Décembre 2023

Vol. 3. No 34.

Info Gazette Médicale

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001 | CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL) | CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE) | CODE ISBN : 978 – 99970 – 978 – 5 – 9

Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

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

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

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

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

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

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

Éthique
Gérald Lerebours, coordonnateur

Petites Annonces
Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture
Eunice Dérivois, membre

Conception et réalisation
Jean Alouidor, membre

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	6
Actualités Médicales et Paramédicales	13
Académies et Professions	18
Informations Socio Culturelles	20
Éthique	24
Petites Annonces	30

LA SANTÉ DES FEMMES

Des perspectives nouvelles se présentent pour L'être humain constitué de cellules sexuées est, à la base, considéré binaire, appartenant du point de vue biologique, à l'un ou l'autre des deux genres masculin ou féminin. Toutefois, ce n'est pas si rigide, l'exclusivité d'appartenance à un genre n'ayant pas de résonnance dans les sciences sociales et la non-binarite, terme générique.

Cette variabilité identitaire représente un défi dans le domaine de la santé, l'évaluation des besoins propres au genre et dans l'élaboration de programmes sanitaires adaptés à une catégorie genrée. D'autant plus que des observations scientifiques soutiennent que le sexe et le genre déterminent le risque à certaines maladies, les réactions aux traitements médicaux et les comportements de santé [1]. Des pays, dont le Canada avec un programme tel « l'Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes », investissent dans des travaux sur les différences entre les genres, suggérant que certaines conditions de santé sont associées à un sexe plutôt qu'à un autre.

En Haïti, les femmes représentent 52 % de la population dont 45 % sont entre 15-49 ans, en âge de reproduction. Considérant leurs limites et leurs besoins sanitaires, le concept, La santé de la femme revêt toute son importance. En effet, il se réfère : « …à la santé et au bien-être physique, biologique, génésique, psychologique, émotionnel, culturel et spirituel, aux différentes étapes de la vie, dans le contexte de préoccupations entrecroisées, uniques touchant notre corps, nos rôles, nos situations sociales et nos identités ».

Cette conception pluridimensionnelle de la santé de la femme cadre l'intérêt d'intensifier les publications sur la santé de la femme, dans le contexte de la sensibilisation au cancer du sein, tout en mettant l'emphase sur la thématique du cancer au féminin en général.

Un calendrier d'articles sur les affections, morbidités et changements physiologiques, hormonaux et structurels des femmes tout le long de leur continuum de vie sera maintenu. Le cancer du sein, ainsi que la ménaupose en deux actes ont entamé la série d'articles qu'on souhaiterait poursuivre avec d'autres dimensions et aspects de la santé globale de la femme. Ainsi, l'IGM, avec votre collaboration, lance des appels à contribution pour des articles en lien avec la santé non exclusive au féminin. Le souci est de partager les observations liées aux besoins multidimensionnels des femmes, des curiosités de recherche, et l'arrimage de l'offre sanitaire.

Lu Pour Vous offre des extraits de la littérature médicale récente. **Santé Publique** présente le rapport statistique 2022 du MSPP et celui du Centre Ambulancier National (CAN). Une revue statistique sur le cancer du sein complète la rubrique. **Éthique** communique le regard des autres sur les médecins. **Actualités Médicales et Paramédicales** raconte l'agression qu'a subie l'HUM, dévoile la deuxième capsule-santé CESPA sur les perturbateurs endocriniens et annonce la construction d'un hôpital pour la prise en charge des personnes atteintes de cancer**. Académie et Professions** apporte la contribution des pharmaciens à la lutte contre l'usage abusif des antimicrobiens et informe de la place des infirmières haïtiennes dans la recherche et la diffusion des connaissances. **Informations Socio Culturelles** appelle à supporter les efforts contre le cancer, se réjouit de l'accès de chirurgiens haïtiens à l'ACS et regrette le départ de figures de proue de la société haïtienne. **Petites Annonces** informe des bonnes adresses.

Comité d'éditorial et de rédaction

1- Initiative nationale de recherche sur la santé des femmes - IRSC (cihr-irsc.gc.ca)
- fr.statista.com/infographie/30448/proportion-de-femmes-et-hommes-par-pays
- dhsprogram.com/pubs/pdf/OD27/ProfildefemmeHaiti.pdf
-countrymeters.info/fr/HaitiComité d'éditorial et de rédaction

" Pensée du mois : " *« Là où se trouve une volonté, il existe un chemin. «*

Winston Churchill

LU POUR VOUS

1.- Omettre en toute sécurité la radiothérapie mammaire

Extrait de l'article TJ Whelan et al. N Engl J Med 2023 Aug 17 - 6 septembre 2023

Certaines femmes âgées de 55 ans et plus atteintes d'un cancer du sein de stade précoce peuvent omettre la radiothérapie après une chirurgie mammaire conservatrice.

La radiothérapie mammaire visant à réduire le risque de récidive locale a été une norme de soins pour les femmes subissant une chirurgie mammaire conservatrice pour un cancer invasif. Certains sous-ensembles de patientes, y compris les femmes âgées, ont été identifiés qui pourraient être en mesure d'éviter la radiothérapie, sans compromettre le résultat global (NEJM JW Oncol Hematol Feb 12 2023 et N Engl J Med 2023 ; 388 : 585). Une autre approche explorée consiste à identifier des sous-ensembles moléculaires de cancer du sein qui pourraient ne pas nécessiter de radiothérapie dans le cadre de la conservation du sein.

Les patientes ont été suivies cliniquement tous les 6 mois pendant 2 ans et annuellement par la suite. Des mammographies annuelles ont été obtenues et les patientes ont été interrogées sur l'observance du traitement endocrinien adjuvant. L'âge médian des patientes était de 67 ans ; seulement 12 % étaient âgées de 75 ans et plus. La taille médiane de la tumeur était de 1,1 cm. L'endocrinothérapie adjuvante était un inhibiteur de l'aromatase chez 59% des patientes et le tamoxifène chez 41%.

À 5 ans, le taux de récidive locale dans le sein ipsilatéral était de 2,3 % (10 patientes), ce qui répondait à la limite prédéfinie de l'essai de ≤5 %.

Référence

Whelan TJ et al. Omitting radiotherapy after breast-conserving surgery in luminal A breast cancer. N Engl J Med 2023 Aug 17; 389:612. (https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302344. opens in new tab)

Note de l'éditeur : Le rôle de la radiation adjuvante dans la prise en charge du cancer du sein semble être remis en question, laquelle d'après cette étude et d'autres semblables pourrait être omise complètement. Cette modalité de traitement dont le but serait d'éviter des récidives est souvent accompagnées d'effets secondaires sérieux : problèmes de la peau, nausée, perte des cheveux etc…

2. Association du diabète gestationnel avec le risque subséquent de mortalité à long terme

Extrait In JAMA Intern Med. Publié en ligne le 11 septembre 2023.

Question : Le diabète gestationnel est-il associé à un risque plus élevé de mortalité à long terme ?

Dans cette étude de cohorte portant sur 91 426 participantes à l'étude sur la santé des infirmières II, des antécédents de diabète gestationnel étaient associés à un risque accru de mortalité, en particulier de mortalité par maladie cardiovasculaire, même en l'absence de diabète de type 2 ultérieur. Un risque plus élevé de mortalité a été observé chez les participantes qui ont adopté des modes de vie moins sains, qui ont souffert de diabète gestationnel lors de 2 grossesses ou plus, qui ont souffert de diabète gestationnel lors des grossesses initiales et subséquentes, et qui ont signalé simultanément des maladies chroniques et d'autres situations défavorables de la grossesse ou de l'accouchement.

Les résultats de cette étude suggèrent que les participantes atteintes de diabète gestationnel peuvent avoir un risque élevé de mortalité totale et cardiovasculaire.

Importance : Le diabète gestationnel a été associé à de nombreuses maladies chroniques. Cependant, peu d'études ont examiné l'association entre le diabète gestationnel et le risque de mortalité à long terme.

Objectif : Étudier les associations entre le diabète gestationnel et les risques à long terme de mortalité totale et de mortalité par cause.

Conception, cadre et participants : Cette étude de cohorte a analysé les participantes de l'étude sur la santé des infirmières II qui ont été suivies pendant 30 ans (1989-2019). Les participantes comprenaient des infirmières américaines âgées de 25 à 42 ans qui ont déclaré au moins 1 grossesse (≥6 mois) à 18 ans ou plus au cours de leur vie reproductive. Les données ont été analysées du 1er mai 2022 au 25 mai 2023.

Exposition : Diabète gestationnel tout au long de la vie reproductive : Les rapports de risque (HR avec IC à 95 %) pour la mortalité totale et la mortalité par cause ont été estimés à l'aide de modèles de régression à risques proportionnels de Cox.

Résultats : Un total de 91 426 participantes paras ont été incluses, avec un âge moyen (ET) de 34,9 (4,7) ans et un indice de masse corporelle de 24,1 (4,7) au départ. Au cours d'une période de suivi de 2 609 753 années-personnes, 3937 décès ont été documentés, dont 255 décès dus à des maladies cardiovasculaires et 1397 décès dus au cancer. Cardiovasculaires (HR, 1,59 ; IC à 95 %, 1,03-2,47).

De plus, le diabète gestationnel était inversement associé à la mortalité par cancer (HR, 0,76 ; IC à 95 %, 0,59-0,98) ; Cependant, il n'était évident que chez les participantes qui ont développé plus tard un diabète de type 2.

Les résultats de cette étude de cohorte suggèrent que les participantes qui ont déclaré des antécédents de diabète gestationnel présentaient un risque faible mais certain de mortalité subséquente sur 30 ans. Les résultats soulignent l'importance de considérer le diabète gestationnel comme un facteur critique du risque de mortalité plus tard dans la vie.

Référence :

Yi-Xin Wang, MD, PhD1,2; Makiko Mitsunami, MD, PhD2; JoAnn E. Manson, MD3,4,5; et al ; Audreyl. Gaskins, ScD6; JanetW. RichEdwards, ScD3,7; Liang Wang, MD8; Cuilin Zhang, ScD9,10; Jorge E. Chavarro, ScD2,3,4 –

Note de l'éditeur : Résultats surprenants d'une des plus grandes études établies sur la santé de la femme. Cette fameuse 'Nurse study » acclamée pour sa rigueur scientifique et le nombre de participantes impliquées continue à produire des conclusions importantes. Cela a renforcé notre conviction de diagnostiquer systématiquement le diabète gestationnel en raison de ses conséquences immédiates et à long terme sur la santé de la femmes.

3.- Rapport de recherche : Épidémiologie des femmes et Dépression

Ronald C. Kessler - Journal des troubles affectifs
Volume 74, numéro 1, mars 2003, pages 5-13

Contexte

La dépression est la principale cause d'invalidité liée à la maladie chez les femmes dans le monde d'aujourd'hui. La dépression est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec des rapports de risque femmes/hommes. Des pistes sont suggérées pour les recherches futures nécessaires.

La prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes que chez les hommes s'enregistre de préférence au niveau de la première survenue plutôt que due à une persistance différentielle ou à une récidive.

Bien que la différence entre les sexes apparaisse d'abord à la puberté, d'autres expériences liées aux changements dans les hormones sexuelles (grossesse, ménopause, utilisation de contraceptifs oraux et utilisation d'un traitement hormonal substitutif) n'influencent pas significativement la dépression majeure.

Cette observation va à l'encontre des idées reçues sur la différence entre les causes de la dépression chez les hommes et les femmes. Pour faire progresser la compréhension de la dépression féminine, il faudra que les recherches épidémiologiques futures se concentrent sur les premières manifestations et suivent les cohortes incidentes de jeunes tout au long de la transition pubertaire vers le début de l'âge adulte avec des mesures fines des hormones sexuelles et des expériences environnementales liées au genre. Des interventions expérimentales visant la prévention primaire en manipulant conjointement des facteurs de risque biologiques et environnementaux putatifs seront probablement nécessaires pour trancher entre des hypothèses causales contradictoires concernant les effets séparés et conjoints de facteurs.

Introduction

L'étude Global Burden of Disease (GBD) de l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que la dépression majeure non bipolaire est la principale cause d'invalidité liée à la maladie chez les femmes dans le monde aujourd'hui (Murray et Lopez, 1996). Cet article passe en revue les recherches épidémiologiques récentes sur les femmes et la dépression.

Extraits de section

Prévalence

La prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes que chez les hommes est l'une des conclusions les plus largement documentées en épidémiologie psychiatrique. Cette différence a été constatée dans le monde entier à l'aide de divers schémas diagnostiques et méthodes d'entrevue (examinés par Nolen-Hoeksema, 1987). La prévalence de la dépression majeure chez les femmes dans ces études a généralement été entre une fois et demie et trois fois celle des hommes. Malgré cette cohérence, il y a d'énormes variations dans le total estimé.

Tendances historiques

Les enquêtes épidémiologiques suggèrent que la prévalence de la dépression majeure a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières décennies, tant chez les femmes que chez les hommes (Cross-National Collaborative Group, 1992). Ni la distribution des hormones sexuelles dans la population ni le patrimoine génétique ne changent aussi rapidement, ce qui signifie que l'influence des conditions environnementales changeantes doit expliquer ces augmentations spectaculaires. Avant d'examiner quelles pourraient être ces conditions environnementales, il est important de reconnaître les facteurs suivants :

a) Influences des rôles sociaux des femmes : On sait depuis plus de deux décennies (Gove, 1972) que les femmes déclarent des niveaux plus élevés d'humeur dépressive que les hommes dans les enquêtes communautaires et que cette différence entre les sexes est plus forte chez les personnes mariées que chez les célibataires. Des données plus récentes ont montré que la même spécification existe pour la dépression majeure. Cette spécification est la principale base empirique de la théorie du rôle sexuel de la dépression féminine (par exemple, Barnett et al., 1987). L'affirmation de base de cette théorie est que les femmes sont plus déprimées que les hommes

b) Influences des rôles sociaux des femmes : On sait depuis plus de deux décennies (Gove, 1972) que les femmes déclarent des niveaux plus élevés d'humeur dépressive que les hommes dans les enquêtes communautaires et que cette différence entre les sexes est plus forte chez les personnes mariées que chez les célibataires. Des données plus récentes ont montré que la même spécification existe pour la dépression majeure. Cette spécification est la principale base empirique de la théorie du rôle sexuel de la dépression féminine (par exemple, Barnett et al., 1987). L'affirmation de base de cette théorie est que les femmes sont plus déprimées que les hommes

b) Facteur de risque : La plupart des recherches sur les facteurs de risque de dépression se sont concentrées sur les prédicteurs de l'apparition de l'épisode de déApression majeure. Un certain nombre de facteurs de risque constamment importants ont été observés, notamment les antécédents familiaux, l'adversité durant l'enfance, divers aspects de la personnalité, l'isolement social et l'exposition à des expériences de vie stressantes (voir Kessler, 1997 pour une revue).

c) Comorbidité : Breslau (1995) a proposé l'existence d'une spécification intéressante : que la différence entre les sexes dans la dépression est en partie due à une différence dans l'anxiété antérieure. Elle a appuyé cette affirmation en montrant que le rapport de cotes (RC) du sexe prédisant la dépression majeure s'atténue considérablement lorsque des contrôles sont introduits pour l'existence antérieure de l'anxiété.

Marqueurs biologiques de sensibilité et d'exposition

L'émergence de la différence entre les sexes dans la dépression pendant la puberté a récemment été analysée dans une étude épidémiologique prospective par Angold et al. (1999) qui ont suivi des cohortes de garçons et de filles prépubères jusqu'à la puberté en utilisant des mesures directes des hormones sexuelles à partir d'échantillons de sang. Un premier rapport de cette étude a révélé que l'augmentation de la dépression chez les filles par rapport aux garçons se produit fortement au milieu de la puberté (stade Tanner III).

Conclusions et orientations futures

Les preuves disponibles montrent clairement que la dépression est un problème d'une importance énorme chez les femmes. Étant donné que la dépression commence souvent tôt dans la vie et que la différence entre les sexes apparaît avec la puberté, la prévention a jusqu'à présent été axée sur les enfants et les adolescents (Dryfoos, 1990, Hambourg, 1992).

Références :

1- *N. Breslau, Différences entre les sexes dans la dépression : un rôle pour l'anxiété préexistante ; Psychiatrie Rés. (1995)*

2- *C. Hayward et al. Différences ethniques dans l'association entre l'état pubertaire et les symptômes de dépression chez les adolescentes ; J. Adolesc. Santé (1999)*

3- *M.M. Weissman et al. Différences entre les sexes dans les taux de dépression : perspectives transnationales [Numéro spécial : Vers une nouvelle psychobiologie de la dépression chez les femmes] - J. Affect. Disord. (1993)*

4- *M.A. Young et al. Différences entre les sexes dans la prévalence de la dépression au cours de la vie - J. Affect. Disord. (1990)*

Note de l'éditeur : En revoyant ce rapport il faut se rappeler que les femmes sont beaucoup plus nombreuses à fréquenter les cabinets de médecine générale et de psychiatrie et plus enclines à exprimer leurs anxiétés et leurs dépressions. Une conclusion importante de cette étude est d'écarter les causes de différence entre les deux sexes habituellement acceptées de 'fragilité féminine et de causes hormonales.

4.- Les femmes et les maladies cardiaques

National Intitutes of Health (NIH)

La maladie coronarienne est la principale cause de décès chez les femmes. Environ 80 % des femmes âgées de 40 à 60 ans présentent un ou plusieurs facteurs de risque de maladie coronarienne. Avoir plusieurs facteurs de risque augmente considérablement le risque pour une femme de développer une maladie coronarienne.

Pourquoi la maladie coronarienne affecte-t-elle les femmes différemment ?

- Les changements hormonaux peuvent affecter le risque de maladie coronarienne d'une femme. Avant la ménopause, l'hormone œstrogène offre aux femmes une certaine protection contre les maladies cardiaques. Cela peut être dû au fait que l'œstrogène maintient les artères flexibles ou parce que l'œstrogène peut avoir des effets potentiellement bénéfiques sur les lipides sanguins. À mesure que les femmes vieillissent, cependant, leur risque de maladie coronarienne augmente, et l'hormonothérapie ménopausique augmente encore ce risque. Les femmes qui passent par une ménopause précoce, surtout si elles ont subi une hystérectomie, sont plus susceptibles de développer une maladie cardiaque que les femmes du même âge qui n'ont pas encore traversé la ménopause.

- La taille et la structure du cœur sont différentes pour les femmes et les hommes. Le cœur et les vaisseaux sanguins d'une femme sont plus petits, et les parois musculaires du cœur des femmes sont plus minces.

- Les femmes sont plus susceptibles d'avoir une maladie cardiaque dans les petites artères de leur cœur, appelée maladie coronarienne microvasculaire. Cela peut rendre le diagnostic plus difficile et entraîner des retards dans le traitement.

Quels facteurs influent différemment sur le risque pour les femmes ?

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des problèmes de santé qui augmentent leur risque de maladie coronarienne, tels que :

- Anémie, surtout pendant la grossesse ; Ménopause précoce (avant 40 ans)

- Endométriose ; Hypertension artérielle après 65 ans

- Antécédents de problèmes pendant la grossesse, y compris le diabète gestationnel, Prééclampsie, éclampsie, Hypertension artérielle pendant la grossesse) et le fait de donner naissance à un bébé prématuré ou plus petit que la moyenne

- Contrôle des naissances hormonal Maladies inflammatoires et auto-immunes

- Manque d'activité physique

- Problèmes de santé mentale, tels que le stress, le stress conjugal, l'anxiété, la dépression ou un faible soutien social

- Syndrome métabolique, un groupe de facteurs de risque qui augmente votre risque de maladie cardiaque et d'autres problèmes de santé

- Surpoids et obésité

Certains facteurs augmentent le risque de maladie coronarienne chez les femmes plus qu'ils n'augmentent le risque pour les hommes, notamment le diabète, le faible taux de cholestérol HDL, l'hypertension artérielle légère à modérée et le tabagisme.

En quoi les symptômes diffèrent-ils pour les femmes ?

- Différentes activités provoquent des douleurs thoraciques. Chez les hommes, l'angine a tendance à s'aggraver avec l'activité physique et à disparaître avec le repos. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir une angine de poitrine pendant qu'elles se reposent. Chez les femmes atteintes d'une maladie coronarienne microvasculaire, l'angine survient souvent lors d'activités quotidiennes de routine, telles que les courses ou la cuisine, plutôt que pendant l'exercice. Les angines microvasculaires peuvent durer plus longtemps et être plus douloureuses que les autres types d'angine de poitrine.

- L'emplacement et le type de douleur peuvent différer. Les symptômes de la douleur sont différents pour chaque personne. Les femmes souffrant d'angine de poitrine ou d' une crise cardiaque décrivent souvent leur douleur thoracique comme un écrasement, ou elles ressentent, disent-elles comme de la pression, une compression ou une oppression. Les femmes peuvent également avoir des douleurs à la poitrine ou au cou et à la gorge.

- Le stress mental est plus susceptible de déclencher une douleur angineuse chez les femmes que chez les hommes.

- D'autres symptômes courants chez les femmes comprennent des nausées, des vomissements, un essoufflement, des douleurs abdominales, des problèmes de sommeil, de la fatigue et un manque d'énergie.

Que doivent savoir les femmes sur le diagnostic et le traitement ?

