'accès inguinal. La masse épiploïque mesurait 30 x 25 cm et présentait une partie droite indurée et épaissie. Une bonne partie de la portion gauche plus souple a été réintégrée. Malgré une incision de hernio laparotomie, la partie droite ne pouvait pas être réintégrée sans lésions hémorragiques. Il fut décidé de diviser l'épiploon en deux parties pour réséquer la partie indurée droite et de réintégrer celle de gauche. (fig. 2 à 4).

Fig. 2 à 5 : région inguino-scrotale droite et résection partielle du grand épiploon.

7- Toutes les hernies ont été opérées selon la technique de hernioplastie de Lichtenstein, avec des modifications dans toutes les grosses hernies. Les modifications ont été décrites au cours du rapport précédent. (cf. IGM No 10 – Mission d'Octobre 2021)

8- On a trouvé relativement plus de hernies à droite qu'à gauche (16 vs 4) et six (6) bilatérales.

9- Les grosses hernies inguino-scrotales sont anciennes s'accusant à partir de la tranche des 41 à 50 ans (10 cas) faisant jouer les facteurs temps et pression intra abdominale.

10- Pour les hernies inguino-scrotales, la majorité des cas présentaient des failles de la paroi postérieure se situant entre 2 x 2 à 3 x 3 cm (10 cas). La plus large mesurait cinq (5) cm. Les longueurs des sacs associées aux failles se mesurent comme indiqué dans le tableau 3.

Tableau 3 : mensuration du sac

Nombre	Longueur du sac
2	6 – 8 cm
6	8 – 16 cm
2	16 – 20 cm

Une hernie inguino-scrotale présentait un sac dont la séreuse était épaissie d'un (1/2) cm à partir de l'orifice profond du canal inguinal. Cette « pachyvaginalite », à poche unique, d'épaisseur moyenne, gardait encore une certaine élasticité (degré de calcification). Nous présumons que, du point de vue étio pathogénique, cette pachyvaginalite serait d'origine traumatique ou consécutive à une inflammation ou à une infection des

organes voisins (queue de l'épididyme, testicule). Une différence existerait entre une origine primaire vs secondaire. (https://archive.org/stream/b22404351/b22404351_djvu.txt)

Une analyse ana pathologique des sacs reséqués serait-elle indiquée ?

11- Les plaies sont fermées par une suture sous cuticulaire utilisant du Monosyn 3-0 cutting ; celles nécessitant un drainage, par des points de Blair et Donati au même fil. Le drainage de la plaie et du scrotum a été décidé dans trois cas de grosses hernies inguino-scrotales qui ont nécessité une dissection laborieuse du sac. Une lamelle de Penrose a été placée dans la plaie en deux fois et un drain de type Jackson Pratt en position scrotale a été utilisé pour la hernie avec l'incarcération du grand épiploon.
12- Les deux cas opérés sous sédation locale sont partis le même jour. Tous ceux qui ont bénéficié d'une rachianesthésie sont partis le lendemain. Les patients porteurs de drains ont été revus 48 h après l'intervention pour retrait du drain.
13- La visite de contrôle s'est effectuée en huitaine pour ceux habitant la zone. Un appel whatsapp parfois en vidéo a été convenu en accord avec les patients éloignés pour vérifier l'évolution de la plaie.

CONCLUSION

Cette 7e mission à St Boniface a atteint partiellement son objectif, celui d'opérer une quarantaine de patients porteurs de tous types de hernie et de former le staff. Trois patientes porteuses de grosses hernies incisionnelles ont été examinées. Elles seront prises en charge au cours de la prochaine mission.

Nous remercions la Directrice Exécutive, la Dre Miliane Clermont, le chef de service de Chirurgie, le Dr Abdias Pierre Jules, pour avoir tout planifié pour que la mission soit un succès. Nos remerciements s'étendent aussi à toute l'équipe chirurgicale et anesthésiste, à toutes les infirmières et au personnel de soutien et logistique qui ont œuvré dans le respect des horaires, des normes d'asepsie et surtout pour la satisfaction des nombreux patients.

Auteur Correspondant :
Louis-Franck Télémaque, MD, FICS, MSc
tlmq15@gmail.com- infochir@gmail.com
http ://info-chir.org

3. Création d'un centre de santé ambulatoire : un exemple pratique ou une utopie ?

Reynald Altéma, MD.

Un centre de santé ambulatoire verra le jour sous peu à Genipailler, Milot, dans le département du Nord. Né de la coopération du Groupe de réflexion et d'action pour une Haïti nouvelle (GRAHN) et de l'Association Médicale Haïtienne à l'Étranger (AMHE), ce centre a pour objectif de fournir l'accès aux soins de santé au plus grand nombre et de favoriser la formation professionnelle, ainsi que l'éducation des patients. Ceci, en s'appuyant, entre autres, sur une solide et franche coopération avec les partenaires locaux.

Haïti, notre cher pays, détient des records non élogieux en matière de santé publique. Ainsi nous sommes au premier rang pour le taux de mortalité par cancer du col utérin dans le monde et pour l'infarctus du myocarde dans les Amériques. Notre seule consolation, si l'on pousse l'audace d'une telle considération, demeure que la Guyane anglaise nous fait de la compétition pour le premier rang de l'infarctus. En revanche, les maladies infectieuses, la tuberculose, la malaria, les infections transmises sexuellement restent à l'état endémique. L'anémie falciforme, le glaucome, la cataracte, le diabète jonchent la liste de fauteurs de troubles.

Alarmés par ces statistiques, plusieurs d'entre nous qui vivons outre-mer avons choisi d'établir un modèle pratique qui offrirait un allègement à ces complications. Cependant, d'emblée, ce modèle ne portera des fruits que dans la mesure où nous appliquerons sans faille le triptyque de souveraineté, d'innovation et de pérennité. L'idée de la souveraineté nous est chère, car nous refusons de tomber dans le piège de la distinction entre les autochtones qui farouchement protègent leur indépendance et les expatriés venus de l'extérieur en pays conquis. Nous disons non à ce faux problème et nous sommes déterminés à aider nos frères et sœurs à trouver des solutions bénéficiant à la population et améliorer le sort du gros de la société ; ce, à travers une coopération amicale. Autrement dit, l'établissement d'une osmose intellectuelle donnera naissance à une institution locale de haut de gamme pour rehausser la fierté de nos compatriotes.

L'innovation tiendra compte des solutions trouvées partout dans le monde, incluant les méthodes locales qui ne suivent pas la tradition conventionnelle. L'esprit d'innovation se traduirait dans le maillage du dernier cri et du « low-tech ». Imaginez un dispositif de clichés radiographiques digitaux et la recherche scientifique de la phytothérapie locale. Ceci n'empêche pas cela, dit-on.

Le succès d'une telle démarche se mesurera par sa pérennité. Donc à l'instar des anciens esclaves qui ont eu l'audace d'ériger une merveille du monde, nous leurs descendants, nous pouvons aussi léguer à notre société de naissance un modèle durable de soins de santé.

Passant de la théorie à la pratique, un centre ambulatoire, né de la coopération de GRAHN et de l'Association Médicale Haïtienne à l'Étranger (AMHE) va débuter à Génipailler sous peu.

La genèse du centre ambulatoire.

En 2016, GRAHN a sollicité la participation de l'AMHE à l'essor de *La Cité du savoir* en créant un centre de santé ambulatoire. Un comité de pilotage a vu le jour, composé de collègues des deux côtés de la frontière en Amérique du Nord. Ce comité comporte aussi deux infirmières dont l'une est l'actuelle présidente du Ralliement des Infirmières et des Infirmières-auxiliaires d'Origine Haïtienne du Canada (RIIAOHC). Des dons sont sollicités auprès des amis et des collègues. La Fondation AMHE aux États-Unis et la Fondation des Médecins Canado-Haïtiens au Canada ainsi que le Ralliement des Infirmières du Canada ont respectivement recueilli les dons et nous sommes près d'ouvrir le centre. Le Ralliement a apporté une contribution financière en subventionnant le coût de construction d'une salle qui porte son nom.

Une construction possible grâce au concours d'ami(e)s philanthropes des deux côtés de l'Atlantique

Ce centre cristallise l'œuvre de bénévoles et de patriotes qui refusent de céder à l'idée que notre nation n'est rien d'autre qu'une corbeille à papier ou un "trou à m...". Cette entreprise commune répondra, nous l'espérons, à l'éternelle question de la prestation de soins de santé de qualité à un coût raisonnable.

Ce centre se penchera sur les statistiques citées plus haut pour collaborer et essayer d'enrayer ces fléaux. Cela reposera sur une approche préventive. Notre sensibilité sur la prévention est telle que depuis tantôt deux années, nous organisons des sessions didactiques de temps à autre avec les membres de cette communauté qui se réunissent dans les salles de classe de Génipailler pour suivre nos présentations en distanciel. Leur participation est très active. Ces présentations sont partagées entre médecins et infirmières. Nous voulons donner un cri d'alerte pour mobiliser les ressources locales et essayer d'émuler l'expérience australienne dans l'éradication du cancer du col utérin avec un système de dépistage systématique par l'examen de Papanicolaou, et de vaccination des adolescent(e)s. Cela peut devenir une réalité d'ici une génération.

