



Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL)

CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE)

CODE ISBN : 978 – 99970 – 978 – 8 – 0

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 Génésus, 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 Dérisois, membre

Conception et réalisation

Jean Alouidor, membre

SOMMAIRE

	Page
• <i>Lu pour vous</i>	2
• <i>Santé Publique</i>	5
• <i>Actualités Médicales et Paramédicales</i>	13
• <i>Académies et Professions</i>	17
• <i>Informations Socio Culturelles</i>	20
• <i>Petites Annonces</i>	26
	<i>Et plus encore !</i>



Le mois de février aux Etats-Unis est dédié à la sensibilisation aux maladies cardiaques, à la promotion d'une alimentation saine, au contrôle des facteurs aggravants comme le tabagisme, le surpoids et le style de vie sédentaire.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de décès dans le monde comptant pour 17.5 millions de décès par an, selon un rapport de Global Burden of Disease (GBD) [1].

Voici les principaux points du rapport à retenir :

- La cardiopathie ischémique reste la principale cause de mortalité par MCV dans le monde, avec un taux normalisé selon l'âge de 108,8 pour 100 000 décès, suivie de l'hémorragie intracérébrale et de l'accident vasculaire cérébral ischémique.
- L'hypertension artérielle systolique représentait la plus grande contribution attribuable aux années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) attribuables aux MCV normalisées selon l'âge, soit 2 564,9 pour 100 000 à l'échelle mondiale.
- Les risques alimentaires étaient le principal contributeur aux AVCI cardiovasculaires normalisées selon l'âge parmi les risques comportementaux, tandis que la pollution par les particules ambiantes était en tête des risques environnementaux.
- Entre 2015 et 2022, la mortalité par MCV normalisée selon l'âge a augmenté dans 27 des 204 localités étudiées

La prévalence de l'hypertension en Haïti dans le milieu urbain de Port-au-Prince est de 47 % [2]. Mais nous portons probablement un fardeau plus lourd dû, entre autres, à l'hypertension non diagnostiquée en milieu rural. Plusieurs facteurs contribuent à une aggravation de cette crise de santé publique : une infrastructure médicale défaillante, une nutrition insuffisante et inadéquate, la dégradation physique, mentale et sociopolitique de notre environnement.

Les autorités sanitaires ont une tâche énorme pour utiliser leurs maigres ressources pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies cardio-vasculaires.

Lu Pour Vous offre des extraits de la littérature médicale récente. *Santé Publique* informe sur la zombification, la santé numérique et alerte concernant les maladies cardiovasculaires. *Actualités Médicales et Paramédicales* précise le rôle de l'imagerie dans la prise en charge du cancer du sein. *Académie et Professions* raconte le périple des lauréats des examens d'État en Sciences Infirmières. *Informations Socio Culturelles* continue la série sur l'Éducation et Réussite, rappelle les bonnes vertus du café, commémore la journée des cardiopathies congénitales et présente la Dre Florence Desrosiers. *Petites Annonces* informe des bonnes adresses.

Bonne lecture.

Comité de rédaction et de l'éditorial

Références

1. Olivia Wattler and al. publié dans le journal American College of Cardiology Volume 80, Issue 25, 20–27 December 2022, Pages 2361-2371
2. Tymeczyk, Olga; McNairy, Margaret L; Petion, Jacky S; Rivera, Vanessa R; Dorélien, Audrey Peck, Mireille Seo, Grace Walsh, Kathleen F; Fitzgerald, Daniel W; Peck, Robert N; Joshi, Ashish; Pape, Jean W; Nash, Denis; Hypertension prevalence and risk factors among residents of four slum communities populations representative findings from Port-au-Prince, Haïti



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

1.- La dépression périnatale est liée au risque de suicide à long terme et à la mortalité toutes causes confondues

Extrait de l'article de Hagatulah N et al. BMJ 10 janv. 2024 Yu H et al. JAMA Netw Open 2024 janv.

Les risques pour les deux résultats étaient les plus élevés au cours de la première année, mais ont persisté longtemps après.

La dépression périnatale, qu'elle soit prénatale (pendant la grossesse) ou post-partum, touche de 10 % à 20 % des femmes enceintes et est liée à de nombreux effets néfastes sur la santé. L'une de ces conséquences, le suicide, représente jusqu'à 20 % des décès post-partum dans les pays à revenu élevé. Dans deux nouvelles études, les chercheurs ont utilisé un ensemble de données suédoises pour étudier la mortalité globale et le comportement suicidaire (tentative ou suicide accompli) chez les femmes souffrant de dépression périnatale.

Au total, 86 000 femmes ayant reçu un premier diagnostic de dépression périnatale et recevant des soins spécialisés ou des antidépresseurs ont été appariées, selon l'âge et l'année d'accouchement, à 865 000 témoins non affectés. Pour remédier aux facteurs de confusion familiaux potentiels, 24 000 femmes touchées ont été comparées à 250 000 sœurs non affectées.

Au cours d'une médiane de 7 ans de suivi, les femmes affectées ont eu une mortalité significativement plus élevée que les femmes non affectées (rapport de risque ajusté, 2,11), indépendamment des conditions psychiatriques préexistantes.

Références

1. Hagatulah N et al. Dépression périnatale et risque de mortalité : étude nationale basée sur un registre en Suède. *BMJ* 10 janv. 2024 ; 384 : e075462. (<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075462>).
2. Yu H et al. Dépression périnatale et risque de comportement suicidaire. *JAMA Netw Open* 2024 Jan ; 7 : e2350897. (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.50897>).

Note de l'éditeur : L'un des défis majeurs du diagnostic de cette condition est l'absence de sensibilisation à sa présence de la part des soignants et des patientes.

Après tout la naissance d'un enfant devrait être une des plus heureuses occasions dans la vie d'une femme. Le risque de dépression et même de suicide est maintenant reconnu et doit faire l'objet d'un dépistage systématique lors de la première visite post natale. L'échelle de dépression post natale d'Edimbourg est un outil valorisé à la portée des cliniciens pour diagnostiquer et traiter cette condition.

2.- L'utilisation d'approches complémentaires pour la gestion de la douleur est en hausse

Extrait de l'article de Nahin RL et al. JAMA 2024 25 janv.

Les soins chiropratiques, la massothérapie, la naturopathie et le yoga sont particulièrement populaires.

L'utilisation courante d'approches complémentaires aux soins de santé aux États-Unis a incité les chercheurs à explorer l'évolution au fil du temps de cette pratique et en particulier de l'utilisation d'approches complémentaires pour la gestion de la douleur. Environ 30 000 réponses à une entrevue nationale sur la santé de 2002, 2012 et 2022 ont été utilisées pour évaluer la fréquence et le but de l'acupuncture, de l'imagerie guidée, du massage, de la naturopathie, des soins chiropratiques, du yoga et de la méditation.

L'utilisation des 7 formes d'approches complémentaires, pour quelque raison que ce soit, a augmenté considérablement de 2002 à 2022. Par exemple, l'utilisation des soins chiropratiques est passée d'environ 7 % à 11 %, la méditation est passée de 7 % à 17 %, la massothérapie est passée de 5 % à 11 % et le yoga est passé de 5 % à 15 %. Parmi ceux qui ont eu recours à la chiropratique en 2022, 85 % l'ont fait pour la gestion de la douleur. Environ 50 % des patients qui ont eu recours à la massothérapie ou à la naturopathie et environ un tiers de ceux qui ont pratiqué le yoga l'ont fait pour la gestion de la douleur.

Référence

- 1- Nahin RL et al. Utilisation d'approches de santé complémentaires dans l'ensemble et pour la gestion de la douleur par les adultes américains. *JAMA* 2024 25 janv. ; [e-pub]. (<https://doi.org/10.1001/jama.2023.26775>).

Note de l'éditeur : les cliniciens devraient tenir en compte que plusieurs patients utilisent ces méthodes non conventionnelles, auxquelles on pourrait ajouter le reiki et les potions de notre médecine traditionnelles. Les dangers de l'abus des opiacés sont maintenant bien établis et sont un facteur à prendre en compte d

Dans l'adoption d'approches alternatives ou complémentaires.

3.- Un autre avantage d'une relation de continuité des soins primaires

Thomas L. Schwenk, MD, critique de Lapointe-Shaw L et al. JAMA Netw Open 2023 Déc

L'utilisation subséquente des services d'urgence était plus faible à la suite d'une visite virtuelle avec le médecin de famille d'un patient que lors d'une visite avec un autre médecin.

Les relations de continuité des soins primaires sont associées à de meilleurs résultats à moindre coût. Afin d'examiner l'incidence de la continuité des soins sur l'utilisation subséquente des services d'urgence, des chercheurs canadiens ont identifié 5 millions de résidents de l'Ontario ayant des médecins de famille (PF) documentés qui ont eu des visites virtuelles en 2021 ou 2022. Environ 20 % des visites virtuelles ont eu lieu avec des médecins autres que les médecins généralistes des patients. Le résultat d'intérêt a été les visites à l'urgence dans les 7 jours suivant les visites virtuelles.

Après avoir contrôlé les variables sociodémographiques, les diagnostics et le moment des visites virtuelles, la probabilité d'une visite à l'urgence était 66 % plus élevée chez les patients qui ont consulté des médecins qui n'étaient pas leurs PF identifiés que chez les patients qui ont été vus par leur propre médecin. Cette différence correspond à 1 visite supplémentaire à l'urgence pour chaque tranche de 77 visites virtuelles. Cette différence a été multipliée par cinq lorsque les visites virtuelles ont eu lieu dans des cliniques de télémédecine s'adressant directement aux consommateurs.

Référence

1. Lapointe-Shaw L et coll. Visites virtuelles avec son propre médecin de famille par rapport à l'utilisation d'un médecin de famille externe et d'un service d'urgence. *JAMA Netw Open* 2023 déc. ; 6 : e2349452. (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.49452>).

Note de l'éditeur : les conclusions de cette étude ne surprendront pas les médecins de familles et infirmières cliniciennes qui ont investi des années à traiter un patient, sa famille, connaissant leur histoire, leur dynamique particulière. Les avantages ne se limitent pas à une diminution des visites à l'urgence. Les médecins ne sont pas interchangeable. Leur relation continue avec leurs patients avant au-delà de l'interprétation des tests et l'ordonnance de médicaments. Les patients s'attendent à une fidélité et une familiarité de leurs médecins qui sont engagés avec eux dans une relation humaine et non un contrat commercial.

4.- L'hypotension orthostatique et des chutes chez les personnes âgées

Extrait de l'article de Petriceks AH et al. J Am Geriatr Soc 2023 Dec

Dans certains cas, l'orthèse retardée (survenant plus de 3 minutes après la position debout) est associée à un risque de chute.

L'hypotension orthostatique – un facteur de risque de chute chez les patients âgés – peut survenir immédiatement après la position debout ou après un délai de plusieurs minutes. Dans cette étude, les chercheurs ont examiné le moment des diminutions orthostatiques de la pression artérielle (TA) et le risque de chute chez près de 500 adultes vivant dans la communauté (âgés de ≥ 70 ans) présentant un risque élevé de chute. De nombreux patients prenaient des antihypertenseurs, 26 % souffraient de diabète et ≈ 60 % répondaient aux critères de « pré-fragilité ».

Selon le protocole de l'étude, les participants ont subi une mesure de la tension artérielle en décubitus dorsal, suivie immédiatement de six mesures debout, réparties sur ≈ 6 minutes. L'hypotension orthostatique a été définie comme une chute systolique de ≥ 20 mm Hg ou une baisse diastolique de ≥ 10 mm Hg.

- La tension artérielle moyenne en décubitus dorsal était de 129/68 mm Hg.
- Une hypotension orthostatique est survenue chez 32 % des personnes au cours des 3 premières minutes suivant la position debout et chez 16 % au cours des 3 minutes suivantes (orthostase retardée).
- Au cours du suivi médian de 9 mois, 425 chutes sont survenues parmi les 491 participants.
- Les personnes ayant une orthèse immédiate ou retardée étaient significativement plus susceptibles de tomber que celles qui n'en avaient pas (rapport de risque global, 1,7), mais celles qui avaient une orthèse retardée présentaient un risque un peu plus élevé que...

Référence

1. Petriceks AH et al. Moment de l'hypotension orthostatique et sa relation avec les chutes chez les personnes âgées. J Am Geriatr Soc 2023 Dec; 71 :3711. <https://doi.org/10.1111/jgs.18573>.

Note de l'éditeur : la prévention des chutes est une intervention essentielle en médecine gériatrique. Les mesures telles que les tapis antidérapants et barres d'appui dans les salles de bains, la revue des médicaments qui peuvent causer des syncopes sont toutes utiles et nécessaires. Maintenant que l'hypotension orthostatique retardée est bien documentée (NEJM, JW, Gen Med, 1er décembre 2015 et Neurology, 2015 ; 85 :1362) il est temps de revoir nos protocoles pour inclure ce facteur.

5.- Perte de poids et diagnostic subséquent de cancer

Extrait de l'article de Wang Q-L et al. Dans JAMA 23/30 Janv. 2024

La perte de poids est souvent une manifestation du cancer ; Cette association a été explorée plus en détail dans le cadre de cette étude de cohorte prospective impliquant des infirmières et des professionnels de la santé de sexe masculin. Environ 157 000 participants (âgés de ≥ 40 ans ; 70 % de femmes) sans cancer connu ont été suivis pendant une moyenne de 28 ans, au cours de laquelle environ 16 000 ont reçu un diagnostic de cancer. L'intentionnalité de la perte de poids a été déduite des modifications du mode de vie rapportées par les patients (c'est-à-dire l'alimentation et l'exercice) qui pourraient entraîner une perte de poids.

Une perte de > 10 % du poids corporel était associée à une incidence significativement plus élevée de cancer dans un délai d'un an que l'absence de perte de poids. Voici quelques-unes des constatations spécifiques qui méritent d'être faites :

1. Chez les participants âgés de plus de 60 ans qui ne présentaient pas de caractéristiques associées à une perte de poids intentionnelle, le risque absolu de cancer sur 1 an était de 1,3 % sans perte de poids et de 3,2 % avec une perte de poids > 10 %).
2. Parmi les tumeurs solides, > 10 % de perte de poids (par rapport à l'absence de perte de poids) était le plus fortement associé aux cancers gastro-intestinaux supérieurs, du foie, du pancréas et des voies biliaires (risques relatifs, 3,1-7,4) ; les associations étaient plus faibles pour les cancers colorectaux et du poumon (RR, $\approx 1,5$).
3. Les cancers du sein, de la prostate et gynécologiques n'ont pas été associés à une perte de poids de > 10 %.
4. La leucémie avait une association frappante avec une perte de poids de > 10 % (RR, 4,2).

5. Une perte de poids de 5 % à 10 % était également associée à un diagnostic de cancer à 1 an, mais pas aussi fortement qu'une perte de poids de > 10 %.

Références

1. Wang q-l et al. Diagnostics de cancer après une perte de poids récente. Jama 2024 23/30 janv. ; 331 :318. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.25869>.

Note de l'éditeur ; nous associons de façon instinctive la perte de poids au diagnostic du cancer. Quoique ce soit correct pour plusieurs cancers gastrointestinaux comme celui affectant l'œsophage et l'estomac cela n'est vérifié pour le cancer de la prostate et du sein des cibles habituelles des campagnes de dépistage. Ce qui renforce la portée de cette étude est le nombre majeur des patients enrôlés et sa durée de 28 ans.

6.- Extrait de l'article "An overview of pheochromocytoma; history, current concepts, vagaries, and diagnostic challenges"

WILLIAM M. MANGER Président, National Hypertension Association, Inc., Professeur clinique de

médecine, Centre médical de I'39; Université de New York, New York, New York, États-Unis

Ann. N.Y. Acad. Sci. 1073: 1–20 (2006). C 2006 New York Academy of Sciences. doi:10.1196/annals.1353.00

Cet extrait d'article a été soumis par la Dre Marie Édelyne Saint Jacques qui fait une maîtrise en Endocrinologie à l'Université Mac Gill, Canada.

Le phéochromocytome est une tumeur des cellules chromaffines sécrétant des catécholamines. Sur le plan épidémiologique, l'incidence annuelle est de 0.8 pour 100 000. Il survient à tout âge, mais plus particulièrement au cours des quatrième et cinquième décades. La majorité des cas sont sporadiques, mais dans 10-25 % des cas, il est associé à des syndromes génétiques comme la maladie de Van Hippel Landau, le neurofibromatose type 1, les néoplasies endocriniennes multiples type 2. Environ 20 à 40 % sont familiaux en raison des mutations germinales

Le phéochromocytome provient des cellules chromaffines de la médullaire surrénalienne dans 85 % des cas et dans une proportion moindre (18 %), des cellules chromaffines extra-surréniennes localisées dans l'abdomen, le pelvis et rarement dans le thorax ou du cou

Les tumeurs extra-surréaliennes sont plus fréquentes chez les enfants (30 %) que chez l'adulte (40 %) et sont appelées paragangliomes. Sa sécrétion de catécholamines inclut l'épinéphrine, en prédominance la norépinephrine et rarement la dopamine. Il a été démontré que la sécrétion de catécholamines circulantes avec la contribution du système nerveux sympathique participe à maintenir une hypertension artérielle entraînant une augmentation de la résistance périphérique.

Les manifestations cliniques sont celles de l'hypertension artérielle résultant de l'excès de catécholamines circulantes. Ces manifestations peuvent être d'ordre général comme la fatigue, les sueurs profuses, la perte de poids, l'asthénie, d'ordre cardio vasculaire comme la tachycardie, les palpitations, la douleur thoracique ; ou particulièrement neurologique comme les céphalées, les troubles visuels, les tremblements, les convulsions; ou même digestif comme la nausée, les vomissements, la douleur abdominale et d'ordre psychiatrique comme l'anxiété. Exceptionnellement, l'hypertension peut être absente en particulier dans les formes familiales ou la sécrétion de catécholamines est modérée ou encore certaines tumeurs ne sécrétant que de la dopamine.