Les tests et les procédures de diagnostic des maladies coronariennes sont similaires pour les femmes et les hommes, mais les femmes peuvent subir des retards dans le diagnostic ou le traitement.

- Renseignez-vous sur les tests diagnostiques importants. Les médecins peuvent être moins susceptibles de référer les femmes pour des tests de diagnostic pour une maladie coronarienne. Lorsque les femmes se rendent à l'hôpital pour des symptômes cardiaques, elles peuvent être plus susceptibles que les hommes de subir des retards dans la réception d'un électrocardiogramme initial, sont moins susceptibles de recevoir des soins d'un csardiologue pendant l'hospitalisation et sont moins susceptibles de recevoir certains types de traitements et de médicaments. Les femmes plus jeunes sont plus susceptibles que les hommes d'être mal diagnostiquées et renvoyées à la maison du service des urgences après des événements cardiaques qui surviennent à la suite d'une maladie cardiaque vasculaire non diagnostiquée et non traitée.

- Renseignez-vous sur les tests diagnostiques importants. Les médecins peuvent être moins susceptibles de référer les femmes pour des tests de diagnostic pour une maladie coronarienne. Lorsque les femmes se rendent à l'hôpital pour des symptômes cardiaques, elles peuvent être plus susceptibles que les hommes de subir des retards dans la réception d'un électrocardiogramme initial, sont moins susceptibles de recevoir des soins d'un cardiologue pendant l'hospitalisation et sont moins susceptibles de recevoir certains types de traitements et de médicaments. Les femmes plus jeunes sont plus susceptibles que les hommes d'être mal diagnostiquées et renvoyées à la maison du service des urgences après des événements cardiaques qui surviennent à la suite d'une maladie cardiaque vasculaire non diagnostiquée et non traitée.

- Renseignez-vous sur les options de traitement qui sont efficaces pour les hommes et les femmes. Les femmes peuvent être moins susceptibles que les hommes de recevoir de l'aspirine, des statines et des bêta-bloquants pour traiter leur maladie cardiaque. Bien que les femmes puissent être aussi susceptibles que les hommes de bénéficier d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur, les femmes sont moins susceptibles de recevoir ces traitements pour les complications des maladies coronariennes. Les femmes peuvent être moins susceptibles de recevoir certains traitements cardiaques tels qu'une intervention coronarienne percutanée ou un pontage aortocoronarien, même si la recherche montre que les hommes et les femmes peuvent bénéficier de ces procédures.

- Connaissez et partagez vos facteurs de risque. Les fournisseurs de soins de santé peuvent ne pas reconnaître le risque de maladie coronarienne d'une femme. Les systèmes de notation des risques couramment utilisés peuvent ne pas prédire avec précision le risque chez les femmes.

- Apprenez les symptômes et consultez un médecin immédiatement. Des soins immédiats peuvent aider à prévenir des complications telles qu'une crise cardiaque ou un arrêt cardiaque soudain.

Note de l'éditeur : les maladies coronariennes sont souvent oubliées et négligées chez les femmes alors qu'en fait elles représentent la première cause de décès. Le même phénomène est constaté pour le diagnostic de cancer gastro-intestinal qui est de façon erronée connu comme étant plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les retards de diagnostic sont dus à la présentation plus discrète du syndrome coronarien chez les femmes que l'image caricaturale associée avec les maladies coronariennes chez les hommes. Le fait que trop souvent les symptômes soient attribués à des causes émotionnelles contribuent à ce biais dangereux, une autre conséquence néfaste du sexisme.

5. Prise en charge de l'hypertension non sévère chez les femmes enceintes

Extrait of Bone and al JN et al. in Hypertension 2022 March - 24 mars 2022

Dans une méta-analyse, le labétalol a réduit les risques d'hypertension sévère, de protéinurie et de décès périnatal.

Le traitement des femmes atteintes d'hypertension et de prééclampsie sévères pendant la grossesse réduit le risque de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. Cependant, la prise en charge optimale de l'hypertension non sévère pendant la grossesse (c.-à-d. pression artérielle [TA] entre 140/90 mm Hg et 159/109 mmHg) n'est pas claire, avec des preuves limitées sur l'équilibre entre les bénéfices maternels et les risques fœtaux de la pharmacothérapie. Les chercheurs ont mené une méta-analyse en réseau de 61 essais portant sur 7000 femmes souffrant d'hypertension gravidique non sévère qui ont été randomisées pour recevoir du labétalol, de la méthyldopa, des inhibiteurs des canaux calciques, d'autres β-bloquants, une stratégie multi-médicaments ou un placebo / aucun traitement. Les critères de jugement d'intérêt comprenaient l'hypertension sévère (PA, ≥160/110 mm Hg), la protéinurie/pré éclampsie, la mort fœtale/néonatale, les nouveau-nés de petite taille pour l'âge gestationnel, les naissances prématurées et l'admission en unité néonatale.

Dans la plupart des essais, le traitement a été initié à la TA ≥140/90 mm Hg, et la cible la plus courante de la PA était <140/90 mm Hg. Par rapport au placebo/absence de traitement, tous les antihypertenseurs étudiés ont réduit l'incidence de l'hypertension sévère, mais aucun médicament ne s'est avéré supérieur. Seul le labétalol réduisait significativement le risque de protéinurie/prééclampsie et de décès périnatal ; Aucun médicament n'a affecté de manière significative les autres critères de jugement.

Références

Bone JN et al. Oral antihypertensives for nonsevere pregnancy hypertension: Systematic review, network meta- and trial sequential analyses. Hypertension 2022 Mar; 79:614. (https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18415.

Note de l'éditeur : Prescrire des médicaments pour une femme enceinte a toujours été une préoccupation pour les obstétriciens et les médecins de familles. Les périls de la prééclampsie sont bien connus et il y a un consensus sur la nécessité de la traiter agressivement, avec des médicaments qui ont fait leurs preuves. Cette étude indiquant de façon décisive que le labétalol est le traitement de choix pour l'hypertension moins sévère chez les femmes enceintes nous procure une référence très utile.

1. La Rapport statistique 2022

UEP - MSPP HAITI

SOMMAIRE

Le Rapport Statistique Annuel 2022 donne une vue globale de la situation de santé de la population haïtienne. Il représente une source d'informations importantes pour la prise de décisions basées sur des faits/résultats probants. Le document met en évidence une sous-utilisation des services de santé par la population.

Les maladies infectieuses et transmissibles ainsi que les non transmissibles, les accidents de la voie publique constituent les problèmes qui affectent la santé de la population. Certains progrès, certes, ont été constatés principalement en ce qui a trait à la santé de la mère, au VIH/Sida et à la TB. Dans le domaine de la Surveillance Epidémiologique des Maladies Évitables par la Vaccination (MEV), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) a indiqué que des cas de rougeole et de rubéole testés positif ont été par la suite infirmés par le Center for Disease Control and Prevention (CDC) à partir d'un test plus spécifique. Les responsables de la Santé ont confirmé la détention par le pays de la certification de l'élimination de la rougeole et de l'éradication de la poliomyélite.

Toutefois, il faut signaler que certaines données utilisées pour la présentation des ressources infrastructurelles et financières remontent à des années précédant l'élaboration du Rapport. Il faut souligner également que les données proviennent d'un total de 887 enregistrées sur la plateforme DHIS2 sur les 1 007 institutions sanitaires recensées au cours de l'EPSSS II. De plus, en termes de couverture de l'information sanitaire, le taux a été de 90.1 % pour les rapports statistiques mensuels des services de santé et de 65.0 % pour la Surveillance épidémiologique.

Des efforts vont être consentis afin d'augmenter la couverture des services et de l'information, d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services.

CONTEXTE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) s'est engagé dans le renforcement de la performance du secteur en s'assurant de la disponibilité de l'information stratégique pour la prise de décision et la reddition de comptes en publiant périodiquement des rapports techniques et financiers.

La publication de ces deux rapports (Rapport Statistique Annuel et les Comptes Nationaux de Santé) constitue l'une des attributions de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), chargée de la gestion du Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) mis en place depuis 2014 avec la collaboration de certains partenaires impliqués dans le domaine. Le dernier rapport statistique en date est celui de l'année 2022.

Les données utilisées pour son élaboration proviennent de la plateforme informatique, le District Health Information System-2ème Version (DHIS2), en interopérabilité avec le Monitoring Évaluation et Surveillance Intégrée (MESI) pour le VIH/Sida et un Tracker TB pour la saisie, le traitement et l'analyse des données ; de la base de données de la Malaria ainsi que du Système National de Surveillance Épidémiologique ; de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé pour la période 2017-2018 (EPSSS 2017-2018) et des Comptes Nationaux de Santé (CNS) pour les années fiscales de 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019.

Cet article se réfère aux résultats du Rapport Statistique Annuel 2022, qui réalise une radiographie de la situation socio-sanitaire du pays. Il présente des informations relatives à l'accessibilité aux services de santé, l'état de santé de la population, la couverture des services de base, au fonctionnement du système ainsi qu'aux ressources consacrées à la santé de la population.

RÉSULTATS

1. Population et groupes ciblés pour les interventions prioritaires du Ministère

Une estimation des chiffres de population effectuée à partir des projections de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) issues des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003 (RGPH) révèle que la population comprenait 12 033 670 habitants en 2022.

Par ailleurs, le Ministère a défini des groupes cibles dans le cadre de la mise en œuvre de ces programmes prioritaires, constitués d'enfants de moins de 5 ans dont 288 808 enfants de moins d'un an et 1 119 131 de 1 à 4 ans, de femmes en âge de procréer (15-49 ans) : 2 948 249 et femmes enceintes (336 943)

2. Accès aux services de santé

Seulement 23.0 % de la population ont sollicité au moins une fois les services au niveau des institutions sanitaires du pays. Parmi ces demandeurs de services, 2.1 % étaient venus pour les soins bucco-dentaires, principalement pour les abcès gingivaux (40.1 %) et la gingivite (39.7 %). Par ailleurs, des 10 019 169 consultations effectuées, un total de 92 360 consultations ont été fournies aux personnes à mobilité réduite (déficit moteur ou sensoriel), soit un ratio de 92 pour 10 000.

Pour les services d'urgence, la majorité des cas enregistrés dans les institutions sanitaires étaient des accidents de la voie publique principalement des accidents par moto (39.4 %) et des cas de violences physiques (armes blanches, plaies par balles et autres) soit 75.0 % des 20 955 cas de violences répertoriés.

3. État de santé de la population

D'après les données recueillies du Système de Surveillance Epidémiologique (SSE), le tableau est dominé par les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), la fièvre typhoïde suspecte, l'hypertension artérielle, la COVID-19 suspecte, les diarrhées aqueuses, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les accidents de la voie publique, le Choléra suspect, pathologie qui a fait sa réapparition en septembre 2022 et le diabète. Selon les résultats de la surveillance du choléra, la population des moins de 10 ans (0-4 ans et 5-9 ans) a davantage été affectée, affichant la plus forte incidence, respectivement 20.2 % et 18.0 %.

En ce qui concerne la mortalité, le groupe d'âge le plus touché demeure celui des 70 ans et plus (taux de létalité de 67.3 %), suivi des 60 à 64 ans (taux de létalité : 48.8 %).

Pour ce qui est de la COVID-19, on a constaté que l'Ouest comptait le plus grand nombre de cas et le département du Centre le plus de décès.

En ce qui a trait à la surveillance des décès maternels, une diminution du nombre de décès a été notée, soit 46 contre 191 par rapport à l'année 2021. Il faut mentionner que plus de 50.0 % des 46 décès maternels ont été signalés par trois départements : l'Artibonite (11), le Centre (10) et le Nord (9).

4. Couverture des services

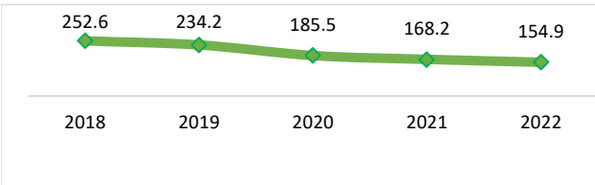
Cette partie présente les résultats relatifs à la Planification familiale, la Santé de la mère et de l'enfant, certaines maladies infectieuses et transmissibles (VIH/Sida, TB et Malaria) ainsi qu'aux ressources consacrées à la santé de la population.

a) Planification familiale

Le taux d'utilisation de la Planification familiale (PF) s'établissait à 19.0 % pour un total de 561 188 utilisateurs. La préférence des usagers de la PF portait sur les méthodes de courte durée telles que le condom, le Depoprovera et la pilule.

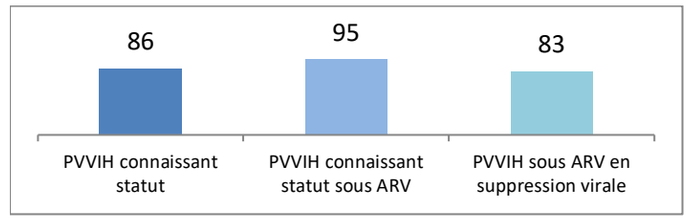
b) Santé de la mère et de l'enfant [graphique 1]

Graphique 1 : Évolution du Ratio de mortalité maternelle hospitalière de 2018 à 2022 - MSPP, Année 2022



Source : Elaboration propre à partir des Rapports statistiques des Départements sanitaires

Graphique 2 : Degré d'atteinte des 95-95-95 - Année 2022



Source : Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS)

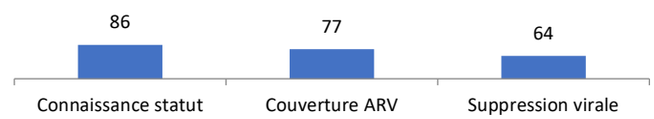
En ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, on a constaté :

- la réalisation de la première visite prénatale par 65.9 % des femmes enceintes dont 29.5 % au cours des trois premiers mois de la grossesse (selon les recommandations du Ministère) et 38.5 % au second trimestre ;
- une déperdition progressive de femmes enceintes à avoir effectué les visites subséquentes ; 65.9 % pour la première vs 21.7 % pour la quatrième ;
- l'administration d'au moins deux doses du vaccin dT à 37.7 % des gestantes ;
- la réalisation de plus de six (6) accouchements sur 10 (67.9 %) par un personnel de santé qualifié ;
- un ratio de mortalité maternelle hospitalière de 154.9 pour 100 000 accouchements, ratio qui a subi une diminution progressive entre 2018 et 2022.
- un pourcentage de 44.7 % d'enfants de moins de 5 ans à avoir bénéficié des services de contrôle de croissance ;
- une faible couverture en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, soit 26.6 %.
- une couverture vaccinale complète des enfants âgés de moins d'un an de 53.1 %.

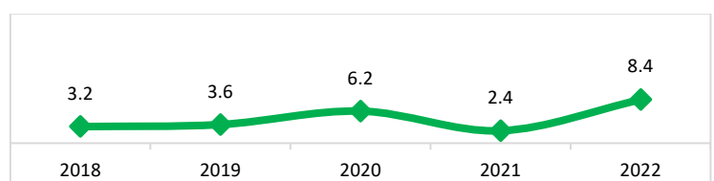
c) Pour le VIH, on a observé : [graphique 2, 3]

- un taux de séropositivité de 3.0 % avec le taux le plus élevé dans le Nord (4.1 %) et plus faibles dans la Grande-Anse (1.9 %), le Centre (2.0 %) et le Sud (2.2 %) ;
- la mise sous traitement antirétroviral de 12 00 patients ;
- une rétention sous traitement de 76 % des patients après 12 mois ;
- l'atteinte de l'une des cibles des 95-95-95 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ;
- Une proportion de 64 % de PVVIH avec une charge virale indétectable.

Graphique 3 : Cascade de dépistage et de traitement du VIH exprimé en % MSPP, Année 2022

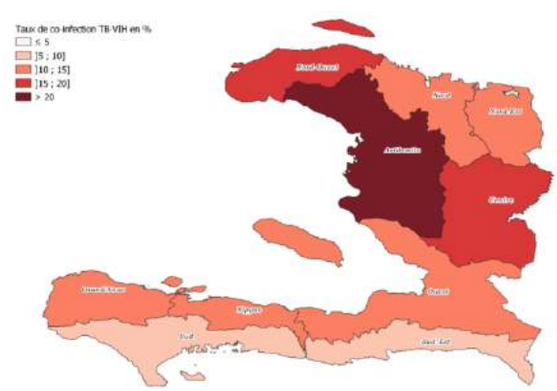


Source : Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS)



d) Pour ce qu'il s'agit de la tuberculose, les résultats sont les suivants :

Graphique 4 : Répartition du taux de co-infection TB et VIH par département géographique MSPP, Année 2022



Source : Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

- Un pourcentage de 63.1 % les 18 126 attendus ;
- Un total de 10 443 nouveaux cas de Tuberculose sur l'ensemble des 11 433 cas dépistés ;
- Le diagnostic exclusif au Gene X pert pour 2 665 parmi les 4 565 cas de tuberculose testés, soit 58.4 % ;
- Environ 1 595 patients avec une co-infection TB-VIH sur les 11 433 cas notifiés. [graphique 4]
- Un taux de succès de traitement de 81.9 % au niveau national de la cohorte de 2021 ; taux ayant dépassé l'objectif annuel qui était de 80.0 % ;
- Un pourcentage de décès s'établissant à 5.5 % au niveau national.

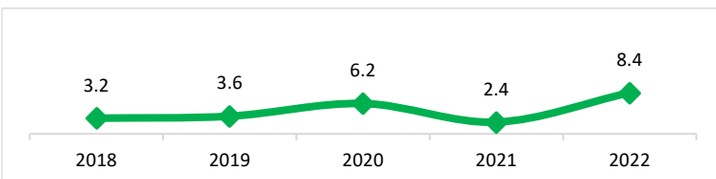
a) La situation de la Malaria se présente comme suit :

- Un pourcentage de 1.9 % de cas confirmés chez les femmes enceintes avec des fluctuations interdépartementales : gestantes plus affectées dans les départements du Nord (5.1%) et du Nord-Ouest (4.8 %) mais aucun cas confirmé au niveau du Nord-Est et de l'Ouest ;
- L'atteinte en 2022 du plus haut niveau du taux de positivité de la malaria depuis 5 ans. [graphique 5]

e) La situation de la Malaria se présente comme suit :

- Un pourcentage de 1.9 % de cas confirmés chez les femmes enceintes avec des fluctuations interdépartementales : gestantes plus affectées
- L'atteinte en 2022 du plus haut niveau du taux de positivité de la malaria depuis 5 ans. [graphique 5]

Graphique 5 : Taux de positivité de la malaria de 2018 à 2022 - MSPP, Année 2022



Source : Élaboration propre à partir des données du Programme National de lutte Contre la Malaria

5. Ressources Sanitaires

Les résultats portent principalement sur les infrastructures et le financement de la santé.

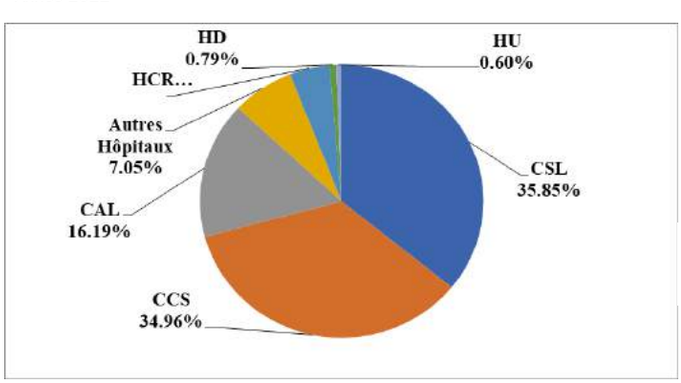
a) Infrastructures sanitaires

Comme mentionné précédemment, les données proviennent de l'Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé pour la période 2017-2018 (EPSSS 2017-2018).