Les mesures simples comme l'exercice, une nutrition avec un taux réduit de sel et de sucre et la consommation de feuilles vertes, de légumes ont fait leurs preuves. Il va falloir éduquer la population de manière intense pour changer leurs habitudes culinaires en vue d'obtenir les

résultats escomptés. Il faut utiliser nos maigres ressources à bon escient. Cela relève du civisme et non de discours de discorde ou de polémiques futiles.

Les différents services prévus

Fig. 1 : Différents services

Les mesures simples comme l'exercice, une nutrition avec un taux réduit de sel et de sucre et la consommation de feuilles vertes, de légumes ont fait leurs preuves. Il va falloir éduquer la population de manière intense pour changer leurs habitudes culinaires en vue d'obtenir les résultats escomptés. Il faut utiliser nos maigres ressources à bon escient. Cela relève du civisme et non de discours de discorde ou de polémiques futiles.

L'accès aux soins de santé pour les populations pauvres exige un contrat social en ce qui concerne le secteur public. Dans notre cas, faisant d'une pierre deux coups, nous offrirons une mutuelle de santé basée sur une prime prépayée peu coûteuse, qui encouragera la prévention plutôt que la lutte contre les maux pour diminuer les coûts et permettre aux malades de prendre en charge leurs problèmes médicaux chroniques. La tâche ne sera pas facile ; l'échec nous guettera à chaque pas. Nous ne croyons pas au jeu de « qui perd gagne » où il n'y a que des perdants. Nous voulons trouver une solution pragmatique offrant le gain au plus grand nombre. L'effort sera colossal, mais le jeu en vaut la chandelle. Le succès obtenu pourra amorcer une propagation dans d'autres régions, dans un effet domino. Le récit de ce succès dépendra du concours des personnes de bonne volonté des deux côtes, des patriotes qui croient dans la res publica et qui sont toujours prêts à mettre en application la formule de l'union qui rend possible la force et non de la force acquise par tous les moyens pour le butin personnel.

Pour la prestation de soins de qualité à un cout raisonnable

Dans un esprit novateur, nous envisageons de créer une mutuelle de santé basée sur une prime prépayée peu coûteuse, qui encourage la prévention plutôt que la lutte contre les complications. Cette initiative permettra à une population à haut risque de maladies cardiovasculaires, qui n'a pas les moyens d'accéder aux soins de santé, de bénéficier de ces derniers. Nous sommes conscients qu'il est plus avantageux de dépenser peu pour la prévention plutôt que de devoir payer beaucoup pour traiter les complications.

Du point de vue de l'allocation des fonds, nous avons la chance d'être en mesure d'affecter presque la totalité des dons au projet, car nous avons des frais généraux minimes et nous nous appuyons sur un réseau de bénévoles.

Le centre déploiera les services offerts au fur et à mesure. Dès le début, une étroite collaboration sera établie avec l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot. Les patients seront accueillis sur rendez-vous et sans rendez-vous. Avant de fixer la date de la première visite, l'agent de proximité ou l'infirmière de la clinique recueille des informations démographiques de base telles que le sexe, la date de naissance, la situation matrimoniale, la situation professionnelle, le niveau d'éducation, les maladies actuelles, les ordonnances et les antécédents médicaux de la famille. Le gestionnaire de données saisira ces données analytiques et créera un dossier médical électronique pour le patient. Lors de la première visite, l'assistant social procède à un examen préliminaire afin d'identifier les obstacles aux soins et de formuler un plan de soins convenu d'un commun accord pour le suivi des buts et objectifs individuels. Une déclaration de confidentialité doit être remplie et signée par tous les patients. Les dossiers d'orientation destinés aux nouveaux consommateurs et aux consommateurs actuels comprendront des informations sur les droits et les responsabilités des clients, les services disponibles, l'horaire de la clinique, un aperçu des principaux membres du personnel et leurs coordonnées, le conseil consultatif de la communauté, les programmes d'éducation à la santé et toute autre information utile.

Au centre de soins primaires, l'évaluation médicale initiale comprendra une anamnèse et un examen physique détaillés, une évaluation approfondie et un plan de soins étape par étape, qui sera discuté avec le patient. L'anamnèse et l'examen physique complets comprennent les plaintes principales, les circonstances du diagnostic, les maladies infantiles, les problèmes médicaux chroniques, la santé mentale, les antécédents chirurgicaux, les médicaments, les allergies médicamenteuses, les vaccinations, les hospitalisations, les antécédents obstétriques et gynécologiques pour les femmes (grossesses, test de Pap, mammographie, santé reproductive...), la consommation de substances, les antécédents familiaux et l'examen des systèmes. Un examen physique complet sera effectué et les diagnostics finaux seront énumérés avec un plan de soins détaillé qui sera discuté avec le patient. Les risques et les avantages de la thérapie proposée seront expliqués et le patient sera conseillé sur la réduction des risques, les comportements sûrs, l'alimentation saine et les services préventifs. Si le patient est d'accord, il lui sera donné une date et une heure de rendez-vous.

Le prestataire de soins primaires déterminera s'il est nécessaire d'orienter le patient vers une unité spécialisée, des partenaires locaux tels que l'Hôpital Sacré-Cœur et l'Hôpital Universitaire Justinien, ainsi que vers une conférence de télémédecine avec des partenaires internationaux. À chaque visite de suivi, le dossier médical sera mis à jour en tenant compte des plaintes actuelles, de l'observance du traitement et de la tolérance aux médicaments, des références, des résultats de laboratoire et des procédures, des visites récentes aux urgences, des hospitalisations et des changements dans la vie familiale et personnelle. L'évaluation et le plan de traitement seront mis à jour en conséquence.

Les procédures de diagnostic sur place comprendront des tests de laboratoire essentiels, des tests sur le lieu de soins, des radiographies simples, des échographies, des électrocardiogrammes et des frottis de Papanicolaou.

Activités opérationnelles

1. sensibilisation et liaison avec la communauté
2. conseils, dépistage et tests
3. 1 Visite complète et engagement dans les soins
4. visite de suivi et maintien dans le système de soins
5. orientation et collaboration
6. collecte de données, suivi et évaluation des résultats
7. gestion et amélioration de la qualité
8. formation continue
9. rapport des parties prenantes

Un soutien à la formation professionnelle

Ce centre servira comme nerf d'apprentissage pour les étudiant(e)s, local de formation continue pour les professionnels de la santé en distanciel ou en présentiel. Nous voulons créer un esprit sain concrétisé par une franche collaboration avec nos collègues du terroir et les institutions en place. Le mot compétition ne fera pas partie de notre lexique. Ce centre mettra l'accent sur l'approche scientifique non biaisée et servira éventuellement comme lieu de recherche et de formation professionnelle.

Il est prévu que la première phase du centre de santé sera achevée dans les 4 à 6 semaines à venir. Les deux autres pavillons seront construits plus tard pour établir un campus de première classe dans un milieu rural. Nous espérons que notre confiance dans un avenir meilleur ne sera pas trahie. Nous croyons fermement que demain

Fig. 1 : Vues intérieures de la construction

Fig. 5 : Vue aérienne de la construction du Centre de santé ambulatoire

peut devenir meilleur si l'on se retrousse les manches, non pour faire un poing pour une bagarre, mais plutôt pour se mettre au boulot. La participation de différentes parties prenantes s'avèrera nécessaire pour le succès et la pérennité de cet effort. Ce calcul patriotique dans ces moments sombres pour certains, ressemble à une pure utopie. Nous osons espérer autrement, car les autres peuples qui ont un désert comme basse-cour ont pu trouver un moyen de réussir. Ainsi cette institution ne connaitra la pérennité que dans la mesure où tous les citoyens verront et apprécieront son rôle d'utilité publique. Ce campus, lorsque terminé et en pleine fonction, sonnera le glas de la discorde, hissera le drapeau de l'audace et de l'innovation et enterrera la hache de la querelle intestine qui nous nargue depuis 1804.

Auteur correspondant :

Reynald Altema, MD

reynald altema <reyaltema@gmail.com>

1. Situation des infirmières dans le monde et réalités haïtiennes : résonance, positionnement et solidarité.

Edith Comeau Georges, BSN

Quand une porte se ferme, une autre s'ouvre ; mais nous regardons si souvent, si longtemps et avec tant de regret la porte fermée, que nous ne voyons pas celles qui s'ouvrent pour nous.

Alexander Graham Bell

RÉSUMÉ

La Charte des changements du Conseil International des Infirmières (CII) en janvier 2023, stipule que « Les infirmières fournissent des soins et un leadership pour relever les défis de santé mondiale partout dans le monde, souvent en prenant de grands risques personnels. Elles sont la force vitale essentielle pour la santé, mais nos systèmes de santé dans le monde entier n'ont pas réussi à valoriser, protéger, respecter et investir dans cette précieuse ressource. Le monde a pris à tort les infirmières pour acquises, les traitant comme une ressource invisible et inépuisable. Cela doit maintenant cesser pour le bien des infirmières et de la santé mondiale. » [1] La situation spécifique des infirmières en Haïti est décrite dans ses réalités complexes, et asphyxiantes insistant sur les risques et limites à la santé, au bien -être et à l'auto-détermination du personnel infirmier dont la participation aux prises de décision dans le réseau de santé haïtien est souhaitable. Le rôle privilégié des infirmières auprès des patients et dans le réseau, la pertinence de la collaboration interprofessionnelle et l'appel à la mouvance planétaire des infirmières vers le Futur, ainsi que les recommandations aux leaders des gouvernements pour promouvoir le leadership infirmier dans leur interrelation font l'objet de la discussion. Ces éléments clés de La Charte, décrivant les lignes directrices telles qu'énoncées, sont évalués dans le contexte des restrictions, des déficiences et d'anxiété des réalités infirmières au pays et l'impératif de se mobiliser et d'assumer leur leadership vers un avenir meilleur et la santé universelle. L'évolution du contexte d'insécurité et les limites de la seule base de nos données ne permettent pas d'évaluer la résonance ni le positionnement des infirmières en Haïti. L'analyse de la situation de ces infirmières, en regard aux directives du CII justifiait notre intérêt. Le positionnement des infirmières en Haïti, vers le futur, ne devrait se faire sans la solidarité des collègues de la diaspora nord-américaine et peut être bien des pairs de la profession et des autres professionnels de la santé.