Le diagnostic de cette tumeur sous-tend le dosage des catécholamines plasmatiques et l'imagerie pour la location et l'extension. La tomographie (CT) peut permettre dans 95% des cas d'identifier le phéochromocytome surrénalien d'un cm ou plus et peut localiser les phéochromocytomes extra-surréaliens à partir de deux centimètres. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est d'autant plus sensible et plus spécifique au diagnostic. De plus, le produit de contraste utilisé pour l'IRM ne cause pas de réaction allergique contrairement à celui utilisé par le CT. L'absorption tumorale de l'agent pharmaceutique 1 metaiodo-benzyl guanidine (MIBG) se fait dans 81 à 85% des cas de phéochromocytome et est hautement spécifique jusqu'à 100%. Le traitement du phéochromocytome consiste en la stabilisation de l'hypertension suivi de l'ablation de la tumeur. Pour les tumeurs malignes, la radiothérapie avec IMBG peut conduire à la réduction en taille de la tumeur et la sécrétion de catécholamines. La chimiothérapie est généralement réservée aux larges tumeurs plus agressives.

Il n'y a pas de tumeur ou de cause d'hypertension plus trompeuse et plus dangereuse que le phéochromocytome. Si elle n'est pas reconnue et traitée de manière appropriée, elle entraînera toujours des événements cardiovasculaires mortels ou des complications dévastatrices. Le danger de méconna-

tre cette bombe pharmacologique est clairement indiqué par un rapport de Mayo clinique de 54 autopsies dans lesquelles le phéochromocytome a contribué à 55% des décès mais n'a pas été suspecté dans 75 % des cas. "Pensez-y !" Ce dicton est essentiel pour diagnostiquer le phéochromocytome.

Références

1. MANGER, W.M. & R.W. GIFFORD, JR. 1996. *Clinical and Experimental Pheochromocytoma*. Blackwell Science. Cambridge, MA.
2. MANGER, W.M. & G. EISENHOFER 2004. *Pheochromocytoma: diagnosis and management update*. *Curr. Hypert. Rep.* 6: 477-484.
3. LENDERS, J.W.M., K. PACAK, M.M. WALTHER, et al. 2002. *Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best?* *JAMA* 287 : 1427-1434.
4. EISENHOFER, G., D.S. GOLDSTEIN, I.J. KOPIN, et al. 2003. *Pheochromocytoma : rediscovery as a catecholamine-metabolizing tumor*. *Endocr. Pathol.* 14 : 193-212.

Note de l'éditeur : le diagnostic du phéochromocytome est le prototype d'un tableau clinique périlleux même pour le clinicien averti. Ses manifestations sont multiples et peuvent être rencontrées dans plusieurs autres maladies, ce qui lui vaut le sobriquet de 'Grand Imitateur' Le pourcentage de diagnostics rates est considérable, ce qui rend impératif de suivre la consigne : « Pensez-y ! »

LABORATOIRES 4C

SITUATION ACTUELLE

- Environ 280 Produits sous forme de : (Sirops, Comprimés, Gouttes, Capsules, Suspensions, Gels, Lotions, Poudres.)



CIPROX
500
Ciprofloxacine 500 mg
par comprimé
ANTIBIOTIQUE
A LARGE SPECTRE
2 X10 Comprimés
LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI



SupraB
B
COMPLEX
- Asthénie
- Névralgies
- Zona
2x10 Comprimés
LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI



MYOXAN
Relaxant musculaire
Traitement des affections musculosquelettiques
2x10 Comprimés
LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI

LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI

1. Biologie de la zombification : à propos d'un cas

¹ Charles Henri Pierre, MD- OBGYN ;² Lindsay M. O. P. Louissaint, MD-OBGYN,

¹Ancien Chef de Service d'OBGYN, Hôpital Lumière de Bonne Fin, Directeur Médical, Maternité Bethesda ;

² MD de Service, Maternité Bethesda. Article tiré de la 45e CONFÉRENCE du FORUM MÉDICO-CHIRURGICAL du mercredi 27 décembre 2023

RÉSUMÉ

Depuis toujours, Haïti est connue mondialement comme « L'île Magique ». Cependant, à l'instar de William Seabrook qui avait préalablement assisté à plusieurs cérémonies du culte vaudou avant d'écrire son livre, nous aussi, nous avons eu le privilège d'examiner sur demande « une revenante », populairement appelée : « zombie ». En effet, elle avait été officiellement déclarée morte. Puis, elle fut dûment inhumée, avant d'être retrouvée vivante quelques mois plus tard dans l'une des rues de Port-au-Prince. Aussitôt, des prestataires ont été sollicités pour une évaluation médicale « post mortem ». Tous se sont mis à couvert l'un après l'autre, voulant éviter tout contact avec des zombies ! Sollicité à mon tour, je me précipitai sur cette opportunité unique d'examiner minutieusement une « revenante ». Nous avons pu constater alors que la zombification est un problème essentiellement médical que nous devons apprendre à reconnaître et soigner comme tel.

Mots-clés : zombification, anthropologie culturelle, tétródotoxine, paralysie, hallucinations, datura stramonium, zombie ou revenante.

Pour plus d'un, la zombification est un phénomène culturel qui se rapporte essentiellement au féérique et au mythique. Elle relèverait ainsi de l'anthropologie culturelle. Elle frappe l'imaginaire des gens aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, parmi les citoyens ordinaires aussi bien que parmi les prestataires de soins. Ces derniers ne se rendent pas compte qu'ils se coupent ainsi d'une réalité qui n'est plus rationnellement appréhendée, investiguée, maîtrisée. Très peu de choses sont connues dans la littérature à propos de la zombification en Haïti. Mais en dépit de l'indigence des Statistiques Vitales locales, il est possible de dégager des pistes susceptibles d'aider le pays à sortir de ces épaisses ténèbres. Nous allons présenter un cas de zombification pour ensuite

l'analyser en fonction de la littérature existante, afin de montrer que la zombification est un phénomène essentiellement biologique, qui doit retenir l'attention du secteur médical dans son ensemble.

OBJECTIF

Il s'agit de montrer que dans la culture haïtienne, la plupart des phénomènes de catalepsie qui mènent à une mort apparente sont causés par l'intoxication à une substance hyper-puissante dénommée Tétródotoxine (TTX), souvent associée à un hallucinogène tout aussi puissant, le Datura stramonium, vulgairement appelé l'herbe du diable et Concombre Zombie en Haïti. (fig. 1) À noter que la tétródotoxine, une toxine 1200 fois plus puissante que le cyanure est tirée de fruits de mer comme le poisson globe, le poisson fugu, le poisson frou-frou, retrouvés dans l'Atlantique, l'Indo-Pacifique et le Golfe du Mexique [1-4]. (fig. 2 à 5)



Fig. 1 : *Datura stramonium* = L'herbe du diable = Concombre Zombie



Fig. 2 : Poisson Globe, présent au Japon et en Haïti



Fig. 3 : Variété haïtienne de poisson frou-frou



Fig. 4 : Puffer fish = Poisson frou-frou



Fig. 5 : Poisson Frou-frou à bec pointu,

ÉPIDÉMIOLOGIE Il est extrêmement difficile de donner des chiffres sur l'incidence ou la prévalence du phénomène de zombification en Haïti. Le Dr Lamarque Douyon, ancien Directeur du Centre de Psychiatrie Mars and Kline de Port-au-Prince, a rapporté que dans sa série qui s'étendit sur 25 ans, il a dénombré 17 cas évocateurs de zombification. De ces 17 cas, deux, après examen sérologique dûment effectué aux USA, se sont révélés être positifs pour la TTX, soit 12 % ; $p < 0.05$. Les autres n'étaient que des victimes d'épilepsie, de retard mental, de folie et d'alcoolisme.

ASPECTS PHARMACOLOGIQUES

La TTX est une molécule qui pourrait être liée à un trouble de la protéine kinase A (PKA), enzyme impliquée dans la transmission des signaux vers et dans la cellule et neuro modulatrice de la dopamine [5-9]. C'est un bloqueur des canaux sodiques, qui empêche le système nerveux de transmettre des messages et donc les muscles de se contracter en réponse à une stimulation nerveuse. Le résultat final est une paralysie progressive qui est d'abord péri-orale, avant de se répandre dans tout l'organisme provoquant alors une catalepsie à nulle autre pareille. Elle est spécifique en ceci qu'elle cible tous les muscles volontaires et involontaires de l'organisme, affectant alors les fonctions autonomes (rythme cardiaque, respiration...), qui deviennent pratiquement imperceptibles. Par suite des effets du Datura stramonium, on observe aussi une mydriase bilatérale. (fig. 1) L'état de mort cérébrale n'est qu'apparent, car les tracés électroencéphalographiques et électrocardiographiques sont encore faiblement perceptibles. L'intoxication a généralement lieu après ingestion de poisson fugu, appelé poisson frou-frou chez nous. Elle se fait aussi par contact ou inhalation d'une potion préparée à partir du poisson frou-frou desséché et réduit en poudre [5-9] et se caractérise par une absence de réaction au toucher et à la douleur.

D'autre part, le Datura stramonium produit des alcaloïdes dont les effets antispasmodiques sont indiscutables. Parmi ces alcaloïdes, il convient de citer l'atropine, l'hyoscyamine, la scopolamine. Il donne surtout des hallucinogènes puissants responsables des troubles psychologiques majeurs comme les illu-

sions, les hallucinations, les déséquilibres spatio-temporels, pouvant aller jusqu'à la schizophrénie [10].

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET TRAITEMENT

Quel est maintenant le diagnostic différentiel de l'état cataleptique causé par l'intoxication à la Tétréodotoxine ? Il se fait notamment avec les grandes causes de coma profond d'origine métabolique ou cardio-vasculaire. On peut incriminer aussi les affections neuropsychiatriques comme la schizophrénie, le coma épileptique, la maladie de Parkinson, les tumeurs et traumatismes cérébraux. On peut penser aussi à l'hypnose et au sevrage de certaines drogues dures comme la cocaïne. Des incidents et accidents mettant en cause des médicaments anesthésiques comme l'halopéridol et la kétamine, l'atropine, la scopolamine, en sont parfois responsables. Cependant dans tous les cas de figure, le diagnostic différentiel est plutôt facile à établir, car dans cet état cataleptique profond, les grandes fonctions vitales, perceptibles seulement à l'EEG et l'ECG, s'accompagnent toujours, à cause du Datura stramonium, de mydriase bilatérale. Donc, la catalepsie, associée à l'altération profonde des fonctions autonomes et la mydriase bilatérale, qui a débuté par une paralysie péri-orale souvent dans un contexte d'ingestion de poisson fugu ou frou-frou, établit le diagnostic.

En médecine légale, comment détecter la TTX dans les liquides corporels ? Ce dosage biologique peut être fait par la spectrométrie de masse ou la séparation liquidienne par chromatographie [11]. Le traitement est symptomatique. Il faut une prise en charge précoce et agressive des voies respiratoires [12]. S'il y a eu consommation de poisson, il faut procéder au lavage gastrique en utilisant le charbon activé. Les agonistes alpha adrénergiques sont recommandés, avec les solutés adéquats, pour augmenter éventuellement la pression sanguine. Il nous faut maintenant considérer le rapport médical de la revenante. Il sera analysé à la lumière de la littérature existante sur la zombification. Les données récentes seront éventuellement mises à profit.

RAPPORT DU CAS D'ESPÈCE

Il s'agit de Mme X (M. C.), 30 ans, G2P2Ev2, vue pour évaluation générale « post mortem » le 30/12/08. Elle était accompagnée de deux personnes, dont sa jeune sœur (V. C.), âgée de 24 ans. Elle présentait alors une polyphagie, une toux grasse, une incohérence verbale, des troubles du comportement et de la personnalité.

Selon les dires de sa sœur, elle est morte le 8 avril à Tiburon. Enterrée le lendemain de sa mort, elle a été inhumée dans une cave qui n'aurait pas été défoncée. Huit (8) proches parentes (mère, sœurs, nièces), ont attesté de l'identité de la revenante.

Selon l'anamnèse, deux ans avant sa mort, elle avait contracté le zona au niveau de la partie postéro-supérieure droite du thorax, Zona qui fut traité. Six mois avant sa mort, elle manifesta une crise de délire au cours de laquelle elle courut toute nue dans les rues de Tiburon. Mais avant cette crise, à Port-au-Prince, elle a été soignée pour fièvre, céphalée intense, toux non productive. Son mari décida qu'elle n'avait pas de problème médical et qu'il lui faudrait voir un houngan. Au lieu du Cap Haïtien, proposé par le mari, les parents optèrent pour Tiburon.

Au bout de 3, 4 mois, l'état général s'améliora. Son mari vint la voir en deux fois. La première fois, elle eut une rechute et courut toute nue dans les rues. La 2^e fois, elle fut sévèrement affectée et garda le lit jusqu'à sa mort survenue le 08 Avril 2008, suivie de son inhumation dans une cave à Tiburon le 09 Avril 2008.

Elle fut retrouvée à Port-au-Prince par une nièce, F., 22 ans, marchande ambulante, le 1^{er} nov. 2008 près du Conatel, au Bicentenaire, aux environs de 9h AM. Elle était alors émaciée, squelettique, prostrée, avec une toux grasse. Elle était couchée à même le sol et nourrie par les passants. F. lui donna d'abord à manger, avant d'alerter ses proches parents. Une sœur habitant à Cité plus (en face de King's Hospital) arriva vers 4h PM. La Police de la Cafétéria fut alertée pour constat légal dûment effectué. Le pasteur M. J. qui nous dit avoir à son actif plus d'une douzaine de revenants, fut aussi contacté. C'est lui qui me référa cette revenante. Vers 9h PM, la police la remit à ses parents.

Durant mon examen clinique, il n'y avait pas d'autre plainte. Elle présentait en plus une infection vaginale sévère, ainsi qu'une logorrhée. Rappelons que la logorrhée est un terme de psychologie qui désigne un flot de parole incessant. C'est un symptôme fréquemment rencontré en psychiatrie et en neurologie. Par ailleurs, la patiente semblait en conversation constante avec des entités invisibles. Elle portait aussi des macules hyperchromiques au niveau du dos, ainsi qu'une nécrose scapulaire bilatérale par suite de la position figée et compressive qu'elle a dû garder pendant quelque 24 heures de temps dans le cercueil. TA : 100/60 mm HG ; PLS : 84/min ; FR : 28/min. Les examens de base requis n'ont pu être obtenus. En l'absence de la paraclinique, le diagnostic est essentiellement clinique et épidémiologique.

Impressions cliniques retenues :

1. Broncho-pneumopathie chronique d'origine à investiguer
2. Vaginite chronique à germes multiples
3. Malnutrition chronique et Helminthiase probable
4. Schizophrénie, personnalité bipolaire
5. Intoxication à la Tétréodotoxine et aux hallucinogènes.

DISCUSSION

Il convient de constater que la totalité des problèmes médicaux présentés par notre revenante sont compatibles ou secondaires à la vie de paria qui caractérise les personnes intoxiquées par la TTX et le Datura stramonium. Cette dernière substance, le Datura stramonium, explique fort bien le comportement débridé de la patiente qui agit comme une schizophrène ou une hallucinée dans les rues de Tiburon. Tandis que la mise en bière qui fit suite à sa déclaration de mort apparente causée par l'effondrement des signes vitaux, résista à l'absence d'approvisionnement en oxygène jusqu'à son exhumation 12 à 24 heures plus tard. Cela signe son intoxication à la TTX. Comment expliquer ce phénomène ? Il faut rappeler que la catalepsie profonde ou paralysie musculaire généralisée, diminue au maximum le métabolisme basal, réduisant drastiquement les besoins en oxygène. Cela permet alors au résidu d'oxygène enfermé dans le cercueil de durer entre 8 et 22 h de temps selon les circonstances. Passé ce délai, c'est la déplétion totale en oxygène et l'asphyxie.

Les limites de l'exposé

Cependant, en dépit de l'ensemble de ces données pharmacologiques et cliniques qui aident à établir clairement l'aspect biologique de la zombification, force est de reconnaître les limites de ce présent exposé. En effet, nous n'avons assisté ni à son inhumation, ni à son exhumation. Des échantillons de ses liquides corporels n'ont pas été prélevés pour être examinés par la spectrométrie de masse et la chromatographie. Il n'a pas été possible de faire le suivi de ce cas d'espèce... Nous devons rappeler aussi que dans la série du Dr L. Douyon, seulement 12 % des cas évocateurs de zombification se sont révélés positifs pour TTX après examen sérologique. Donc, pour toutes ces raisons, nous parlerons aujourd'hui de « forte suspicion de Zombification ». Nous en appelons donc à l'Etat Haïtien pour doter l'HUEH ainsi que le Laboratoire National de Santé Publique de l'équipement et du personnel nécessaire pour faire face au défi de la zombification.

CONCLUSION

Nous assistons aujourd'hui à un réveil de la production intellectuelle nationale. Ainsi, à la Faculté d'Ethnologie de l'UEH des travaux de Recherche Post Graduée sont effectués en Anthropologie Culturelle sur le thème de la Zombification. Des débats sont aussi organisés sur l'aspect culturel et ésotérique de la question. Tôt ou tard, ils voudront connaître le point de vue du Secteur Académique de santé sur l'aspect biologique de la Zombification. Ce secteur doit donc absolument se préparer pour faire face à ses responsabilités.

La zombification n'est finalement ni un mythe, ni un conte de fée relevant de l'anthropologie culturelle, mais une intoxication à la Tétrodotoxine, au Datura stramonium et autres substances, qu'il convient de prendre en charge médicalement. Compte tenu des pratiques culturelles haïtiennes, notamment en milieu rural, il importe que les prestataires de soin appréhendent correctement le problème, pour permettre à l'État de bien jouer son rôle accompagnateur. L'état devrait intervenir aussi pour certifier les restaurants qui offrent les fruits de mer, comme au Japon. L'État devrait aussi revoir sa législation pour réprimer vigoureusement ceux qui manipulent la TTX à des fins criminelles. De plus, dans les restaurants, les fins gourmets devraient s'abstenir de commander des filets de poisson dont ils n'arrivent pas à déterminer l'origine. En prenant ce genre de précaution, ils éviteront dans la mesure du possible de passer du poisson au poison. En dernier lieu, la Zombification est un phénomène qui devrait intéresser toutes les Facultés de Médecine de la République. Il s'agit de préparer les nouveaux diplômés à faire face à ces défis, qui en fait, ne sont pas si nouveaux.