Un total de 1 007 institutions de santé avait été recensé. Les observations ont révélé :

- une plus forte proportion de centres de santé sans lit (35.9 %) et de dispensaires/centres communautaires de santé (35.0 %) [graphique 6]

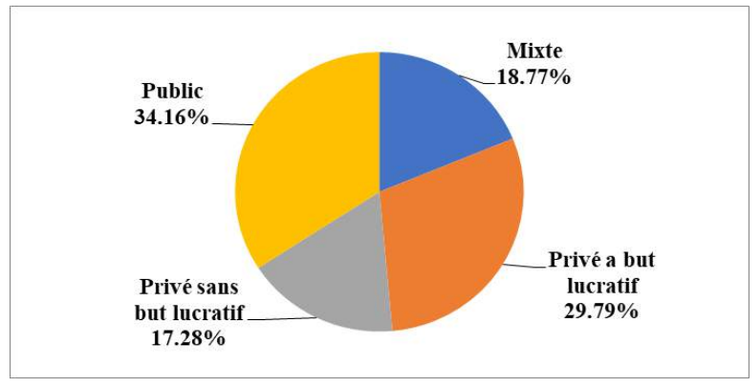
Graphique 6 : Haïti : Répartition des institutions sanitaires du pays par catégorie MSPP, Année 2022



Source : Élaboration propre à partir des données de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé en Haïti, 2017-2018

- Une participation importante du secteur privé dans la prestation des services à la population. [graphique 7]

Graphique 7 : Haïti : Répartition des institutions sanitaires du pays selon le statut. MSPP, Année 2022



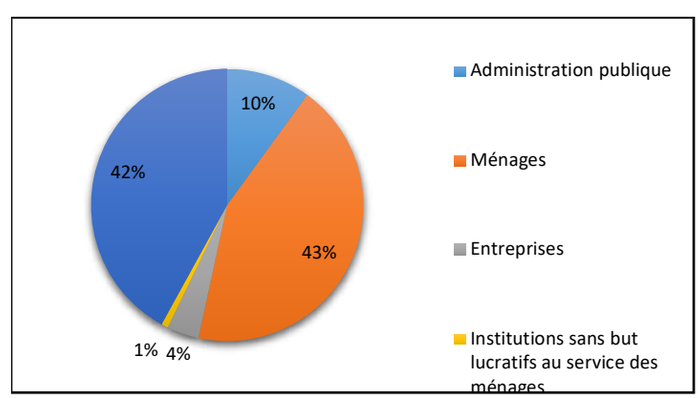
Source : Élaboration propre à partir des données de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé en Haïti, 2017-2018

- Un ratio de 6.4 lits pour 10 000 habitants.

b) Ressources Financières

Les résultats portant sur les ressources financières, émanent des Comptes Nationaux de Santé (CNS) des années fiscales de 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019. On note que les ménages (43.4 %) et le reste du monde (42.0 %) constituent les principaux contributeurs pour les dépenses courantes en santé. [graphique 8]

Graphique 8 : Répartition des dépenses courantes de santé par source de financement période 2018 – 2019. MSPP, Année 2022



Source : Élaboration propre à partir des données des Comptes Nationaux de Santé 2018-2019

Auteurs correspondants :
Dr. Jean Patrick ALFRED,
jeanpatricka3@gmail.com

2. Octobre rose : sensibilisation au cancer du sein

Edith C. Georges, BSN.

« *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'* » Ulrika Richardson.

On acceptera que ce cri d'alarme, puisse inclure les femmes en attente de diagnostic et de prise en charge, les combattantes en traitement et celles qui ayant identifié une masse ou une quelconque anomalie dans leur région mammaire, ne peuvent avoir accès au réseau de santé. Cette déclaration de la Coordinatrice résidente et humanitaire des Nations Unies en Haïti, rapportée dans les communiqués de presse de l'Unicef en septembre 2022, au sujet de la crise du carburant et de l'insécurité grandissante, fait écho aux préoccupations et à l'impératif d'agir pour la lutte contre le cancer du sein au féminin. Et, si la sensibilisation à la détection précoce et à la prise en charge rapide, piliers de l'objectif de la nouvelle initiative de l'OMS sont à notre portée, elle ne peut se circonscrire au seul mois d'octobre. La prévalence et la létalité du cancer du sein dans les pays à faibles revenus tels que le nôtre, dans leur portée individuelle et sociétale impliquent la mise en place de stratégies véritables, évolutives et intégrées de toutes les instances concernées du réseau afin de dynamiser la lutte contre le cancer du sein. Ce sujet d'intérêt sera abordé dans ce document qui se veut une récapitulation de l'information actualisée ; une sorte de remue-méninges des données probantes accessibles, en rappel à l'envergure nationale de cette affection trop souvent fatale. C'est aussi, en hommage aux disparues, en solidarité avec les survivantes, et en support aux combattantes dont la survie est menacée par les limites de notre réseau de santé, face au pire fléau des femmes à travers la planète. D'autant plus que notre réalité haïtienne n'est nullement rose car la forte prédominance féminine, avec les cancers du sein et du col de l'utérus formant plus de 80 % des cancers, semble suggérer une féminisation du cancer en Haïti et que de plus de 60.9 % des patients sont âgées entre 40 et 64 ans, tranche d'âge représentant la population active [1].

CONTEXTE / REVUE DE L'INFORMATION CHIFFRÉE ET EN IMAGES

Le cancer du sein est un fléau mondial, silencieux, prévalent chez les femmes, dès la puberté, augmentant avec l'âge (post ménopause), mais il se rajeunit.

1. Le cancer du sein est le plus courant à l'échelle du globe et dans tous les pays [2]
2. Le cancer du sein est la première ou la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes dans 95 % des pays. Cependant, près de 80 % des décès dus au cancer du sein et du col de l'utérus surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [3].
3. Selon l'Institut de recherche de l'agence sanitaire mondiale de l'ONU [2] le cancer du sein :
   a) se classe au premier rang en termes d'incidence et de mortalité dans la plupart des pays du monde (dans 159 et 110 pays, respectivement).
   b) représente en 2020 dans le monde 2,3 millions de cas féminins et 685 000 décès, dépassant pour la première fois le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon.
   c) se chiffre à 7,8 millions de femmes en vie diagnostiquées au cours des cinq années précédentes.
4. L'OMS : Déclaration de Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général : ''Les pays dont les systèmes de santé sont plus faibles sont les moins capables de gérer le fardeau croissant du cancer du sein. Il exerce une pression énorme sur les individus, les familles, les communautés, les systèmes de santé et les économies. Cela doit donc être une priorité pour les ministères de la Santé et les gouvernements du monde entier [3] »
5. Haïti, quelques nombres et chiffres :
   a) Selon le rapport Statistiques de l'UEP/MSPP 2022 [4] : Population : 12 033 670 ; Femmes : 50.4 % ; Hommes : 49.6 %
   b) Liste des Maladies/Phénomènes sous surveillance ⟶ à déclaration mensuelle :

Cancers (seins – col de l'utérus – prostate, autres).

6. Rang des maladies/Phénomènes sous surveillance accessibles, (1ère à 52e semaine épidémiologique 2022)

Cancer du sein⟶ 353 ; cancer du col⟶ 323 ; autres cancers 446.

7. Un des divers éléments caractérisant la situation globale de la santé de la population :
   a) Une morbidité dominée par les maladies transmissibles incluant les immuno contrôlables et les maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer qui prennent de l'ampleur d'année en année.
   b) Le cancer du sein se situe au 14e rang des premières 50 causes de décès en Haïti [5] ;
   c) Les décès par cancer du sein en Haïti : données de l'OMS publiées en 2020 : 705 ou 0.80 % des décès totaux. Le taux ajusté selon l'âge, est 16.94 par 100 000 de population, Haïti est en position 90 dans le monde [6] ;
   d) Le cancer du sein, 16,9 décès pour 100 000 - 7,2 pour 100 000 pour le cancer du poumon - 10,1 pour 100 000 pour le cancer colorectal[7];
   e) En 2018, 12 366 nouveaux cas de cancer de toutes sortes ont été enregistrés : 6 566 étaient des femmes. 16.8 %, soit 1015 cas de cancer du sein, le cancer le plus fréquent chez la femme [8];
8. Profil épidémiologique des cancers admis par le programme de cancer d'Innovating Health International de 2016 à 2020 [1,9] :
   a) Haïti n'a aucun programme national de lutte contre le cancer et le registre national permettant d'évaluer la vraie charge de morbidité du cancer sur le système de santé haïtien est non fonctionnel. Il n'existe aucun centre de radiothérapie en dépit d'un projet d'implémentation lancé en 2007 et financé par l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA).
   b) (…) la forte prédominance féminine, avec les cancers du sein et du col de l'utérus formant plus de 80 % des cancers, semble suggérer une féminisation du cancer en Haïti. 60.9 % des patients sont âgés entre 40 et 64 ans, tranche d'âge représentant la population active.
   c) (…) selon le rapport GLOBOCAN 2020 de l'IARC, entité de l'OMS : « plus de 12 000 Haïtiens seraient diagnostiqués de cancer en 2020 et plus de 9 000 en seraient décédés la même année. Les plus prédominants chez l'homme en Haïti sont les cancers de la prostate, de l'estomac, du côlon, du foie et du poumon, et les plus courants chez la femme sont les cancers du sein, du col de l'utérus, le cancer colorectal, le cancer de l'estomac et le cancer du poumon ».
   d) GLOBOCAN dénombre un total de nouveaux cas : 6 289 cas de cancer du sein, avec 1 418 (22.5 %) dus au cancer du sein chez les femmes, tous âges confondus ; et (22.5 %) colorectal ; 647 (10.3 %,) cervix uteri ; 588 (9.3 %); estomac; 474 (7.5%) … au total, 12 404 de cancers au pays.
   e) Une étude rétrospective sur 10 ans menée dans le service d'oncohématologie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) a révélé que sur les 875 cas retenus pour l'étude, les plus courants chezb la femme étaient le cancer du

sein, les hemopathies malignes, les cancers gynécologiques et les cancers digestifs, alors que chez l'homme l'on retrouve les hémopathies malignes, les cancers digestifs, et les cancers de la peau.

Fig. 1 et 2 : cancers du sein chez de jeunes femmes

Fig. 3 et 4 : formes avancées de cancers du sein

ASPECTS CLINIQUE ET ANA PATHOLOGIQUE [10]

1. **Le cancer du sein** est un cancer insidieux, qui peut se développer sans autre symptôme qu'une gêne, un manque de souplesse ou une tuméfaction dans le sein que l'on sent sous la douche [11]
2. Le cancer du sein peut présenter une association de symptômes tels que : [12]
   a) Une masse ou un épaississement dans le sein, souvent indolore ;
   b) Un changement de la taille, de la forme ou de l'apparence du sein ;
   c) Des fossettes, des rougeurs, une peau d'orange ou d'autres changements cutanés
   d) Une modification de l'apparence du mamelon ou de la peau qui l'entoure (aréole)
   e) Un écoulement mamelonnaire anormal ou sanglant ;
3. Toute masse n'est pas nécessairement cancéreuse, consulter vaut mieux ;
4. La plupart des cancers du sein prennent naissance dans le tissu glandulaire du sein (adénocarcinomes) ; d'autres peuvent apparaître dans les canaux (carcinomes intra canalaires) ou les lobules (carcinomes lobulaires).
5. Le carcinome intra canalaire est la forme la plus courante de cancer du sein, soit près de 90 % de tous les carcinomes du sein non infiltrants et 70 % de tous les carcinomes canalaires infiltrants ;
6. La forme précoce (in situ) ne met pas la vie en danger ;
7. Sans aucune intervention, l'issue peut être fatale.

FACTEURS DE RISQUE [13, 14]

1. Le sexe féminin est le facteur de risque le plus important, ainsi que l'âge (0.5 à 1% chez les hommes).
2. Près de la moitié des cancers du sein touchent des femmes qui ne présentent aucun facteur de risque particulier autre que le sexe (féminin) et l'âge (plus de 40 ans).
3. Augmentation de la prévalence, de l'incidence et une probabilité dues à divers facteurs : l'environnement, les modes de vie, l'obésité, l'abus d'alcool, le tabagisme, les antécédents familiaux de cancer du sein, les antécédents gynécologiques (l'âge au moment des premières règles et à la première grossesse, par exemple), une exposition aux radiations un traitement hormonal post-ménopause.
4. En association aussi : certaines mutations génétiques héréditaires de haute pénétrance qui accroissent fortement le risque de cancer du sein, les plus importantes étant présentes dans les gènes BRCA1, BRCA2 et PALB2.
5. L'ablation chirurgicale des deux seins est envisageable chez les femmes avec ces mutations de gènes de premier plan.

TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN

Le traitement du cancer du sein implique une approche multidisciplinaire associant prioritairement la chirurgie, la radiothérapie et les médicaments ainsi qu'une prise en charge rapide. [15]

1. Le traitement du cancer du sein est adapté à la personne, au type de cancer et à sa propagation en dehors du sein vers les ganglions lymphatiques (stades II ou III) ou d'autres organes (stade IV). Soit :
   a) chirurgie pour éliminer la tumeur ;
   b) radiothérapie pour réduire le risque de récidive dans le sein et les tissus environnants
   c) médicaments pour tuer les cellules cancéreuses et éviter la propagation ;
   d) thérapies hormonales, la chimiothérapie ou thérapies biologiques.
2. L'efficacité des traitements contre le cancer du sein dépend d'un cycle thérapeutique complet. Un traitement partiel est moins susceptible de produire des résultats positifs.
3. Les traitements contre le cancer du sein sont mieux tolérés si on les commence tôt et les suit jusqu'au bout.

PRONOSTIC DE CANCER DU SEIN

1. La mortalité par cancer du sein est stable entre les années 1930 et 1970 en lien avec la chirurgie le mode primaire exclusif de traitement (mastectomie radicale).
2. Le taux de survie : À partir des années 1990, on note une amélioration avec la mise en œuvre des programmes de détection précoce associés à des programmes de traitement complets, avec des thérapies médicales efficaces.
3. La sensibilisation est un facteur déterminant, une arme précieuse dans la lutte contre le cancer du sein. [13, 14]

En Haïti, d'autres facteurs et déterminants(l'économie, le social, le politique, l'insécurité, la désuétude ou l'absence d'infrastructures sanitaires modernes etc…) dressent une muraille imposante à :

a) l'accès aux soins et services, la santé du sein et la santé globale des femmes, poto mitan de la famille [16].
b) « Le manque d'éducation, les troubles socio-politiques et le faible accès aux soins de santé expliquent entre autres que la majorité des cas de cancer sont diagnostiqués à un stade avancé'' [17].
c) L'Observatoire National de la Violence et de la Criminalité (ONAVC) se veut un instrument d'observation, de mesure, de suivi et d'évaluation de la violence et de la criminalité en Haïti, autrement dit une réponse au déficit avéré d'information et d'analyse dans le domaine. En 2011, réalisation d'une enquête de victimisation qui a fait état des divers types de violences interpersonnelles que subissent les femmes dans les espaces privés et publics

et a montré le sentiment d'insécurité des femmes dans ces espaces [18].

LA LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN : SENSIBILISER ET INFORMER

En Haïti, les femmes constituent un peu plus de la moitié (52 %) de la population haïtienne. Près de la moitié d'entre elles (45 %) sont âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de reproduction : elles représentent 23 % de la population totale [19].

1. Le dépistage précoce et une prise en charge rapide peuvent sauver des vies.
2. La prévention n'a pas de prix : « Pye kout pran devan »
3. C'est à notre portée car la santé multidimensionnelle de la femme nous concerne tous, une affaire familiale, un enjeu de société et une priorité sanitaire d'ordre mondial.
4. La sensibilisation est un facteur déterminant, une arme précieuse dans la lutte contre le cancer du sein.

AU SUJET DE L'INITIATIVE MONDIALE DE L'ONU :

1. Pour les femmes des pays les plus pauvres, l'un des principaux défis consiste à recevoir un diagnostic en temps opportun (OMS). Le mois d'octobre est le mois de la sensibilisation au cancer du sein [20].
2. La lutte contre le cancer du sein/ Nouvelle initiative mondiale de l'OMS [21].
3. L'objectif de la nouvelle initiative mondiale de l'OMS relative à la lutte contre le cancer du sein repose sur trois piliers : la promotion sanitaire en vue d'une détection rapide ; le diagnostic en temps opportun et une prise en charge complète du cancer du sein soit :
   a. une réduction de la mortalité de 2,5 % par an, et de 2,5 millions de décès entre 2020 et 2040.
   b. La réduction de la mortalité par cancer du sein dans le monde de 2,5 % par an
   c. Chez les femmes de moins de 70 ans, une réduction de 25 % et 40 % des décès par cancer du sein d'ici 2030 et 2040, respectivement.
   d. Le dépistage précoce par mammo et l'observation vigilante par d'autres moyens d'une petite masse ou de tout changement corporel au sein même indolore quelconque, justifient une consultation immédiate et une prise en charge rapide selon l'indication.
   e. Le taux de mortalité par cancer du sein standardisé selon l'âge a chuté de 40 % entre les années 1980 et 2020 dans les pays à revenu élevé ; une baisse annuelle de 2-4 %, OMS
   f. Recommandations de l'OMS : Les stratégies d'amélioration des résultats en matière de lutte contre le cancer du sein supposent un renforcement radical des systèmes de santé pour qu'ils dispensent des traitements qui ont déjà fait leurs preuves. Il s'agit par exemple de disposer de filières d'orientation fiables entre les établissements de soins primaires, les hôpitaux de district et les centres d'oncologie spécialisés
4. Au sujet du trastuzumab : [22]
   a. Dr. Tedros.Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS : « un traitement efficace et abordable du cancer du sein devrait être un droit pour toutes les femmes, pas le privilège de quelques-unes. »
   b. Le Trastuzumab, un anticorps monoclonal a été inclus dans la liste des médicaments essentiels de l'OMS en 2015 en tant que traitement essentiel pour environ 20 % des cancers du sein. Il a montré une grande efficacité pour guérir le cancer du sein à un stade précoce et, dans certains cas, des formes plus avancées de la maladie.

DISCUSSION

Ce renforcement radical recommandé par l'OMS en lien avec les réalités nationales, les différences sociales et les autres déterminants de tout ordre, impose une considération de leur impact négatif sur le dépistage précoce, la prise en charge et la probabilité de survie au cancer du sein. Le document, Rapport Statistique 2022 de l'UEP (MSPP), [4] ne fait qu'objectiver cet impact tout en y indiquant les perspectives d'amélioration de la performance du système de santé haïtien.

En l'occurrence, si l'on se rapporte au 353e rang occupé par le cancer du sein, au classement des Maladies/phénomènes sous surveillance épidémiologique 2022, on s'efforce à ne pas contextualiser l'objectif de la nouvelle initiative de l'OMS dans la réalité sanitaire au pays. Puisque, d'une part on s'en préoccupe et d'autre part, on s'en inquiète en regard de la lutte mondiale et des recommandations pour le dépistage précoce et la prise en charge rapide de cette morbidité meurtrière.

Face au constat des données de l'UEP, [4] c'est donc triplement concernée en tant que professionnelle de la santé, d'appartenance à la gent féminine et sexagénaire qu'on déplore l'inefficience de l'offre sanitaire pour le cancer au féminin. Précisément, dans le contexte où le cancer du sein et celui du col de l'utérus se disputent les deux premiers rangs de fatalité féminine au pays, dépendamment de la fiabilité des données et de leur accessibilité.

CONCLUSION

Sur le plan collectif, la santé est un bien commun dont la sauvegarde concerne toute la communauté (Rochon, Jean, 2005). La sensibilisation, l'information, la communication, le partage des connaissances et des expertises, la formation continue, la pratique avancée et la recherche peuvent en synergie, contribuer au renforcement et à une opérationnalisation non exclusive, harmonieuse, intégrée des structures sanitaires dans l'offre de services de la lutte contre le cancer du sein. Les stratégies émanant des piliers de l'objectif de la nouvelle initiative mondiale de l'OMS relative à cette lutte, nous proposent un template, sorte de canevas sur lequel concevoir un plan adapté à nos réalités et besoins. Au fait, déjà en amont, prenait naissance La Nouvelle Concertation Interinstitutionnelle en Appui Contre Le Cancer en Haïti (CIALCH) sous le chapeautage du Forum Médico Chirurgical (FMC), en collaboration avec Info CHIR/RHCA et d'autres organismes et institutions. Essentiellement en arrimage avec le MSP, la CIALCH dont la vision repose sur des valeurs de transparence, d'engagement professionnel et social, d'humanisme, de validation, de reconnaissance, de respect, d'équité, se propose d'entretenir une synergie agissante favorisant la mise en commun des expertises, compétences, savoir-faire et des spécialisations dans la prise en charge du cancer. Finalement, votre participation et vos commentaires ne peuvent que contribuer grandement à poursuivre et enrichir le débat.

RÉFÉRENCES

1. *Joseph BERNARD, Jr, MD1, Vincent De Gennaro, Jr, MD, MPH1 – Profil épidémiologique des cancers admis par le programme de cancer d'Innovating Health International de 2016 à 2020*
2. *Le cancer du sein est désormais le plus fréquent au monde - ONU Info (un.org)*
3. *L'OMS lance une initiative pour lutter contre les inégalités associées à la menace du cancer du sein; ONU Info*
4. *Rapport Statistiques /Unités d'études et de Programmation année 2022, MSPP Dr J. Patrick Alfred, Directeur et Hetsner Denis, statisticien, octobre 2023*
5. *WorldHealthRankings – Live longer live better - https://www.worldlifeexpectancy.com/fr/haiti-breastcancer#:~:text=90%20Selon%20les%20dernier%C3%A8res%20donn%C3%A9es%20de%20l%27OMS%20publi%C3%A9es,p*
6. *Cancer du sein en Haïti (worldlifeexpectancy.com)*
7. *Haiti - Profil de pays | Health in the Americas (paho.org)*
8. *ayibopost.com/le-cancer-du-sein-un-assassin-en-haiti/*
9. *Edith Comeau Georges, BsN, La problématique du cancer du sein : Dimensions individuelle, familiale, sociétale, Réalités haïtiennes, IGM, Vol. 2. No 23. :*
10. *Cancer du sein - Canada.ca*
11. *Cancer du sein et douleur - Médipôle Lyon-Villeurbanne www.medipolelyonvilleurbanne.fr/2020/10/21/cancer-du-sein-et-douleur/*
12. *Cancer du sein (who.int) --https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-*

cancer#:~:text=L%E2%80%99objectif%20de%20la%20nouvelle%20initiative%20mondiale%20de%20l
13. Vilfort R. prévention du cancer du sein, IGM/Info CHIR-RHCA no 29 pages 4 a 7]
14. Vilfort R. prévention du cancer du sein, IGM/Info CHIR-RHCA no 32 pages 6 a 9]
15. Dr. Jean Cantave, Conférence sur le cancer du sein, Forum Médico Chirurgical (FMC), Oct. 2022.
16. Des vies continuent d'être perdues en Haïti, alors que des services de santé vitaux risquent d'être "paralysés" | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé (paho.org)
17. Joseph, B.& co (IHI), Hôpital St François de Salles Port-au-Prince, Haïti,
18. Violences faites aux femmes en Haïti : État des lieux et perspectives Eunide Louis, 2.3-violences.pdf (haiti-perspectives.com)
19. Profil des femmes en Haïti – résultats de l'enquête de mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-III 2000 https://dhsprogram.com/pubs/pdf/OD27/ProfildefemmeHaiti.pdf#:~:text=Les%20femmes%20constituent%20un%20peu%20plus%20de%20la,elles%20repr%C3%A9
20. Un mois pour sensibiliser au cancer du sein https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/point-du-jour/segments/entrevue/458485/cancersein-symptome-depistage - octobre rose : Comment l'IA et la tech peuvent améliorer le dépistage et le traitement du cancer du sein (msn.com)
21. Cancer du sein | ONU Info (un.org)
22. Cancer du sein : l'OMS préqualifie un médicament qui pourrait être moins cher et sauver plus de femmes | ONU Info.