INTRODUCTION

Comme dans de nombreux pays, le personnel infirmier en Haïti fait face à d'énormes défis. La formation initiale non réglementée, le manque d'encadrement et d'actualisation en lien avec les avancées technologiques, la santé numérique, la complexité des pluri pathologies, la chronicité de certaines affections, et des infections endémiques, le cancer sont parmi les divers éléments de leur réalité professionnelle. Une réalité ankylosante qui ne peut qu'accroître l'incapacité des infirmières à occuper leur plein champ de pratique ; et on ne peut omettre non plus le manque de valorisation, de reconnaissance, de leadership, la précarité et l'insécurité d'emploi qui s'ajoutent dans la balance et à leur insatisfaction. En réalité, au cours des récentes années on a vu s'accélérer et se complexifier les défis et les enjeux sanitaires et de société mettant en péril la santé globale, la survie de la population et du personnel infirmier. Le réseau de santé se voit de plus en plus démuni, si ce n'est handicapé par l'insuffisance de ses ressources les plus essentielles ; l'exode grandissant de nombreux prestataires de soins dont les infirmières, des médecins ainsi que des enseignants universitaires en outre, s'additionne aux maux existants. Cet état de fait nous interpelle et suscite notre curiosité professionnelle sinon citoyenne à mieux observer la réalité socio sanitaire principalement, le positionnement des infirmières dans un pareil contexte. Une curiosité devenue, au fait, une préoccupation croissante qui inquiète les professionnelles infirmières d'origine haïtienne dans la diaspora nord-américaine. En l'occurrence, le Ralliement des Infirmières et Infirmières Auxiliaires d'origine haïtienne du Canada (RIIAOHC) siégeant à Montréal ((Québec) n'a pas hésité à répondre à l'appel de support de leurs compatriotes dans le dossier du recrutement du gouvernement du Québec et à les inviter à participer à certaines activités de formation continue en mode virtuel. La solidarité et les promesses d'engagements manifestées par la Haitian Alliance Nurses Association International (HANA-I) dans le cadre de leur Congrès International du Leadership tenu en juin dernier à Chicago vont dans le même sens. On reviendra sur cet événement académique au cours des discussions, puisqu'il fait partie du cadre de référence de notre démarche qui a pour but de voir émerger des éléments de réponses permettant de *faire autrement* et en solidarité vers l'avenir. *Nos Infirmières. Notre Futur*: c'est de reconnaitre et d'agir en sorte que, *'' Quand une porte se ferme, une autre s'ouvre''* et de considérer et de saisir, *« celles qui s'ouvrent devant nous. C'est bien pour nous, (citation d'A,Graham Bell).*

CONTEXTE

Les infirmières et le réseau de santé

La situation des infirmières dans un pareil contexte mérite certainement notre attention et implication. À l'instar de leurs pairs de la planète, les infirmières font face à des défis et enjeux vers l'avenir. Les infirmières doivent-t-elles se positionner par rapport aux conditions de vie, aux menaces à la santé des populations en Haïti ? En effet, ce n'est pas d'hier qu'on dénonce l'inadéquation de l'offre et de la demande dans le réseau et, pour comprendre sa pleine dimension, on devra contextualiser le phénomène dans les limites et les manques exacerbés par les crises répétées qui, sans qu'on ait besoin de les susciter, ont un impact dévastateur dans le réseau de soins et dans la société haïtienne. Ce qui explique les déclarations d'Ulrika Richardson, coordinatrice résidente et humanitaire des Nations unies en Haïti : « Si cette situation perdure, des services vitaux risquent de s'arrêter, notamment pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants, ainsi que pour les personnes souffrant de traumatismes et d'autres infections potentiellement mortelles. » [2] Et, toujours avec la thématique de santé des femmes, en amont d'octobre, mois de sensibilisation au cancer du sein, on ne peut s'empêcher d'évoquer cette autre déclaration *:* « La forte prédominance féminine, avec les cancers du sein et du col de l'utérus représentant plus de 80 % des cancers chez la femme. Ceci semble suggérer une féminisation du cancer en Haïti alors que 60.9 % des patientes sont âgées entre 40 et 64 ans, tranche d'âge représentant la population active (Joseph, B.) [3]. Les infirmières joueraient un rôle important auprès des cohortes de femmes au pays dans la prévention et l'éducation à la santé touchant le dépistage de ce fléau silencieux. On rapporte de plus le manque chronique d'équipements, de diverses ressources matérielles, médicaments comme l'oxygène qui se raréfie dans certains hôpitaux et dont la gestion est sous optimale. Les familles doivent s'organiser pour remplir les ordonnances médicales et chirurgicales pour les soins de leur proche hospitalisé, ce qui les appauvrit encore davantage alors que les frais ne devraient pas être exigibles dans les hôpitaux publics [Anachecar Destin) [4]. Des urgentistes et chirurgiens se désolent de l'inadéquation de plateaux techniques avec les besoins et la prise en charge des accidentés et les blessures graves alors que de plus en plus de polytraumatisés se ruent dans les urgences souvent par leurs propres moyens. Les infirmières, les prestataires les plus nombreux doivent faire preuve d'initiative et d'acrobaties

pour répondre aux besoins des patients. Elles sont démunies des équipements nécessaires. On parle d'insuffisance de gants, de matériel de désinfection, de lampe de poches pour installer une intraveineuse et autres techniques aux risques de se contaminer, tel que le déploraient certaines lors de notre visite dans le cadre d'une mission du GRAHN dans le Nord en 2018. Ces limites et manques affectent négativement leur capacité pour assurer des prestations sécuritaires et de qualité à leur clientèle.

Les infirmières, épine dorsale du système de santé.

Aucun système de santé ne peut se passer d'infirmières disait Gyslaine Desrosiers, ex-présidente de l'OIIQ, fondatrice et première présidente du Secrétariat International des infirmières et infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF). Les infirmières représentent la plus grande main-d'œuvre avec un effectif total de 27,9 millions de professionnels formant un peu plus de la moitié des professionnels de la santé. Elles se retrouvent en première ligne de la prestation des services jouant un rôle clé dans les soins aux personnes et aux communautés. Elles fournissent une vaste gamme de services à tous les niveaux du système de soins de santé. Leur proximité et disponibilité pour les patients leur confèrent un rôle unique en tant que leader infirmier avec respect, admiration et sympathie du public. De plus, les infirmières sont souvent des leaders ou des membres clés d'équipes de soins multidisciplinaires et interdisciplinaires [OPS/OMS, La profession infirmière [5]. Ne se considérant plus comme de simples exécutantes, ni des ''anges gardiens'', ces professionnelles de la santé ont bien réalisé que le leadership peut s'aménager avec la notion que : « L'inter professionnalisme, véritable ouverture au savoir-faire de l'autre, stimule la coopération et la communication. La compréhension des compétences de chacun permet de mieux affronter collectivement chaque situation ou environnement » (Belzile, Couturier (2018) [6].

2020 : ANNÉE CHARNIÈRE – RAPPORT SUR LA SITUATION DES SOINS INFIRMIERS DANS LE MONDE.