RÉFÉRENCES

5. Lago J, Rodríguez LP, Blanco L, Vieites JM, Cabado AG (2015). "Tetrodotoxin, an Extremely Potent Marine Neurotoxin: Distribution, Toxicity, Origin and Therapeutic Uses". *Marine Drugs*. 13 (10): 6384–406.
6. Guardone, Lisa; Maneschi, Andrea; Meucci, Valentina; Gasperetti, Laura; Nucera, Daniele; Armani, Andrea (2020-10-02). "A Global Retrospective Study on Human Cases of Tetrodotoxin (TTX) Poisoning after Seafood Consumption". *Food Reviews International*. 36 (7): 645–
7. Yasumoto T, Kao CY (1986). "Tetrodotoxin and the Haitian zombie". *Toxicon*. 24 (8): 747–49. doi:10.1016/0041-0101(86)90098-x. PMID 3775790.
8. Kao CY, Yasumoto T (1990). "Tetrodotoxin in "zombie powder"". *Toxicon*. 28 (2): 129–32. doi:10.1016/0041-0101(90)90330-a. PMID 2339427.
9. Aqib Sayyed, Mohib Shah, *Phytochemistry, pharmacological and traditional uses of Datura stramonium L. review; Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry* 2014; 2 (5): 123-125
10. Baselt RC (2008). *Disposition of toxic drugs and chemicals in man (8th ed.)*. Foster City, California : Biomedical Publications. pp. 1521–22
11. Clark RF, Williams SR, Nordt SP, Manoguerra AS (1999). "A review of selected seafood poisonings". *Undersea & Hyperbaric Medicine*. 26 (3): 175–84
PMID 10485519. Archived from the original on October 7, 2008.
12. BBC News Afrique, 21 Mai 2021

1. Chau R, Kalaizis JA, Neilan BA (Jul 2011). "On the origins and biosynthesis of tetrodotoxin" (PDF). *Aquatic Toxicology*. 104 (1–2): 61–72. doi:10.1016/j.aquatox.2011.04.001. PMID 21543051.
2. <https://www.medisite.fr/troubles-psychologiques-cataleptie-symptomes-traitement-que-faire-en-cas-de-crise>
3. Bradley SG, Klika LJ (Jul 1981). "A fatal poisoning from the Oregon rough-skinned newt (*Taricha granulosa*)". *JAMA*. 246 (3): 247. doi:10.1001/jama.11981.03320030039026. PMID 7241765.
4. Chang SS, Wu ML, Deng JF. Poisoning by *Datura* leaves used as edible wild vegetables. *Vet Hum Toxicol*. 1999;41:242–245

Auteur correspondant :

Charles Henri

Pierredocshasha17@gmail.com

2. Forum mondial de la santé numérique 2023

Jean Patrick ALFRED, MD.

tional Development (USAID), le Dr Jean Patrick ALFRED a mis en lumière les conditions d'une telle évolution des soins de santé en Haïti. Retour sur ces échanges.

La table ronde a été animée par cinq représentants de gouvernements qui ont abordé les efforts de transformation numérique du système de santé de leur pays et souligné ce dont ils ont besoin de la part de la communauté internationale pour réussir dans leurs efforts. Les questions qui suivent ont été posées à chaque panéliste.

Lors de son intervention, Dr Jean Patrick ALFRED, a insisté, entre autres, sur le fait que les financeurs et les autorités sanitaires locales peuvent avoir plus d'impact sur la stratégie nationale de transformation de la santé numérique en envisageant un engagement plus fort dans les domaines suivants :

- l'alignement sur les priorités nationales en matière de santé ;
- le financement et la collaboration à long terme pour soutenir le développement, la mise en œuvre, l'extension et la maintenance des infrastructures ;
- le développement de partenariats locaux ;



En décembre dernier, s'est tenu à Washington, le Forum mondial de la santé numérique 2023. Le Dr Jean Patrick ALFRED y participait en sa qualité de Directeur de l'Unité d'Évaluation et de Programmation du Ministère de la Santé Publique et de la Population, (UEP/MSPP/HAÏTI). Au cours de la séance d'ouverture qui s'est déroulée le 4 décembre sous l'égide de l'U.S. Agency for interna-

- l'investissement dans le renforcement des capacités en s'appuyant sur l'expertise locale ;
- la compréhension des défis spécifiques en matière de soins de santé et ...

Voilà les réponses dans leur intégralité.

Question 1 : Quels sont les changements les plus passionnants du système de santé que vous

anticipez, les efforts de transformation numérique que vous dirigez ?

« Je tiens à remercier l'USAID et le Country Health Information Systems and Data Use Program, le CHISU pour cette invitation à participer en tant que panéliste à cette session d'ouverture du Forum mondial sur la santé numérique.

Dans notre monde, personne ne devrait être laissé pour compte en matière de santé. Le constat que nous faisons en mettant en place le système national d'information sanitaire unique d'Haïti est le suivant : ceux qui ont le plus besoin du système de santé sont ceux qui y ont le moins accès. Les technologies numériques ont le potentiel d'améliorer cet accès, mais les populations les plus vulnérables sur le plan sanitaire ont généralement les niveaux de connectivité les plus bas et la capacité d'utiliser les outils numériques la plus faible.

Exploiter les possibilités d'interopérabilité avec les composantes existantes du système d'information sanitaire pour améliorer les résultats sanitaires, le contrôle épidémiologique et la gouvernance sanitaire éclairée n'était que le début de l'aventure lorsque le ministère de la santé a défini la vision du Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU). Entre-temps, le COVID a bouleversé nos perspectives de mise en œuvre et nous a obligés à considérer les consommateurs de soins comme des acteurs clés jouant un rôle majeur dans les cas d'utilisation des soins de santé d'aujourd'hui. Cette crise mondiale a servi de signal d'alarme pour de nombreux décideurs du secteur de la santé, qui ont saisi l'opportunité de transformation des stratégies numériques visant à améliorer les résultats en matière de bien-être, en mettant l'accent sur la personne et en se fondant sur les principes de l'accès universel et équitable à des services de soins efficaces.

Bien que la vision sous-jacente n'ait pas changé, il est passionnant d'anticiper et d'évaluer déjà comment cette nouvelle perspective accélère l'innovation et les nouvelles idées, mais déclenche également de nouvelles conversations et opportunités de collaboration au sein du secteur public ou dans les cercles public-privé.

Au-delà de l'excitation technologique, nous sommes au début d'une nouvelle vague conduisant à des connexions et des services nouveaux et plus intelligents qui doivent être encadrés et supervisés pour favoriser l'innovation, tout en restant alignés sur les principes fondamentaux de notre politique nationale de santé.

Nous voyons déjà des signes enthousiasmants des efforts de transformation numérique, à savoir :

- le District Health Information Software (DHIS2) : le rapport mensuel utilisant des données agrégées qui décrivent les activités des établissements et les services de santé fournis. Cela peut améliorer la coordination des soins et conduire à une prise de décision plus éclairée ;
- le déploiement d'applications pour les patients permettant une interaction avec l'*Electronic medical record (EMR)* et l'environnement de soins au-delà de l'établissement ;
- l'accès sécurisé aux dossiers de vaccination ou d'analyses de laboratoire via le site web du ministère ;
- les initiatives de télémédecine dans le secteur privé pour les maladies chroniques ;
- l'utilisation systématique de systèmes électroniques pour soutenir le plan d'amélioration continue de la qualité des services de santé ;

Pour réussir la transformation numérique, il faut non seulement adopter la technologie, mais aussi développer les compétences et les connaissances des professionnels de la santé. Les programmes de formation peuvent contribuer à faire en sorte que la main-d'œuvre soit en mesure d'utiliser efficacement les nouvelles technologies. »

Question 2 : Chacun d'entre vous joue un rôle de premier plan dans la transformation numérique du système de santé de son pays. Il s'agit d'un effort complexe et à grande échelle qui nécessite un large éventail d'acteurs pour se rallier à votre vision. Quelles sont les principales questions que vous posez aux responsables de la mise en œuvre, aux technologues, aux experts de la santé et aux bailleurs de fonds qui participent à cet événement, afin d'aider vos pays à réaliser cette transformation ?

« La transformation numérique du secteur de la santé est un besoin urgent, mais elle doit viser spécifiquement à garantir un accès équitable à toutes les populations, en particulier celles qui vivent dans des situations de vulnérabilité. Une approche non équitable de la transformation numérique pourrait s'avérer contre-productive et désavantager encore plus les populations vulnérables.

Le ministère travaille à la mise en place d'une table sectorielle sur la transformation numérique de la santé afin de favoriser une meilleure coopération, une meilleure mise en réseau et un meilleur alignement entre les exécutants publics et privés, les programmes verticaux, les technologues, les experts de la santé et les bailleurs de fonds. Il ne s'agit que d'une première étape pour créer un environnement dans lequel les principales parties prenantes pourront participer et bénéficier d'une gouvernance efficace

d'une stratégie nationale de transformation numérique de la santé, car nous devons tous être aussi efficaces et percutants que possible en ce qui concerne les besoins prioritaires, les normes et les feuilles de route adoptées par le ministère et la stratégie de durabilité.

Pour réussir un effort aussi vaste et complexe, nous avons besoin que toutes les parties prenantes collaborent avec le ministère afin d'apporter des améliorations continues, concernant les aspects suivants :

- le cadre de gouvernance de la transformation numérique de la santé ;
- le plaidoyer pour des politiques qui promeuvent l'interopérabilité, la confidentialité des données et la sécurité afin d'instaurer la confiance entre les patients et les prestataires de soins de santé ;
- la spécification de l'architecture normalisée de l'infrastructure nationale de santé numérique ;
- l'investissement dans le renforcement des capacités locales et dans les champions de l'innovation locale ;
- la demande d'amélioration de l'infrastructure numérique, y compris une connectivité internet fiable et l'accès à l'électricité dans nos infrastructures de santé du dernier kilomètre dans les zones rurales et urbaines afin de soutenir la mise en œuvre et le fonctionnement des systèmes de santé numériques ;
- des conversations ascendantes pour mieux connaître les attentes et les besoins des utilisateurs finaux.

Nous sommes heureux de voir que la conversation commence au niveau mondial avec des lignes directrices et des cadres qui serviront de ressources importantes pour nous soutenir localement dans la réalisation d'un impact durable.

Question 3 : Outre l'USAID, un certain nombre de grands bailleurs de fonds de la santé mondiale participent au Forum mondial de la santé numérique. Qu'aimeriez-vous que les bailleurs de fonds prennent en compte lorsque vous faites avancer vos plans de transformation de la santé numérique ?

« Le fait que la plupart des bailleurs de fonds participent au Forum mondial sur la santé numérique et travaillent ensemble à l'élaboration d'un meilleur cadre de collaboration en matière de santé mondiale est un excellent signal pour les acteurs nationaux de la santé.

Les financeurs et les autorités sanitaires locales peuvent avoir plus d'impact sur la stratégie nationale de transformation numérique de la santé en envisageant un engagement plus fort dans :

- l'alignement sur les priorités nationales en matière de santé pour s'assurer que les projets financés puissent s'exécuter selon les priorités et stratégies plus larges du pays en matière de santé, maximisant ainsi le potentiel d'impact réel sur le système de santé ;
- le financement et la collaboration à long terme pour soutenir le développement, la mise en œuvre, l'extension et la maintenance de l'infrastructure ;
- le développement de partenariats locaux et l'investissement dans le renforcement des capacités en s'appuyant sur l'expertise locale et en encourageant l'expérimentation et l'adaptation de l'innovation, afin d'intégrer les progrès susceptibles d'améliorer la prestation des soins de santé.
- la compréhension des défis spécifiques en matière de soins de santé, l'infrastructure et l'état de préparation numérique du pays cible ;
- l'adaptation des solutions numériques aux besoins et au contexte spécifiques de la population locale ;
- l'investissement dans le renforcement des capacités des professionnels de la santé, des administrateurs et du personnel technique locaux afin qu'ils puissent mettre en œuvre, gérer et maintenir efficacement les systèmes de santé numériques ;
- la surveillance pour que les solutions de santé numériques tiennent compte des spécificités culturelles et soient ouvertes à tous. Impliquer les communautés locales dans le processus de conception et de mise en œuvre, afin de prendre en compte les considérations culturelles et sociales spécifiques.
- la reconnaissance de la nature dynamique de la technologie et des soins de santé ; la conception des interventions qui s'adaptent à l'évolution des circonstances et aux technologies émergentes.

Auteur correspondant :

Jean Patrick ALFRED, MD, Msc

Directeur de l'UEP/MSPP

(509) 37087375

jeanpatricka3@gmail.com



OFATMA
OFFICE D'ASSURANCE
ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIE ET MATERNITÉ



**Ak OFATMA nou tout asire!
OFATMA, l'assurance pour tous!**

(509) 2811-7941
infos_conam@ofatma.gouv.ht
Delmas 95, Rue Acajou #4 Port-au-Prince, Haiti

2. Cri d'alerte contre l'épidémie cardiovasculaire qui décime nos rangs

Reynald Altéma, MD

Pour ceux d'entre nous qui ont atteint un stade avancé de leur vie et qui font face au compte à rebours final, nous nous voyons à la croisée des chemins et nous nous interrogeons sur l'héritage que nous laisserons à la prochaine génération. Pour nous, médecins d'origine africaine, les statistiques de santé concernant notre groupe dans le domaine des maladies cardiovasculaires restent un point très sensible. Nous sommes les plus mal lotis de tous les groupes ethniques. En termes réels, Haïti et la Guyane se classent alternativement au premier rang [1] des Amériques pour le fardeau cardiovasculaire et dans le monde entier, ils occupent le premier rang [2]. Au cas où nous aurions besoin d'une confirmation de la prévalence ethnique de la maladie, dans une société multiraciale comme les États-Unis, les Noirs [3] occupent la première place en termes de mortalité due aux maladies cardiaques.

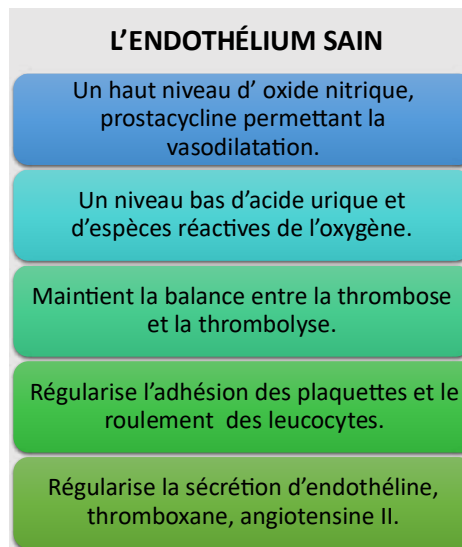


Fig. 2 : L'endothélium sain (adaptée sur Rajendran et al)

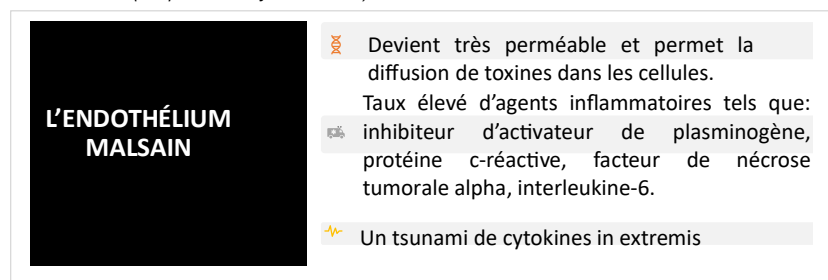


Fig. 3 : L'endothélium malsain (Adaptée sur Rajendran)

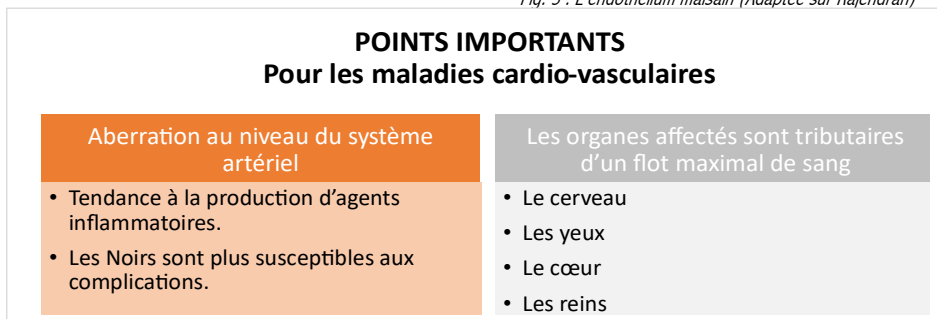


Fig. 1 : points importants pour les maladies cardio-vasculaires

Physiopathologie

Le péché originel semble provenir de l'endothélium, la couche de cellules épithéliales omniprésente qui active sur le plan biologique. Vu son abondance, on peut la considérer comme un organe. En bonne santé, elle maintient la vasodilatation du vaisseau et tient les cytokines inflammatoires à distance. (fig. 1) En cas de maladie, la situation est inversée : vasoconstriction, thrombose, et toute une cascade de processus inflammatoires se met en place. Rajendran et al. [4] ont écrit une très bonne revue sur le sujet, qui vaut la peine d'être lue. (fig. 2)

Les maladies cardiovasculaires comprennent l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie et l'obésité tronculaire. (fig. 3) En raison de la similitude de la pathologie sous-jacente, elles sont très souvent regroupées en un syndrome, le syndrome métabolique, où l'existence de tant de perturbations simultanées accélère le taux de complications. (fig. 4)

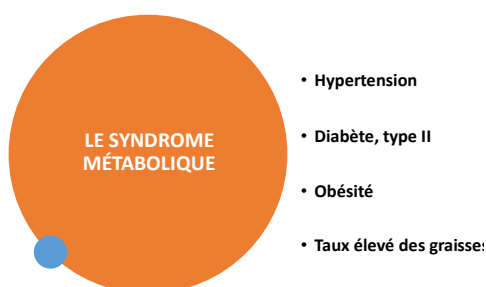


Fig. 4 : Le syndrome métabolique

Épigénétique

Le point essentiel demeure le degré élevé d'hérédité de ces maladies dont le risque augmente avec l'âge. Le modèle d'hérédité est de type complexe, différent du modèle mendélien qui repose sur une arithmétique simple. La différence entre les deux formes d'hérédité fait toute la différence dans la vie. Alors que l'expression de la drépanocytose n'est pas influençable, l'expression des maladies cardiovasculaires peut être modulée. Ce concept est

très important et mérite toute notre attention. Au niveau moléculaire, dans la mesure où nous pouvons ajouter un groupe méthyle, phosphoryle ou acétyle à l'ADN, nous pouvons retarder l'expression génétique d'une maladie [5]. C'est ce qu'on appelle l'épigénétique, qui est induite par le comportement. La cigarette, le manque d'exercice, une alimentation inflammatoire et l'exposition à la pollution sont des exemples de facteurs externes qui peuvent avoir un impact négatif sur l'expression génétique d'une maladie (fig. 5). Ces facteurs provoquent également un dysfonctionnement de l'endothélium [6]. La famille dans laquelle nous sommes nés détermine les facteurs de risque auxquels nous sommes exposés tout au long de notre vie. Nous ne pouvons pas influencer notre héritage familial. En revanche, nous pouvons influencer

l'expression de la maladie. C'est un mantra que nous utiliserons à l'avenir, car la prise de conscience de ce simple truisme permet d'adopter un ensemble de lignes directrices judicieuses et proactives susceptibles de modifier l'évolution naturelle des complications cardiovasculaires. Plutôt que de nous retrancher derrière la courbe, nous devons encourager des initiatives audacieuses, en mettant l'accent sur la prévention de l'expression de la maladie ou en diminuant son intensité. Enfin et surtout, le maintien des complications à un niveau minimum devrait devenir notre objectif principal.