2. STATISTIQUES DES URGENCES PRISES EN CHARGE DE JANVIER À OCTOBRE 2023

Didié LOUIS, MD.

CENTRE AMBULANCIER NATIONAL
CAN/MSPP
116

La Direction Générale du Centre Ambulancier National (CAN) vous présente les données statistiques de la prise en charge pré hospitalière des différents cas d'urgences effectuée durant la période allant de janvier à octobre 2023. Le total s'élevait à 7 2 69 cas.

De ces 7 269 cas, 3 898, soit 54 % étaient des femmes.

Voici la répartition des urgences médicales par tranche d'âge des patient(e)s :

- 0 – 5 ans : 402 cas (6 %)
- 6 - 15 ans : 382 cas (5 %)
- 16 – 25 ans : 1 294 cas (18 %)
- 26 – 35 cas : 1 675 cas (23 %)
- 36 – 49 cas : 1 405 cas (19 %)
- 50 – 65 cas : 963 cas : (13 %)
- 65 et plus 857 cas (12 %)
- Non spécifié 338 cas (5 %)

Voici la répartition des 7 269 cas pris en charge par le CAN par ordre croissant :

- Brûlure : 28 (0,3 %)
- Plaies /Balles : 63 (1 %)
- Choléra confirmés : 86 (1 %)
- Choléra suspects : 141 (1,9 %)
- Plaies /A. B : 131 (1,8 %)
- Trauma Crânien : 544 (7 %)
- Autres : 525 (7,2 %)
- MCNT : 553 (8 %)
- AVP : 574 (8 %)
- Détresse Respiratoire : 562 (8 %)
- OBGYN : 1 492 (21 %)
- Transfers : 2 570 (35 %)

Les transferts, examens de laboratoires représentent 35 % soit 2 570 cas, suivi des urgences obstétricales 1 492, qui, tous les mois, représentent le pourcentage le plus élevé, soit 21 %. Les Accidents de la Voie Publique (AVP) sont au nombre de 574, soit 8 % des cas pris en charge.

Les maladies chroniques représentent 8 % du total des cas avec un chiffre de 553. Notons que dans le contexte de la réapparition des cas de choléra au cours de la période susmentionnée, le CAN a pris en charge 141 cas suspects et 86 cas confirmés.

En ce qui a trait aux plaies par armes blanches, 131 cas ont été enregistrés, soit 2 % des cas pris en charge.

Diagnostics rapportés pour les urgences médicales chez les femmes adultes (N=3 559)

- Pathologie respiratoire 201 cas (6 %)
- Autres pathologies 249 cas (7 %)
- Pathologies digestives 286 cas (8 %)
- Pathologie cardiaque 308 cas (9 %)
- Traumatismes 409 cas (11 %)
- Troubles neurologiques 755 cas 21 %
- Urgences OBGN 1 351 cas 38 %

Diagnostics rapportés pour les urgences médicales chez les hommes adultes (N=2 437)

- Pathologie respiratoire 171 cas (7 %)
- Autres pathologies 187 cas (8 %)
- Pathologie cardiaque 253 cas (10 %)
- Pathologies digestives 286 cas (12 %)
- Troubles neurologiques 647 cas 27 %
- Traumatismes 891 cas (37 %)

Diagnostics rapportés pour les urgences médicales chez les enfants de moins de 5 ans (N=397)

- Pathologies digestives 4 cas (9 %)
- Autres pathologies 9 cas (21 %)
- Détresse respiratoire 10 cas (23 %)
- Troubles neurologiques 20 cas 47 %

Diagnostics rapportés pour les urgences médicales chez les enfants de 6 à 15 ans (N= 332)

- Urgences OBGN 16 cas (5 %)
- Autres pathologies 24 cas (7 %)
- Pathologie cardiaque 24 cas (7 %)
- Pathologie respiratoire 41 cas (12 %)
- Troubles neurologiques 47 cas 14 %
- Traumatismes 82 cas (29 %)
- Pathologies digestives 98 cas (29 %)

Les départements de l'Ouest et de l'Artibonite étant les départements détenant le plus grand nombre d'ambulances et ayant une plus forte affluence de population ont, par conséquent, pu prendre en charge plus de cas que les autres départements.

De fait, nous tenons à signaler qu'une légère augmentation de 201 cas a été constatée au niveau du nombre de cas pris en charge par le CAN au cours de la période allant de janvier à octobre 2023, soit 7269, alors que le nombre s'élevait à 7 068 de janvier à octobre 2022.

Rappelons que le Centre Ambulancier National (CAN) produit les statistiques mensuelles des urgences pré hospitalières prises en charge sur le territoire national et les publie à travers ses différents comptes sur les réseaux sociaux.

1. Médecine sociale : La souffrance d'un peuple en agonie en quête de soins à l'hôpital universitaire de mirebalais (HUM), aggravée par l'attaque des gangs armés, sous l'œil impuissant des forces de sécurité nationale et internationale.

Christophe Millien, MD, MMSc[1] *; Gretta Joseph, RN[1]; Ornella Sainterant, MD[1];, Kalinov Jim Rozensky Dameus, MD[1]; Jean O. Alouidor, MD[2]; Maxi Raymonville, MD, MMSc[1]; Pierre Marie Cherenfant, MD[1]; Christelle Antoine1; Voltaire Jean[1] : Reginald Fils-aimé[1]MD,MMSc, Wesler Lambert, MD,MPH[2]; Marc Julmisse, RN, BSN, MPH[3]; Ralph Ternier, MD,MSc[2]; Leandre Fernet, MD, MMSc[3],[4]; Joia Mukherjee, MD, MPH[3],[4]

[1]Hopital Universitaire de Mirebalais (HUM)
[2]Zanmi Lasante
[3]PIH
[4]Département de Santé Globale et de médecine sociale de l'Université Harvard.

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, Haïti fait face à une crise sociopolitique et sécuritaire sans précédent incluant des manifestions populaires récurrentes, le blocage des routes, la violence incessante des gangs armés. À cette situation s'est ajoutée la mort du président de la République survenue le 7 juillet 2021. La situation d'insécurité qui s'en est suivie s'est exacerbée progressivement, amenant au blocage de toutes les voies qui relient le reste du pays à la capitale Port-au-Prince, par l'action grandissante des bandits sous les yeux impuissants des autorités publiques haïtiennes, des Nations Unies et des pays qui se disent amis d'Haïti. La route nationale numéro 1 est bloquée par les gangs de Canaan ; la numéro 2 par les gangs de Martissant et plus récemment de Mariani et la numéro 3 par les gangs de La Croix des Bouquets et de Canaan. En dehors du blocage de ces grandes voies d'accès, les gangs se sont disséminés aussi à travers la Capitale et certaines villes de province du pays. Cette situation a asphyxié l'économie haïtienne. La circulation des produits et des biens est devenue quasiment impossible incluant la circulation des produits agricoles, des médicaments et des équipements biomédicaux. Les écoles fonctionnent au ralenti, les institutions publiques et privées déjà affaiblies deviennent fantomatiques.

En 2022, le Groupe Global Initiative répertoria plus de 200 groupes de gangs opérant sur le territoire, ce qui a eu des conséquences graves en termes de sécurité et de stabilité [1]. La prolifération de ces gangs est devenue la principale source d'inquiétude de la population. On assiste impuissant à l'exil de nos matières grises et à l'absence de respect pour les structures de service public, y compris les hôpitaux et les centres de santé, car, ils ne cessent de gagner des territoires, poussant les gens à abandonner leur domicile, kidnappant, tuant et violant les fils et les filles du pays.

Devant ce climat, on ne fait qu'assister à l'aggravation du manque d'accès aux soins dans un système de santé préalablement défaillant jusqu'à la fermeture de beaucoup d'établissements de santé du pays. Des gangs armés ont fait irruption dans certains hôpitaux du pays comme Médecins sans Frontières (MSF) [2,3] et plus récemment l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM). À ces violations s'ajoutent les enlèvements répétés de professionnels de la santé de l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti, de l'Hôpital Saint Damien, de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) ainsi que des médecins du secteur privé et d'autres structures de santé aggravant d'avantage le manque d'accès aux soins dans le pays. L'événement le plus récent est l'attaque armée sur l'Hôpital Universitaire de Mirebalais.

L'HUM est un hôpital tertiaire situé dans l'arrondissement de Mirebalais, dans le département du Centre d'Haïti. L'HUM fait partie du vaste réseau de soins de Zanmi Lasante/Partners In Health [PIH], l'un des principaux fournisseurs de soins de santé du pays. Cette institution vient de fêter son dixième anniversaire cette année, un accomplissement célébré le 14 mars dernier, mettant en avant les réalisations accomplies dans le domaine de la santé globale en Haïti.

L'HUM a toujours été un modèle de résilience, restant opérationnel lorsque d'autres institutions de santé dans le pays étaient dysfonctionnelles. Cette résilience est principalement attribuable à son personnel dévoué et au soutien de Partners In Health, du MSPP, de CDC/PEPFAR, ainsi que d'autres partenaires nationaux et internationaux. L'hôpital offre gratuitement une gamme de services de soins primaires et spécialisés, donnant aux plus démunis l'accès à des soins qu'ils n'auraient pas pu obtenir autrement, notamment la chimiothérapie, la dialyse rénale, les soins d'urgences, intensifs, chirurgicaux, de médecine interne, pédiatriques, obstétricaux gynécologiques incluant la gynécologie-oncologie, et bien d'autres. C'est un hôpital de de 350 lits desservi par un effectif de près de 1 500 employés. Il assure également la formation médicale spécialisée formant chaque année des médecins et infirmières spécialistes contribuant de manière significative à l'amélioration du ratio ressources humaines/patients dans le système sanitaire haïtien. Ces dernières années ont été marquées par la gestion d'une série de crises sanitaires, allant de la pandémie de COVID-19 aux deux épidémies de choléra en 2010 et 2022 et celle de la fièvre dengue plus récemment.

La crise sociopolitique et sécuritaire a secoué l'HUM. Ainsi beaucoup de défis ont émergé pour les équipes dirigeantes de l'institution dans des sphères d'activités comme le dédouanement, le transport des médicaments et des équipements, le transport du staff etc. Certains de nos produits sont arrivés à expiration avant même le dédouanement. Le transport du personnel devient problématique. Jusque-là ce transport à l'HUM se réalisait sous escorte policière. Le personnel était disponible, chacun à son poste régulièrement en fonction du roulement établi et l'HUM fonctionnait à plein régime.

Dans la nuit du 25 au 26 septembre 2023, des membres de gangs armés ont envahi l'HUM ainsi que les zones environnantes créant une panique chez la majorité des membres du personnel et des malades qui a vite abandonné l'hôpital craignant pour leur sécurité. Entre temps le passage routier par la Croix-des-Bouquets est devenu totalement bloqué par les gangs armés rendant impossible le transport du personnel par voie terrestre. Depuis lors, le leadership de Zanmi Lasante et de l'hôpital se lancent dans une tâche difficile qui est celle de ramener les employés sur le lieu de travail, d'assurer le transport des médicaments et des équipements biomédicaux ainsi que d'effectuer les activités de supervision. Plusieurs options sont sur la table, mais une solution définitive tarde à surgir. Cependant, durant cette période difficile nous arrivons avec beaucoup de difficultés à assurer le transport du personnel grâce, d'une part à Haïti Air Ambulance, une organisation à but non lucratif dédiée à fournir un service de sauvetage par hélicoptère dans le pays, et d'autre part grâce au support financier inconditionnel de PIH et de ZL pour payer les vols via d'autres compagnies de transport aérien, privées ou à but non lucratif.

L'objectif de ce papier est de présenter et d'analyser l'effet de la situation actuelle sur les soins cliniques et la formation dans cette grande institution hospitalière.

RÉSULTATS

Rapport des faits

Dans la nuit du 25 au 26 septembre 2023, vers les 2 heures du matin, des individus lourdement armés ontenvahi l'enceinte de HUM, ouvrant le feu dans toutes les directions, touchant notamment l'Unité de Soins Néonatals Intensifs (NICU) et les résidences du

Images 1 à 4 : impacts de balles et douille à l'hôpital

Le matin du 25 septembre 2023, environ 353 patients [Fig.1], 300 parents, 80 résidents et 70 autres membres du personnel occupaient diverses résidences et chambres de garde.

On estime qu'environ 700 personnes étaient présentes sur les lieux au moment de l'attaque. Heureusement, aucun blessé ni décès parmi les membres du personnel et chez les malades et parents présents ne sont à déplorer. Cependant, cet événement a laissé un traumatisme psychologique sur les employés et a paralysé le fonctionnement régulier de l'hôpital pendant plusieurs jours.

Ainsi, la majorité des patients et des prestataires de soin (médecins, infirmières, résidents et autres) se sont dirigés vers les zones avoisinantes, telles que Cange, Hinche et Lascahobas, par crainte d'un éventuel retour des gangs sur le site de l'hôpital, alors que d'autres membres du personnel et le personnel administratif ont pris la direction de Port-au-Prince non sans difficultés pour rejoindre leur famille. Cela a entraîné un dysfonctionnement quasi complet de l'hôpital. En effet, le lendemain de l'attaque, le 26 septembre vers 17 h 30, on comptait seulement 57 patients [Fig.2] et un staff très réduit de prestataires de soins : 2 médecins, 1 infirmier chef de service et 1 brancardier sur place à l'Hôpital.

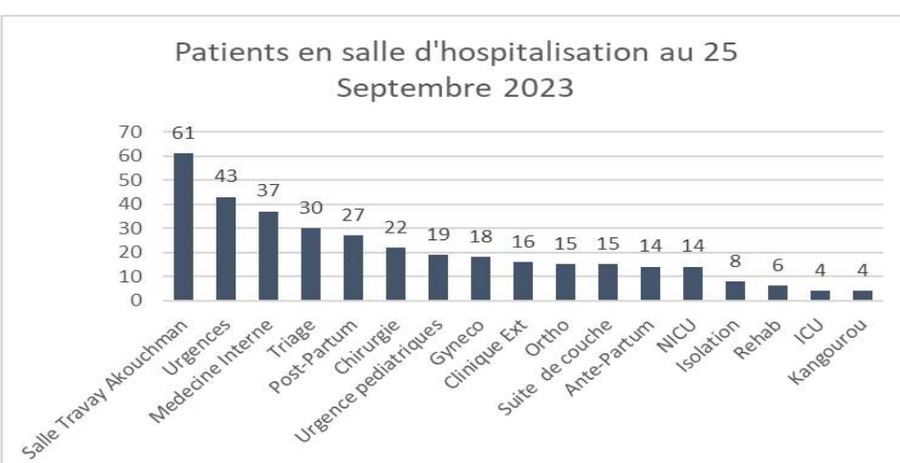


Fig. 1 : Répartition des patients à HUM avant l'attaque par service.

Effet sur les opérations et la continuité des soins à l'hôpital

Tous les services de l'hôpital ont enregistré une baisse considérable et le suivi des patients a été interrompu dans les jours suivant l'incident. Un grand nombre de patients ont dû laisser l'hôpital pendant et après l'évènement pour se réfugier chez des proches dans les zones avoisinantes ou pour regagner leur domicile. On ne peut imaginer à date le nombre de complications et de décès engendrés par cette interruption des services. Les données du jour de l'incident indiquent que pas moins de 353 patients [Fig.1] étaient présents dans nos différents services incluant les urgences. Plus de 200 malades ont été forcés de fuir, témoignant de la gravité et de la brutalité de cet acte de violence. C'était une véritable catastrophe sanitaire et les séquelles psychologiques sont encore vivantes.

Ainsi, nous avons frôlé une fermeture complète de l'Hôpital. Le noyau du personnel présent après l'attaque a fait de son mieux pour garder en vie les patients encore présents sur les lieux tout en craignant pour leur vie en cas d'un éventuel retour des malfrats. Un besoin accru de soutien social et psychologique est apparu. La direction exécutive de l'hôpital a intensifié ses efforts en prenant des mesures de sécurité additionnelles au sein de l'établissement afin de maintenir son fonctionnement et encourager le retour du personnel. Entre temps depuis les évènements, nous avons rouvert tous nos services, les patients reviennent progressivement et la clinique ambulatoire a repris ses activités régulières. Les données comparatives du mois de septembre et d'octobre 2023 confirment une certaine baisse dans la chaîne de soins à l'hôpital malgré la reprise progressive des activités. Généralement, nous avons enregistré une baisse d'environ 50 % dans presque tous les services fournis à l'Hôpital. On est passé de plus de 464 accouchements au mois de septembre à 287 pour le mois d'octobre [Fig.3], de 10 758 patients enregistrés (check-in) à 5 699 [Fig.4] et finalement de 480 interventions chirurgicales en septembre à 236 pour le mois d'octobre [Fig.5].

Fig. 2 : Répartition des patients par service après l'attaque

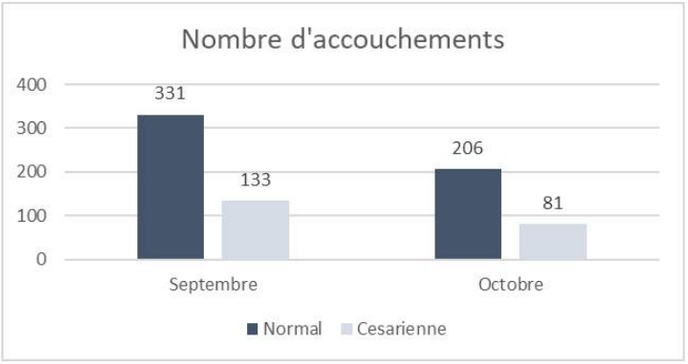


Fig. 3 : Graphique montrant le nombre d'accouchements effectués pour les mois de septembre et octobre 2023, Répartis entre accouchements par voie basse [Normal] et par section césarienne.

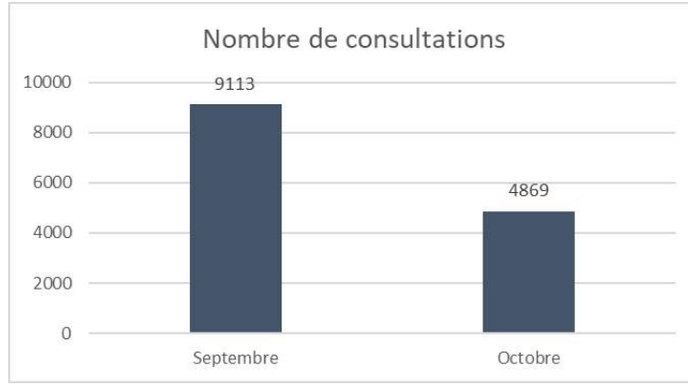


Fig.6 Représentation du nombre de consultations réalisées à l'HUM en septembre et en octobre 2023

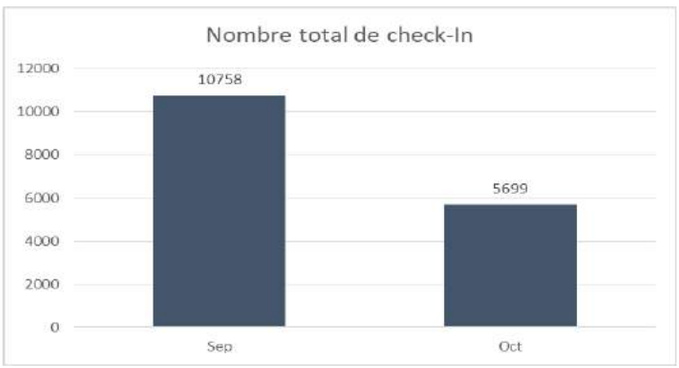


Fig. 4 : Graphique montrant le nombre de Checkins de patients par le département des archives pour les mois de septembre et octobre 2023.

Fig.7 : Représentation du nombre de consultations réalisées à l'HUM en octobre 2023

Fig. 5 : Graphique montrant le nombre d'interventions chirurgicales effectuées pour les mois de septembre et octobre 2023. Pour cela nous avons contacté Ayiti Air Ambulance qui nous a offert son aide.

Nous sommes confrontés à un défi majeur lié à la disponibilité du personnel venant de Port-au-Prince et son transport tenant compte de la réalité sur l'axe Mirebalais – Croix-des-Bouquets qui est quasi-impraticable.