L'OMS a consacré l'année 2020 aux infirmières et aux sage-femmes en reconnaissance de leur contribution exceptionnelle à la santé mondiale. Cette distinction a galvanisé les organisations infirmières dans une mobilisation internationale de solidarité et d'engagement, afin de sensibiliser les gouvernements, les décideurs, tout en ralliant leurs pairs à la recherche conjointe de stratégies pour l'intégration de la dimension infirmière à tous les niveaux de pouvoir et de prise de décision dans le système de santé. Durant cette année charnière, l'OMS, en collaboration avec le CII, Nursing Now procéda à une évaluation de l'état des lieux soumis par les 191 pays participants. Globalement, les problèmes et défis portaient sur les éléments suivants

1. disponibilité, composition et répartition de la main-d'œuvre infirmière ;
2. migration et mobilité internationales ;
3. réglementation de la formation et de la pratique des soins infirmiers ;
4. éducation et approvisionnement ;
5. réglementation de l'emploi et des conditions de travail ;
6. gouvernance et leadership ;
7. évaluation de la trajectoire actuelle vers les résultats des ODD à l'horizon 2030 (pénurie). Cette concertation conduisit à l'élaboration du Rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde (2020) : investir dans la formation, l'emploi et le leadership ainsi que les stratégies recommandées en regard aux 5 des 17 objectifs de développement durable (ODD), (OMS, CII, Nursing Now) pour parvenir à un avenir meilleur et plus durable pour tous (2015-2030) [7]

LES SOINS INFIRMIERS EN HAÏTI : ENJEUX ET DÉFIS

Les infirmières et l'insécurité

En plus de ces enjeux et changements accentués durant cette année charnière 2020 en Haïti, les infirmières vivent une angoisse quotidienne affectant leur santé mentale. Tel qu'indiqué dans le contexte, il est question de santé fragilisée, de vie menacée, d'insécurité alimentaire, politique, d'agressions quotidiennes, de survie et du bien-être de la population et des infirmières, elles-mêmes, piliers du réseau et qui voient leurs aspirations, et leurs rêves bafoués. Ces infirmières qui selon ce que nous rapportent les media et le « bouches à oreilles », les familles en diaspora, tentent de fuir leur pays car coincées dans un environnement de plus en plus hostile, incertain, nocif à la réalisation de leur plein potentiel. On ne peut que s'interroger sur la capacité de ces infirmières à faire face aux défis et enjeux grandissants vers l'avenir. Les infirmières doivent-t-elles se positionner par rapport aux conditions de vie, aux menaces à la santé des populations en Haïti? Parallèlement, un peu partout dans le monde, les infirmières en proie à d'autres réalités, se mobilisent en solidarité, selon les lignes directrices des organismes dirigeants dont le CII, pour assurer leur leadership collectif; et aussi, afin de parvenir à occuper la place qui leur revient dans les réseaux de santé vers l'horizon 2030. Cela devrait constituer une préoccupation légitime, pour les infirmières en Haïti qui face à un quotidien de plus en plus menaçant, imprévisible observe l'exode des leurs et d'autres professionnels de la santé, impactant négativement le réseau de santé et la formation universitaire. Malgré tout, bon nombre d'infirmières en Haïti, en dépit des contraintes et de leurs angoisses restent en poste et font face au quotidien. Un constat observé dans une étude américaine, qui est associé à de la résilience et au dévouement issus de leur valeurs confessionnelles et culturelles et une adaptation fonctionnelle dont pourraient s'inspirer des infirmières d'autres régions et pays du monde. « Elles se considèrent comme des missionnaires auprès de leurs concitoyens et de leur communauté. Mon sentiment est que cela constitue la base de leur résilience ». (Lisa Roberts, DrPH, MSN, RN, professeure et directrice de recherche à la Faculté de Science Infirmières de la LLU, Californie) [8].

La profession dans ses cinq axes vers le futur

La problématique des infirmières en Haïti est multifactorielle et, par souci d'organisation, on les présentera suivant les orientations stratégiques recommandées dans le Rapport 2020 de l'OMS :

1. *Le domaine de l'éducation : - La formation*
   a. des écoles ou universités d'infirmières non reconnues par le MSSP;
   b. un manque de valorisation et manque de reconnaissance par les autres professionnels de la santé ;
   c. la qualité de l'éducation initiale ne répondant pas aux besoins qualitatifs et quantitatifs du système de santé.
2. *Le domaine de L'emploi : -La pratique*
   a. Effectif de 8 002 infirmières pour une population de plus de 10 millions d'habitants ;
   b. de mauvaises conditions de travail et salaires insuffisants;
   c. problèmes d'équité et d'accès à la main-d'œuvre infirmière ;
   d. disparité entre l'offre et la demande dans la main-d'œuvre infirmière, disparité rurale-zone urbaine ;
   e. migration des infirmières.

   La Règlementation au sujet de l'éducation et la pratique, les emplois et conditions de travail : - synergie inexistante

   f. la prolifération des établissements privés de formation en soins infirmiers (82 sont accrédités). Les normes et standards de la profession sont vieillissants avec la dernière mise à jour datant de 2014. À noter qu'un plaidoyer entrepris par l'Association Nationale des infirmières Licenciées d'Haïti (ANILH) avec dépôt en chambre sous la présidence de feue Me Mme Lucille Charles se poursuit;
   g. en Santé : la chronicité et la prévalence de certaines affections, le choléra, maladies endémiques, infectieuses, morbidité et mortalité mère-enfant, l'environnement et les catastrophes;
   h. Le bouleversement politique permanent en Haïti avec ses impacts sur le système de santé (accès, infrastructures déficientes, etc.);

i. l'Insatisfaction motivant l'appel au soutien du RIIAOHC par des infirmières désespérées (Programme de recrutement du gouvernement du Québec)

3. *L'axe de la gestion* - des responsabilités en lien avec l'environnement de travail, la livraison des prestations, les relations interprofessionnelles entre les différentes équipes de soins, l'équilibre entre les ressources matérielles, humaines dans un contexte de pénurie, de restrictions budgétaires, d'insécurité, d'insatisfaction, et de manque de valorisation, et attentes hiérarchiques et institutionnelles.
4. *L'axe de la recherche :* peu de données accessibles.

   - Marc Julmisse, MPH, RN Zanmi la sante, directrice exécutive, *Initiative Journey to 9 Plus : Des soins transformateurs grâce au pouvoir de la communauté.* Étude prospective en santé materno infantile, Congrès d'HANAH-I, Chicago juin 2023

5. *L'axe du politique/ plaidoirie (advocacy)* –les infirmières gagneraient à se faire connaître dans les débats publics en lien avec la santé, le réseau de santé et leur profession

Leadership, solidarité, engagement et résonance

La prédiction d'un avenir meilleur pour les infirmières en Haïti suite au séisme, en regard de la formation, la pratique, en outre ne semble toujours pas se manifester même si des initiatives notables ont été prises par des organismes locaux. En effet, Garfield & Berryman ont auguré de l'impact positif de l'accompagnement de la diaspora à savoir que : « Les soins infirmiers ont beaucoup à apporter au relèvement d'Haïti et à la revitalisation de son système de santé. Des infirmières professionnelles sont nécessaires dans les cliniques et les hôpitaux à travers le pays pour soigner les patients, y compris des milliers de personnes ayant besoin de services de réadaptation et de santé mentale. Les collègues infirmiers haïtiens en Amérique du Nord ont un rôle clé à jouer dans le renforcement de leur profession. » [9]. Cet impact semble plutôt minime car, après plus d'une dizaine d'années, nonobstant l'implication et les tentatives des compatriotes, la situation des infirmières**,** telle que décrite, semble plutôt alarmante.

Cependant, l'appel du CII à la mouvance des infirmières et la publication de la Charte pour le changement (2023) auraient alimenté le courant de solidarité et d'appartenance qui se revitalise dans la reconnaissance et l'appréciation générale. Cette charte « Nos infirmières, Notre avenir », est basée sur les éléments « valoriser, protéger, respecter et investir dans nos infirmières pour un avenir durable pour les soins infirmiers et les soins de santé ». Le CII stipule que « Les infirmières sont essentielles à des communautés plus saines, à des sociétés réceptives, à des économies prospères et à des nations puissantes. Le moment est venu pour les décideurs politiques et nationaux et locaux de prendre des mesures décisives pour constituer et optimiser une main-d'œuvre infirmière, forte et durable. La Charte pour le changement du Conseil international des infirmières présente 10 mesures politiques que les gouvernements et les employeurs doivent prendre pour créer et maintenir des systèmes de soins de santé sûrs, abordables, accessibles et adaptés et faire passer les infirmières d'invisibles à inestimables [1].

En l'occurrence, on a pu observer, une forte résonance chez les infirmières de la diaspora nord-américaine. Puisqu'en effet, du 22 au 25 juin dernier, fut tenu à Chicago un événement académique rassemblant des pairs des neufs chapitres constituant la Haitian Alliance Nurses Association International (HANA-I) auquel participèrent, le Ralliement des Infirmières et Infirmières Auxiliaires d'origine haïtienne du Canada, (RIIAOHC), ainsi que d'autres conférenciers et invités d'honneur d'horizons variés de la profession infirmière des États-Unis, d'Haïti et du Canada [10]. Ce congrès du leadership revêtait sa juste pertinence dans ce contexte de mobilisation des infirmières pour promouvoir leur leadership vers l'avenir. Le concept de leadership étant une condition sine qua none dans la visée (ODD) des Nations Unis/ OMS.

Notre cadre de référence relève grandement des thématiques exposées durant ce congrès du leadership par des conférenciers et panélistes, aguerris, experts dans leurs domaines, des universités nord-américaines. Un congrès très intense proposant une enrichissante et édifiante programmation en arrimage avec nos préoccupations professionnelles, les défis et enjeux de la profession de santé et de société. Un éventail varié et qualitatif de sujets scientifiques, académiques - l'éducation adaptée à la pratique, la pratique avancée, la recherche, la gouvernance, la gestion en temps de crises, de catastrophes, la santé mentale, la diversité, la formation avec compassion, l'infirmière entrepreneure ou cheffe d'entreprise, une initiative nouvelle qui se répand, des sujets sur l'actualité. Le soutien et l'accompagnement aux collègues en Haïti firent partie des préoccupations. Des interrogations, des pourquoi, comment, quand…ponctuant des débats très animés. Et, aussi des engagements renouvelés et des promesses intéressantes pour la formation et des perspectives en Haïti. Une occasion propice pour discuter de l'initiative d'intégration des infirmières dans la plateforme scientifique Info Chir/ RHCA-IGM qui fut reçue avec intérêt.