Avant de conclure que l'objectif ci-dessus est hors de portée, il convient d'examiner quelques études de population intéressantes qui renforcent l'idée que le mode de vie peut être un moyen d'intervention peu coûteux, efficace et intelligent. Dans une méta-analyse, Khera [7] a révélé que des jumeaux identiques pouvaient avoir des résultats différents dans l'expression de la maladie en fonction de leur mode de vie. L'implication de l'épigénétique peut réduire le risque de 50 %. Une autre étude remarquable de Schulz [8] détaille l'influence de l'épigénétique sur l'expression des maladies chez les Indiens Pima d'Arizona par rapport à leurs cousins du Mexique. (fig. 5,6)

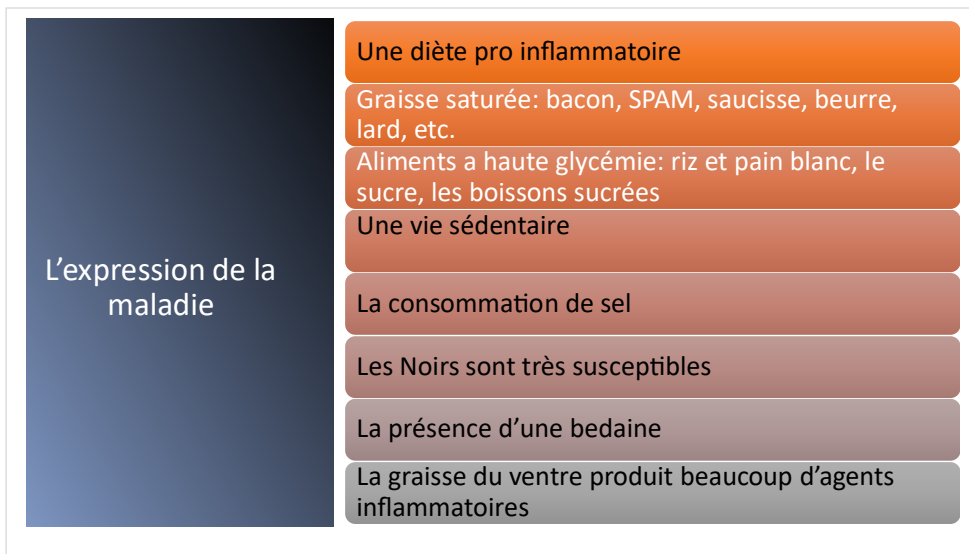


Fig. 5 : L'expression de la maladie (1)

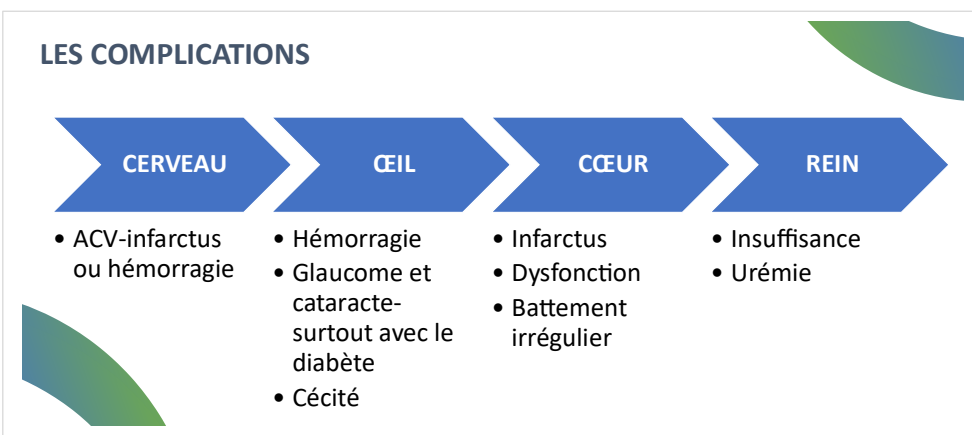


Fig. 7 : Les complications (1)

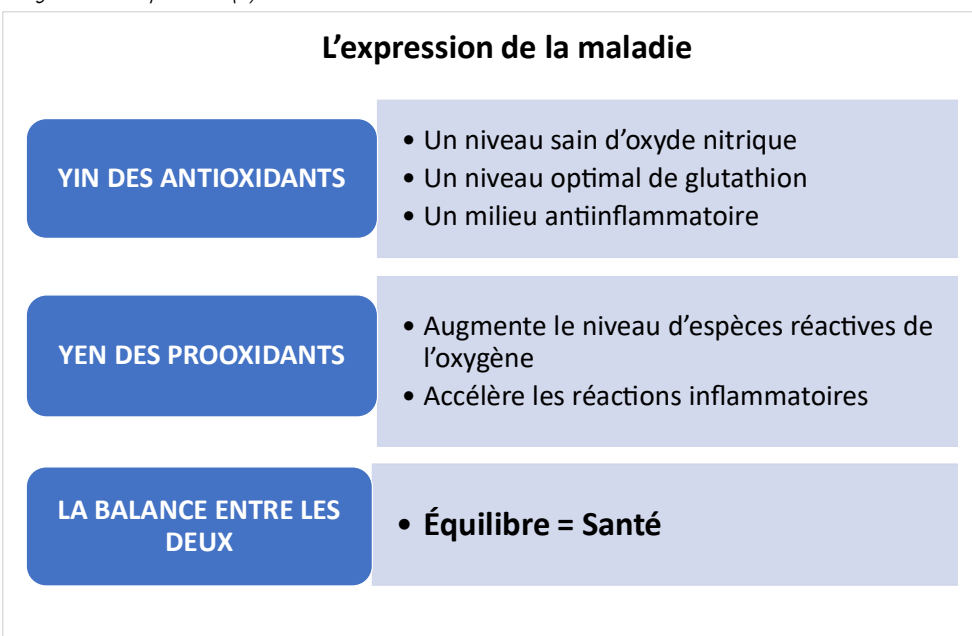


Fig. 8 : Les complications (2)

Ils avaient le même mode de vie au début du siècle dernier, mais lorsque les Indiens d'Arizona ont adopté un mode de vie sédentaire et le régime alimentaire occidental typique, ils sont passés d'une incidence très

faible de maladies cardiovasculaires à un taux très élevé de diabète et d'amputations. (fig. 7,8) O'Keefe [9] a réexaminé l'hypothèse de Burkitt concernant le régime alimentaire à base de fibres en Angleterre et son association avec les maladies cardiovasculaires, les maladies diverticulaires et le cancer du côlon. La

conclusion est que l'ingestion d'un régime riche en fibres entraîne une interaction saine entre les acides gras à chaîne courte et le microbiote et que le résultat final est une réduction des processus inflammatoires et de l'expression des maladies cardiovasculaires et du cancer du côlon. La quantité recommandée de fibres est d'environ 50 g par jour.

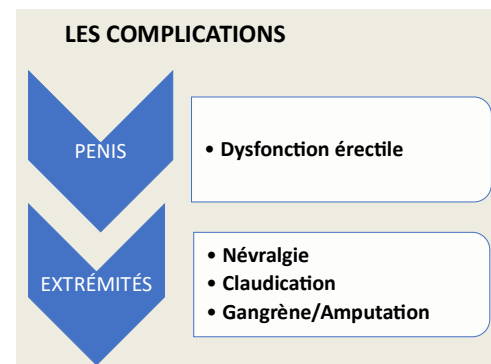


Fig. 8 : Les complications (2)

Ils avaient le même mode de vie au début du siècle dernier, mais lorsque les Indiens d'Arizona ont adopté un mode de vie sédentaire et le régime alimentaire occidental typique, ils sont passés d'une incidence très faible de maladies cardiovasculaires à un taux très élevé de diabète et d'amputations. (fig. 7,8) O'Keefe [9] a réexaminé l'hypothèse de Burkitt concernant le régime alimentaire à base de fibres en Angleterre et son association avec les maladies cardiovasculaires, les maladies diverticulaires et le cancer du côlon. La conclusion est que l'ingestion d'un régime riche en fibres entraîne une interaction saine entre les acides gras à chaîne courte et le microbiote et que le résultat final est une réduction des processus inflammatoires et de l'expression des maladies cardiovasculaires et du cancer du côlon. La quantité recommandée de fibres est d'environ 50 g par jour.

SUGGESTIONS

Quel type de cours serait judicieux sur la base de ces données ? Il est certain qu'une évaluation fondée sur des données probantes impose un regard totalement différent sur le taux disproportionné de complications que nous connaissons. Attendre les complications et essayer ensuite de limiter les dégâts va à l'encontre d'une bonne intervention thérapeutique. Au lieu de cela, nous devrions mettre l'accent sur les avantages de la modification du comportement et sur la priorité de la prévention par rapport aux interventions coûteuses. L'expérience nous enseigne qu'il s'agit là d'un défi de taille, car nous devons faire face à des obstacles coriaces. Demander aux gens de changer leurs habitudes alimentaires relève d'une entorse culturelle si les préoccupations sanitaires ne tiennent pas compte des addictions gustatives. Il s'agirait d'une perte de temps. La démarche doit intégrer les sensibi-

lités culturelles et établir harmonieusement un menu qui répond aux deux exigences. On peut parler des bienfaits d'un régime anti-inflammatoire, mais cela n'a pas de sens si l'on se heurte aux habitudes culinaires. En même temps, vu la tendance de nos compatriotes à négliger notre héritage culturel pour embrasser tout ce qui est étranger, une campagne soutenue d'éducation de la population sur la nécessité de s'éloigner radicalement des habitudes acquises s'impose. *Ce que le médecin ordonne* n'a jamais sonné plus propice. De nombreuses publications existent pour conseiller les patients sur un apport alimentaire prudent. Le programme **DASH** (Dietary Approach to Stop Hypertension) [10] est un bon point de départ. On ne saurait trop insister sur l'importance d'un régime alimentaire adéquat comme condition sine qua non de cette nouvelle philosophie. Les légumes à feuilles vertes, nos fameux « *toufe* », méritent notre attention et des éloges significatifs. La consommation de légumes verts nutritifs tels que la *Benzolive*, largement disponible et riche en minéraux et en vitamine C, devrait être connue et utilisée. L'avoine, les fruits, les haricots et les racines comme l'igname, la patate douce, le manioc, les noix et les avocats sont d'excellentes sources de fibres qui apportent de bonnes bactéries à notre microbiote et réduisent l'inflammation. Les aliments à faible indice glycémique, tel que le millet autrefois mal vu, devraient revenir sur le devant de la scène. La frustration est palpable face à l'inertie, voire la résistance à changer la tendance réflexe à consommer des aliments sucrés et riches en graisses saturées, alors qu'il existe une pléthore d'applications gratuites pour nous aider. *Yuka* est un cas courant.

Rien de moins qu'un cri d'alarme pour lutter contre cette épidémie de maladies cardiovasculaires et ses énormes complications s'avère nécessaire. Un article récent [11] publié dans le NY Times (1-16-24) mentionne le taux flagrant d'amputations chez les hommes atteints du diabète à San Antonio, au Texas. Les enjeux sont considérables. Nous ne pouvons et ne devons pas rester sur la touche. Nous sommes également des victimes potentielles de ce fléau médical. Les vies que nous pouvons améliorer sont les nôtres, celles de nos parents, de nos proches et de nos concitoyens. Un régime anti-inflammatoire, une activité physique régulière et leur adoption dès le début de l'âge adulte devraient devenir les nouveaux mots d'ordres pour nous et nos patients. Le plus souvent, nous devenons des victimes comme eux. Nous sommes dans le même bateau.

RÉFÉRENCES

- 1- Cardiovascular disease burden - PAHO/WHO | Pan American Health Organization
- 2- WORLD HEART REPORT 2023 CONFRONTING THE WORLD'S NUMBER ONE KILLER *World-Heart-Report-2023.pdf* (world-heart-federation.org)
- 3- Heart Disease in the United States - Heart Disease Facts | cdc.gov *World-Heart-Report-2023.pdf* (world-heart-federation.org)
- 4- Peramaiyan Rajendran, Thamaraiselvan Rengarajan, Jayakumar Thangavel, Yutaka Nishigaki, Dhanapal Sakthisekaran, Gautam Sethi, and Ikuo Nishigaki - *The Vascular Endothelium and Human Diseases - Int J Biol Sci.* 2013; 9(10): 1057–1069. Published online 2013 Nov 9. doi: 10.7150/ijbs.7502 PMID: PMC3831119 PMID: 24250251
- 5- Abdalrahman Zarzour, Ha Won Kim, Neal L Weintraub - *Epigenetic Regulation of Vascular Diseases - PMID: 31070469 PMID: PMC6531339 - DOI: 10.1161/ATVBAHA.119.312193*

- Peramaiyan Rajendran, Thamaraiselvan Rengarajan, Jayakumar Thangavel, Yutaka Nishigaki, Dhanapal Sakthisekaran, Gautam Sethi, and Ikuo Nishigaki - *The Vascular Endothelium and Human Diseases - Int J Biol Sci.* 2013; 9(10): 1057–1069. Published online 2013 Nov 9. doi: 10.7150/ijbs.7502 - PMID: PMC3831119 - PMID: 24250251
- 6- Amit V Khera, Connor A Emdin, Isabel Drake, Pradeep Natarajan, Alexander G Bick, Nancy R Cook, Daniel I Chasman, Usman Baber, Roxana Mehran, Daniel J Rader, Valentin Fuster, Eric Boerwinkle, Olle Melander, Marju Orho-Melander, Paul M Ridker, Sekar Kathiresan - *Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease - N Engl J Med.* 2016 Dec 15;375(24):2349-2358. doi: 10.1056/NEJMoa1605086. Epub 2016 Nov 13. - PMID: 27959714 - PMID: PMC5338864 - DOI: 10.1056/NEJMoa1605086
 - 7- Leslie O. Schulz, Ph.D. and Lisa S. Chaudhari, Ph.D. - *High-Risk Populations: The Pimas of Arizona and Mexico - Curr Obes Rep.* 2015 Mar 1; 4(1): 92–98. - Published online 2015 Jan 21. doi: 10.1007/s13679-014-0132-9 - PMID: PMC4418458 - NIHMSID: NIHMS657043 - PMID: 25954599
 - 8- Stephen J O'Keefe, *The association between dietary fiber deficiency and high-income lifestyle-associated diseases: Burkitt's hypothesis revisited - Lancet Gastroenterol Hepatol - 2019 Dec;4(12):984-996.* doi: 10.1016/S2468-1253(19)30257-2. - PMID: 31696832 - PMID: PMC6944853 - DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30257-2
 - 9- DASH Eating Plan - DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) is a flexible and balanced eating plan that helps create a heart-healthy eating style for life - Last updated December 29, 2021 DASH Eating Plan | NHLBI, NIH
 - 10- Diabetes Is Fueling an Amputation Crisis for Men in San Antonio - *The New York Times*

1. Formation



Dépistage du cancer du sein dans un environnement à ressources limitées - Le rôle crucial de la radiologie

Marie Gina JOACHIM, MD

INTRODUCTION

Saviez-vous que :

- Tous les ans, le mois d'octobre est marqué par l'opération « octobre rose » qui est la campagne annuelle de communication destinée à sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein ?
- De nombreuses organisations professionnelles médicales et non médicales, les gouvernements et aussi des associations se mobilisent pour cette sensibilisation dans le cadre de cette campagne « octobre rose » ?
- Le cancer du sein, une maladie éprouvante, représente la deuxième cause de mortalité chez la femme en Haïti ?
- Malheureusement les femmes haïtiennes sont diagnostiquées à un stade avancé de la maladie et la tendance laisse à croire que seule une femme sur deux survivra cinq ans après un diagnostic de cancer du sein ?
- La philosophie de prévention n'est pas vraiment encore ancrée dans les esprits alors qu'il existe des chances de guérison actuellement ?
- Plus de 65 % de la population haïtienne n'a pas accès à un dépistage radiologique du cancer du sein qui est en augmentation significative comparé aux années précédentes, sans signe de ralentissement et touchant actuellement 27.3 femmes sur 100 000.

1. C'EST QUOI LE DÉPISTAGE ?

Le dépistage est défini comme la recherche d'une maladie à un stade précoce chez une personne a priori en bonne santé apparente et qui ne présente pas encore de symptômes.

Dépistage du cancer du sein dans un environnement à ressources limitées.