Le support d'Haïti Air Ambulance (HAA)

Consciente de l'ampleur des défis auxquels nous étions confrontés, l'équipe d'HAITI AIR AMBULANCE (HAA) a réagi rapidement et positivement à notre demande d'aide qui lui a été formulée à cet effet. HAA a assuré le transport régulier de nos employés sur les lieux de travail et leur retour à Port-au-Prince. Tôt dans la matinée du 3 octobre 2023, nous avons effectué notre premier vol… Du 3 au 29 Octobre à travers pas moins de 55 Vols, HAA avait déjà transporté plus de 200 employés entre Mirebalais et Port-au-Prince, parmi lesquels 89 médecins et 49 infirmier(ère)s, 10 employés du laboratoire et 6 membres des archives et plus d'une quarantaine d'autres employés.

Une reprise progressive

La reprise était facilitée avec le retour progressif du staff et les résidents sur le lieu de travail grâce aux interventions de prise en charge psychologique de l'équipe de santé mentale en présentiel ou par visioconférence auprès du staff. De plus le leadership de l'hôpital a facilité l'accès à la nourriture, des kits d'hygiène et au logement à l'équipe pour réduire certains soucis par rapport aux besoins de base. Pour la période du 9 au 15 octobre, la moyenne journalière était de 165 consultations, montrant une reprise des activités à l'hôpital. Le 30 octobre dernier plus de 403 consultations ont été enregistrées. Dans l'ensemble pour le mois d'octobre, la moyenne des consultations est de 162 par jour.

La fig. 8 décrit le nombre de patients ayant reçu les soins à l'HUM durant la période. Plus de 800 patients ont été pris en charge aux urgences générales de l'hôpital, ainsi que 800 autres aux urgences de Santé Fanm (OB-GYN). Au cours de ce mois on a réalisé 236 interventions chirurgicales. Deux cent quatre-vingt-sept (287) femmes enceintes ont reçu les soins appropriés avant d'accoucher et après. Deux cents (248) patients ont été suivis en Oncologie, plus de 3000 consultations en clinique externe générale, Sans compter une dizaine de patients qui ont reçu des soins critiques dans notre service de soins intensifs. Cela inclut également les services paracliniques tels que le laboratoire, la radiologie et la pharmacie.

En dehors de la dispensation des soins offerts, on a repris la formation des résidents qui sont de retour sur les lieux de travail. Avant l'évènement, nous avions un total de 76 résidents/fellows actifs dans les programmes de résidence et de fellowship. Après l'évènement nous avons 69 résidents qui sont présents à leur poste soit un taux d'attribution de 69/76(9%) dont 3 abandons et 4 fermetures de dossiers.

DISCUSSION

Insécurité

Cette situation conduit à un besoin de réflexion sur le respect du droit à la santé qui doit être garanti pour chaque être humain et sur l'avenir de la médecine haïtienne. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme signée par les Nations Unies, la conférence de ALMA ATA et d'autres outils ont garanti le droit à la san-

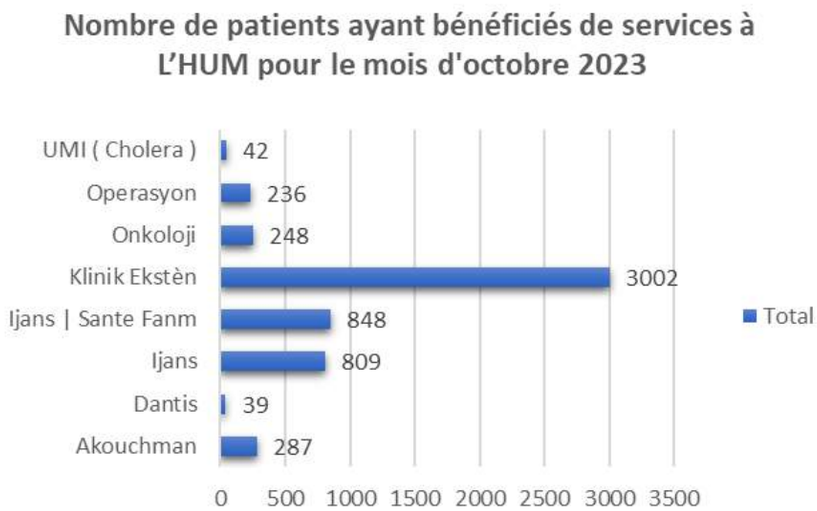


Fig.8 : Représentation du nombre de patients ayant bénéficié de services à L'HUM en octobre 2023

té, à la sécurité de la personne et le respect de ces droits est inhérent au droit à la vie [4,5]. Logiquement, le droit à la santé est connecté au droit à la sécurité. L'insécurité chronique que nous observons en Haïti est associée à des pertes en vies humaines sous l'effet direct de la violence des gangs armés comme nous l'avons observé dans l'attaque de HUM et d'autres hôpitaux comme MSF et aussi à l'altération de la santé de la population incluant le personnel de santé sous l'effet du stress chronique que cela a engendré comme décrit, dans la littérature [6-8]. Ce papier a montré comment l'insécurité empêche les professionnels de santé d'accomplir leur fonction qui est de traiter les malades et de partager leurs connaissances. La persistance de l'insécurité va inexorablement réduire encore plus l'accès de la population aux soins et aussi limiter la capacité du secteur privé de la médecine de vivre de sa propre profession tout en prenant soin des malades. De plus, on assiste à l'exode massif du personnel médical vers les USA, le Canada, le Brésil, le Chili etc… à cause de ce climat d'insécurité, ce qui entrave grandement la disponibilité de personnels qualifiés dans nos hôpitaux. La population est privée de l'un des biens sociaux importants qui est la santé pour survivre et pour croitre économiquement.

L'attaque a non seulement brisé le sanctuaire des soins de santé, mais a également libéré une cascade de conséquences dévastatrices qui continuent de se répercuter sur la vie des patients et de la communauté desservie. La perturbation des services essentiels, couplée au traumatisme psychologique infligé aux équipes et aux patients, a créé un effet d'enchainement qui s'étend bien au-delà des suites immédiates de l'attaque [9]. Pour de nombreux patients, l'attaque a signifié une perturbation de leur plan de traitement qui autrement aurait sauvé leur vie. Prenons comme exemple les patients atteints de cancer qui dépendent de séances de chimiothérapie régulières. Les patients nécessitant un accès ininterrompu aux antibiotiques, ont été exposés au risque d'infections aggravées et de complications potentielles. Les personnes blessées sans des soins d'urgence critiques dont elles avaient désespérément besoin ont peu de chance de survie.

La perte potentielle de vies qui auraient pu être sauvées si l'hôpital de Mirebalais était resté opérationnel est une réalité pertinente qui ne peut être ignorée. Chaque vie perdue représente une tragédie, un deuil affectant tout une famille et un rappel saisissant du coût humain de la violence. L'attaque de HUM n'a pas seulement perturbé le fragile équilibre de la prestation des soins de santé, mais a également brisé les espoirs et les rêves de ceux qui cherchaient du réconfort et de la guérison dans ses murs. L'impact de l'attaque va au-delà de la perte de vie immédiate. Les patients qui ont été contraints d'abandonner leurs plans de traitement font face à un avenir incertain, aux prises avec la peur que leur santé ne se détériore sans les interventions nécessaires. Le traumatisme psychologique infligé par l'attaque aggrave leurs souffrances, les laissant naviguer dans les profondeurs de la peur, de l'anxiété et de l'incertitude.

Le blocage des routes représente un autre défi majeur pour assurer la continuité des soins à l'HUM. Le transport des médicaments, du personnel et des équipements est limité. La perte d'équipement et de matériel a été observée pendant le transport de la douane vers le dépôt central de Zanmi Lasante (ZL) aussi bien que certains produits qui sont arrivés à expiration avant le dédouanement, ce qui altère la dispensation des soins de qualité à nos patients. Ce climat morose associé au stress du staff perturbent le fonctionnement de l'hôpital. En plus le blocage des routes nous oblige à utiliser la voie aérienne pour assurer le transport du staff de Port-au-Prince vers Mirebalais et vice versa à un coût exorbitant. Pour essayer de réduire le coût du transport, les changements ont été réalisés dans le roulement du staff pour diminuer les déplacements. Ce qui entraine une réadaptation familiale pour certains employés et des abandons de poste pour d'autres qui ne veulent pas passer 15 à 22 jours sur le terrain. Ceci pourrait augmenter le risque de fermeture de l'hôpital à long terme si rien n'est fait. L'État Haïtien, les Nations Unies, l'OEA et les pays dits amis d'Haïti ont une responsabilité morale face à cette situation de souffrance atroce. Une intervention urgente est nécessaire pour délivrer ce peuple en agonie.

En outre, la formation médicale est aussi touchée par la difficulté pour les spécialistes internationaux de pouvoir rentrer en Haïti pour apporter leur aide dans un pays où déjà beaucoup de spécialités font défaut. Cette situation nous porte à utiliser la télémédecine pour assurer la formation sur des sujets pour lesquels nous avons besoin de leur expertise en présentiel. Ces situations devenues trop fréquentes dans le pays supportent l'idée d'une action urgente pour sauver l'institution.

Collaboration

Cette situation nous a aussi enseigné l'importance du partenariat. La collaboration avec HAA en est un exemple vivant car sans l'aide de cette organisation qui a assuré le transport du staff pendant plus d'un mois, il serait impossible de reprendre nos services. En présence d'un problème sans solution évidente, il ne faut pas hésiter à en parler et à demander de l'aide, c'est la leçon à tirer. La collaboration avec l'équipe de PIH, le leadership de ZL, le leadership et le staff l'HUM ont aidé à une reprise rapide de activités.

Support psychosocial

Le support psychosocial était un élément important pour faciliter la reprise des activités. La mise en place immédiate d'un programme de support psychosocial a permis à l'équipe d'identifier les éléments nécessaires à mettre en place pour faciliter le retour au travail. Les éléments identifiés par le staff étaient le renforcement de la sécurité à l'hôpital, la disponibilité de la nourriture, le logement, la réparation des zones touchées par les impacts de projectile, le transport sécuritaire du staff. Tous ces éléments ont été pris en considération durant la crise pour faciliter la reprise.

Le travail d'équipe

En présence de cette situation le travail en équipe a permis d'aboutir à des résultats intéressants. La bonne communication est cruciale en situation de crise et permet de s'assurer d'utiliser le vrai mot à sa vraie place avec des instructions claires et précises [10]. Dès le début, le leadership a articulé sa position en communicant clairement à l'équipe sa décision de rouvrir

l'hôpital le plus rapidement possible et la nécessité d'avoir un noyau d'urgence. Il a été démontré que le leadership joue un rôle crucial dans la gestion des problèmes en situation de crise et sa position doit être clairement définie dès le départ de la gestion de la crise avec la création d'une équipe capable d'organiser la réponse [11]. Des réunions presque journalières ont été réalisées avec tous les chefs de service pour présenter la position du leadership de l'institution, identifier, et proposer des solutions ensemble. Durant les réunions, le leadership a fait preuve d'empathie et de considération par rapport à la souffrance et aux demandes raisonnables du staff pour faciliter la reprise.

CONCLUSION

L'évènement du 26 septembre a entrainé un dysfonctionnement majeur de l'HUM et a affecté psychologiquement le staff. On a travaillé pour une reprise progressive des activités. Le partenariat, la bonne communication, la prise en charge psychosociale du staff, le travail d'équipe, la prise en considération de la souffrance du staff sont autant de facteurs à prendre en compte pour une reprise rapide d'activités au sein d'une institution de santé attaquée par les bandits armés. L'attaque de l'hôpital de Mirebalais est un rappel saisissant de la fragilité des systèmes de santé dans les régions en conflit. Elle souligne la nécessité urgente de mécanismes de protection robustes pour protéger les institutions de santé et garantir la prestation ininterrompue de services vitaux. La perte d'une seule vie due à la perturbation des soins de santé est une tragédie qui ne peut être tolérée. Il est nécessaire pour le gouvernement et ses partenaires internationaux d'établir un plan de sécurité pour enlever cette population de cette souffrance atroce et empêcher la répétition d'une telle situation.

RÉFÉRENCES

1. *Gangs of Haiti: Expansion, power and an escalating crisis [Internet]. Global Initiative. [cited 2023 Nov 17]. Available from: https://globalinitiative.net/analysis/haiti-gangs-organized-crime/*
2. *Haïti-Violence : Plusieurs hôpitaux affectés par la terreur des gangs armés à Martissant [Internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: https://www.alterpresse.org/spip.php?article27151*
3. *France 24 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 17]. Haïti: Médecins Sans Frontières Réduit Son Activité Face À La Violence Des Gangs. Available from: https://www.france24.com/fr/am%C3%A9riques/20230128-ha%C3%AFti-m%C3%A9decins-sans-fronti%C3%A8res-r%C3%A9duit-son-activit%C3%A9-face-%C3%A0-la-violence-des-gangs*
4. *Nations U. United Nations. United Nations; [cited 2023 Nov 18]. Universal Declaration of Human Rights. Available from: https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights*
5. *Nauzdir&#39 R. Declaration of Alma Ata. [cited 2023 Nov 18]; Available from: https://www.academia.edu/31780489/Declaration_of_Alma_Ata*
6. *Gouin JP. Chronic Stress, Immune Dysregulation, and Health. Am J Lifestyle Med. 2011 Nov 1;5(6):476–85.*
7. *Marin MF, Lord C, Andrews J, Juster RP, Sindi S, Arsenault-Lapierre G, et al. Chronic stress, cognitive functioning and mental health. Neurobiol Learn Mem. 2011 Nov 1;96(4):583–95.*
8. *Acabchuk RL, Kamath J, Salamone JD, Johnson BT. Stress and chronic illness: The inflammatory pathway. Soc Sci Med. 2017 Jul 1;185:166–70.*
9. *Afzal MH, Jafar AJN. A scoping review of the wider and long-term impacts of attacks on healthcare in conflict zones. Med Confl Surviv. 2019;35(1):43–64.*
10. *Sellnow TL, Sellnow DD, Lane DR, Littlefield RS. The Value of Instructional Communication in Crisis Situations: Restoring Order to Chaos. Risk Anal. 2012;32(4):633–43.*
11. *Kapucu N, Ustun Y. Collaborative Crisis Management and Leadership in the Public Sector. Int J Public Adm. 2018 May 19;41(7):548–61.*

Auteur correspondant*

Christophe Millien*

Email : milchristophe@gmail.com

Tel : 50938772860

Co-auteurs :

Gretta Joseph, jgretta@pih.org; Ornella Sainterant, osainterant@pih.org; Kalinov Jim Rozensky Dameus, kjrdameus@pih.org; Jean O.Alouidor, jalouidor@pih.org;rfilsaime@pih.org: Maxi Raymonville, mraymonville@pih.org; Pierre Marie Cherenfant, pmcherenfant@pih.org; Christelle Antoine cantoine@pih.org; Voltaire Jean; vjean@pih.org, Wesler Lambert, wlambert@pih.org; Marc Jumisse, mjulmisse@pih.org, Ralph Ternie, rternier@pih.org; Cassandre Immaculee Bienvenue, Cassandrebienvenue@gmail.com, Leandre Fernet, fleandre@pih.org; Joia Mukherjee, joia_mukherjee@hms.harvard.edu.

2. Capsule-santé : Les perturbateurs endocriniens

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

Les perturbateurs endocriniens auxquels sont exposés une femme durant sa grossesse ont des effets néfastes tant chez la mère que chez l'enfant, soulignent des schercheurs.

Dans un article paru récemment dans la revue Environmental Research, des chercheurs de l'Institut National de la Recherche Scientifique (INRS), de l'Université TELUQ et de l'Université Queen's mettent en garde quant aux effets à court et à long terme des perturbateurs endocriniens.

De la mère à l'enfant

On trouve des perturbateurs endocriniens partout dans l'environnement, tant dans les pesticides que dans les médicaments, les plastiques ou les produits cosmétiques. Ces contaminants nuisent au fonctionnement du système endocrinien, qui régule les hormones. Chez les femmes enceintes, ce système joue un rôle clé. « Le corps se prépare non seulement à faire grandir l'enfant, mais aussi à l'allaiter, explique Isabelle Plante, chercheuse en toxicologie environnementale à l'INRS et autrice principale de l'article. Il y a énormément de changements chez la femme à ce moment, et ces changements sont largement régulés par les hormones et le système endocrinien. »

Les perturbateurs endocriniens sont reliés à des fausses couches et à des naissances prématurées. D'autres effets se font toutefois sentir à plus long terme chez l'enfant.

« La grossesse est une période où il y a beaucoup de programmation qui se fait, remarque Isabelle Plante. Au niveau de l'enfant, tous les mécanismes dont il va avoir besoin pour la vie future se mettent en place. Un problème de programmation peut se refléter dans la vie adulte. »

Développement des glandes mammaires

Les chercheuses ont par exemple observé que des contaminants perturbent les glandes mammaires chez l'enfant à naître. Ils accroissent ainsi les risques de cancer du sein une fois l'organe développé. Des problèmes de santé chronique comme l'obésité et le diabète sont également plus susceptibles de survenir.

« C'est un risque qui est plutôt invisible, soutient Maryse Bouchard, professeure à l'École de santé publique de l'Université de Montréal n'ayant pas participé à l'étude. Il se fait à des doses faibles d'exposition. On peut mettre ça sur le dos des habitudes de vie de la femme enceinte ou de son surpoids. » La professeure soutient que des études plus poussées seront nécessaires afin de mesurer plus exactement la part de responsabilité des perturbateurs endocriniens dans ces problèmes de santé.

]On estime actuellement que jusqu'à une centaine de ces perturbateurs se trouvent dans le cordon ombilical à la naissance. Cela s'explique notamment par le fait que le placenta ne protège pas adéquatement le bébé contre les perturbateurs, des contaminants comme les phtalates nuisant à son bon fonctionnement. « On a toujours pensé que le placenta était une barrière à la contamination de l'enfant par les perturbateurs endocriniens, affirme Lise Parent, professeure de biologie à l'Université TÉLUQ et coautrice de l'article. Et finalement, ce n'est pas le cas du tout. »

Impliquer le public et les gouvernements

Pour Isabelle Lacroix, le but n'est pas de faire paniquer le public quant aux risques associés aux perturbateurs endocriniens. La chercheuse insiste sur la nécessité de sensibiliser la population à cet enjeu encore peu connu. « C'est important que les femmes enceintes soient au courant d'où se trouvent ces contaminants et prennent des risques calculés », insiste Isabelle Lacroix.

« Mais il ne faudrait pas que ce soient encore les femmes qui portent toute la charge mentale, précise Lise Parent. Il faut que les gouvernements agissent. En ce moment, il y a la Loi canadienne sur la protection de l'environnement qui est en train d'être revue, et il faut faire pression pour qu'elle encadre mieux l'utilisation de ces polluants. »

Certains perturbateurs endocriniens sont connus pour leurs effets avérés ou suspectés dans l'apparition de cancers hormono-dépendants (sein, utérus, prostate, testicules). On peut notamment citer :

- le bisphénol A, associé aux cancers du sein, des ovaires et de la prostate ;
- les hydrocarbures aromatiques polycycliques, associés au cancer du sein ;
- le diéthyltilbestrol, associé au cancer de l'utérus et du sein ;
- les dioxines, associé au cancer du sein, au lymphome malin non hodgkinien et aux myélomes multiples ;
- les phtalates, associés au développement de l'endométriose, au cancer du sein et à des tumeurs du testicule ;
- le chlordécone, associé au cancer de la prostate.

Cependant, l'évaluation de l'exposition aux perturbateurs endocriniens et de leur impact sur la santé fait face à plusieurs difficultés méthodologiques, d'où les nombreuses controverses à ce sujet.

Deux perturbateurs endocriniens particulièrement visés

- Bisphénol A (BPA), présent dans certains emballages plastiques alimentaires.
- Diéthylstilbestrol (DES), oestrogène de synthèse qui a été largement utilisé chez les femmes pour le traitement de la ménopause ou pour éviter les risques de complications de la grossesse.

Source : Institut National de la Recherche Scientifique

3. Un hôpital pour la prise en charge des personnes atteintes du cancer, le Dr. Carl François rêve "grand"

Par Planet Press 2 octobre 2023

Fig. 1 : Dr Carl François, DG de l'OFATMA

Le Dr Carl François, directeur général de l'OFATMA a présenté le bilan de ses actions depuis son arrivée à la tête de l'Institution. En moins de deux ans, le médecin se réjouit d'avoir contribué à redynamiser et refaire l'image de l'institution.

D'abord, le numéro un de l'OFATMA met en évidence les travaux d'agrandissement des hôpitaux de l'OFATMA à travers le pays. Les hôpitaux des Cayes, du Cap Haïtien et de Cité Militaire sont en chantier. L'Hôpital de Port de Paix sera inauguré dans les prochains jours et d'autres projets comme la construction d'un hôpital spécialisé dans la lutte contre le cancer à Tabarre est en cours.

Ensuite, le Dr Carl Français se réjouit d'avoir pu réunir les différents bureaux de l'OFATMA dans un seul local à Tabarre, dans un bâtiment de 5.000 mètres carrés, au Boulevard 15 Octobre à la différence des années précédentes, où il était éparpillé dans trois bâtiments dont deux à Delmas 95 et un autre à la Cité Militaire.