Ce congrès du leadership s'inscrivait dans la mouvance de faire prévaloir ce leadership, la formation continue et l'excellence des prestations basées sur des données probantes, le partage de connaissances; de faire connaître la profession et de participer aux débats de société, se faire connaître dans les sphères politiques, de s'impliquer et faire du plaidoyer. En somme, ces thématiques ont porté sur les préoccupations sanitaires et les défis auxquels font face les professionnels de la santé. La complexité des enjeux dans les réseaux de santé a fait l'objet d'une évaluation quasi internationale menant au Rapport (2020) avec des recommandations en faveur du personnel infirmier. Pourtant, la réalité des infirmières dans notre réseau national ne semble pas encore retenir l'attention des leaders de la profession alors que d'incessants et d'innombrables méfaits et maux liés à la situation sociale, politique et environnementale, impactent sur la performance et la qualité de l'offre sanitaire des infirmières. On ne cessera pas de le répéter, la situation des infirmières en Haïti est alarmante. Il ne s'agit plus seulement de l'atteinte des ODD de l'OMS qui inspirent les infirmières sous la charpente et les lignes directrices du CII, mais de santé et de sécurité. En somme, des sujets les plus pertinents, appropriés aux besoins d'actualisation et de performance des infirmières d'ici et d'ailleurs, d'Haïti tout autant.

CONCLUSION

L'analyse de ces données ne visait pas à soumettre un plan d'action et des stratégies opérationnelles. La prétention n'était pas non plus de saisir l'envergure de la complexité des facteurs institutionnels, sociaux, politiques systémiques, nocifs à la performance du réseau de santé haïtien. Dans les faits, à l'instar du réseau santé, cette institution devient de plus en plus déficiente selon ce que rapportent les médias et de nombreux prestataires de soins qui se sont expatriés. L'intérêt de cet exercice visait l'évaluation de ces données factuelles et leur interrelation; et, en même temps, l'espoir de voir émerger des éléments de réponse dans cet océan obscur et ankylosant de problèmes. Nous voulons, de cette manière, poser une brique en solidarité avec les infirmières du pays et au nom de la profession.

Le débat devra se poursuivre. Les infirmières doivent comprendre l'importance du plaidoyer, de se faire connaître dans les débats publics, de participer aux prises de décision, de faire entendre leurs voix dans les prises de décision autour de la santé, du bien-être et des enjeux de société. Vu l'impératif du moment, la mouvance des infirmières d'ici ou d'Haïti tient toute sa pertinence du fait de leur effectif le plus nombreux de tous les professionnels du réseau et à cause de leur proximité naturelle auprès des patients et de leur famille.

Pour terminer, ce vibrant message de la présidente de HANA-I, Dre Marie Etienne, dans le livre de programmes du congrès qui tient, dans cette perspective toute sa résonance et sa pertinence pour nous galvaniser à entretenir la flamme et à conjuguer nos efforts, experti -

ses, en solidarité professionnelle, citoyenne, pour le bénéfice de la santé de la population et de nos pairs : « Enraciné dans la force, il faut revitaliser le noyau et enrichir les fondements des soins infirmiers par l'éducation, la recherche, les politiques et la défense des intérêts ». Ce message revêt une immense importance pour nous rappeler nos valeurs fondamentales profondément enracinées, notre riche culture et notre puissant héritage provenant d'Haïti, la première république noire au monde. La profession infirmière, qui se classe constamment comme le domaine le plus fiable et le plus respecté, nous positionne de manière unique pour jouer un rôle central dans les soins de santé. Alors que nous naviguons dans le paysage complexe et multidimensionnel des soins de santé, la recherche fondée sur des données probantes nous permet d'avoir un impact positif sur la vie des patients, des familles et des communautés à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale. Il est essentiel de promouvoir un environnement de travail sain, de préconiser des pratiques sécuritaires assorties de normes élevées et de promouvoir des politiques qui améliorent à la fois les résultats pour les soins infirmiers et les patients « [10].

RÉFÉRENCES

1- *Le CII célèbre la Journée internationale des infirmières et lance sa campagne Nos infirmières. Notre futur. | ICN - International Council of Nurses*

2- *Richardson Ulrika, Des vies continuent d'être perdues en Haïti, alors que des services de santé vitaux risquent d'être "paralysés" | OPS/OMS | (paho.org)*

3- *Joseph BERNARD, Jr, MD1, Vincent DeGennaro, Jr, MD, MPH Innovating Health International (IHI), Port-au-Prince, Haïti*

4- *Anachecar Destin, État des lieux du système de sante haïtien : enjeux et perspectives - Mus'Elles (muselles.org)*

5- *OPS/OMS La profession infirmière | | Organisation panaméricaine de la santé (paho.org*

6- *Couturier Yves et Belzile Louise, La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, PUM, Montréal, 2018, 272 p*

7- *WHO, ICN, Nursing Now, State of the World's Nursing, Investing in education, jobs and leadership, 2020, pp1-92 La situation du personnel infirmier dans le monde - 2020 (who.int)*

8- *Roberts Lisa, « Le Dévouement dans un Contexte Difficile : les Soins Infirmiers Confessionnels en Haïti https://alelouya.org/nouvelles/monde/etude-americaine-sur-la-resilience-des-infirmiers-et- infirmières-haitiens-en Haïti*

9- *Garfield Richard M., Berryman Elizabeth, "Nursing and nursing education in Haiti", Nursing Outlook 2012*

10- *Program Book Chicago HANA-2023 Leadership convention, ''Rooted in strength Revitalizing the Core & Enriching the Foundation of Nursing through Education, Research, Policy & Advocacy*

LETTRE DE REMERCIEMENT 28.08.20023

Cher Donateur,

Chère Donatrice

La coordination d'Info CHIR/RHCA vous salue très cordialement et tient à vous remercier pour le soutien financier que vous lui accordez.

Nous connaissons tous les grandes difficultés que nous traversons au quotidien, ce qui rend encore plus précieuse votre aide à notre organisation. Sachez que nous l'apprécions à sa juste valeur. Nous profitons de cette occasion pour vous informer des activités que nous entreprenons grâce à votre contribution.

Info CHIR/RHCA est une organisation sans but lucratif qui a été créée en 2011 par un groupe de médecins dans le triple objectif de témoigner de la réalité de la chirurgie et de l'anesthésiologie haïtiennes, au sens large, de promouvoir la rédaction et la publication scientifiques médicales et de rendre hommage aux aîné(e)s qui se sont distingué(e)s par leur dévouement à la communauté haïtienne.

Régis par le concept du bénévolat et mus par la volonté de laisser une œuvre valable à la communauté, les Membres Fondateurs se sont responsabilisés, au quotidien, aux tâches de coordination et de gestion, puis, se sont rallié une quarantaine de membres pour staffer les directions d'éditorial et de rédaction, de comité de lecture critique, de relations publiques, de comité scientifique et d'indexation des articles.

Dans un premier temps, un journal intitulé la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie (RHCA https://info-chir.org/archives_rhca.html) a vu le jour puis, plus récemment, l'Info Gazette Médicale (IGM https://info-chir.org/archives_igm.html), l'Atlas de Diagnostic Chirurgical (ADC https://info-chir.org/atlas.html), l'Index Medicus (IM https://mailchi.mp/cc6114f4a0be/dernier-numro-8295783) .

À date, nous avons publié 43 numéros de la RHCA, 31 de l'IGM, ouvert 15 chapitres de l'ADC et inscrit 650 auteurs dans l'IM. Toute la production d'Info CHIR/RHCA est consultable sur le site web : https://www.info-chir.org

Le travail ne manque pas à Info CHIR/RHCA. Notre secrétariat œuvre à envoyer toutes les publications aux lecteur(trice)s par newsletter (mails), WhatsApp et nous les publions aussi sur Facebook, LinkedIn. Notre équipe de relations publiques s'active à amener l'information à la communauté médicale et para médicale, en particulier aux jeunes des écoles de médecine, de nursing, de pharmacie, de biologie médicale. Nous entretenons des relations privilégiées avec des organisations avec lesquelles nous avons signé un accord de coopération.

Info CHIR/RHCA, grâce à vous, s'affirme comme une référence dans le domaine de la publication médicale en Haïti. Beaucoup reste encore à faire comme d'indexer nos articles, de doter l'IM d'un moteur de recherche, de constituer le réseau national des correspondants régionaux, de participer à des actions communautaires, d'assurer la formation continue des membres.

La coordination est reconnaissante pour votre support ponctuel ou récurrent et vous enjoint à la poursuivre pour contribuer à nous aider à accomplir notre mission.

Pour la coordination,

Dre Eunice DÉRIVOIS MÉRISIER, Coordonnatrice adjointe

Dr Louis-Franck TÉLÉMAQUE, Coordonnateur

1. LE MSPP organise un atelier sur la stratégie nationale de développement des ressources humaines pour la santé

MSPP

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Sous la haute autorité du Ministre de la Santé Publique et de la Population et du Secrétariat d'État à la population, a eu lieu à l'Hôtel Kinam de Port-au-Prince, du 8 au 11 août 2023, un atelier sur la stratégie nationale de Développement des Ressources Humaines pour la santé. Outre les cadres des Directions Centrales et Programmes du MSPP, cet atelier a enregistré la participation de l'Office du Management et des Ressources Humaines (OMRH) et du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). La rencontre s'est tenue dans le cadre du Projet Health Leadership Governance (HLP) financé par l'USAID.