Le dépistage du cancer du sein est un examen médical qui permet de détecter ce type de cancer au stade le plus précoce que possible, avant l'apparition des symptômes et permettant aussi la guérison de la patiente avec le moins de séquelles possible. C'est un outil essentiel dans la lutte contre cette maladie mortelle. Ce dépistage consiste à réaliser une mammographie complétée par une échographie si nécessaire et un examen clinique des seins.

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS UN ENVIRONNEMENT A RESSOURCES LIMITEES



Il est important de noter que ce dépistage ne permet pas de diagnostiquer le cancer du sein, mais plutôt de détecter les signes précoces qui peuvent indiquer la présence du cancer. Si des signes précoces sont détectés, des examens supplémentaires peuvent être nécessaires pour confirmer ou infirmer la présence du cancer.

Type de dépistage du cancer du sein

La mammographie est l'examen de dépistage du cancer du sein. Deux modalités de dépistage par mammographie sont disponibles en fonction de l'âge et du sexe :

- a) le dépistage individuel, relevant d'une initiative personnelle (DI)
- b) le dépistage organisé, au niveau national (DO)

Le dépistage individuel (DI), c'est un examen qui ne s'effectue pas sur une tranche d'âge mais à l'occasion, après la découverte d'une boule au sein, après une hospitalisation, une consultation médicale ou lors d'une visite à la médecine du travail ou spontanément en dehors d'un cadre organisé prédéfini.

Le dépistage organisé (DO) s'effectue en l'absence de symptôme et est proposé systématiquement à l'ensemble d'une population cible pour détecter le plus précocement possible une lésion. Ce dépistage s'inscrit dans une politique dont les stratégies ont été préalablement définies (tranches d'âges, fréquences, procédures) et s'appuie sur une équipe responsable de la gestion du programme. Il comprend un système d'assurance-qualité et un recueil systématique et centralisé des données. Dans ce dépistage, toutes les

femmes sont invitées, tous les 2 ans, à pratiquer une mammographie bilatérale chez un radiologue de leur choix. \ du cancer du sein

La mammographie, dans le cadre du dépistage organisé, suppose une double lecture, avec intervention d'un second lecteur radiologue expert, qui s'engage à lire au moins 1 500 mammographies par an dans le cadre de cette activité. Comme pour toute mammographie, les résultats sont exprimés à partir d'une classification internationale : le système BIRADS de l'American College of Radiology – ACR. Selon le résultat, qui va de ACRO à ACR6, une stratégie standard est décidée.

Les objectifs du programme de dépistage organisé

Détecter le cancer à un stade précoce permet :

- d'augmenter les chances de guérison ;
- de mettre en place des traitements moins lourds et moins mutilants. Donc un gain de temps sur la maladie ;
- d'assurer un suivi des femmes tous les deux ans ;
- d'assurer la gratuité du test ;
- de répondre à des exigences de qualité strictes (lecture de la mammographie par deux radiologues de façon indépendante).

Les avantages du programme de dépistage organisé

Les principaux objectifs de ce programme de dépistage sont :

- le dépistage des cancers de petite taille en-dessous de 10 mm ;
- la diminution du nombre de biopsies mammaires réalisées pour des lésions bénignes ;
- l'augmentation du nombre de cas où le sein peut être conservé ;
- l'amélioration de la qualité du dépistage et du suivi médical des femmes pour lesquelles une procédure diagnostique a été recommandée, à long terme, la réduction de la mortalité par cancer du sein.

Les inconvénients

- L'absence d'examen clinique préalable des seins par un médecin ;
- Une source d'inquiétude si des anomalies sont mises en évidence et que des examens complémentaires sont à prévoir ;
- Le délai d'attente entre l'examen et l'obtention du résultat ;
- L'exposition aux rayons X ;
- La limitation du dépistage systématique à la tranche d'âge concernée (50 à 70 ans) ;
- L'impossibilité, malgré le dépistage, d'exclure l'éventualité de l'apparition d'un cancer du sein entre deux mammographies, nommé le cancer de l'intervalle.

Les limites

Ce sont un surdiagnostic et un surtraitement. Il arrive parfois que l'on diagnostique et traite un cancer qui n'aurait pas ou peu évolué. Certains cancers du sein ne sont pas nécessairement mortels et ne diminuent en rien la qualité de vie (surdiagnostic). Par précaution, il est proposé de traiter l'ensemble des cancers détectés, ce qui peut entraîner un « surtraitement ».

La survenue d'un cancer radio-induit

La mammographie expose à des rayons X et une exposition répétée peut parfois entraîner l'apparition d'un cancer. Toutefois, l'exposition aux rayonnements ionisants qui y est liée représentera alors au total le quart de celle provoquée par un scanner abdominopelvien, acte très courant.

Quel impact pour chaque méthode

En règle générale, les programmes de dépistage organisé ont un impact supérieur au dépistage individuel, en particulier en termes de participation totale, d'amélioration de l'équité, de probabilité plus élevée de toucher les populations les plus à risque et du fait de la mise en place de mesures d'assurance qualité.

Les principaux signes et symptômes

Les signes suivants ne signifient pas nécessairement que l'on a un cancer, mais doivent être signalés rapidement au médecin :

- l'apparition d'une boule, d'une grosseur dans le sein ou sous un bras (aisselle) ;
- une modification de la peau : rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange ;
- une modification du mamelon ou de l'aréole (zone qui entoure le mamelon) : rétraction, changement de coloration, suintement ou écoulement ;
- des changements de forme des seins.

2. PLAIDOYER SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DANS UN ENVIRONNEMENT A RESSOURCES LIMITÉES.

Qu'est-ce qui motive le dépistage du cancer du sein en Haïti ?

Le dépistage du cancer du sein en Haïti est une démarche individuelle. Les signes qui provoquent la consultation sont : la présence d'une masse ou d'un épaissement dans le sein ; une déformation du sein d'apparition récente ; une modification de l'apparence du mamelon ou de l'aréole ; un écoulement anormal du mamelon ; l'apparition de changements de l'aspect de la peau : œdème, rougeur, etc ; une perte de poids inexpliquée.

Qu'en est-il du dépistage organisé en Haïti ?

La ressource étatique est inexistante. Haïti n'a aucune modalité organisationnelle ni un programme de dépistage étatique du cancer du sein organisé ou un institut chargé à cet effet. Il n'existe aucun plan d'action de mise en œuvre national pour le dépistage du cancer du sein, aucun plan de financement. Ceci amène les professionnels de la santé, en l'occurrence les radiologues, à travailler sans plan de guidage. La majorité des patientes, toutes tranches d'âges confondues, viennent dans le cadre d'un dépistage individuel du cancer du sein.

Dépistage du cancer du sein un choix personnel

Comme tout acte médical, le dépistage du cancer du sein présente à la fois des bénéfices et des limites. L'impact du dépistage sur la diminution de la mortalité par cancer du sein fait l'objet de débats, comme ses effets négatifs notamment en matière de surdiagnostic et de surtraitement. La décision de s'engager dans une démarche de dépistage est un choix personnel. Face à des antécédents de cancer du sein dans la famille proche, ce dépistage particulier devra être démarré à partir de 25 à 30 ans ou cinq (5) ans avant l'âge de survenue du premier cancer du sein dans la famille. Cette forme de dépistage devrait surtout porter l'accent sur la sensibilisation, les méthodes de dépistage à moindre coût comme l'auto-examen des seins, l'examen clinique des seins ET L'ÉCHOGRAPHIE, puis à partir de 40 ans une mammographie.

La décision de s'engager dans une démarche de dépistage est un choix personnel.

À ne pas oublier

Le diagnostic de certitude du cancer du sein relève de l'histologie. Il existe des patientes qui consultent tardivement, à des stades avancés de la maladie où le cancer est palpable et visible à l'œil nu sous forme de masse volumineuse, d'ulcération ou d'inflammation généralisée des seins. À ces stades, le diagnostic radiologique est très souvent difficile et requiert une confirmation par prélèvement ou par biopsie.

Le dépistage individuel est une démarche personnelle. Le dépistage organisé est une compétence étatique, communautaire et médicale. Chaque communauté a sa propre politique de dépistage.

3. RÔLE CRUCIAL DE LA RADIOLOGIE

Aujourd'hui l'imagerie médicale joue un rôle primordial de prise en charge des patients du cancer du sein à tous les stades de la maladie, depuis le dépistage au stade initial, en faisant le diagnostic le plus précoce et le plus précis possible, ou lors de possibles récidives.

Les examens d'imagerie, tels que :

- la radiographie (fig. 1) ;
- l'échographie (fig. 2) ;

- la tomodensitométrie (CT) ;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- la tomographie à émission de positons (PET) ;
- la tomographie d'émission mono photonique (SPECT),

sont particulièrement utiles pour dépister les cancers, déterminer leur stade (c'est-à-dire leur étendue, par exemple la taille des tumeurs et leur éventuelle propagation au-delà du site primaire), et assurer le suivi, la planification thérapeutique, l'évaluation de la réponse à la thérapie et la surveillance à long terme des patients.

Quel est parmi la gamme d'imagerie l'examen de choix ?

La mammographie est l'examen de dépistage de référence et est, actuellement, la seule technique qui permet de détecter les différentes formes de cancer du sein. La mammographie est la première étape de la prise en charge radiologique du cancer du sein. La première étape qui permet de détecter les différentes formes de cancer du sein.

La deuxième étape dans le choix de l'imagerie est : l'échographie. Dans le cas d'un sein dense riche en tissu fibro-glandulaire et pauvre en graisse ou lorsqu'on individualise une lésion à la mammographie une lésion, le radiologue procèdera à une échographie complémentaire. Dans le cas d'un sein dense, cette échographie permettra d'exclure une lésion cachée par la superposition des tissus et confirmera en cas de lésion le type de cette dernière. Pour tout autre type de cette lésion selon l'avis du radiologue, il peut aussi procéder en seconde intention à une échographie complémentaire.

Le tissu mammaire dense normal apparaît blanc à la mammographie, tout comme les tumeurs. Le tissu dense peut donc cacher les tumeurs. Cela signifie que la mammographie pourrait ne pas être aussi précise pour trouver des tumeurs chez les femmes qui ont les seins denses. (fig. 3)

En cas de lésion confirmée à la mammographie et à l'échographie, en fonction de la suspicion du radiologue, on sera amené à faire un prélèvement à travers la peau. Il y a deux types de prélèvement percutané :

- a) la ponction à l'aiguille fine qui vise à ramener quelques cellules dans l'aiguille (fig.4) ;
- b) la biopsie qui prélève un fragment de tissu à analyser (fig. 5)

Il faut en général une semaine pour avoir les résultats des prélèvements. Lorsque le résultat est négatif il n'y a rien d'autre à faire. Lorsque le résultat est positif le cas de la patiente est discuté en concertation multidisciplinaire pour le choix du suivi pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

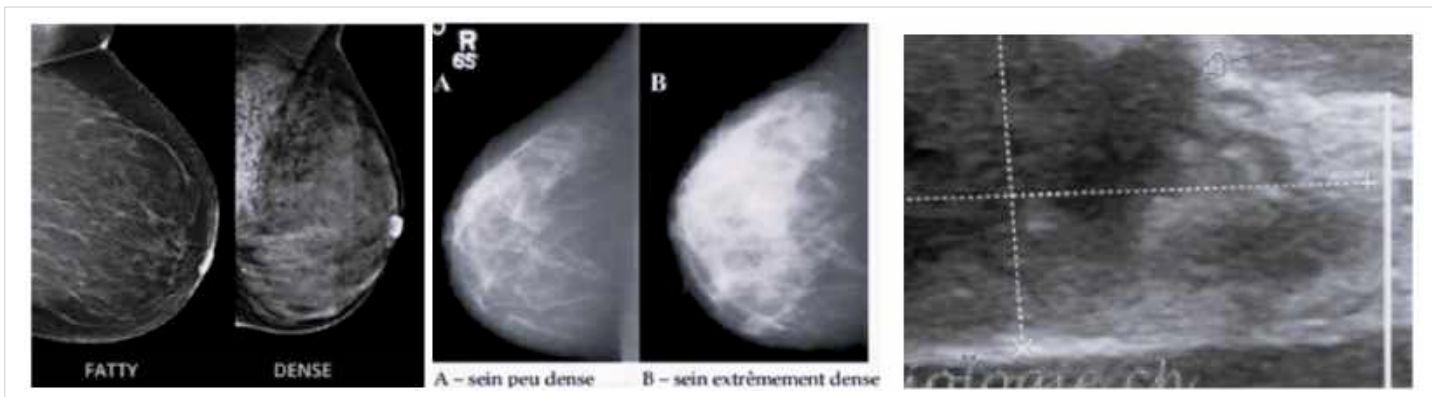


Fig. 1 et 2 : mammographies



Fig. 3 : tissu dense

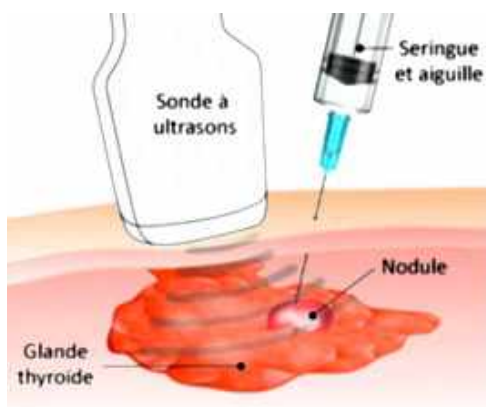


Fig. 4 : biopsie à aiguille fine



Fig. 5 : biopsie du sein

En cas de cancer du sein confirmé, le radiologue peut procéder à un bilan d'extension en utilisant les autres techniques d'imagerie :

- l'échographie ;
- le scanner ;
- ou l'IRM (fig. 6) ;
- ou lorsque le bilan sénologique est équivoque ou lorsqu'on veut en cas de cancer préciser l'extension de la lésion ou la présence d'autres foyers, on peut être amené à réaliser d'emblée une IRM. C'est la technique la plus sensible pour mettre en évidence un cancer infiltrant du sein c'est à dire ayant le potentiel d'envahir d'autres tissus.

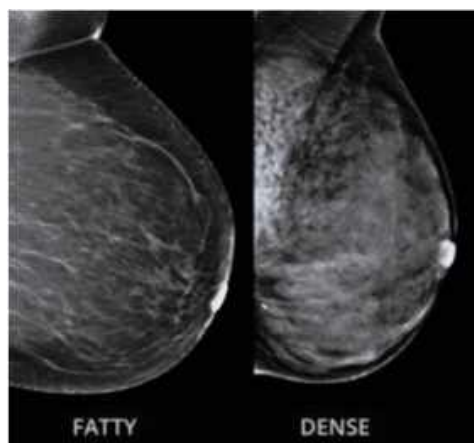


Fig. 6 : IRM des seins

Avant 35 ans, le cancer du sein est rare. À cet âge si la patiente vient avec une plainte, on peut faire une échographie.

Entre 35 et 40 ans, on peut faire une mammographie, mais le minima c'est-à-dire un angle par sein. À cet âge si la patiente vient avec une plainte on peut faire une mammographie.

À partir de 40 ans, il est recommandé de commencer un dépistage systématique préconisé à un rythme d'un an à un an et demi.

À partir de 50 ans ou après la ménopause, on peut préconiser une mammographie tous les deux ans. C'est pourquoi les dépistages organisés priorisent les

Fig. 3 : échographie

tranches d'âge de 50 à 74 ans. Mais chez nous, nous préconisons d'emblée l'âge de 35-40ans puisque notre dépistage est individuel à date. À ces âges, si la patiente vient avec une plainte on peut faire une mammographie.

Lorsqu'il y a un cancer du sein de premier ordre, c'est-à-dire chez la maman, la fille, la sœur, dans la famille, il est recommandé de commencer le dépistage cinq années avant l'âge auquel la patiente ou le parent malade a été diagnostiqué(e).

Pour les patientes présentant un terrain génétique au cancer du sein, le dépistage systématique commencera plus tôt à partir de 30 ans et consistera en une alternance d'une IRM et d'un bilan sénologique tous les six mois. Ce bilan sénologique peut être complet avec deux angles par sein ou réduit à un seul angle.

Protocole radiologique en cas de cancer du sein en Haïti

Quelle que soit l'indication de la mammographie, l'objectif de la radiologie est une prise en charge optimale avec une écoute attentive et bienveillante. Une information claire pour la patiente dans les meilleures conditions possibles et un respect mutuel.

La mammographie

Pour ce qui relève du diagnostic précoce du cancer du sein, la mammographie est disponible en Haïti et constitue le meilleur outil de dépistage du cancer du sein dont nous ne pouvons pas nous passer, même au regard du rapport coût/efficacité.

Mais notre grande contrainte, c'est que la mammographie est encore inaccessible à la majorité de la population haïtienne du fait d'une mauvaise répartition territoriale des centres d'imagerie qui en disposent ; l'essentiel des mammographes n'étant disponible qu'à Port au Prince et surtout dans les structures privées. Il en résulte un retard considérable dans la prise en charge globale du cancer du sein.

1. Périple des lauréats des examens d'état en sciences infirmières en haïti ; 3 septembre 2023.

Virginia Augustin ; Poupette César; Ken-Flore Floréal ; Phara Guerrier; Marie Oldine Haïtis; Rose Michelle Hubert; Standmine Lauradain.

RÉSUMÉ

Cet article présente le parcours des lauréats des examens d'État en sciences infirmières en Haïti de septembre 2023. Malgré les défis tels que l'insécurité et l'attente prolongée dans l'organisation de ces examens, les lauréats ont démontré une résilience exceptionnelle basée sur la détermination et la discipline. Leur succès collectif, témoignant d'un sentiment exaltant, célébré avec fierté, marque la reconnaissance sociale de leurs compétences exceptionnelles.

Les lauréats aspirent à contribuer à la profession infirmière en poursuivant des études avancées et en proposant des suggestions pour enrichir les programmes de formation. Leur conseil met l'accent sur une attitude positive, l'intégrité, l'empathie, la patience et la mise à jour constante des connaissances pour maintenir les standards élevés de leur noble métier.