Sous la direction du Dr Carl François, OFATMA compte 514 entreprises privées affiliées ainsi que toutes les institutions publiques. L'institution compte 105.421 assurés-es et 180.039 dépendants issus de la fonction publique et 50.589 dépendants du secteur privé, selon le patron de l'OFATMA.

Enfin, Dr Carl François annonce qu'OFATMA a perdu de nombreux employés. Ces derniers ont quitté le pays et l'institution dans le cadre du programme Biden et aussi en rapport avec la mise en place d'un processus de départ volontaire. Cependant, un projet en cours est de renforcer la capacité de l'Institution avec d'autres ressources pouvant aider à faire avancer l'Office dans ses différents objectifs. De plus, le salaire des employés est revu à la hausse pour tous les services.

Fig. 2 : une vue de la salle d'opération

Planet Press

Un hôpital pour la prise en charge des personnes atteintes du cancer, le Dr. Carl Francois rêve "grand" - Planet Press (planet-press.com)

1. Recherche et diffusion des connaissances : la place des infirmières haïtiennes

Evy Nazon, inf., PhD
Professeure agrégée
Université du Québec en Outaouais

INTRODUCTION

Du 22 au 25 juin 2023 à Chicago, lors d'un symposium réalisé par le Haitian Alliance Nurse Association International (HANA-I), plusieurs infirmières d'origine haïtiennes sont venues partager leurs connaissances. Le présent article aborde l'importance de la recherche et de la diffusion des connaissances en sciences infirmières et l'utilité pour les infirmières haïtiennes de faire partie de cette mouvance.

La recherche et la diffusion des connaissances infirmières

La recherche en sciences infirmières a connu au cours des dernières décennies, une croissance remarquable. Elle fournit aux infirmières une base scientifique sur laquelle elles peuvent asseoir leur pratique. Il importe, tout d'abord, de définir ce qu'est la recherche. Selon Polit et Beck (2022), la recherche infirmière est une enquête menée de façon systématique visant à développer des preuves fiables sur les questions d'importance pour la profession, y compris la pratique, la formation et l'administration des soins infirmiers. La recherche est aussi un moyen d'acquisition de connaissances, permettant d'obtenir des réponses ou des solutions à des questions spécifiques. Elle représente, pour plusieurs, le signe de l'évolution et du dynamisme d'une discipline (Fortin et Gagnon, 2022). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer les raisons pour lesquelles la recherche infirmière est autant encouragée. Les chercheurs ont compris que la recherche pouvait :

1) apporter de la reconnaissance à la profession

2) faire valoir les connaissances infirmières comme une base de connaissance scientifique

3) améliorer la qualité et l'efficience des soins

4) permettre de différencier la discipline infirmière de la médecine

5) établir le nursing en tant que discipline distincte (Polit et Beck, 2022). Baer explique que la recherche a permis aux infirmières d'avoir un cadre intellectuel pour guider et expliquer leur travail. Ce qui permet de répondre à des questions sur la légitimité intellectuelle de la profession et, en ce début de 21e siècle, à les faire reconnaître comme les expertes hautement qualifiées qu'elles sont devenues (Baer, 2012).

La diffusion des connaissances issues de la recherche, que ce soit par le moyen de présentations dans des conférences ou des symposiums scientifiques et d'articles scientifiques, s'impose comme un incontournable dans plusieurs domaines dont les sciences infirmières. Le rôle pivot de la diffusion permet de partager avec d'autres chercheurs et professionnels, les résultats de projets de recherche novateurs, les meilleures pratiques, les phénomènes, les situations de santé et les mesures créatives qui ont été élaborées. L'impact de la mise en place ou de l'absence des politiques publiques en matière de santé permettant de faire des liens, des comparaisons favorisant ainsi le développement des connaissances et de nouveaux réseaux de recherches, la production de nouvelles connaissances et leur implémentation dans la pratique (Devos et al., 2019).

Les infirmières haïtiennes : la recherche et diffusion des connaissances

Le symposium d'HANA- I, placé sous le signe du leadership infirmier, a réuni au mois de juin des dizaines d'infirmières d'origine haïtienne venant de plusieurs états américains, du Canada et d'Haïti. Elles devaient présenter leurs recherches et débattre des sujets ayant un lien de près ou de loin avec les infirmières d'origine haïtiennes (p. ex. : excellence des soins, rôles, entrepreneuriat, etc.), la santé des Haïtiens ou l'état du système de santé et d'éducation en sciences infirmières en Haïti. La mission était *de rendre autonome les infirmières d'origine haïtienne dans le monde entier et faire progresser la profession d'infirmière en faisant la promotion de la santé et du bien-être pour tous par l'éducation, la recherche, le plaidoyer et le leadership*,

Au cours de ce symposium, un constat était évident : la présence peu significative des infirmières haïtiennes vivant en Haïti. Plusieurs facteurs expliquent cet état de fait, et nous pouvons en citer quelques-uns. Tout d'abord, la situation politique et social difficile dans laquelle évoluent les infirmières haïtiennes et qui les empêchent de se rendre dans d'autres pays. Ensuite, les mauvaises conditions de travail et salariales, le chômage, le manque de formation continue, y compris la participation à des conférences où sont présentés les résultats de recherche et enfin, le manque d'infirmières formées aux cycles supérieurs qui permet d'avoir une base solide pour élaborer et développer des recherches en sciences infirmières est flagrant. Selon Julien et Jean-Baptiste (2017) bien que les infirmières haïtiennes constituent les professionnels de la santé les plus nombreux dans les organisations de santé en Haïti. Elles travaillent dans des conditions précaires au sein d'un système de santé qui fait face à des défis organisationnels et financiers importants, limitant leur capacité à se développer et à s'épanouir comme professionnelles. Pour ces auteurs, les solutions face à la situation des infirmières haïtiennes doivent passer par une mobilisation et le renforcement des compétences des infirmières. Et, une de ces compétences est la recherche qui est permettra le développement de la discipline et de la profession infirmière.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) révèle le rôle prépondérant des infirmières pour la santé mondiale et invite, depuis maintenant plusieurs années, au renforcement des soins infirmiers notamment au travers de la formation et de la recherche (Wälti-Bolliger, 2009). En 2020, dans son rapport *La situation du personnel infirmier dans le monde*, l'OMS souligne l'importance pour les infirmières d'avoir accès à des niveaux de formation plus élevés qu'un certificat ou un diplôme similaire et réitère la pertinence que l'éducation avancée et la recherche soient des missions essentielles du personnel infirmier.

Le discours du Conseil international des infirmières (CII) abonde dans le même sens et propose une définition internationale de la recherche infirmière : « La recherche dans le domaine des soins infirmiers est une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés. » De plus, le CII précise que la recherche en soins infirmiers doit appliquer l'approche scientifique à une démarche qui a pour but de faire avancer l'état des connaissances, d'obtenir des réponses à des questions ou de résoudre des problèmes. Les connaissances acquises par le biais de la recherche dans le domaine des soins infirmiers doivent être utilisées pour développer une pratique basée sur des preuves scientifiques, améliorer la qualité des soins et tirer le meilleur profit des résultats en matière de santé tout en rentabilisant au maximum les interventions infirmières (CII, 2008 cité dans Rothan-Tondeur et al., 2018; Formarier, 2010). Enfin, comme le souligne le Dr Niloufar Hadidi, infirmière en pratique avancée et professeure associée à l'université du Minnesota, la recherche en sciences infirmières ne doit pas être considérée comme un prolongement de celle des médecins. C'est une discipline à part entière, qui combine la science infirmière, la recherche et la collecte de données pour fournir une base qui nous permettra d'aider la personne dans son ensemble (Conseil international des infirmières, 2023).

CONCLUSION

La recherche et la diffusion des résultats de recherche dans le domaine des sciences infirmières représentent un élément essentiel pour la profession. Elle fait évoluer à la fois les infirmières, la profession et la santé des populations et favorise le développement d'une culture scientifique nécessaire au développement des connaissances. Il est malheureux que les infirmières haïtiennes n'aient pas la possibilité et l'opportunité de recevoir une formation qui leur permettent de développer et de partager leurs connaissances dans des activités scientifiques qui mettent en avant le progrès de la profession infirmière.

RÉFÉRENCES

1. *Baer Ellen Davidson. (2012). Key ideas in nursing's first century. The American journal of Nursing, 112(5), 48–55. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000414321.10073.c8*
2. *Conseil international des infirmières. (2023). Les responsables de la recherche. https://www.icn.ch/fr/nos-actions/projets/caring-courage/les-responsables-de-la-recherche*
3. *Devos, Flora, Pierre-Yves Ancel, Tréluyer Jean-Marc, and Chappuy Hélène. 2019. "Diffusion Des Connaissances Scientifiques De La Recherche À La Pratique Infirmière : Revue Narrative De La Littérature." Revue Francophone Internationale De Recherche Infirmière 5 (3). https://doi.org/10.1016/j.refiri.2019.06.006*
4. *Formarier, Monique. (2010). Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. Recherche en soins infirmiers, 100(1), 111-114. https://doi.org/10.3917/rsi.100.0111*
5. *Fortin, Marie-Fabienne, Johanne Gagnon. (2022). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 4e ed., Chenelière Éducation.*
6. *Julien, Arnelle et Vardine Jean-Baptiste. (2017). L'évolution de la pratique infirmière en Haïti et l'émergence de nouvelles spécialités contribuent-elles à l'amélioration de la qualité des soins : cas spécifique des infirmières sages-femmes. Haïti Perspectives, 6 (1). http://www.haiti-perspectives.com/pdf/6.1-julienetjean.pdf*
7. *Organisation mondiale de la santé. (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde : Investir dans la formation, l'emploi et le leadership. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332163/9789240004900-fre.pdf?sequence=1*
8. *Polit, Denise F, and Cheryl Tatano Beck. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Tenth edition. International ed., Wolters Kluwer, 2022.*
9. *Rothan-Tondeur, Monique, Aurore Margat, David Naudin et al. (2018). Développer la Recherche Infirmière en France - Prise de Position. https://sidiief.org/wp-content/uploads/2021/02/prise-de-position-developper-la-recherche-infirmiere-en-France-vf.pdf*
10. *Wälti-Bolliger, Marianne. (2009). La recherche en soins infirmiers au service de la qualité des soins ! Est-ce souhaité et réalisable? Recherche en soins infirmiers, 96 (1), 77-84. https://doi.org/10.3917/rsi.096.0077*

Autrice correspondante :
Evy Nazon, inf., PhD
Professeure agrégée
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
283, boulevard Alexandre-Taché, pièce F-1052
C.P. 1250, Succursale Hull
Gatineau, (Québec) Canada J8X 3X7
Tél : 819 595-3900 poste 2243
Courriel : evy.nazon@uqo.ca

2. Gestion des antimicrobiens : contribution des pharmaciens à la lutte contre le mauvais usage et l'abus d'antimicrobiens

Ijang A. Ngando, PharmD. MSCR, MBA, BCPS, BCCCP
Association des pharmaciens haïtiens américains (HAPA)

30 septembre 2023

Des données récentes des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont confirmé que plus de 2,8 millions d'infections résistantes aux antibiotiques se produisent aux États-Unis chaque année, plus de 35 000 de ces cas entraînent la mort [1]. Il convient de noter que le CDC estime que 47 millions de traitements antibiotiques sont prescrits chaque année pour des infections qui n'ont pas besoin d'antibiotiques telles que la bronchite, le rhume, la grippe, la plupart des toux, certaines infections de l'oreille, certaines infections des sinus, la grippe intestinale, COVID-19 et la coqueluche. Par conséquent, plus de 50 % des antibiotiques prescrits pour certains événements hospitaliers sont incompatibles avec les pratiques recommandées fondées sur des données probantes. La tristement célèbre pandémie de COVID-19 a contribué à une régression des efforts déployés pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens aux États-Unis [2]. Les statistiques indiquent qu'au cours de la première année de la pandémie, plus de 29 400 personnes sont décédées d'infections résistantes aux antimicrobiens (RAM) couramment associées aux soins de santé et 40 % de ces infections lors de leur admission à l'hôpital.

Dans l'ensemble, la résistance aux antimicrobiens demeure une préoccupation mondiale et tend à être plus problématique dans les pays en développement comme Haïti. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les données de mortalité de 2019 ont confirmé qu'en Haïti, 2 500 décès étaient attribuables à la RAM et 10 200 décès associés à la RAM [3]. Il convient de noter que les données sur la mortalité associée à la RAM en Haïti sont plus élevées que les décès dus à d'autres affections graves telles que la maladie respiratoire et la tuberculose, les troubles maternels et néonatals, le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles, le diabète et les maladies rénales et d'autres maladies non transmissibles (Figure 1). Il est essentiel de surmonter le fardeau de la RAM, car les effets néfastes de ces infections pharmacorésistantes comprennent, sans toutefois s'y limiter, les résultats suivants : maladie plus grave, rétablissement plus long, séjours hospitaliers plus longs ou plus longs, traitements plus coûteux en raison de l'augmentation des visites chez les fournisseurs de soins de santé.

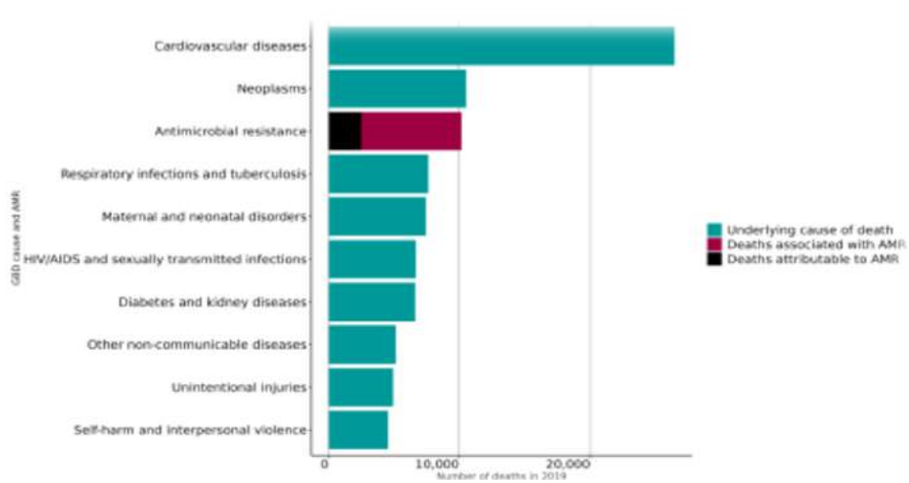


Figure 1 : Données déclarées sur les décès et les affections médicales associés à la RAM en Haïti.

La résistance aux antimicrobiens est un processus naturel qui résulte de la surutilisation incontrôlée de ces médicaments. Plusieurs déterminants socioéconomiques ont été notés pour augmenter la prévalence de la résistance aux antimicrobiens, tels qu'une mauvaise hygiène communautaire, des aliments plus sûrs, un mauvais contrôle des infections dans les hôpitaux et les cliniques, l'accumulation d'antibiotiques dans l'environnement et une utilisation accrue dans les industries animale et alimentaire [4]. Les bactéries continuent de développer de nombreux mécanismes résistants différents qui réduisent leur capacité à être efficaces contre les nouvelles molécules. Les deux types de mécanismes de résistance bactérienne sont naturels et bactériens. Comme son nom l'indique, la voie naturelle des souches couramment exprimées d'une espèce particulière se produit via les mécanismes intrinsèques et / ou induits [5]. Par exemple, la vancomycine manque d'absorption résultant de l'incapacité de pénétrer dans la membrane externe des agents pathogènes à Gram négatif. En revanche, le mécanisme de résistance acquis peut être transmis par d'autres bactéries verticalement ou horizontalement [6]. Cette dernière forme de résistance se produit au sein d'une population, d'une espèce bactérienne particulière et peut se développer à partir d'une utilisation accrue d'antibiotiques. Par exemple, le transfert horizontal de gènes est observé avec la résistance du staphylocoque doré à la méticilline, qui implique la production des gènes mecA qui codent les protéines de liaison à la pénicilline (PBP) qui ne sont pas sensibles à l'inhibition de la bêta-lactame [7].

Plusieurs intervenants continuent de mettre en œuvre des stratégies pour surmonter l'utilisation abusive inappropriée et abusive des antimicrobiens. Les pharmaciens sont l'un des principaux acteurs dans un large éventail de milieux de soins de santé qui aident à faciliter l'utilisation sûre et appropriée des médicaments antimicrobiens, y compris les antibactériens, les antifongiques, les antiviraux et les médicaments antiparasitaires [8]. De plus, la gestion des antimicrobiens est un programme coordonné qui vise également à réduire les événements indésirables liés aux antibiotiques, à minimiser la résistance aux antimicrobiens, à réduire les coûts associés aux soins de santé et les pharmaciens travaillent avec les professionnels de la santé pour s'assurer que les 5 « D » de la thérapie antimicrobienne sont appliqués avec chaque ordonnance. Par exemple, le bon médicament, la bonne dose, la bonne voie médicamenteuse, la durée appropriée, la désescalade en temps opportun vers un traitement dirigé par l'agent pathogène. De plus, les principaux éléments des programmes de gestion des antibiotiques. s'articulent autour des activités suivantes (la majorité de ces tâches nécessitant une contribution directe des pharmaciens) : engagement du leadership, responsabilisation, expertise en matière de médicaments, action, suivi, production de rapports et éducation (figure 2).

Figure 2 : Représentation schématique des éléments centraux de l'ASP (9)

Selon l'OMS, les agents pathogènes les plus difficiles à traiter dans les établissements de soins de santé sont désignés comme des catégories prioritaires (Table 1). Les six pathogènes les plus difficiles à traiter sont les suivants : *Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, klebsiella pneumonia, Enterobacter spp* et *Enterococci* [4]. En Haïti, les cinq agents pathogènes notables associés aux décès par RAM sont les suivants : *Streptococcus pneumoniae (2 000), Klebsiella pneumoniae (1 700), Escherichia coli (1 300), Acinetobacter baumannii (1 100) et Staphylococcus aureus (1 100)* [3].

Les pharmaciens ont tendance à investir leurs efforts dans le ciblage de solutions fondées sur des données probantes pour lutter contre les défis auxquels nous continuons de faire face avec ces agents pathogènes multirésistants difficiles à traiter.

À l'instar des pharmaciens hospitaliers, qui se concentrent sur les programmes de gestion des antimicrobiens, les pharmaciens communautaires jouent un rôle unique dans la lutte contre le mauvais usage et l'abus des antimicrobiens. En tant que fournisseurs de soins de santé, les pharmaciens sont autorisés à administrer des vaccins dans différents milieux communautaires. Il convient de noter que les pharmaciens communautaires n'administrent pas seulement les vaccins, mais fournissent également une expertise dans les six activités suivantes : antécédents et dépistage, counseling aux patients, documentation des dossiers d'immunisation, gestion de la liste des médicaments assurés, mesures administratives entourant l'utilisation appropriée des vaccins et éducation du public [10, 11] – (figure 4). Par conséquent, les pharmaciens communautaires jouent un rôle important dans la prévention de l'utilisation inappropriée ou de la prescription d'antimicrobiens grâce à des stratégies visant à réduire au minimum l'apparition de maladies évitables par la vaccination (figure 5).

En résumé, les pharmaciens sont des intervenants clés dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens en milieu hospitalier et communautaire. Les programmes de gestion des antimicrobiens sont utilisés pour aider à surmonter les agents pathogènes difficiles à traiter dans les milieux de soins de santé. D'autre part, l'administration de vaccins évitables est le moteur pour les pharmaciens communautaires afin d'aider à minimiser la propagation de la résistance aux antimicrobiens. Comme on pouvait s'y attendre dans les pays en développement, la RAM est problématique, donc pour des pays comme Haïti, il est crucial que les fournisseurs de soins de santé consultent les pharmaciens dans leur milieu de travail pour s'assurer que les antimicrobiens sont prescrits, administrés et interrompus de manière appropriée chez tous les patients.