L'objectif général de l'atelier consistait à développer le cadre du second cycle de planification stratégique du domaine des ressources humaines de santé en Haïti couvrant le quinquennat 2023-2027. Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- Évaluer et analyser les progrès réalisés de la mise en œuvre de la stratégie nationale des RHS 2018-2022 par rapport aux résultats attendus en faisant ressortir les forces et les faiblesses, les opportunités et les menaces ainsi que les contraintes dans la mise en œuvre ;
- Identifier les leçons apprises lors de la première phase de la mise en œuvre du plan stratégique et du plan triennal afin de réorienter les actions et interventions dans le but d'améliorer la 2ème phase ;
- Formuler des recommandations pour l'élaboration du nouveau plan stratégique 2023-2027 intégrant l'ensemble des interventions du domaine des ressources humaines ; (iv) Élaborer le nouveau plan opérationnel 2023-2024

''Sans les ressources humaines, aucune initiative majeure en matière de santé ne peut avoir des chances d'aboutir'' !

Ces propos forts ont marqué le début de l'allocution du **Directeur des Ressources Humaines** du MSPP, **Monsieur Guillaume Ketler**. Précisant sa pensée, le DRH a souligné que sans une stratégie pour les ressources humaines de santé, les programmes prioritaires tels que l'initiative 95-95-95 du VIH/SIDA ou Malaria Zéro ou encore l'amélioration de la santé maternelle et infantile, sont d'avance voués à l'échec ! C'est en cela que les ressources humaines sont retenues par l'OMS comme l'un des six (6) piliers ou ''building blocks'' du système de santé. Il existe une stratégie mondiale des ressources humaines de santé 2030 qui suit les Objectifs de Développement Durable (ODD) en matière de santé. Prenant la mesure de la situation, Haïti s'est engagé dans un cycle de planification stratégique des Ressources Humaines depuis le 4e Forum Mondial des Ressources Humaines de santé qui s'est tenu à Dublin en Irlande du 14 au 17 novembre 2017. C'est ce qui a abouti au document de stratégie nationale des Ressources humaines 2018-2022 qui fait l'objet d'évaluation au présent atelier.

Poursuivant ses propos, le DRH a adressé ses chaleureux remerciements à l'USAID qui soutient depuis toujours l'initiative de la stratégie nationale des RHS du MSPP ; laquelle permet au pays de se doter d'une seconde génération de document de planification stratégique couvrant le quinquennat 2023-2027. Le Plan Directeur de Santé (PDS) 2021-2031 a fixé les orientations pour cette nouvelle planification.

En terminant ses propos, Le DRH a dit sa reconnaissance à l'ensemble des participants pour leur présence effective à ces travaux. Au regard de l'expérience et de l'expertise des cadres qui ont effectué le déplacement, il ne doute pas, au sortir de l'atelier, d'avoir des produits de qualité.

''Des résultats insuffisants en ce qui concerne le pilier des ressources humaines de santé en Haïti''

Ces propos sont de Monsieur le **Ministre de la Santé Publique et de la Population, Dr Alex Larsen**, qui a pris la parole à la suite du DRH pour son mot d'ouverture des travaux. Par ces termes, il a souligné le diagnostic fait par le Plan Directeur de Santé 2021-2031 sur la situation dans le domaine des Ressources humaines de santé. Les résultats sont insuffisants en ce qui concerne la disponibilité, la répartition, la qualité, la performance et la rétention de ces dernières. Nous savons également que les conditions de travail de nos travailleurs de santé ne sont pas ce qu'elles devraient être en ce qui a trait au salaire, aux avantages sociaux et à la possibilité de planifier une carrière, a-t-il dit pour renchérir. C'est pour cela qu'en son objectif spécifique numéro 5, le PDS 2021-2031, établi la volonté manifeste du MSPP de travailler à la disponibilité d'un pool de travailleurs de santé motivés, compétents et performants à travers le système de santé pour la dispensation de services de qualité à notre population.

À l'endroit des participants, Monsieur le Ministre a lancé cet appel pressant, de tout mettre en œuvre afin d'arriver à :

- améliorer la gestion holistique des travailleurs de la santé de même que leur répartition équitable sur tout le territoire
- renforcer et mettre en application les normes de gestion des ressources humaines en mettant accent sur l'évaluation de la performance afin de continuer à récompenser les meilleurs
- définir un cadre légal adapté à la réalité des professionnels de la santé dans la fonction publique qui permettra de prendre en considération les spécificités de leur profil académique, pour avoir un plan de carrière et des conditions de rémunération en accord avec leur compétence et niveau d'expérience.

Poursuivant ses propos, Monsieur le Ministre a indiqué qu'en ce qui a trait au domaine des Ressources Humaines pour la Santé (RHS), le PDS doit être suivi en vue de faciliter l'alignement du Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la santé avec les priorités nationale définies pour le futur.

Les travaux du présent atelier s'inscrivent dans un cycle de planification quinquennale en trois étapes et le pays en est au second cycle. Pour rappel, ces phases de planification se déclinent comme suit :

- étape 1, de 2018 à 2022 : Mise en place du cadre général pour le développement durable des RHS en Haïti ;
- étape 2, de 2023 à 2027 : Accélération de la marche vers le développement durable des RHS en Haïti ;
- étape 3, de 2028 à 2030 : Ajustement pour tendre vers l'atteinte des cibles de la stratégie mondiale en Haïti

Ainsi, le quinquennat 2022-2027 devrait capitaliser sur les interventions en cours pour tendre vers les objectifs mondiaux, dans lesquels Haïti s'est engagé à travers plusieurs programmes prioritaires. Les travaux du présent atelier devraient inclure inexorablement :

- l'évaluation des progrès réalisés dans le domaine à travers le Plan Directeur 2012-2022, la première phase du plan stratégique

- RHS 2018-2022, l'examen des goulots d'étranglement et des contraintes,
- l'identification des priorités pour les cinq prochaines années
- l'intégration dans la Phase II du Plan Stratégique de Développement des RHS pour la période 2022-2027 des priorités du Plan Directeur 2021-2031.

En conclusion à ses propos d'ouverture, Monsieur le Ministre a dit que cet atelier va permettre au Ministère en général et à la Direction des Ressources Humaines du Ministère en particulier de se doter d'un outil qui leur permettra d'une part d'assurer la matérialisation dans le réel des orientations du PDS en matière de Ressources Humaines en Santé tout en canalisant, d'autre part, de façon complémentaire les énergies dans l'opérationnalisation des interventions programmatiques à partir de l'assistance technique et financière des différents partenaires, afin de garantir une utilisation efficiente des ressources disponibles.

Des acquis importants en gestation…

Certes, les résultats sur le pilier ressources humaines du système de santé Haïtien sont encore insuffisants. Cependant, l'on note, avec l'intervention du **Conseiller Technique Intégré de la DRH/MSPP, Konan Laurent,** sur les réalisations de la stratégie nationale 2018-2022, que plusieurs chantiers importants dans le domaine des ressources Humaines ont été ouverts en Haïti et n'attendent que la finalisation des processus entamés.

Des réformes déterminantes sont en cours et devraient à terme conduire à un changement radical dans l'approche de management des ressources humaines de santé en passant d'une logique de moyens à une logique de résultats. Au titre des référentiels développés, l'on pourrait citer entre autres :

- le document de politique des Ressources Humaines de santé (Draft disponible) ;
- le Statut particulier du secteur de la Santé (Draft de texte disponible) ;
- le Profil de carrière des emplois de la Santé, réorganisés en 6 familles professionnelles (draft disponible) ;
- le nouveau Référentiel des Emplois de la santé (le REC *Plus* dont le draft est disponible incluant 400 pages de manuscrits de description de poste avec les indicateurs de performances) ;
- le document de rétention des personnels de santé en zone déshéritée (Draft disponible) ;
- le Plan d'Action de Formation et de Perfectionnement (PAFP- Draft disponible) ;
- le nouveau Système d'Évaluation de la Performance (SYSEP-draft du cadre conceptuel disponible).
- le nouveau Système d'Évaluation de la Performance (SYSEP-draft du cadre conceptuel disponible).

Sur tous ces domaines, l'OMRH reconnaît que le MSPP fait office de pionnier. Tous ces documents devraient passer par un processus de validation impliquant l'ensemble des parties prenantes du domaine des RHS du Pays. Nul doute qu'avec l'adoption et la mise en œuvre effective de ces outils, Haïti fera un pas de géant pour tendre vers les cibles de la stratégie mondiale des RHS 2030 !

Que faut conclure au terme des travaux de cet atelier ?

Il est vrai qu'Haïti traverse présentement des moments difficiles. Mais dans bien des domaines, comme la santé, ses cadres travaillent d'arrache-pied dans la discrétion avec l'appui des partenaires, en vue de l'avènement d'un système de santé robuste et performant répondant aux besoins de la population. Cet atelier en est une parfaite illustration. Les changements majeurs annoncés avec le cycle de planification 23-27 de la stratégie nationale des RHS dont les référentiels clés ont été exposés plus haut devraient permettre au pays de franchir un cap pour l'amélioration de la motivation et donc la rétention des travailleurs de santé qualifiés, condition incontournable pour l'atteinte des objectifs de santé.