I. INTRODUCTION

¶ Dans le monde dynamique des soins de santé, les infirmiers (ères) représentent l'épine dorsale des services médicaux. En effet, elles jouent un rôle crucial en matière de santé en fournissant des soins dévoués et empreints de compassion à l'égard des bénéficiaires.

Leur dévouement inébranlable à l'amélioration des soins de santé fait d'eux les véritables architectes essentielles du bien-être, méritant reconnaissance et célébration. Vu leur influence indéniable, il est essentiel de mettre en lumière ceux qui se distinguent par leur excellence dans le domaine.

Être infirmier (ère) selon Florence Nightingale impliquait d'offrir des soins attentifs, d'assurer le bien-être émotionnel des patients et de contribuer à la prévention des maladies par des pratiques d'hygiène rigoureuses. Donc, exceller dans ce domaine témoignerait de la démonstration des connaissances et compétences exceptionnelles en soins de santé, en gestion sanitaire, promouvant des pratiques d'hygiène efficaces.

Cependant, le parcours rigoureux de ces infirmiers/infirmières, implique généralement une formation académique approfondie, des stages cliniques intensifs, un engagement continu envers l'apprentissage tout au long de leur carrière et exige souvent sacrifices et déterminations.

Ainsi, cet article décrit le périple des étudiantes engagées dans la participation aux examens d'État en sciences infirmières en Haïti, en septembre 2023, en vue d'obtenir leur permis d'exercer. Le stress et de défis ont été les catalyseurs de ce parcours vers la réussite, les conduisant finalement à la gloire d'être reconnues en tant que lauréat(e)s.

1.1 C'est quoi être lauréat ?

De son étymologie laureatus de laurea : *Laurier. Être Lauréat signifierait être couronné de lauriers (François Gannaz)*

Cependant, par extension, cela signifierait : *Quelqu'un qui a reçu publiquement la couronne de lauriers comme signe de son talent, de sa supériorité. (Robert Brasillach, Corneille : l'homme et son œuvre, 1938, p 244)*

Celui qui s'est distingué lors de son cursus universitaire. (Eugène Tisserand, « Rapport général à M. le Ministre de l'Agriculture & du Commerce », dans les Annales de l'Institut National Agronomique, 1^e année (1876-1877), n° 1, Paris : au siège de l'Institut National Agronomique, 1878, p. 8)

En effet, être distingué lors de son cursus universitaire implique généralement une réussite exceptionnelle dans son parcours démontrant ainsi une compréhension approfondie des matières étudiées et un engagement soutenu dans l'apprentissage. Cela témoigne d'une détermination, d'une persévérance et d'une passion constante pour l'apprentissage, des qualités essentielles dans la poursuite de l'excellence, en d'autres termes d'une capacité exceptionnelle à relever les défis. Ainsi, recevoir publiquement la couronne de lauriers symbolise la reconnaissance sociale et institutionnelle du talent et de la supériorité d'un individu, contribuant à renforcer la confiance en soi et à inspirer les autres par l'exemple.

De nos jours, dans le contexte académique, une mention spéciale dans le cursus, une écharpe d'honneur, un diplôme spécial, des certificats, des médailles, ou même des cérémonies de remise de prix peuvent servir de substituts symboliques à la couronne de laurier.

En résumé, être Lauréat englobe à la fois l'excellence académique et la reconnaissance publique,

symbolisant un individu distingué qui a démontré des compétences exceptionnelles et qui est célébré pour ses réalisations méritées. Tout en servant d'exemple à d'autres pour stimuler l'émulation et l'ambition.

1.2 Qu'en est-il donc de leur parcours en tant que lauréats ?

Explorons le parcours des lauréats dans la quête des examens d'États en sciences infirmières, Haïti Septembre 2023.

Études et Insécurité

Après avoir passé quatre ans d'études en sciences infirmières, il est impératif de passer les examens d'État afin d'obtenir le permis d'exercer le métier. Cette programmation n'a pas pu être respectée cette fois-ci. La préparation aux examens d'État s'est avérée être un nouveau défi. Le retard dans l'organisation et l'insécurité ont entraîné des périodes frustrantes, décourageant parfois notre détermination. Mais l'essentiel était que nous partagions tous le même objectif : la réussite.

Comme l'a dit Raymond Hull, « vouloir, c'est pouvoir », signifiant que la réussite est toujours possible lorsque la volonté est présente. Dès le départ, nous avons aspiré à cette réussite, fixé des objectifs et nourri un rêve à concrétiser. Colin Powell soulignait que « un rêve ne devient pas réalité par magie ; il faut de la sueur, de la détermination et du travail acharné ».

Durant notre parcours, l'insécurité socio-politique ayant prolongé notre cursus universitaire, les retards dans l'organisation des examens et de nombreux obstacles, tels que le déménagement forcé, les épidémies, le deuil, la maladie et d'autres expériences traumatisantes ont jalonné notre chemin. Malgré cela, nous avons surmonté ces difficultés grâce à l'aide de Dieu, de nos mentors et de nos consœurs soulignant ainsi l'importance du travail d'équipe. La préparation intense s'est transformée en une période de travail acharné, où le soutien mutuel et le travail d'équipe étaient cruciaux.

Résilience

Dotés d'une détermination inébranlable, nous avons persévéré, adoptant les trois « D » selon Philip Roth : détermination, disponibilité, discipline, considérant que la réussite était à portée de main. Rien n'était pris à la légère, chaque détail était compté dans notre quête de réussite.

La recherche constante, le partage des connaissances, des sessions de révision efficaces, une préparation minutieuse pour tout type d'examen et une gestion rigoureuse du temps, étaient notre quotidien. Nous comprenions que chaque seconde comptait lors des épreuves et nous ne cessions jamais de travailler, car la réussite exigeait une amélioration quotidienne.

Face à l'adversité, aux retards et aux défis multiples, la résilience a été au cœur de notre réussite. Inspirés par John C. Maxwell, qui souligne que « Le travail d'équipe vous donne la meilleure opportunité de transformer une vision en réalité ». Nous avons maintenu une discipline quotidienne, surmontant vents et marées pour arriver où nous sommes maintenant. Nous avons appris à lutter pour nos rêves. Notre réussite collective s'est réalisée dans le soutien mutuel, éliminant toute discrimination. Pendant ces trois ans d'attente et de préparation aux examens, nous nous sommes encouragés les uns les autres, partageant rires et larmes. La prière était notre clé, unissant nos cœurs dans une expérience vivifiante.

Telle la citation de John C. Maxwell : « Tu ne changeras jamais ta vie sans changer quelque chose quotidiennement ; le secret du succès se trouve dans la routine de chaque jour. », souligne l'importance de l'objectif clair et de la routine quotidienne dans notre quête de succès.

La gloire dans l'adversité : quels sentiments ?

La récompense ultime réside dans l'effort continu, transcendant la victoire momentanée. Ensemble, nous avons tous réussi, réalisant une réussite collective conforme à nos aspirations, donnant le meilleur de nous-mêmes. Notre succès collectif découlait ainsi d'un engagement soutenu de chacun, contribuant à une réalisation significative et pérenne.

La vie n'est pas facile, mais il faut lutter pour réaliser ses rêves. Comme Christine, reine de suède le souligne : « Le plus grand secret de la réussite, c'est de se fixer un but et de ne le perdre jamais de vue. » Notre parcours était ponctué d'obstacles, mais nous avons un but que nous chérissions, surmontant nos défis et ne l'avons jamais perdu de vue jusqu'à sa concrétisation. À quoi nous servirait-il de connaître la gloire sans passer par les épreuves, car l'adversité est loin d'être un frein, mais elle forge notre résilience, nous rend fort. Elle exige la patience, un labeur intense pour atteindre l'objectif souhaité et obtenir ainsi la gloire.

Soren Kierkegaard souligne avec justesse : « Ce n'est pas le chemin qui est difficile, mais c'est le difficile qui est le chemin. » Guidés par cette pensée, nous avons tracé notre chemin, créant notre voie au milieu des obstacles qui nous a finalement conduit vers la réussite. Ainsi, à la suite de ces épreuves nous pouvons affirmer que chacun d'entre nous est un lauréat. Car les lauréats se forment à travers le dévouement la discipline et la détermination.

Être lauréat, c'est ressentir une fierté profonde, une reconnaissance de la valeur de notre métier. Obtenir ensemble la reconnaissance de notre profession, de

la qualité de notre travail, de notre vie, est un honneur absolu, renforçant notre motivation à poursuivre l'excellence. Les larmes de joie, les cris, les danses et les décorations par les élites de notre profession deviennent ainsi des expériences uniques et gratifiantes, confirmant que la gloire dans l'adversité est une réalité pleine de sentiments profonds.

1.3 Nos perspectives, notre avenir dans la profession des soins infirmiers

Parfaitement dotés de compétences, couvrant la prise en charge des patients jusqu'à la collaboration interdisciplinaire, notre objectif fondamental consiste à apporter une contribution significative aux soins de santé en prodiguant des soins à la fois bienveillants et efficaces.

À l'avenir, nous nourrissons l'aspiration d'évoluer vers des rôles plus spécialisés, contribuant ainsi de manière substantielle au progrès continu de la profession infirmière. Il faut rêver d'un système de santé plus performant. Notre engagement envers le développement professionnel continu est solidifié par notre détermination à rester informés des avancées médicales actuelles.

Pour cela, nous apporterons tout notre effort. Nous aspirons à poursuivre des études plus avancées afin de contribuer à l'exécution de la politique nationale de santé, tout en offrant des soins de qualité basés sur l'équité, l'universalité et la globalité. Le pays a davantage besoin d'infirmières qualifiées capables d'assurer la promotion et la protection de la santé de la population. Nous sommes conscients que nous devons continuer à lutter pour donner le meilleur de nous-mêmes

Proposer des suggestions pour actualiser et enrichir les programmes de formation, incluant des aspects pratiques, des technologies éducatives, et des cas réels pour rendre l'apprentissage plus tangible.

Nous envisageons également d'encourager la création de programmes de mentorat pour les étudiants. Cela leur permettra de bénéficier de l'expérience et des conseils de professionnels chevronnés.

Notre vision intègre également le travail visant à créer un environnement éducatif inclusif, encourageant la diversité et l'égalité des chances, tout en incorporant des méthodes d'enseignement adaptatives.

Dans l'ensemble, notre objectif ultime est de contribuer positivement à l'évolution du système éducatif des soins infirmiers, en Haïti pour le bénéfice tant des étudiants que de la profession dans son ensemble.

Nous ne manquerons pas de poursuivre notre mission dans ce domaine avec conviction et fierté.

CONSEILS AUX ÉTUDIANTS/TES EN SCIENCES INFIRMIÈRES

- Nous souhaitons que les instances concernées puissent prendre des dispositions nécessaires pour organiser annuellement les examens d'État en Sciences Infirmières et du même coup faciliter la décentralisation de ce dernier, c'est-à-dire prendre des dispositions pour que chaque département ait son centre d'examen.
- Dans la réalisation de votre projet d'étude, adoptez toujours une attitude positive en vous disant qu'il n'y a pas de problèmes, mais seulement des solutions, car votre état d'esprit influence votre motivation. En cultivant un point de vue optimiste, vous augmenterez vos chances de réussite. La vie n'est pas toujours facile, elle est pleine d'imprévus et de contretemps.
- Pour renforcer votre approche, prenez du recul et faites preuve d'optimisme. Cela vous permettra de changer votre perspective sur l'environnement et les autres. Rappelez-vous que ceux qui réussissent sont souvent ceux qui croient en leur capacité de réussir, comme le souligne Richard Bach : « Ceux qui gagnent sont tôt ou tard ceux qui pensent qu'ils peuvent réussir. »
- N'oubliez pas que commettre des erreurs est une part inévitable de toute tentative novatrice. Ainsi, pour renforcer votre parcours, comprenez que si quelqu'un n'a pas commis d'erreurs, cela signifie qu'il n'a pas tenté quelque chose de nouveau.
- Prôner l'intégrité est impératif dans notre noble profession. Malgré les difficultés financières et émotionnelles auxquelles nous pourrions être confrontés, demeurons des modèles dignes de ce nom, contribuant ainsi au bien-être de notre pays, de nos familles et à la mémoire collective.
- Faire preuve d'empathie et de compréhension est essentiel envers les patients, leurs proches, nos supérieurs, collègues et stagiaires. Dans les moments difficiles, cultivons la sérénité et la bienveillance. Un simple sourire peut être la clé pour résoudre de nombreux problèmes.
- Cultiver l'écoute active et la patience est fondamental. La communication respectueuse est cruciale pour apaiser et rassurer les patients. Écouter attentivement leurs préoccupations et celles de leurs proches est un devoir. Évitez de rejeter les préoccupations en utilisant des phrases compatissantes et assurez-vous de rechercher des réponses si nécessaire.
- S'adapter à chaque patient et collaborer efficacement en équipe sont des impératifs. La diversité des patients nécessite une approche individualisée des soins. Demandez de l'aide au besoin, communiquez de manière professionnelle

- et veillez à ce que chacun remplisse ses responsabilités sans empiéter sur le travail des autres.
- Développer un esprit méthodique et une organisation rigoureuse sont garants d'un travail bien fait. Évitez le désordre, planifiez votre journée et mémorisez vos protocoles médicaux pour une prestation de soins optimale.
- Posséder la capacité d'analyser et de retranscrire l'information est essentiel pour une prise en charge efficace. Interprétez les informations avec attention, tenez compte des variations de langage et assurez-vous de la cohérence des données pour éviter des conclusions erronées.
- Maintenez vos connaissances à jour. Les sciences de la santé évoluent constamment, donc restez informé(e) des nouvelles avancées. Soyez des étudiants perpétuels, car cela contribuera à votre succès professionnel.
- Faites preuve d'humilité en reconnaissant votre capacité à vous remettre en question. Interrogez-vous régulièrement sur votre performance et soyez prêt(e) à apporter des corrections pour garantir la sécurité des patients, la pérennité de votre profession et la fierté personnelle et familiale.
- Ensemble, honorons notre noble métier et veillons à être toujours à la hauteur des standards les plus élevés.



Fig. 1 : de gauche à droite : Dr Lauré Adrien (Directeur Général), Miss Carine Réveil Jean-Baptiste (Directrice des Soins Infirmiers), Dr Alex Larsen (Ministre), deux



Fig. 2 : les lauréates

RÉFÉRENCES

1. Eugène Tisserand, « Rapport général à M. le Ministre de l'Agriculture & du Commerce », dans les Annales de l'Institut National Agronomique, 1re année (1876-1877), n° 1, Paris : au siège de l'Institut National Agronomique, 1878, p. 8
2. Florence Nightingale, notes of nursing, 1859, 136 pages
3. <https://citation-celebre.Leparisien.fr>
4. <https://Citation.ouest.france.fr>
5. <https://ecoutetanature.fr/habitude-rituel-ou-routine-quelle-est-la-difference>
6. <http://www.littrre.org> - licence Creative Commons Attribution
7. <https://www.univ-paris8.fr/Comment-se-motiver-au-quotidien>
8. <https://www.univ-paris8.fr/Six-citations-inspirantes-sur-la-reussite>
9. Philip Roth, Némésis, 2011, 304 pages
10. Raymond Hull, << Vouloir c'est pouvoir >>, les éditions de l'homme, Paris, Avril 1985, 287 pages
11. Robert Brasillach, Corneille- L'homme et son œuvre 1938, Paris, librairie Arthème Fayard, 496 pages
12. xii. Travail d'équipe 101 Ce que tout leader devrait savoir, John C. Maxwell 144 pages, 2012



1. ÉDUCER : POUR QUOI FAIRE » ?

- Neuvième partie : la mort expliquée aux enfants (n° 3)
- Érold JOSEPH, MD

« Si tu veux avoir une idée du sommet de la montagne, adresse-toi en priorité, non pas à un théoricien, mais à celui qui y a été au moins une fois ou qui s'en est approché. »

Mais, à quoi cela sert-il de savoir ce qui se passe quand on meurt ?

Mon petit Lucas, il faut préalablement, comme tu le dis si bien, s'interroger sur l'importance pratique d'une telle connaissance. Cela nous empêchera-t-il de mourir ? Certainement pas. Cela peut-il adoucir la mort à sa survenue ? Probablement. Un exemple : tu as une dent cariée qui provoque des douleurs intenses au point de t'empêcher de dormir la nuit. Tu dois faire une extraction chez un dentiste. Mais, auparavant, il t'administrera, dans la gencive, une injection anesthésique un peu douloureuse. Ta maman te prévient, t'explique comment cela se passera : tu es informé, avisé. Le dentiste va le faire également, mais malheureusement, à la toute dernière minute. Mentalement, tu es donc prêt, puisque tu as été prévenu et que tu t'y es préparé. N'étant pas pris de court, tu acceptes cette petite douleur qui te soulagera d'une autre, de loin plus terrible. Tu aurais pu également en discuter avec ton camarade de classe qui a déjà subi une extraction dentaire, ce qui te rassurerait encore davantage. Ta préparation psychologique serait encore bien meilleure. En fait, c'est l'inconnu qui fait peur.

Ce raisonnement vaut encore plus pour la mort, notre « échéance ultime », incontournable, imprévisible, mais que nous refusons de regarder en face. Les êtres humains vivent comme s'ils ne devaient jamais mourir, jusqu'à ce que cela leur arrive à eux ou à l'un de leurs proches. En ce qui te concerne, il a fallu le décès de ton ami Edris pour t'ouvrir précocement les yeux sur ce sujet. C'est comme un joueur de foot engagé dans un match, qui ferait de beaux « dribbles », de magnifiques passes, mais qui ne s'apercevrait qu'au coup de sifflet final de l'arbitre qu'il fallait marquer des buts pour gagner. Réfléchir à la mort, en discuter sagement, sans crainte, chercher à la comprendre, à l'appivoiser, devrait donc être une priorité dans l'éducation donnée aux enfants, dans la famille et surtout à l'école. Toutefois il s'agit d'une quête spirituelle et philosophique essentiellement

personnelle, mais qu'il faut initier tôt. Peut-être que décéder n'est pas aussi terrible qu'on nous l'a fait croire... Peut-être que cette peur de la mort qui nous paralyse et rend notre existence misérable n'a point sa raison d'être. « Memento mori », souviens-toi que tu vas mourir » prônait le christianisme du Moyen Âge. Se rappeler fréquemment notre « impermanence » pour utiliser un terme cher au bouddhisme, donne un sens à ce beau et bref match de foot qu'est la vie et te permet de te concentrer sur l'essentiel, tout en ayant de la joie, du plaisir et même du bonheur. Le bonheur dans la vérité, et non dans l'illusion.