RÉFÉRENCES

1. *Site Web du CDC : https://www.cdc.gov/drugresistance/biggest-threats.html. Consulté le 24/09/23.*
2. *Site Web du CDC : https://www.cdc.gov/media/releases/2022/s0712-Antimicrobial-Resistance.html. Consulté le 24/09/2023.*
3. *Le fardeau de la résistance aux antimicrobiens (RAM) en Haïti. Institut de métrologie et d'évaluation de la santé. Site Web : https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GRAM/Haiti_0.pdf. Consulté le 24/09/23.*

4. *Mancuso G, Midiri A, Gerace E, Biondo C. Résistance bactérienne aux antibiotiques : les agents pathogènes les plus critiques. Agents pathogènes. 2021 Oct 12 ;10(10) :1310. doi : 10.3390/pathogènes10101310. PMID : 34684258 ; PMCID : PMC8541462.*
5. *Forbes, BA, DF Sahm et Weissfeld AS. 1998. Bailey et Scott's Diagnostic Microbiology, 10e éd. Mosby Inc., St. Louis Missouri, États-Unis.*
6. *Giguère, S. 2006. Action et interaction des médicaments antimicrobiens : une introduction. Antimicrobial Therapy in Veterinary Medicine 4e éd. Edité par S Giguère, JF Prescott, JD Baggot, RD Walker et PM Dowling. Blackwell Publishing, Ames, Iowa, États-Unis.*
7. *Gillespie, SH. 2001. Résistance aux antibiotiques en l'absence de pression sélective. Journal international des agents antimicrobiens. 17 :171-176.*
8. *Shrestha J, Zahra F, Cannady, Jr P. Intendance des antimicrobiens. [Mis à jour le 20 juin 2023]. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing ; 2023 Janv.-. Disponible auprès de : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572068/*
9. *Majumder MAA, Rahman S, Cohall D, Bharatha A, Singh K, Haque M, Gittens-St Hilaire M. Antimicrobial Stewardship: Fighting Antimicrobial Resistance and Protecting Global Public Health. Infect Drug Resist. 2020 Dec 29;13:4713-4738. doi: 10.2147/IDR.S290835. PMID: 33402841; PMCID: PMC7778387.*
10. *Nichol KL, Lind A, Margolis KL, et coll. L'efficacité de la vaccination contre la grippe chez les adultes en bonne santé qui travaillent. N Engl J Med. 1995 ; 333:889–93.*
11. *Rabenstein JD. Immunisations : que doit faire une pharmacie du système de santé ? Partie 2. Hosp Pharm. 1998 ; 33:870–2,876–80.*
12. *O'Brien KK. Pharmacists' Role in Preventing Vaccine-Preventable Diseases (uspharmacist.com).* US Pharm. *2009;34(8):39-45.*

Autrice correspondante :
Ijang A. Ngando, PharmD. MSCR, MBA, BCPS, BCCCP
Association des pharmaciens haïtiens américains (HAPA)
30 septembre 2023

1. Groupe de Support Contre le Cancer (GSCC) 27-10-2023

Gerty SURENA
Présidente du GSCC.

Le cancer, une maladie qui fait beaucoup parler d'elle. Elle ravage notre société et fait des siennes partout dans le monde. On a beau effectuer des recherches, on n'est pas arrivé à trouver une cure efficace pour l'éradiquer. Depuis quelques années, les chercheurs de cet hôpital universitaire qu'est John Hopkins avaient déclaré qu'elle se rajeunissait, à savoir qu'elle attaquait de plus jeunes personnes. C'est l'évidence même puisque, au GSCC, nous parlons de juvénilisation du cancer car nous les recevons à partir de 15 ans et les perdons rapidement face à l'agressivité de la maladie, que ce soit un carcinome, un sarcome, un lymphome, une leucémie ou autre.

De nos jours, cette situation a pris de l'ampleur. On considère cette pathologie comme une épidémie tellement il y a de gens qui en souffrent. Chaque personne connait quelqu'un ayant un cancer dans son entourage, un membre de famille ou une connaissance quelconque. Avec nos diverses campagnes de sensibilisation, certains ont repris confiance mais, malheureusement, certains arrivent trop tard. Les différents centres de traitement croulent littéralement sous le poids des hospitalisations. Dans 5, 10 ans, nous verrons le résultat des campagnes actuelles du GSCC. Quand ces jeunes de 16-18 ans aujourd'hui, arriveront avec des stades zéro ou un, parce qu'ils auront appris à prévenir le cancer par leur comportement ou par les gestes qui sauvent comme l'autopalpation. À ce moment seulement on comprendra l'importance de ces campagnes de sensibilisation et de dépistage de notre organisation.

Les gens meurent par ignorance de la maladie. Ils ne sont jamais allés à l'hôpital. Ils n'ont jamais eu un check up. Nous faisons de notre mieux pour les informer en utilisant tous les moyens possibles. Cependant, nous ne sommes supportés par aucune instance étatique ou internationale et il n'y a toujours pas de politique de santé publique concernant le cancer. Ce qui rend les médicaments inaccessibles et très souvent indisponibles sur le marché. La fermeture de la frontière a des conséquences désastreuses sur les traitements en cours. Il est temps pour nos dirigeants de jeter un regard sur cette maladie très bien exploitée par nos voisins car ils parlent maintenant de tourisme médical. Ce serait également le moment pour le secteur privé de s'impliquer et de voir comment combler ces vides chez nous, particulièrement en radiothérapie, ce qui nous oblige à voyager.

À côté du support moral, le GSCC offre aussi (à un certain pourcentage), un appui financier aux victimes du cancer. Nous leur offrons également une aide nutritionnelle et des frais de transport pour leur faciliter l'accès aux soins. C'est en général un traitement lourd et très onéreux avec des conséquences désastreuses sur les familles. Très souvent, entre chimiothérapie, chirurgie, examens ces gens sont déjà ruinés au moment de faire face à la radiothérapie. Le GSCC est la seule institution qui les accompagne tout au long de ce processus. Nous faisons appel à la générosité de nos membres pour offrir l'espoir d'un traitement, d'une vie à nos compatriotes. Notons que cela dépend du stade de la prise en charge. À rappeler que pour la radiothérapie les patients doivent se rendre en République Dominicaine ou ailleurs. Ils doivent faire face à d'autres dépenses : billets d'avion ou d'autobus, logement, nourriture, traducteur etc. Parfois il leur est même recommandé l'immunothérapie inaccessible à la majorité ou l'hormonothérapie sur cinq ans. Nous profitons pour remercier nos généreux infirmières et médecins de la diaspora qui font de leur mieux pour nous accompagner.

À cause des problèmes socio-économiques du pays, l'aide financière nous est fréquemment sollicitée. Bien que les activités qui nous rapportaient une certaine somme autrefois ne puissent plus se faire, la directrice exécutive se met en quatre pour pouvoir subvenir aux besoins des patients. Heureusement qu'elle peut compter sur la clémence de quelques sponsors. Mais, ce n'est pas suffisant. C'est l'heure de vous impliquer car, avant, c'étaient nos grand-mères, hier, nos mamans mais aujourd'hui ce sont nos sœurs, nos cousines, nos collègues, nos amies, nous-mêmes ou, pire encore, nos enfants. Alors, de grâce, impliquez-vous ! Rejoignez le GSCC pour, ensemble, combattre le cancer en Haïti. *E, sonje, nan zafè kansè pi bonè, se granmanten. Se mèt kò, ki veye kò.*

Vivre pour aimer, Vivre pour aider, Vivre pour supporter, Vivre intensément !

2. Participation à la 109e convention annuelle de L'American College of Surgeons (ACS)

Myriam GOUSSE LARSEN, MD, FACS ; Jean-Fritz JACQUES, MD, MBA, FACS ;

Du 22 au 25 octobre 2023 a eu lieu à Boston, MA, la 109e convention annuelle de l'American College of Surgeons (ACS) l'une des plus grandes et des plus prestigieuses organisations de chirurgiens du monde, comptant plus de 87 000 membres. La cérémonie de remise des diplômes confère le titre de *Fellow* aux 1 674 chirurgiens, provenant des États- Unis, du Canada et de 72 autres pays, qui ont satisfait aux exigences qui reflètent leur éducation et leur formation et qui s'engagent à respecter le serment de l'ACS « Guérir tous avec compétence et confiance », *« To Heal all with skills and trust »*. La cérémonie comprend également la *reconnaissance de sept nouveaux membres honoraires* qui vont compléter la liste de 160 membres honoraires répertoriés sur son site web, la remise du *prix du service* distingué à quatre (4) chirurgiens membres, *l'installation des officiers* de l'ACS et le discours présidentiel.

Haïti compte désormais quatre nouveaux fellows de l'ACS. Ce sont : Dr. Jean Fritz Jacques, Dr Pascale Myriam Gousse Larsen, Dr Michelson Padovany et Dr Franck Turenne Jr. Ce quatuor s'ajoute aux précédent(e)s : Dre Laëlle Mangurat, Dre Danielle Benjamin, Dr Sylvio Augustin, Dr Patrick Charlorin, Dr Guy Deve Théodore, Dr Sterman Toussaint, Dr André Patrick Jeudy et Dr Grenson Jeune.

Fig. 1 : Dre. Pascale Myriam Gousse Larsen, FACS
Fig. 3 : Dre. Gousse Larsen et Dr Jacques arborant ensemble le drapeau haïtien.
Fig. 2 : Dr. Jean-Fritz Jacques, FACS

Fig. 4 : Dr. Henri R. FORD, Président de l'ACS

Fig. 5 : Dr Ford entouré des nouveaux

Dr Pascale Myriam Gousse Larsen affirme :

« Cela fait longtemps que je souhaitais intégrer cette prestigieuse confrérie et d'avoir la possibilité d'assister à ce congrès. C'est désormais chose faite. À la fois un objectif atteint et toute une panoplie de nouvelles portes et de perspectives ».

Dr Jean-Fritz Jacques ajoute :

« Ma participation au congrès clinique de l'ACS 2023 et mon adhésion au Collège de l'ACS me donnent l'opportunité d'améliorer ma capacité à prodiguer des soins chirurgicaux optimaux et équitables à mes patients au sein de l'organisation humanitaire dont je suis responsable, dans mon cabinet privé et dans le secteur public et de continuer à servir et promouvoir l'image de notre profession aujourd'hui et demain en tant que bénévole auprès de l'American College of Surgeons ».

Cours

Le congrès qui suivit la cérémonie d'ouverture offrit un programme vraiment chargé de présentations à la même heure dans plus de 20 salles de conférence. Il y avait des présentations pour les différentes spécialités de la chirurgie : Chirurgie Générale, ORL, Urologie, Neurochirurgie, Trauma, Orthopédie, OBGYN, Endocrine, colo rectale, hépato biliaire…Nous avons noté que notre Chirurgie Générale en Haïti se rapproche de celle pratiquée en milieu rural aux Etats Unis, là où manquent certains éléments du plateau technique.

Il y avait aussi des cours didactiques payants (jusqu'à 1500 USD pour un cours !) comme : la révision de chirurgie générale, la mastectomie en sauvegardant le mamelon…

Nous avons pu assister à toute une multitude de présentations, les unes les plus intéressantes que les autres sur : la prise en charge des brûlures, les traumas, le damage control, le cancer du sein, la thyroïde, la chirurgie globale, la chirurgie des traumas en situation de catastrophe avec les militaires, la nutrition parentérale totale… De ces cours, certaines nouveautés ont particulièrement retenu notre attention :

- l'abandon de la formule de Parkland, pour une formule à 2cc et suivant le débit urinaire horaire, donc une réanimation dynamique avec une réévaluation horaire ;
- la mise en place de nouveaux protocoles de gestion de la douleur dans le contexte de l'épidémie des addictions aux opiacés ; les blocs périphériques, l'analgésie loco régionale, tout pour éviter les opiacés ;
- la chirurgie aidée par une coloration des tissus ;
- la chirurgie de la thyroïde par voie endo buccale ;
- le monitorage du nerf récurrent en cours de chirurgie thyroïdienne pour éviter les complications ;
- les nouvelles méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel du patient chirurgical et leur importance ;
- les différentes techniques de limitation des dégâts et d'indication de référenc e des patients aux centres de Trauma de plus haut niveau.

Exposition et équipements

Un grand hall a été dédié aux exposants de toutes sortes de matériel dans l'esprit commun de faciliter la tâche au chirurgien :

- Le stand sur l'ergonomie en chirurgie ;
- le stand d'INTUITIVE qui fait le DA VINCI ;
- le stand de Medtronic avec les auto-sutures, celui de Ethicon ;
- le stand des écarteurs abdominaux auto statiques de toutes sortes ;
- le stand des lampes frontales, celui des loupes pour la chirurgie vasculaire, celui des instruments en titane de chirurgie vasculaire ;
- celui de Aesculap ;
- celui du matériel d'ostéosynthèse dont une plaque vissée pour les fractures de côtes ;
- celui de la combinaison d'antalgiques à infiltrer pour une analgésie post op de plus de 48 hres ;
- celui de la diversité des instruments de laparoscopie ;
- celui des simulateurs pour l'apprentissage de la chirurgie micro invasive ;
- celui de RECELL qui révolutionne la cicatrisation des brûlures ;
- celui qui vend les peaux de tilapia pour la couverture temporaire des surfaces brûlées, Kerecis ;
- celui des soutiens post mastectomie avec les accroches pour les drains de Jackson-Pratt ;

- celui du VAC, Vacuum Asssisted Closure, avec un vrai patient pour montrer le dispositif ;
- celui de l'armée américaine avec une salle d'opération sous une tente…

Deux innovations ont particulièrement retenu notre attention, à savoir : l'Hystotripsy Edison System et un appareillage pour faciliter la fermeture de la paroi abdominale [fig. 6, 7].

L'histotripsie est un traitement anticancéreux non invasif qui utilise des ultrasons pour briser les tumeurs dans le corps. L'annonce de l'approbation pour commercialiser Hystotripsie Edison System pour le traitement de tumeurs du foie a été faite par la société Histosonics le 9 octobre 2023 et a été présentée à la convention ACS du 22 au 25 octobre 2023. Il utilise des ondes sonores contrôlées pour créer des microbulles afin de détruire les tissus malades ciblés, éliminant ainsi le recours à la radiothérapie, à la chimiothérapie et aux incisions chirurgicales. Il a été développé, il y a plus de 20 ans, par des chercheurs du Michigan Engineering, en collaboration avec les cliniciens de Michigan Medicine et l'UM Rogel Cancer Center, puis mis à l'usage clinique par la société HistoSonics, basée à Minneapolis. L'Histotripsie combinée à la chimiothérapie et l'immunothérapie quand disponible pourrait changer le futur du traitement du cancer dans les pays à ressources limitées [1].

Fig. 6 : Histotripsie EDISON System

Fig. 7 : nouveau dispositif non invasif pour favoriser la fermeture primaire du fascia et prévenir la perte de domaine dans l'abdomen ouvert [2,3].

Ces nouvelles avancées technologiques représentent un espoir pour les patients haïtiens qui ne disposent pas de radiothérapie, rarement de services de chimiothérapies abordables et un soulagement devant la possibilité de fermer la paroi abdominale dans un délai raisonnable réduisant ainsi la durée d'hospitalisation et la perte de malades pour syndrome de compartiment abdominal.

Autres stands

Plusieurs éditeurs de livres et de revues, Lippincott, Elesevier Masson, entre autres, offraient leurs services. Plusieurs assureurs aussi étaient présents. De nombreuses organisations sollicitaient des dons pour la chirurgie globale. Et pour finir, le stand de ACS qui vendait des maillots, des écharpes et d'autres objets avec le logo de l'organisation ainsi qu'un photographe qui proposait une photo professionnelle gratuite pour les Fellows.

Société

Il y avait encore la possibilité de rencontrer et d'échanger avec les experts en toutes spécialités. Certaines rencontres ont été aménagées également pour les Fellows internationaux et les Fellows du sexe féminin entre autres, ainsi que pour la région 14 du Comité de Trauma dont Haïti fait partie. On a remarqué la présence d'étudiants en médecine et de résidents en chirurgie. Il y avait un programme spécial pour chacun de ces groupes. Tout a été mis en œuvre pour que chaque participant soit à l'aise et se sente chez lui / elle dans la « House of Surgery ».

De plus, nous avons été particulièrement fascinés par l'importance et l'impact des mentors et des modèles dans l'histoire et l'évolution de l'ACS ; les recherches et les équipements innovants pour fournir les meilleures pratiques innovantes dans les soins aux patients.

CONCLUSION

Ce congrès nous a permis de rencontrer des confrères et consœurs de différents pays, de constater effectivement que la chirurgie est universelle et vaste. Il a permis de renforcer ce sentiment que ce n'est qu'ensemble que nous pourrons réaliser quelque chose de significatif, il y a même eu une session qui s'intitulait : « Saving the private practice ».

En effet, nous avons rencontré des groupes de chirurgiens venant d'un seul hôpital. Cet hôpital absorbant les frais liés à la participation au congrès et donc à la formation continue pour la mise à jour des connaissances de leur staff.

Nous avons particulièrement remarqué des mentors suivis de leurs disciples et nous avons donc pu comprendre que la génération spontanée n'existe pas dans ce pays. À tous les niveaux, il y a des mentors et des disciples. Il faut un suivi et une lettre de recommandation…

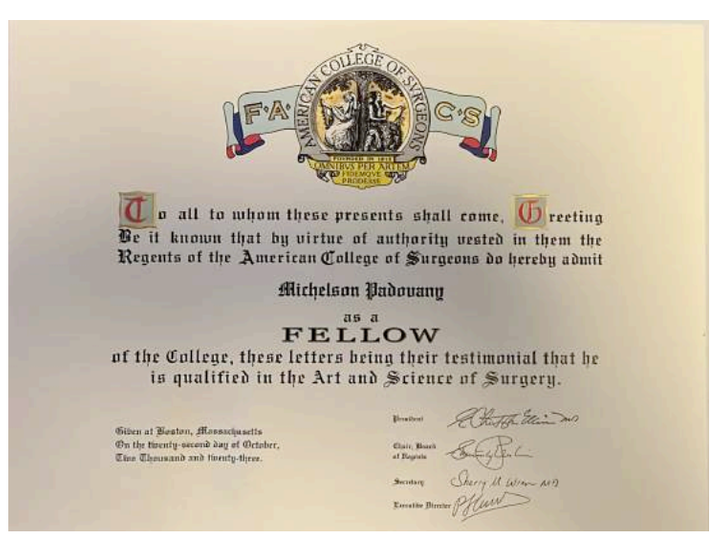
Dr Jacques et moi, étant du comité de direction de ASHAC, avons pu rencontrer le nouveau Président de l'ACS, le Dr Henri Ford. Avec lui, nous n'avons pas pu nous empêcher de réfléchir sur l'importance pour les chirurgiens haïtiens de se réunir pour se renforcer et discuter des défis qui se présentent à nous. L'exemple est devant nous. C'est dans l'unité que se trouve le salut.

Le congrès clinique de ACS n'est pas seulement accessible aux FACS, il l'est aussi pour les chirurgiens non-membres. C'est une expérience extrêmement enrichissante que nous vous invitons à tenter.

Nous remercions ceux qui nous ont recommandés pour l'obtention de ce titre.

BIBLIOGRAPHIE

1. *JIM LYNCH Tumor-destroying soundwaves receive FDA approval for liver treatment in humans; 2013;74:113–20. 10.1097/TA.0b013e31827891ce - https://news.engin.umich.edu/2023/10/tumor-destroying-soundwaves-receive-fda-approval-for-liver-treatment-in-humans/*
2. *Joao Baptista Rezende-Neto, Bruna Gewehr Camilotti, New non-invasive device to promote primary closure of the fascia and prevent loss of domain in the open abdomen: a pilot study.*
3. *Dubose JJ, Scalea TM, Holcomb JB, Shrestha B, Okoye O, Inaba K, Bee TK, Fabian TC, Whelan J, Ivatury RR, et al. . Open abdominal management after damage-control laparotomy for trauma: a prospective observational American association for the surgery of trauma multicenter study. J Trauma Acute Care Surg American college of surgeons, 2023 convocation ceremony, Sunday, October 22, 2024, Boston .MA*



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
F·A·C·S
OMNIBUS PER ARTEM PERIMUS ET PRODESSE

To all to whom these presents shall come, Greeting
Be it known that by virtue of authority vested in them the Regents of the American College of Surgeons do hereby admit

Michelson Padovany

as a

FELLOW

of the College, these letters being their testimonial that he is qualified in the Art and Science of Surgery.

Given at Boston, Massachusetts
On the twenty-second day of October,
Two Thousand and twenty-three.

President
Chair, Board of Regents
Secretary
Executive Director

3. Formation continue Quisqueya – CESPA

Conduisant au titre de « CONSEILLER EN SANTÉ CERTIFIÉ (CSC) »

Il n'est pas toujours facile de suivre une formation à l'Université quand on travaille ou qu'on vit en région éloignée. C'est pour répondre à ce besoin qu'une convention de partenariat a été signée entre l'Université Quisqueya et le réseau international des *Clubs d'Éducation à la Santé pour une Prévention Active* (CESPA).

Le réseau international des Club-santé : CESPA est un organisme à but non lucratif légalement constitué. Il œuvre dans le domaine de la promotion de la santé et compte plusieurs annexes dont CESPA-Haïti.

L'Université Quisqueya est un établissement privé pluridisciplinaire, un acteur-clé de l'espace socioéconomique et éducatif en Haïti.

Objectif visé par cette formation

Compléter la formation des professionnels de la santé intéressés à devenir des accompagnateurs qualifiés en matière de saines habitudes de vie.

Les intervenants formés sont appelés à intervenir auprès des personnes intéressées à faire volontairement un virage santé. Également auprès des établissements scolaires et des entreprises intéressées à améliorer la qualité de vie pour le mieux-être des étudiants et des employés.

Pour plus d'informations consulter le site web www.clubs-sante.org ou écrire à info@clubs-sante.org

Contenu et modalités de la formation

Cette formation continue porte sur les savoirs essentiels pour atteindre un niveau attendu de compétences.

L'approche par compétence retenue repose sur une démarche éducative d'autonomisation. Cette dernière vise un savoir agir, pour l'adoption de saines habitudes de vie, en vue d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

C'est avec l'aide d'un matériel pédagogique adapté et un tutorat individualisé que se fait l'enseignement en lien avec les différents domaines d'études retenus.

Cette formation professionnelle pour l'obtention du CSC comprend dix modules.

Première session :

1- Sciences de base en santé ;

2- Éducation à la santé ;

Deuxième session

1- Santé et alimentation

2- Santé et activité physique

3- Santé et gestion du stress

4- Santé et environnement.

5- Santé et dépendances.

6- Coaching en santé

Troisième session

1- Formation pratique

2- Évaluation de la démarche.