Auteur correspondant

Mr. Ketler GUILLAUME
Directeur DRH/MSPP

2. Éduquer : pour quoi faire ?

MEDITATION ET NEUROSCIENCES

Sixième partie : Apprendre la méditation à l'école

Erold JOSEPH, MD

« N'est-il pas paradoxal que les jeunes reçoivent une éducation souvent très poussée dans tous les domaines, sauf dans celui qui détient précisément la clef de l'entière signification de la vie, et peut-être même de notre survie ? »

Sogyal Rinpoché

Une histoire allégorique

Un pauvre homme mendie depuis une trentaine d'années, dans une rue sombre, assis sur une grande caisse métallique. Un étranger passe un jour dans le quartier. Le malheureux lui réclame alors quelques pièces de monnaie. L'étranger le regarde alors droit dans les yeux et lui demande :

« Que faites-vous là ?»

- Comme vous le voyez, je demande l'aumône pour subsister, parce que je n'arrive pas à trouver du travail, répond le pauvre homme.

« Je n'ai rien présentement » déclare le nouveau venu. « Mais…Sur quoi êtes-vous assis » ?

- Juste une vieille caisse, rétorque l'autre. Je n'ai pas d'autre siège.

« L'avez-vous jamais ouverte pour savoir ce qu'il y a à l'intérieur ?

- Nullement. Cela servirait à quoi ? » répond le mendiant, à la fois déçu et décontenancé.

L'étranger part. Toutefois, très interloqué, le pauvre hère force le coffre. À sa grande et agréable surprise, il est rempli d'or….

Cette histoire est racontée dans l'un de ses ouvrages par le grand enseignant spirituel Eckhart Tolle [1]. Elle rappelle celle de cet homme ivre qui avait perdu les clés de sa maison dans une rue sombre, mais qui persistait néanmoins à mener sa quête dans une autre bien éclairée, parce que la visibilité y était meilleure. Le présent texte ne vise certes pas à vous faire trouver de l'or, ou des dollars, ou du pouvoir, mais à vous encourager et à encourager nos enfants à regarder dans le coffre de leur esprit, donc à méditer, pour y trouver le bien-être, au lieu de le chercher uniquement au-dehors.

Qu'est-ce que la méditation ?

Très peu de gens savent ce qu'est vraiment la méditation. Pour le commun des mortels, méditer c'est réfléchir à un sujet donné, c'est penser, analyser profondément en utilisant l'intellect. Rien n'est plus faux, bien qu'il existe des formes de méditation axées sur un sujet donné. Méditer, c'est plutôt mettre en veilleuse le mental et tout ce qui l'accompagne, à savoir les pensées, les émotions, les sentiments. C'est plutôt la simple conscience de soi, de son corps, de sa respiration, de son esprit, en tant qu'être vivant. Juste rester dans le moment présent. La conscience d'être ici et maintenant. C'est rentrer en soi, regarder dans le coffre de son esprit. Il s'agit d'observer le penseur. La conscience n'est pas en effet le mental : elle se situe au-delà, dans une autre dimension. Elle est l'observateur, l'écran, le champ qui nous connecte tous. On parle souvent de « méditation de la pleine conscience » (*mindfullness* en anglais), forme qui a été isolée, étudiée, vulgarisée par le médecin américain Jon Kabat Zinn [2]. Il faut y consacrer régulièrement, surtout au début, une dizaine à une trentaine de minutes par jour, dans le silence, le calme et l'immobilité. Avec le temps et la pratique, on arrive à méditer, dans le bruit, en mangeant, marchant, parlant, conduisant, bref en menant ses activités routinières, à vivre en méditant, comme le recommande d'ailleurs le maître zen vietnamien Thich Nhat Hanh [3]. Il s'agit, en résumé, de créer dans sa journée, des plages de plus en plus étendues de conscience dans nos actions, nos pensées, nos émotions, lesquelles sont à 95% automatiques, inconscientes.

D'où vient la pratique de la méditation ?

Selon Matthieu Ricard, écrivain, docteur en biologie moléculaire, converti en moine bouddhiste et devenu interprète du quatorzième Dalaï Lama, le terme « méditation » serait la traduction de deux mots sanskrits et tibétains : « *bhavana* » qui signifie « cultiver » et « *gom » :* « se familiariser ». Méditer ce serait « se familiariser avec », ou mieux, cultiver une vision juste et claire des choses, ainsi que des qualités humaines que nous possédons tous, mais qui demeurent latentes [4]. La méditation nous vient donc de l'Orient, ou plus précisément du bouddhisme tibétain. En effet, selon la philosophie bouddhique, nos émotions, sentiments, pensées agissent comme un voile qui obscurcit, voire déforme la réalité, ce qui entraîne la souffrance. Ainsi, notre existence est vécue comme un songe, un mirage : le « samsara ». La pratique assidue de la méditation, associée à une bonne compréhension de la vie, nous permet de sortir de cette forme d'hypnose, de devenir un « bouddha », c'est-à-dire un « être éveillé » et apte à aider les autres à le devenir. Carl Gustave Jung ne disait-il pas : *« celui qui regarde à l'extérieur, rêve ; celui qui regarde à l'intérieur, s'éveille »* ? Méditation et compassion constitueraient le sésame du bien-être et de la sagesse selon le bouddhisme.

L'Occident matérialiste a toujours cherché le bonheur exclusivement au-dehors, c'est-à-dire dans les événements et conditions de vie extérieurs. Il en est résulté un grand essor de la science et de la technologie modernes. L'Orient, en gros plus spiritualiste, s'est davantage focalisé sur l'esprit, mais aussi sur le mental qui interprète à la fois la réalité extérieure et intérieure, la traduisant en bien-être ou mal-être. D'où sa bonne longueur d'avance dans le domaine de la psyché. L'émigration en 1959, aux États-Unis, du quatorzième Dalai lama après l'occupation du Tibet par la Chine communiste, a facilité la rencontre des deux mondes. Si le progrès technique a permis à l'Occident d'améliorer son environnement matériel, de contrôler dans une grande mesure, les maladies infectieuses, d'exécuter un bond prodigieux dans le transport, l'habitat et la communication, il n'a pas apporté le bien-être espéré. Bien au contraire, le stress, l'anxiété, la malbouffe firent leur apparition, engendrant les maladies chroniques d'ordre physique (problèmes cardiovasculaires, cancer, diabète.) mais aussi mentales (dépression, névroses et psychoses). Et par-dessus tout : le mal existentiel. On a tout pour être heureux ; mais on ne l'est pas. Et on va mourir. « *Pa gen wout pa bwa* ». Certains occidentaux se sont alors rendus en Inde, au Tibet, au Népal ou ailleurs, pour découvrir et rencontrer ces moines, ces yogis, ces méditants, ces « prodiges de l'esprit » qui, en dépit de leur pauvreté, respiraient la joie et le bonheur

Par la suite, de grands psychologues et spécialistes des neurosciences et de la neurobiologie tels, Francisco Varela, Adam Engle, Paul Ekman, Jon Kabat-Zinn, Richard Davidson, Daniel Goleman, Wolf Singer ont étudié le cerveau de ces « athlètes de l'esprit » en pleine séance de méditation 5, 6]. Des cliniques de réduction du stress se sont alors multipliées aux États-Unis, puis au Canada, en France avec le psychiatre Christophe André. En 1987, à la suite d'une rencontre entre le quatorzième DalaÏ Lama, Adam Engle, entrepreneur et un neuroscientifique, Francisco Varela, il a été fondé le « Mind and life Institute » qui favorisait le dialogue entre scientifiques occidentaux d'un côté et religieux ou spiritualistes, de l'autre [7]. Grâce à ces échanges et ces recherches qui se poursuivent encore aujourd'hui, la psychologie occidentale a pu réaliser un bond prodigieux. Si auparavant, elle se faisait essentiellement à la deuxième personne, elle se réalise aujourd'hui aux trois personnes. Précisons ces trois termes. Faire de la psychologie à la première personne c'est s'examiner soi-même : par l'introspection. Le faire à la deuxième demande le concours d'un spécialiste formé dans le domaine (psychologue, psychiatre.). C'est la relation thérapeute/patient. Le faire à la troisième personne, c'est utiliser l'approche objective en étudiant un sujet, en mesurant par l'électroencéphalogramme (tracé électrique du cerveau), en localisant les zones actives et dosant les neurotransmetteurs c'est-à-dire les substances chimiques produites par le cerveau durant l'expérimentation. Les phénomènes paranormaux autrefois niés par la science officielle comme la télépathie, la vision à distance, la précognition, la sortie hors du corps, sans oublier les fameuses « Expériences de Mort Imminente » ou EMI (en anglais, Near Death Experience ou NDE) ont pu ainsi être analysés scientifiquement et continuent encore de l'être [8].

Quels sont les bienfaits de la méditation ?