Qu'arrive-t-il pendant et après la mort ?

On en arrive donc à la question centrale. Il existe plusieurs manières de le savoir. La première option serait d'en faire soi-même l'expérience. C'est le suicide, qui est à rejeter formellement pour de nombreuses raisons. Par ailleurs, il faudrait pouvoir revenir, ou du moins, communiquer ses observations aux vivants. La seconde voie de recherche, plus réaliste, consiste à tenir compte du témoignage de ceux qui sont revenus de la mort après une incursion plus ou moins avancée dans « l'au-delà ». Ces cas qui existent depuis l'aube de l'humanité, sont étudiés depuis plus d'un demi-siècle par des scientifiques. Ils ont été baptisés « Expérience de Mort Imminente » (EMI) ou (*Near Death Expérience, [NDE]*). La troisième option, c'est la communication spontanée ou provoquée, avec ceux qui sont définitivement passés de l'autre côté, à savoir les défunts [1].

Comment les gens qui ont vécu une « Expérience de Mort Imminente » décrivent-ils la mort ?

Le premier fait relaté par ceux qui ont vécu une EMI, c'est qu'ils sortent de leur corps. Ils observent ce dernier que parfois ils ne reconnaissent pas, du moins pas tout de suite. Ceci est dû au fait que la société (la science y comprise), nous a appris dès l'enfance, à nous identifier à notre corps physique. Ces mourants « voient », observent d'en haut, du plafond, leur « enveloppe physique » inanimée, entourée de leurs proches et/ou du personnel de santé. Il s'agit du phénomène de « décorporation » appelé encore « Sortie Hors du Corps » (SHC) et connue depuis l'Antiquité. En anglais, on parle de « Out of Body Expérience » (OBE). La décorporation représente donc l'événement premier et basique du processus de la mort. Elle s'accompagne de la disparition de toutes les douleurs préalables, puisque ces dernières sont liées au corps physique, désormais abandonné. Le sujet se sent généralement si bien hors de son vêtement corporel qu'il se demande pourquoi ses proches continuent de s'inquiéter et de s'affairer sur ce dernier. Certains individus, dont des mystiques et des saints du

passé, ont la capacité, de leur vivant, de sortir de leur corps, volontairement ou dans des circonstances particulières. L'ingénieur et homme d'affaires Robert A. Monroe avait cette aptitude et a beaucoup contribué à la vulgarisation du phénomène dans les années 1990 [1]. Beaucoup plus près de nous, citons le cas du Français Nicolas Fraisse, doté de cette faculté depuis l'enfance, et qui a été étudié scientifiquement pendant dix années, par deux chercheurs de l'Institut Suisse des Sciences Noétiques (ISSNOE) [2].

Le deuxième fait souligné par ces « revenants de la mort », c'est l'incapacité de communiquer avec leur entourage. Ils sont désormais invisibles, leur Soi (conscience, âme ou esprit) ayant abandonné l'enveloppe de chair. Il existe une modification du temps et de l'espace. Le temps linéaire n'existe plus. Il leur suffit de vouloir être à un endroit pour s'y transporter quasi instantanément. Étant invisibles et immatériels, ils traversent les murs et peuvent se rendre en divers endroits. Ils ne peuvent avoir de contact physique avec les vivants qui passent littéralement à travers eux et vice-versa. Ils se trouvent désormais à un plan différent d'existence. Cette impossibilité de contact et de communication avec son « ex-entourage », peut totalement désorienter le défunt, surtout quand la mort est soudaine, brutale. Dans ces circonstances, il n'arrive pas à retrouver son cadavre (individu brûlé vivant, gros accident ou cataclysme, etc.). Ne réalisant point qu'il est décédé, il peut alors demeurer longtemps dans les parages et peut même parvenir à produire des manifestations physiques (bruits, déplacement de meubles, etc.). C'est le phénomène de hantise, si courant dans les endroits où s'est produite une mort violente individuelle ou collective. Il a été brillamment étudié dans le passé, par l'astronome Camille Flammarion qui s'intéressait énormément aux phénomènes parapsychiques [3,4].

Je te donne, mon Lucas, un exemple d'incapacité de communiquer, lié à une décorporation post-mortem. Georges Ritchie était une jeune recrue militaire et étudiant en pré-médecine (CPEM). Il raconte dans son superbe ouvrage intitulé Retour de l'au-delà [5] comment, durant l'hiver de 1943, il a vécu une EMI provoquée par une pneumonie foudroyante. Il s'agissait à l'époque, d'une maladie très grave, avec un taux extrêmement élevé de mortalité, l'antibiothérapie et la réanimation respiratoire n'étant pas aussi évoluées que de nos jours. L'électrocardiographie et l'électroencéphalographie se trouvaient encore à l'état embryonnaire et le diagnostic de « mort clinique » beaucoup moins précis qu'aujourd'hui. Le jeune Ritchie, alors âgé de 19 ans, voulait obstinément passer les vacances de Noël avec ses parents qui habitaient à Richmond, long trajet qui se faisait normalement en train. Il se rend compte alors

qu'il n'avait plus de corps visible. « Ainsi commença l'une des plus étranges recherches qui puissent avoir lieu : la recherche de moi-même » [5]. Il part alors en quête de son corps physique parmi les dizaines de jeunes soldats hospitalisés de l'hôpital militaire du camp Berkeley et qui portent tous le même pyjama... Il arrive finalement à l'identifier (s'identifier) grâce à sa bague qui avait l'image d'un petit hibou. Il traduit dans son livre, l'impossibilité de communiquer et l'angoisse qu'elle peut occasionner : « C'est une chose d'entrer sans être vu dans une pièce où quelqu'un dort ; c'en est une autre de voir un homme vous regarder bien en face et ne manifester aucun signe [5]. »

Le cas du Dr Ritchie a tant impressionné son jeune confrère Raymond Moody, de l'Université de Virginie, qu'il a, depuis lors, consacré la majeure partie de son existence à l'étude scientifique de ces revenants de la mort, avant de publier, en 1975 son best-seller intitulé *La Vie après la vie* [6] que j'ai lu vers 11 ans. Ce grand pionnier, encore en vie, et remarquable par son sens critique et sa pondération, a alors inventé l'expression « Near Death Experience » traduite par « Expérience de Mort Imminente » pour désigner le phénomène. Il a inspiré de nombreux autres chercheurs et médecins qui se sont par la suite, penchés sur le phénomène.

Tout cela ressemble au film « Ghost » que j'ai vu après le décès d'Edris. Que rapportent d'autres, ceux qui reviennent de la mort ?

Ce genre de film à succès nécessite de grandes recherches préalables, parfois des mois, voire des années. Un troisième élément rapporté par les « expérienceurs », c'est qu'ils sont, de loin, beaucoup plus conscients que de leur « vivant », même lorsque leur électroencéphalogramme (EEG) s'avère plat (mort cérébrale). Ceci remet totalement en question la croyance que la mort est la disparition totale de l'Être, et plus précisément celle de la conscience. Se trouve donc réfutée, par la même occasion, la « croyance » matérialiste, à savoir que la conscience serait produite par le cerveau, comme le foie sécrète la bile. Aujourd'hui, on estime à plus de 70 millions le nombre d'individus décédés et revenus à la vie et qui en témoignent sur les réseaux sociaux. Jean-Jacques Charbonier, médecin anesthésiste et réanimateur français, préfère parler d'« Expérience de Mort Provisoire », au lieu d'« Expérience de Mort Imminente », car pour lui, ces gens sont bel et bien décédés et revenus à la vie (7) et (8). Le cas d'Eben Alexander, neurochirurgien et professeur de l'Université de Harvard a fait école. En 2008, il entre en coma durant une semaine, en raison d'une méningite causée par un microbe très virulent appelé *Escherichia Coli*. Il revient à la vie, défiant ainsi tout pronostic médical.

Bien que son électroencéphalogramme fût plat (cerveau non fonctionnel), il a rapporté à son réveil, tout ce qui s'était passé entretemps dans sa chambre d'hôpital et même à des dizaines de kilomètres de distance [9]. Écoutons à présent le cas d'Anita Moorjani en train de décéder à l'hôpital, d'un cancer terminal (lymphome hodgkinien) et qui sort de son corps : « J'étais intensément consciente de tout ce qui se déroulait autour de moi... Je n'utilisais pas mes cinq sens biologiques et pourtant, je saisisais tout d'une façon bien plus aiguë qu'avec mes organes physiques.... C'était comme si j'étais prisonnière de mon corps pendant les quatre dernières années que le cancer me ravageait et qu'enfin, j'étais libérée [10] ». Anita est revenue de la mort totalement et quasi instantanément guérie, comme cela lui avait été annoncé durant son EMI. Elle a tenu à reprendre tous ses examens, même les plus invasifs, lesquels sont revenus à la normale, ceci, pour convaincre le monde, le corps médical en particulier. Elle a publié son livre et donne aujourd'hui des conférences à travers le monde.

Mon petit Lucas, d'autres faits sont rapportés par ceux qui sont revenus de la mort. Nous en parlerons prochainement.

À suivre

Références

1. Robert A. Monroe, *Le Voyage hors du corps*, Éditions du Rocher, 1999.
2. Sylvie Dethiollaz et Claude Charles Fourier, *Voyage aux confins de la conscience : dix années d'exploration scientifique des sorties hors du corps*, Éditions Guy Trédaniel, 2017
3. Camille Flammarion, *La Mort et son mystère*, 3 vol, Éditions J'ai lu, 2001
4. Camille Flammarion, *Les Maisons hantées*, Éditions J'ai lu, 1999
5. George Ritchie et Elizabeth Sherrill, *Retour de l'au-delà*, Éditions Robert Laffont, 1977
6. Raymond A. Moody, *La Vie après la vie*, Babelio, 1975
7. Jean-Jacques Charbonier, *Les Preuves scientifiques d'une vie après la vie*, Éditions Exergue, 2014
8. Jean-Jacques Charbonier, *Les 7 bonnes raisons de croire à l'au-delà*, Guy Trédaniel Éditeur, 2012
9. Eben Alexander, *La Preuve du paradis*, Guy Trédaniel Éditeur, 2013
10. Anita Moorjani, *Revenue guérie de l'au-delà*, Guy Trédaniel Éditeur, 2012

Auteur correspondant :

Erold JOSEPH,
Docteur en médecine, pneumologue, expert en santé publique,
santé scolaire, promotion de la santé et de l'interrelation santé/éducation
Courriels : eroldjoseph2002@yahoo.fr et eroldjoseph2002@gmail.com
Juillet 2023

2. LE CAFÉ POURRAIT-IL AIDER À LA PRÉVENTION DES STROKE?

Marilise Rouzier, Biologiste, UEH



Le café a donné lieu à de nombreuses études ces dernières années et la plupart d'entre elles montrent que cette boisson, contrairement aux résultats des premiers travaux faits qui n'évoquaient souvent que les effets de la caféine, présente un certain nombre de bénéfices pour la santé. En effet, d'autres substances très actives, elles aussi contenues dans le café, comme l'acide chlorogénique, l'acide caféique, la trigonelline et les polyphénols en général, agissent également et confèrent au café des propriétés autres que celles de la caféine pure.

À ce sujet, de récents travaux semblent indiquer que la consommation de café pourrait aider à prévenir plusieurs maladies cardio-vasculaires ainsi que les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), devenus assez courants dans le pays et que nous connaissons généralement sous la désignation "stroke". Il s'agit de lésions d'une partie du cerveau à la suite d'une obstruction ou d'une rupture d'un vaisseau sanguin, ce qui provoque la destruction par asphyxie des cellules nerveuses dans la région touchée pouvant entraîner l'invalidité ou la mort de la personne atteinte. Environ 85 % des AVC sont d'origine ischémique (infarctus cérébral) et 15 %, d'origine hémorragique. L'âge et l'hypertension artérielle, affection touchant plus de 40 % des plus de 20 ans dans le pays [5] font partie des principaux facteurs favorisant les stroke. Autant dire que lorsque l'hypertension n'est pas sous contrôle, ce qui est souvent le cas dans la population haïtienne, les gens sont très exposés aux stroke. Il n'est donc nullement superflu de rechercher les façons de limiter l'incidence de cette affection, ce qui peut, entre autres, se faire en encourageant les personnes touchées par l'hypertension artérielle à la traiter convenablement et à réduire leur consommation de sel, des conseils qui sont donnés aux hypertendus par la majorité du personnel médical des centres sanitaires mais qui ne sont pas toujours appliqués.

Depuis 2 à 3 ans, des chercheurs de différents pays se penchent avec beaucoup d'intérêt sur l'association existant entre la consommation de café, l'incidence des stroke et le taux de mortalité due aux stroke. Plusieurs de ces études, publiées récemment dans des journaux et revues de renom. retiennent l'attention :

- 1) En 2021, Chuan et ses collègues ont publié dans "Journal of Stroke and Cerebro-vascular Disease" une méta analyse de sept (7) études épidémiologiques menées sur le long terme et réalisées sur différentes cohortes de gens en santé (plus de 2.4 millions de personnes), sans antécédent de stroke. Parmi ces études, quatre (4) ont été menées en Europe, une (1) aux USA et deux (2) au Japon. Les auteurs ont observé un plus faible risque de stroke (les 2 types de stroke) pour les consommateurs modérés de café comparés à ceux qui avaient une consommation nulle. Selon leurs observations, la baisse a été plus importante pour les stroke de type ischémique, la plus forte baisse (21 %) ayant été trouvée pour 3 à 4 tasses de café par jour. Les auteurs ont conclu en disant : « Cette étude fournit l'évidence d'une association inverse entre la consommation de café et les risques de stroke » [3].
- 2) Une autre étude publiée au cours de la même année dans "PLOS Med" incluant plus de 360.000 britanniques âgés de 50 à 74 ans a montré que la consommation de 0,5 à 4 tasses de café par jour est liée à une plus faible incidence de stroke ischémique et de démence post-stroke [14].
- 3) Dans une autre étude réalisée très récemment au Japon, il a été observé que la mortalité par stroke était de 37 % plus faible chez les buveurs modérés de café (1 à 2 tasses par jour) que chez les non-buveurs. Cette observation a été faite uniquement chez les hommes [9]. Les auteurs ont conclu en encourageant la tenue d'études d'intervention pour mieux évaluer les effets observés.
- 4) Toujours au Japon, une autre étude ayant suivi plus de 80.000 japonais entre 45 et 74 ans pendant 13 ans a été publiée dans la revue « Stroke » : il a été observé que comparés aux non-buveurs de café, ceux qui consommaient 1 à plus de 2 tasses de café par jour avaient un risque plus faible d'incidence de stroke (tous types de stroke), indépendamment du genre [13].
- 5) Dans une étude menée cette fois sur la population britannique ayant impliqué plus de 468.000 individus de 56 ans en moyenne et publiée en 2021, la consommation régulière de café (jusqu' à 3 tasses par jour) a été associée à des effets favorables sur la santé cérébro-vasculaire et cardio-vasculaire, avec notamment une baisse de l'incidence des stroke [10].
- 6) Dans une autre étude épidémiologique publiée en 2022 aussi menée en grande Bretagne touchant plus de 440.000 hommes et femmes (âge moyen : 58 ans) suivis pendant plus de 1 ans, la consommation de café a été associée à

une plus faible incidence de stroke, le risque le plus bas pour l'incidence de stroke ayant été observé pour 2-3 tasses de café par jour [2].

D'autres études épidémiologiques vont dans le même sens : c'est le cas de la méta analyse faite par Ding et ses collègues qui ont examiné 36 études de cohortes impliquant plus de 36.000 patients atteints de maladies cardiovasculaires et de stroke et qui ont observé, selon les études, une réduction de 5 à 15 % du risque d'incidence de stroke pour les consommateurs de café [4]. C'est aussi le cas de Poole qui lui aussi a observé une baisse de l'incidence des stroke par consommation de café dans une méta analyse de plusieurs études observationnelles [8].

Toutes ces études menées récemment dans plusieurs pays et pour différents groupes ethniques, ont donc mis en évidence un lien entre la consommation de café et la baisse de l'incidence des stroke et de la mortalité par stroke. Pour expliquer ce lien, plusieurs hypothèses ont été avancées. Certains chercheurs l'attribuent aux polyphénols du café qui pourraient améliorer la fonction endothéliale et augmenter la biodisponibilité de l'oxyde nitrique (NO). Pour d'autres, la caféine ainsi que plusieurs substances (acide chlorogénique, acide caféique...) à effet anti inflammatoire et antioxydant trouvées dans le café joueraient un rôle important dans ces effets et pourraient expliquer le lien observé entre la consommation de café et les AVC.

Pour étayer ces différentes hypothèses, les effets de la caféine et d'autres molécules contenues dans le café sur le cerveau et d'autres organes comme le cœur ont été étudiés dans des modèles animaux. Des doses de caféine ont été administrées (en pré-traitement) à des animaux qui ont par la suite subi un stroke expérimental. Chez les animaux prétraités, le degré de nécrose des cellules pyramidales de l'hippocampe a été considérablement réduit [6]. Dans une autre étude, la caféine administrée préalablement au déclenchement d'un stroke a réduit l'amplitude des dégâts et diminué les dommages neuronaux dans toutes les parties sensibles du cerveau (cortex cérébral, striatum, hippocampe [6]. De même, les effets de l'acide chlorogénique, de l'acide caféique et de la trigonelline ont été expérimentés dans des modèles animaux de stroke provoqué : il a été montré que ces substances pouvaient réduire le volume de l'infarctus cérébral, diminuer les dommages dans la région de l'hippocampe et ou améliorer les déficits moteurs dus aux stroke [6]. Ceci suggère que plusieurs substances contenues dans le café interviendraient probablement de façon synergique dans l'action contre cette affection [6].