NB : Les modules sont d'une durée de 15 heures en présentiel ou en ligne. À ces heures, il faut ajouter 30 heures d'études et de recherche personnelle, ce qui fait un total de 45h de crédité.

Formation pratique.

Ce module prend la forme d'une immersion ou stage de 90 heures dans un milieu de travail approuvé par le responsable du programme.

Évaluation de la démarche

Au terme des modules et de la formation pratique, l'étudiant(e) ayant atteint le niveau de maîtrise attendu, à la suite de l'évaluation des apprentissages, devra présenter devant un jury, un des dossiers de stage, pour sa qualification à l'obtention de la Certification de Conseiller en Santé.

Durée de la formation

Cette formation professionnelle se déroule pendant une période maximum de douze mois. Ce temps comprend la période d'étude consacrée aux modules à et la formation pratique.

Exigences d'admission

Il faut être détenteur d'un diplôme dans un domaine de la santé ou l'équivalent, ou de faire la preuve d'une expérience professionnelle équivalente.

Coût de la formation

Le coût d'un crédit de 15 heures est le même que pour les autres programmes de la Faculté des Sciences de la Santé de l'UniQ. Il couvre le matériel pédagogique, la formation en présentiel ou à distance, le titulariat et l'évaluation des apprentissages. Ces frais sont payables au début de chaque session. Le payement se fait par chèque à l'ordre de CESPA-Haïti ou encore par transfert.

Période d'inscription

Les inscriptions peuvent se faire au début de chaque session académique. La personne intéressée à suivre ce programme de formation continue doit compléter et retourner le formulaire d'admission disponible sur le site web avec les documents demandés.

www.clubs-sante.org

Responsable du programme : Jean-Claude Magny, PhD – Pour informations : info@clubs-sante.org

4. Bon à savoir

A. Journée mondiale de l'anesthésie 2023

Le Thème retenu cette année est Anesthésie et soins du cancer.

La journée mondiale de l'anesthésie est célébrée sur initiative de la WFSA, chaque année, en souvenir de la première anesthésie à l'éther le 16 octobre 1846 par William Morton au Massachusetts General Hospital de Boston.

Une fois de plus, ce 16 octobre, a été célébrée la journée mondiale de l'anesthésie. Cette année, on a mis l'accent sur l'anesthésie et les soins du cancer incluant la prise en charge de la douleur générale aux soins intensifs. Des ressources adéquates en anesthésie sont primordiales pour pouvoir assurer le traitement du cancer dans le monde entier.

De façon générale, en anesthésie, on parle de la sécurité de l'anesthésie, de l'optimisation des soins ainsi que du bien être du patient, de la sécurité de la chirurgie. Il faut savoir que les mauvaises conditions de la chirurgie et de l'anesthésie, tant à cause d'une insuffisance en ressources humaines formées qu'une carence en équipement et médicaments peuvent être la cause d'une mortalité.

B. Onco anesthésie

80 % des patients atteints d'un cancer auront besoin d'une anesthésie et de soins chirurgicaux pour le traitement et les soins palliatifs.

La prise en charge des patients atteints de cancer nécessite des soins multidisciplinaires bien coordonnés et l'anesthésie doit être considérée comme une composante essentielle de ces soins et bénéficier des ressources appropriées.

Reflétant l'utilité et la diversité de la spécialité, les anesthésistes interviennent à de multiples moments du parcours du patient atteint d'un cancer, du diagnostic au traitement chirurgical et dans tous les domaines de la gestion de la douleur et des soins palliatifs.

La qualité des soins d'anesthésie est importante. La qualité et la sécurité des soins d'anesthésie pour les patients atteints du cancer dépendent de professionnels de l'anesthésie bien formés et disposant d'un ensemble de connaissances et de compétences spécialisées.

Dans de nombreuses régions du monde, les patients atteints de cancer ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin en raison d'un manque de ressources. Nous devons travailler ensemble pour plaider en faveur d'une augmentation des ressources, identifier les moyens d'améliorer les soins et optimiser les résultats pour les patients.

La journée mondiale de l'anesthésie 2023 est l'occasion pour la communauté mondiale de l'anesthésie de célébrer et de partager son expertise personnelle et professionnelle. Les anesthésiologistes partagent sur leurs réseaux sociaux les techniques qu'ils utilisent chaque jour pour assurer la sécurité des patients.

Référence

- *Wfsahq.org http://journals.lww.com/anesthesia-*

6. Médecins haïtiens du Cap-Haitien 1920

(source TIK TOK vintagehaiti)

Les reconnaissez-vous ? Merci de nous faire parvenir vos réponses sur infochir@gmail.com

7. Dany Westerband, MD, FACS

Global ATLS Program Director

Le cours Advanced Trauma Life Support (ATLS) est bien connu des médecins, du personnel de la santé en général.

Initié en 1978 par le Committee on Trauma (COT) de l'American College of Surgeons (ACS), ce cours allait devenir la référence en ce qui a trait à l'évaluation, au traitement, au suivi des victimes de traumas chirurgicaux aux Etats Unis et au Canada.

En 2014, ATLS est devenu un programme mondial traduit dans environ 10 langues: Espagnol, Portuguais, Français, Allemand, Grec, Indonésien, Italien, Mandarin, Mongolien, et Romanien. La couverture mondiale s'étend sur au moins 86 pays.

Le directeur des cours de ce programme mondial (Global ATLS Program Director) est celui qui facilite et supervise l'implémentation des nouveaux programmes à travers le monde. Ce directeur est élu pour 4 ans. En mars 2022, le directeur élu n'était autre que le Dr. Dany Westerband, digne fils du Cap-Haïtien et un diplômé de notre Alma Mater, la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Haïti, promotion 1981.

Il n'est pas trop tard: toutes nos félicitations au Dr. Dany Westerband qui nous fait honneur.

D'aucuns s'attendent à ce que je parle du parcours professionnel, parcours exceptionnel, du Dr. Dany Westerband. Je ne puis car il me faut respecter la modestie naturelle qui caractérise ce confrère, cet ami-frère. Il ne m'en voudra pas cependant si je vous dévoile ses titres et fonctions d'aujourd'hui.

International ATLS Program Director
American College of Surgeons Committee on Trauma
***
Medical Director of Trauma Services
Chief, Section of Trauma and Emergency Surgery
Chair, Credentials and Physician Performance
Surgical Residency Liaison Director
Suburban Hospital-Johns Hopkins Medicine
***

Référence:

The COT at 100: Evolution and Promulgation of ATLS and Surgical Training, July 1, 2022

Henriot St Gérard, M.D.

8. IN MEMORIAM

A. ARNELLE JULIEN (05.02.1946 - 09.11.2023)

C'est dans l'amour et la douceur qu'Arnelle Julien est décédée le 9 novembre 2023. Ses 77 années de vie ont été une ode à l'amour, à la famille, à l'amitié et à son Haïti chérie. Comme un soleil, elle rayonnait d'un amour sans limites qui réchauffait le cœur de tous ceux et celles qui se trouvaient en sa présence. Son sourire lumineux, son calme souverain, sa sagesse infinie, sa présence rassurante dans les bons moments comme dans les moments plus difficiles, les sages conseils dont elle était prodigue, ses bras toujours prêts à accueillir et à réchauffer les cœurs endoloris, sa bonté à toute épreuve, toutes ces qualités qui ont fait d'elle une personne incomparable, resteront à jamais gravés dans nos mémoires. Malgré notre profonde tristesse, nous sommes portés par la bénédiction de la tendresse qu'elle nous offrait au quotidien.

https://www.magnuspoirier.com/fr/avis-de-deces/121767/arnelle-julien

Arnelle Julien a marqué l'histoire du DESS-MGSS, programme canado haïtien de formation de gestion des services santé, de 2001 à 2011. Les membres des différentes promotions de l'Association des Gestionnaires de Santé (ACS) se courbent unanimement avec reconnaissance devant sa dépouille.

Farewell, Adieu et Au revoir chère Arnelle !

Infirmière hors pair et modèle inspirant, ton remarquable parcours professionnel a, comme le crayon laissé bien des traces sur les pages du Nursing et dans la formation de l'administration et de la modernisation des services de santé au pays.

On a en mémoire ton analyse et tes propositions avant-gardistes pour l'amélioration du système de santé haïtien dans ta co-rédaction parue dans Haïti Perspectives, vol. 6.no1printemps 2017, du GRAHN. Comme l'évoque le titre, « L'évolution de la pratique infirmière en Haïti et l'émergence de nouvelles spécialités contribuent-elles à l'amélioration de la qualité des soins : Cas spécifique des infirmières sage-femmes ? » dans laquelle, tu faisais en amont la promotion du rôle élargi des infirmières et la pertinence de ces nouvelles pratiques dans la modernisation du système. Ta plaidoirie pour le leadership infirmier plus que jamais fait écho dans ces périodes d'ombre et de lumière que vivent les infirmières chez nous comme ailleurs.

Et pour nous y situer, les paragraphes suivant prennent toute leur importance :

« Les professionnels de la santé doivent avoir le courage, la force d'engagement et la créativité pour prendre l'initiative de remettre le système en question. Ils pourront soumettre des pistes d'intervention réalistes afin de permettre la mise en œuvre de cette réforme du système tant attendue. Nous avons besoin de visionnaires qui comprennent les besoins des fournisseurs de soins, et qui peuvent les encourager et

les motiver. Ils pourront ainsi concrétiser leur vision commune tout en assurant leur croissance personnelle et leur apprentissage professionnel. »

On comprend qu'Arnelle Julien fut une fière disciple de Florence, mais aussi une fervente et sympathisante assidue du GRAHN dès sa naissance. Elle a été généralement présente au brunch traditionnel du GRAHN et a aussi généreusement contribué aux campagnes de financement du RIIAOHC au profit du CSC AMHE GRAHN et autre campagne du comité de financement de l'organisme.

Merci Arnelle de ta générosité, pour ton engagement et ta passion à servir, pour le partage de ton savoir et expertises jamais marchandés au bénéfice de tes pairs et pour le développement de ton pays. On retiendra ton calme et sourire accueillant, ton leadership inspirant et mobilisateur même dans les temps incertains, nébuleux.

Honneur et respect chère collègue, grande dame du pays.

Edith Comeau Georges

C'est avec une profonde tristesse que nous vous faisons part du décès de notre chère camarade de promotion, la Dre Joëlle Denizé. Sa disparition laisse un vide immense au sein de notre communauté et dans les cœurs de ceux qu'elle a touchés par sa dévotion et son altruisme.

B. JOËLLE DENIZÉ (24.09.1955 – 1.12.2023)

La Dre Joëlle Denizé a été une figure remarquable, se distinguant par sa dévotion sans faille envers les malades. On se rappelle son engagement sans limite qui l'a conduit dès que le besoin se faisait sentir à effectuer des pèlerinages aux cabinets des médecins pour trouver des médicaments et soutenir les patientes hospitalisées à la Maternité de l'HUEH, où elle a exercé avec passion. Son dévouement envers les autres était exceptionnel et elle a incarné les valeurs les plus nobles de la médecine.

Rares sont ceux qui ont consacré autant d'énergie à la pratique hospitalière, mettant de côté la pratique privée. La Dre Joëlle Denizé était toujours disponible pour apporter son aide, sa compassion et son expertise médicale à ceux qui en avaient besoin.

En plus de sa profession, elle a également voué une dévotion sincère à Sainte Rita, dont elle admirait le modèle. Nous espérons qu'elle sera accueillie dans la paix et la lumière auprès de celle qu'elle a tant admirée.

Que son âme repose en paix.

Dr Gérard Janvier

ÉTHIQUE

Le regard des autres sur nous !

Gérald LEREBOURS, MD
Spécialiste en éthique

Récemment, j'ai suivi des échanges WhatsApp d'un groupe de professionnels qui vivent dans tous les départements du pays. Les échanges ont commencé à la suite d'un message disant que la plupart des médecins n'ont pas d'éthique et ne suivent pas les règles déontologiques. Après quelques heures d'échanges rapides, la conclusion fut que pour beaucoup de ces professionnels certains médecins sont des criminels.

Les préoccupations peuvent être réparties en : mauvaises communications, absence ou retard sur leur lieu de travail, mauvais comportement, motivations financières, divulgation de renseignement sur les patients.

Mauvaise Communication

- communication insuffisante, non-divulgation d'informations cruciales ;
- emploi de jargon médical incompréhensible pour le patient ;
- hésitation à discuter de diagnostics difficiles. La difficulté à aborder des sujets délicats entraîne une réticence à partager des informations potentiellement difficiles, impactant la compréhension du patient ;
- imposition de décisions sans explication ;
- les médecins n'écoutent pas les patients ;
- il y en a certains qui sont impolis qui parlent très mal au patient.

Absence ou retard sur leur lieu de travail

- ils ne sont pas ponctuels et ne sont pas souvent à leur poste ;
- certains sont le plus souvent absents.

Mauvais comportements.

- certains se comportent comme des insociables et semblent avoir un complexe de supériorité ;
- par leur comportement ils mettent les patients mal à l'aise ;
- certains essaient d'avoir des relations sexuelles avec les patientes ;
- pratique de concurrence déloyale (*kout lang* vis-à-vis d'un collègue) ;
- absence de mise à jour (éducation continue) des connaissances.

Les observations mettent en évidence qu'il est important que les professionnels de la santé améliorent leur communication avec les patients pour garantir une compréhension mutuelle. Les retours d'information constructive et l'encouragement à poser des questions peuvent contribuer à une communication plus efficace.

Le manque d'empathie dans les interactions entre le personnel de santé et les patients peut entraîner des répercussions négatives sur le bien-être global des patients.

Les retards dans la prestation des soins, les mauvais comportements des médecins peuvent compromettre la qualité des soins. Les problèmes liés à la confidentialité altèrent la confiance entre les patients et les médecins. Il est essentiel de promouvoir des pratiques respectueuses et une communication ouverte pour améliorer la relation patient-professionnel de la santé.

L'impatience du personnel médical entraîne une communication inefficace, une baisse de la qualité des soins et un impact négatif sur la satisfaction du patient. Elle peut contribuer également à des erreurs potentielles.

Le non-respect de la vie privée d'un patient peut conduire à des conséquences graves. Cela compromet la confiance entre le patient et le professionnel de la santé, entraîne des implications juridiques et cause des préjudices psychologiques. Les informations médicales confidentielles divulguées de manière inappropriée peuvent conduire à la stigmatisation et à la discrimination. Il faut noter que le respect de la vie privée est essentiel pour garantir des soins de santé éthiques, préserver la dignité du patient et maintenir l'intégrité du système de santé.

Les comportements non éthiques des médecins peuvent entraîner des conséquences dévastatrices pour la qualité des soins de santé. Il est impératif de promouvoir une culture éthique dans tous les aspects de la prestation des soins de santé, mettant ainsi l'accent sur la transparence, l'intégrité et le respect des droits des patients.

PETITES ANNONCES

Info CHIR reçoit vos "Petites Annonces » sur :

infochir@gmail.com

VISITEZ le site Web d'Info CHIR :

http://info-chir.org

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

VISITEZ l'ATLAS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL :

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

Chapitres consultables sur l'ATLAS :

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

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

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

---

LIEN FACEBOOK D'Info CHIR/RHCA

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

FORMATION DIPLÔMANTE EN PODOLOGIE CURATIVE

CECER ISTEAH - Admission pour Janvier 2024

L'Institut des sciences, des technologies et des études avancées d'Haïti (ISTEAH) vient de lancer une nouvelle entité : le Centre d'expérimentation et d'expertise en énergies renouvelables – CECER ISTEAH.

Créé en janvier 2023 avec la collaboration de la Haute école spécialisée de la Suisse italienne (SUPSI), le CECER ISTEAH se veut un centre d'excellence caraïbéen situé dans la Cité du savoir à Génipailler, Milot, Haïti. Il sera équipé de laboratoires de haute technologie pour la réalisation de travaux pratiques liés aux systèmes photovoltaïques (PV) et de stockage, permettant : (i) des séances pratiques de laboratoire pour les étudiants inscrits dans les programmes d'ingénierie au sein de l'École d'ingénierie de l'ISTEAH, (ii) des formations professionnelles et techniques dans les domaines du PV avec et sans stockage.

Le CECER ISTEAH démarrera ses opérations au début de janvier 2024 en accueillant sur concours 15 étudiants ayant complété avec succès le niveau NS4. Les personnes ayant une formation professionnelle postsecondaire ou universitaire dans une discipline connexe sont aussi les bienvenues. La formation durera deux ans et sera à temps plein. Elle donnera lieu à un Diplôme Universitaire Technologique (DUT). Les cours sont dispensés à distance et en salle de classe, mais une présence physique à Génipailler est nécessaire, à partir de septembre 2024, pour permettre la réalisation des travaux de laboratoire. Une résidence universitaire payante est disponible dans la Cité du savoir pour accueillir des étudiants venant de partout au pays.

Période d'inscription : du 20 novembre au 11 décembre 2023
Frais d'inscription : 2500 gourdes
Date du concours d'admission : 15 décembre à 11h
Demande d'admission : https://isteah.edu.ht/index.php/admission/premier-cycle
Début des cours : 8 janvier 2024

ÉVÈNEMENT !

À la date du 4 octobre 2023, le MSPP a porté à la connaissance de tous les médecins pratiquant en Haïti la décision « de la mise en branle du processus devant aboutir à la mise sur pied du Conseil National de l'Ordre et des Conseils Départementaux des Ordres des Médecins ».

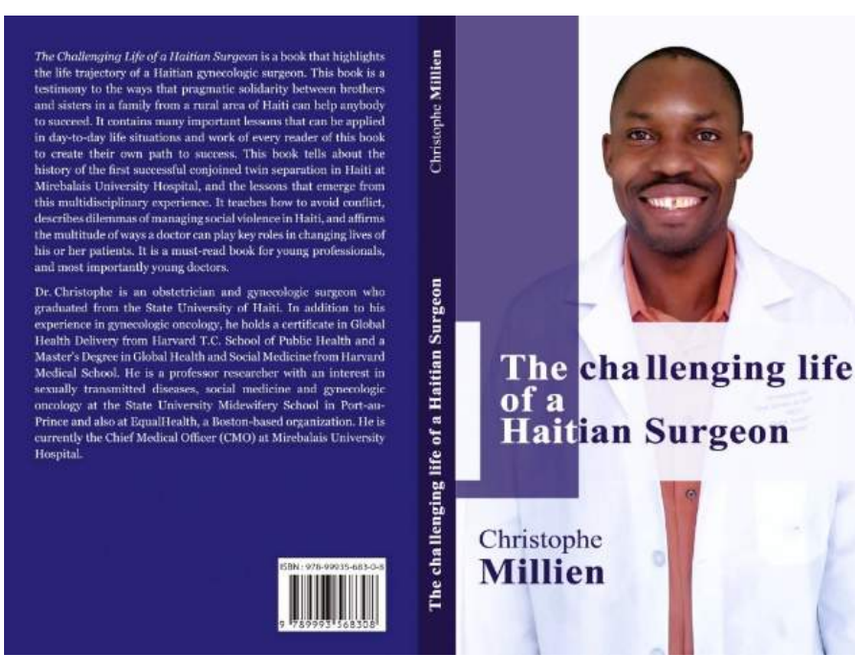
En appui à cette information, sont publiés :

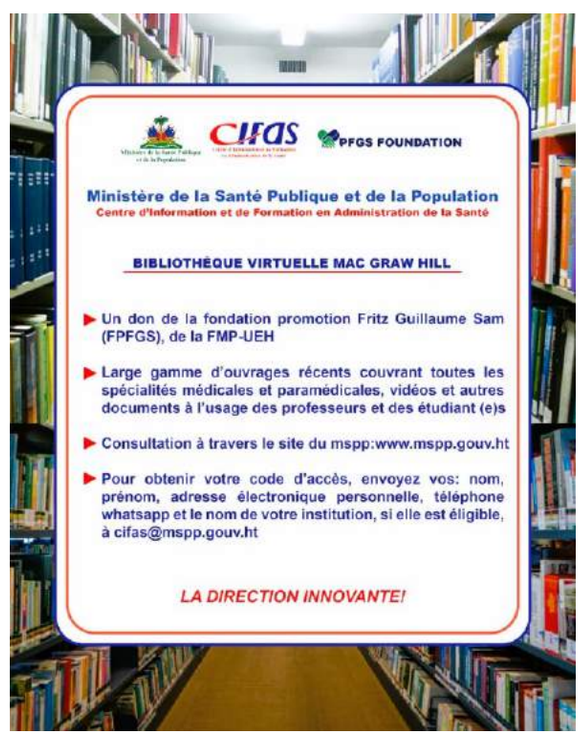
a) Les 118 articles du CODE HAITIEN DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE
b) Une proposition de 52 articles des STATUTS DE L'ORDRE DES MÉDECINS D'HAÏTI (OMH) et les différents procès-verbaux relatifs à la création de l'Ordre des Médecins.

https://books.google.fr/books?id=MK93DwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=thierry+pelaccia&hl=fr&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=thierry%20pelaccia&f=false

https://books.google.fr/books?id=bs5jDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=thierry+pelaccia&hl=fr&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=thierry%20pelaccia&f=false

The challenging life of a Haitian Surgeon https://a.co/d/hYjAO6N





MERCI DE L'ATTENTION QUE AVEZ PORTÉ À CE NUMÉRO