Les effets positifs de la méditation ont été répertoriés dans plusieurs secteurs de la vie humaine : intellectuels, psychologiques, physiologiques et spirituels. Étant de prime abord un exercice de l'attention, la méditation augmente la concentration, la clarté d'esprit, l'intelligence pratique, l'objectivité, du fait qu'elle crée l'habitude de prendre de la distance par rapport aux phénomènes intérieurs et extérieurs. Par ce fait, elle facilite le calme, la maîtrise de soi, l'empathie et constitue un outil préventif de la violence, surtout quand elle est initiée précocement (fin du préscolaire et fondamental) et associée à la réflexion philosophique comme le font de plus en plus, certaines institutions d'enseignement à travers le monde [9]. Ces changements démontrent l'influence du mental « bien dirigé » sur le cerveau par le biais de la neuroplasticité laquelle est l'aptitude des neurones créer entre eux de nouvelles connexions et de modifier les structures anatomiques cérébrales [10, 11]. De plus en plus d'études montrent par ailleurs une augmentation de l'immunité et même de la longévité chez les personnes souffrant de cancer.

En cette période terrible de pénurie, de violence et de désarroi, la "méditation dite de la pleine conscience" peut aider considérablement nos jeunes écoliers à surmonter le stress, le traumatisme psychologique et à faire le deuil de leurs proches, souvent assassinés en leur présence. Il suffirait, au début, d'y consacrer 10 à 15 minutes par jour, en salle de classe, avec des professeurs préalablement formés au cours d'un séminaire. Il s'agit évidemment d'éducation non formelle. Les établissements d'enseignement devraient aussi prévoir régulièrement des activités extrascolaires où l'on initierait les jeunes de 7 à 18 ans à la méditation, mais aussi à des débats interactifs autour de thèmes philosophiques, existentiels : la réussite, le sens de la vie, la mort, l'amour, les émotions, l'esprit critique, le vivre ensemble, l'empathie, la compassion, la coopération, le désintéressement, l'amour de la patrie… (9)

Néanmoins, ceci ne saurait nullement remplacer le devoir primordial des dirigeants étatiques actuels d'assurer la sécurité extérieure des citoyens. Puisse cet article allumer dans leur cœur, l'étincelle de la compassion, éteinte par l'appétit du pouvoir et de ses privilèges….

À suivre

RÉFÉRENCES

1. *Eckhart Tolle, Le pouvoir du moment présent, Ariane Éditions Inc,2000*
2. *Jon Kabat Zinn, Là où tu vas, tu es, Éditions J'ai lu, 2013*
3. *Thich Nhat Hanh, Le miracle de la pleine conscience, Éditions J'ai lu ,2008*
4. *Matthieu Ricard , L'art de la méditation, Éditions retrouvées, 2021*
5. *Matthieu Ricard et Wolf Singer, Cerveau et méditation : dialogue entre le bouddhisme et les neurosciences, Edition Allary, 2017*
6. *Matthieu Ricard et Steven Laureys, La méditation, c'est bon pour le cerveau, Éditeur Odile Jacob, 2019*
7. *Le Dalai Lama et Howard Cutler, l'art du bonheur no 1, Edition J'ai lu, 2000*
8. *Mario Beauregard, Le saut quantique de la conscience, Edition Guy Trédaniel, 2018*
9. *Frédéric Lenoir, Philosopher et méditer avec les enfants, Editions Albin Michel, 2016*
10. *Deepak Chopra et Rudolph Tanzi, Le fabuleux pouvoir de votre cerveau, Editeur Guy Trédaniel*
11. *Deepak Chopra et Rudolph Tanzi, Le fabuleux pouvoir de vos gènes, Babelio, 2019*

Auteur Correspondant :

Erold JOSEPH,

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

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

3. Info CHIR/RHCA – mise à jour de l'INDEX MEDICUS

INDEX MEDICUS

CLASSEMENT PAR AUTEURS

CLASSEM PAR ARTICLI

Cordiales salutations à toute la communauté.

La coordination d'Info CHIR/RHCA s'empresse de vous communiquer la mise à jour de l'Index Medicus (IM) que vous pouvez consulter à partir de ce lien :

https://info-chir.org/index_medicus.html

L'IM contient plus de 500 auteur(trice)s qui ont publié plus de 600 articles dans Info CHIR/RHCA de 2011 à nos jours. D'aucuns diront que c'est peu par rapport au volume de la littérature médicale produite à partir d'Haïti, mais publiée à l'étranger. Nous vous l'accordons mais concédez-nous que cette production de près de 50 articles par année est une réalité palpable d'autant plus que l'inclusion de nouveaux articles est prévue trimestriellement.

Nous pensons également à imprimer l'Index en un livret qui devrait être distribué dans toutes les facultés de médecine, de nursing, dans les services des hôpitaux universitaires, etc, à travers le pays, pour que les jeunes réalisent que des ainé(e)s se sont astreint(e)s à la rédaction médicale, qu'il leur revient d'effectuer leurs propres recherches et de les publier.

Info CHIR/RHCA est à votre disposition pour vous encadrer dans toute démarche de rédaction et de publication médicale, et paramédicale.

Merci de contribuer à renforcer notre présence dans la littérature médicale mondiale.

Pour la coordination

Eunice Dérivois, coordonnatrice adjointe

Louis-Franck Télémaque, coordonnateur

4. Forum Médico-Chirurgical (FMC) XLIe conférence

Le mercredi 30 août 2023 a eu lieu la 41e conférence du FMC sur le thème :

« ANESTHÉSIE : CE QUE LES AUTRES SPÉCIALISTES ET LE GRAND PUBLIC DOIVENT SAVOIR. »

Le conférencier était le Dr Paul Brunel Delonnay Anesthésiologiste Spécialiste en Anesthésie Régionale.

Ci-après, la newsletter de l'invitation :

« La Médecine moderne se développe continuellement au rythme de la technologie et des grandes découvertes scientifiques. Toutes les spécialités évoluent et bénéficient de ce flux de modernisation. Cependant, si les progrès paraissent évidents et contribuent à la visibilité et l'éclat de certaines disciplines, d'autres continuent leur fonctionnement efficace mais silencieux, à l'insu même des bénéficiaires. L'Anesthésiologie est l'une de ces spécialités dont on parle peu et dont les succès tout comme les défis passent inaperçus. L'écho de l'acte anesthésique ne va pas plus loin que la porte de la salle d'opération. À la sortie du patient du bloc opératoire, tout le monde est content. La famille sourit : la chirurgie a réussi. L'anesthésie : on n'en sait rien.

À ce propos, un dialogue ouvert peut dissiper beaucoup d'ombres. Pour l'initier, la 41e conférence du FMC, à laquelle vous êtes cordialement invités, est dédiée à un partage d'information et des échanges sur ce thème. »

Vous pouvez avoir accès aux productions du FMC en accédant au lien : fmc.bsdlavi.org

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

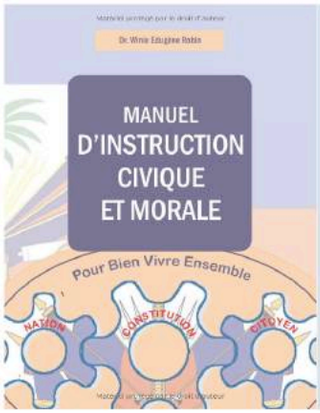
https://www.facebook.com/profile.php?id=100087237927867

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.

PUBLICATIONS You Tube du Pr Eliode PIERRE

1. Lombalgie (doule nan do) en 2050/Ti koze lasante?Dr Eliode P/FB/YT/RTM/Aout 23
https://youtu.be/aXeaY4f2eHA?si=nWjJu2vpKmHCUtsT
2. Les centenaires en Europe/ti koze lasante/dr eliode p/fb/yt/rtm/aout 23
https://youtu.be/mMSATTku6Zo?si=F8-InAeA8Luipf74
3. Cancer de la vessie/ti koze lasante/dr eliode p/fb/yt/rtm/aout 23
https://youtu.be/ZTPkZvP8kAU
4. Vieillissement de la population en 2050 /Ti koze popilasyon/Dr Eliode P/FB/YT/RTM/Aout
https://youtu.be/zspJNDfGsJE
5. Mettre fin au SIDA d'ici 2030/Ti koze lasante/Dr Eliode P/FB/YT/RTM/Aout 2023
https://youtu.be/BTlJYvnMeDQ
6. Coup de chaleur/ti koze lasante/dchaleur extremer eliode p/fb/yt/rtm/juin 23
https://youtu.be/HxIeh_LnmA0
7. Vaccin contre VIH?/dr eliode p/ti koze lasante/fb/yt/rtm/juin 23
https://youtu.be/SzxwDln30U0
8. Aktivite physique pou kombat maladi sik/Ti koze lasante/ FB/YT/RTM/Juin 23
https://youtu.be/NcJUbHEVrPs
9- L'inde dépasse la Chine/Ti koze popilasyon/Dr Eliode P/FB/YT/RTM/Juillet 23
https://youtu.be/UNnWn3NKcKI
10. Les jumeaux en hausse/Ti koze lasante/Dr Eliode P/FB/YT/RTM/Juil 23
https://youtu.be/_Wwx20nSw94
11. Baisse mondiale du nombre des spermatozoides/Ti koze lasante/Dr ELIODE
https://youtu.be/Z2uNvRmgS1U

SERVICE DE NÉONATOLOGIE À ELOHIM

Le service de NEONATOLOGIE est disponible à ELOHIM. La néonatologie est une spécialité médicale qui s'attache à prendre en charge les nouveau-nés, définis par un âge inférieur à 28 jrs de vie après la naissance.

Elohim Complexe médical 32, Rue Waag, Port-au-Prince Haïti, Tel : 3669 9452