D'autre part, des chercheurs ont utilisé les principes d'imagerie (MRI) pour étudier certains paramètres concernant la microstructure du cerveau chez des con-

sommateurs de café. Quoique les études n'aient pas toutes donné des résultats concluants, certaines d'entre elles méritent l'attention. Menée sur 145 personnes âgées, une première étude a indiqué que la consommation de café est associée à une meilleure intégrité microstructurale du cerveau. D'autres recherches menées en 2023 à Hambourg (Allemagne) ont aussi montré que chez une cohorte de personnes âgées (en moyenne de 65 ans) consommant 3-4 tasses de café par jour, il y avait une plus grande épaisseur corticale et moins d'altérations microstructurales de la matière blanche du cerveau que chez les non-buveurs [7], ce qui peut permettre un meilleur fonctionnement du cerveau et une plus grande résistance aux stroke. D'autres travaux utilisant la résonance magnétique ont montré que la consommation de quantités modérées de café est associée à de moindres altérations cardiaques liées à l'âge [10].

D'autre part, des chercheurs ont utilisé les principes d'imagerie (MRI) pour étudier certains paramètres concernant la microstructure du cerveau chez des consommateurs de café. Quoique les études n'aient pas toutes donné des résultats concluants, certaines d'entre elles méritent l'attention. Menée sur 145 personnes âgées, une première étude a indiqué que la consommation de café est associée à une meilleure intégrité microstructurale du cerveau. D'autres recherches menées en 2023 à Hambourg (Allemagne) ont aussi montré que chez une cohorte de personnes âgées (en moyenne de 65 ans) consommant 3-4 tasses de café par jour, il y avait une plus grande épaisseur corticale et moins d'altérations microstructurales de la matière blanche du cerveau que chez les non-buveurs [7], ce qui peut permettre un meilleur fonctionnement du cerveau et une plus grande résistance aux stroke. D'autres travaux utilisant la résonance magnétique ont montré que la consommation de quantités modérées de café est associée à de moindres altérations cardiaques liées à l'âge [10].

En examinant cet ensemble de données, on peut constater qu' à l'heure actuelle, on dispose de plusieurs catégories d'informations ; d'abord d'un bon nombre d'études observationnelles (épidémiologiques) indiquant un lien (non causal) entre la consommation de café et la réduction de l'incidence des stroke et du taux de mortalité en cas de stroke, de maladies cardiovasculaires et du taux de mortalité global [2-4, 8-10,13,14]; on dispose également de données expérimentales montrant l'action de plusieurs constituants du café (dont la caféine, l'acide chlorogénique..) sur des organes clés comme le cerveau en cas de stroke [6] ; enfin, des informations tangibles obtenues par imagerie (MRI) montrant l'influence bénéfique de la consommation de café par renforcement de la microstructure de certaines parties du cerveau sont disponibles [7]. Considérées conjointement, ces

données portent à croire qu'il existe bien un lien causal entre une consommation modérée et régulière de café et la diminution de l'incidence des stroke et de la mortalité due aux stroke. Une telle consommation peut donc aider à prévenir les stroke et la mortalité qui peut y être associée. Un autre point non négligeable, c'est qu'elle pourrait aussi prévenir la démence post-stroke [14]. Notez que pour les stroke, des effets favorables ont été observés dans certaines études mentionnées plus haut à partir d'une consommation aussi minime qu'une demie à une tasse de café par jour [9, 13, 14]. Pour agir convenablement, cette boisson devrait cependant être bue avec très peu de sucre ou sans sucre.

Ces données nous semblent importantes dans un pays comme le nôtre où les médicaments de la pharmacopée officielle ne sont pas à la portée de la grande majorité de la population et où on a grand intérêt à chercher à réduire l'incidence des stroke, ces affections qui causent tant de dommages (en provoquant invalidité ou mortalité) au sein des familles haïtiennes. En pensant aux différents problèmes de santé que confronte la population, on ne peut qu'encourager les chercheurs haïtiens à se pencher davantage sur les possibilités thérapeutiques de nos produits locaux qui ont encore bien des informations utiles à nous livrer!

Quelques informations complémentaires concernant la consommation de café :

- De nos jours, la consommation modérée de café est recommandée comme boisson saine dans de nombreuses directives diététiques
- Selon de récents travaux, la consommation de café pourrait aussi aider à prévenir plusieurs autres affections courantes telles le diabète de type 2, la maladie de Parkinson, la dépression, les troubles hépatiques, l'asthme, certains cancers, etc... [11].
- En se basant sur les études consultées, les effets positifs du café observés pour les stroke n'augmentent pas pour des prises plus élevées que 4 à 5 tasses de café par jour
- Au-delà de 5 tasses de café par jour, des effets indésirables peuvent apparaître : nervosité, insomnie, palpitations, etc...
- Il est généralement conseillé aux femmes enceintes ou allaitantes d'éviter le café caféiné: la caféine a tendance à s'accumuler de façon excessive dans l'organisme de la femme et du bébé en causant des effets non souhaités
- Certaines personnes ne tolèrent pas le café et ne devraient pas en boire: il leur manque l'enzyme devant métaboliser la caféine.

Références

1. Chieng D. and al. 2022. Coffee and tea on cardiovascular diseases prevention. *Trends in Cardiovascular Diseases Prevention*. Vol 32, 7: 405-407.
2. Chieng D. The impact of coffee subtypes on incident cardiovascular disease, arrhythmias, and mortality: long term outcome from the UK Biobank. *European Journal of Preventive Cardiology* (2022) 00:1-10
3. Chuan S. and al. Coffee consumption and Stroke risk: Evidence from a systematic review and meta-analysis of more than 2.4 million men and women. *Journal of Stroke and Cerebro-vascular Disease*. Vol 30, issue 1, January 2021
4. Ding, M. and Shilpa, N. Long-term coffee consumption and risk of cardiovascular disease. *Circulation*, Vol 129, no 6: 643-659
5. Jean Charles, R. et Blaise, J. Risques liés à l'hypertension artérielle en Haïti et proposition d'une nouvelle approche diagnostique et thérapeutique, *RED* 8 (1) : 29-34
6. Katarzina S. Neuro-protective effect of coffee bioactive compounds: A review. *International Journal of Molecular Sciences* 2021, 22(1)107
7. Meyer C. Association between coffee consumption and brain MRI Parameters in Hamburg City Health Study. *Nutrients* 2023 Fev, (15) : 674
8. Poole, R. and Kennedy, O. Coffee Consumption, and health: Umbrella review of meta-analysis of multiple health outcomes. *BMI* 2017; 359;j5024
9. Sakamaki T. and al. Coffee consumption and mortality in Japan with 18 years of follow up: The Jichi Medical School Cohort Study. *Public Health* 2021, Feb; 191: 23-30
10. Simon, J. and Fung, K. Light and moderate coffee consumption is associated with lower risk of death: A UK Bio-Bank Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, Vol 29, Issue 6 : 982-991
11. Surma, S. and Kokot F. Influence of chronic coffee consumption on the risk of kidney and other organ diseases: Review of the literature and clinical studies. *Renal Disease and Transplantation Forum* 2022, vol 15 no 1: 1-18
12. Teramoto M. Coffee and green tea consumption and cardiovascular diseases mortality among people with and without hypertension. *Stroke*, 2021, Vol 52, No 3: 957-965
13. Yoshihiro K and al. The impact of green tea and coffee consumption on the reduced risk of stroke incidence in the Japanese population. *Stroke*, 2013, 44 :1369-1374
14. Yuan Z and al. Consumption of coffee and tea and risk of developing stroke, dementia and post stroke dementia: A cohort study in the UK bank. *PLOS Med* 18 (11): e1003830 (2021)

3. Journée internationale des cardiopathies congénitales

Alexandra Noisette, MD
Pédiatrie générale et Cardiologie pédiatrique



Les cardiopathies congénitales étant souvent méconnues du grand public mais aussi des familles qui y font face directement, il est donc nécessaire de sensibiliser plus d'un à cette problématique.

La journée internationale de sensibilisation aux cardiopathies congénitales est célébrée le jour de la Saint-Valentin. Historiquement, cette journée a vu le jour aux Etats-Unis en 1999 sous le nom de « Congenital Heart Defect Awareness day ». Toutefois, tout le mois de février appelé « mois de l'amour » y est dédié symboliquement.

Les cardiopathies congénitales (CC) sont les malformations congénitales les plus fréquentes à travers le monde représentant environ 1 % des naissances vivantes. Elles ont longtemps été la principale cause de mortalité dans la première année de vie (RongRong Sun et al, 2015).

Dans les pays industrialisés, depuis quelques décennies, grâce aux progrès de la médecine et des techniques de chirurgie cardiaque, la mortalité des enfants atteints de CC a nettement diminué (Fourdain et al, 2016).

Sur le plan étiologique, dans 85 % des cas, les CC sont d'origine inconnue.

Il existe une grande diversité de CC, allant de malformations bénignes, sans répercussion sur le développement foetal, à des lésions potentiellement mortelles.

- les CC complexes ou sévères incluent les lésions cyanotiques telles que les transpositions des gros vaisseaux (TGV), les tétralogies de Fallot irrégulières, les atrésies pulmonaires, les atrésies tricuspides, les hypoplasies du cœur gauche, les troncs artériels communs, les retours veineux pulmonaires anormaux totaux, les interruptions de l'arche aortique etc.
- Parmi les CC complexes sont aussi incluses les lésions acyanotiques telles que les canaux atrio-ventriculaires, les formes étendues de communications interventriculaires ainsi que les coarctations critiques de l'aorte ;

- Les CC modérées incluent, entre autres, les communications interventriculaires, les tétralogies de Fallot régulières et les coarctations de l'aorte non critiques ;
- Enfin, les CC légères qui peuvent se résorber spontanément au cours de la croissance comme les petits défauts atrio-septaux ou ventriculaires septaux. (Hoffman & Kaplan 2002 ; Marino et al., 2012)

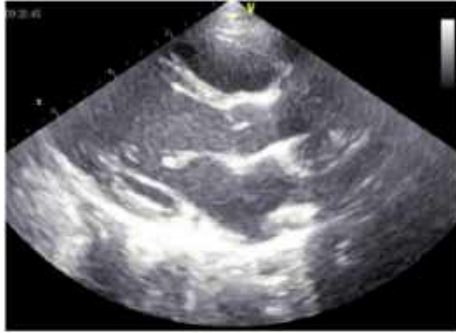


Image 1. Echocardiographie. Coupe para sternale grand axe : Cœur normal



Image 2. Coupe para sternale grand axe : Aorte à cheval dans une Tétralogie de Fallot

Suivant le type de cardiopathie, on s'attend à des signes respiratoires comme la dyspnée (essoufflement), la fatigabilité lors des tétées ou des biberons, la cyanose (coloration bleutée des muqueuses ou des téguments), le retard de croissance, des infections respiratoires répétées, le souffle cardiaque, la déformation thoracique, des palpitations, le malaise, plus rarement des douleurs thoraciques. Toutefois, il faut signaler qu'une cardiopathie congénitale peut rester complètement asymptomatique.

Des examens comme la radiographie du thorax et l'électrocardiogramme orientent vers le diagnostic des cardiopathies congénitales mais l'échocardiographie reste le gold standard. (fig. 1, 2) D'autres examens comme l'imagerie par résonance magnétique, le scanner et le cathétérisme peuvent être utilisés au besoin.

Sur le plan thérapeutique, environ 50 % des enfants avec cardiopathies congénitales nécessitent un traitement par chirurgie ou par cathétérisme pendant leur première année de vie. Des médicaments comme les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les digitaliques, les β -bloqueurs etc... peuvent être utiles selon le cas.

Dans les pays en voie de développement comme Haïti, les cardiopathies congénitales posent un double défi : celui du diagnostic et du traitement.

Si dans les pays industrialisés, la plupart des cardiopathies congénitales sont diagnostiquées en anténatal, ce n'est pas vraiment le cas en Haïti où il y a un manque considérable de ressources humaines et matérielles. Le défi de la prise en charge est encore plus criant. En effet, très peu d'enfants éligibles à la chirurgie se font opérer car il n'y a aucun plateau technique pour la chirurgie cardiaque et pour le cathétérisme au pays.

Beaucoup reste à faire et à bâtir dans ce domaine. Il est donc important de sensibiliser à différents niveaux de l'échelle de soins, des décideurs aux utilisateurs de soins. Car les cardiopathies congénitales sont des pathologies potentiellement mortelles mais malheureusement encore prises en charge de façon inégale à travers le monde.

Références

1. Hoffman, J. I. (2002). The incidence of congenital heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(12), 1890-1900.
2. Marino, B. S. (2012). Neurodevelopmental outcomes in children with congenital heart disease: evaluation and management : A scientific statement from the American heart association. *Circulation*, 126, 1143-1172.
3. RongRong Sun, M. L. (2015 , Jul). *Congenital Heart Disease: Causes, Diagnosis, Symptoms, and Treatments*. PubMed, 857-860.
4. Solène Fourdain, C.-M. V. (2016). *Congenital heart disease : Physiopathology, Risk factors and Neuropsychological profiles*. *Revue québécoise de psychologie*, 37(2), 3-20.



Hb 201

HemoCue® 201 Systems:Hb and Glucose

Les systèmes HemoCue 201 pour l'hémoglobine et le glucose donnent en quelques instants des résultats ayant la qualité des tests effectués en laboratoires de biologie médicale. Les analyseurs peuvent stocker jusqu'à 600 résultats et les données peuvent être imprimées ou transférées sur un ordinateur. Les analyseurs possèdent un auto-test électronique interne qui s'effectue chaque fois que l'instrument est mis sous tension, et toutes les 2 heures s'il reste sous tension. Les mesures de contrôle qualité peuvent être marquées avec un symbole CQ.

HemoCue® HbA1c System

Le système HemoCue HbA1c permet la mesure de l'hémoglobine glyquée sur le lieu d'intervention (Point-Of-Care). Simple et rapide d'utilisation, cet instrument a été conçu pour vous fournir les moyens de réaliser un test en toute confiance.



HbA1c

www.hms.ht

+509.38.40.54.09
+509.28.11.89.89
customerrelations@hms.ht
26, Bois-Patate, PAP, Haïti



HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES SA
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1963



4. Dr Florence Desrosiers, une vraie fusion du pinceau et du stéthoscope



Florence Desrosiers, MD, MBA, est une passionnée de la médecine. Elle a eu un parcours extraordinaire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Etat d'Haïti du premier cycle d'études médicales jusqu'à la spécialisation en Pédiatrie à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti. Puis, elle a eu une année de *fellowship* à Hôpital Ste Justine, Montréal et elle a immigré aux Etats Unis d'Amérique. Elle s'est spécialisée en Médecine de l'adolescent à New York et a contribué à la formation des jeunes dans plusieurs universités américaines. Elle est actuellement directrice médicale à Seattle et est membre de l'*American Board of Pediatrics (subboard of Adolescent Medicine)*.

Florence est aussi passionnée de la peinture et elle a été supportée dans cette voie par sa maman, l'éducatrice Germaine Barthélus Desrosiers. Ainsi elle a eu une immersion précoce dès l'âge de sept ans comme élève aux cours de dessin du samedi à l'école Elie Dubois. Elle a ainsi fréquenté le Centre d'Art Haïtien et a appris des échanges avec de nombreux artistes peintres dont Franck Louissaint. Ainsi débuta l'expérience de la peinture à l'acrylique et à l'huile sur toile. Sa chambre dans la maison familiale, le mur du

salon étaient tous des toiles vivantes et colorées. Au collège Saint François d'Assise, où elle a fait tout son cursus (primaire et secondaire), elle créait des posters pour les journées récréatives, des cartes de vœux et tant d'autres œuvres artistiques.

Ayant une fois intégré la FMP-UEH, elle a dû, mais non sans un pincement au cœur, mettre de côté sa deuxième passion. En effet, il fallait gravir tous ces échelons des études médicales et elle l'a d'ailleurs fait avec brio. Les exigences de la vie de jeune résidente et celles de sa vie familiale ont eu raison de son grand rêve : exceller aussi dans la peinture.

Chemin faisant, le pinceau a repris sa place dans sa vie, dans ses dessins révélant une artiste super douée, fascinée par l'expression des visages, la nature. Elle excelle aussi dans les portraits d'individus. Elle a participé à de nombreuses expositions de groupe et elle a remporté plusieurs prix. Elle nous parle à travers ses réalisations d'une sensibilité remarquable, à travers ses scènes vivantes. Tout ceci dénote une totale et incroyable fusion entre l'art et la médecine.

Le Dr. Desrosiers a remporté le prix d'Artiste en Résidence 2023-2024 de l'American Medical Women's Association (AMWA). Ce prix prestigieux consiste en une résidence de douze mois au cours de laquelle les lauréats sont encadrés par des artistes et travaillent sur des projets significatifs pour l'AMWA et les femmes dans le domaine médical. Son mentor pour cette résidence est le Dr. Kathryn Ko, neurochirurgienne et artiste de New York, qui a contribué à mettre en place le programme.

Pour cette résidence, elle a pour objectif de créer des œuvres d'art figuratives lesquelles contribueront à éduquer la société sur le rôle et la valeur du personnel de soutien hospitalier. Voici ses mots à l'occasion de l'annonce de cette grande nouvelle :

« C'est un honneur d'être sélectionnée pour ce prix et d'être encadrée par d'autres artistes qui partagent une passion pour la médecine et la science. C'est aussi une excellente opportunité d'utiliser une compétence

que je ne pensais pas pouvoir bénéficier à tant d'autres personnes. Je crois fermement qu'à travers l'art, nous pouvons éduquer et encourager les personnes qui pourraient être réticentes envers la science et la médecine. Être médecin et artiste n'est pas un dilemme, mais une synergie. L'un nourrit l'autre, créant une harmonie où la science et l'expression artistique coexistent, enrichissant ainsi notre compréhension du monde. »

Florence a ainsi un parcours unique et réussi alliant médecine, art et gestion hospitalière. Ceci témoigne de sa capacité à exceller dans des domaines apparemment opposés. La médecine, c'est son monde ; l'art l'est aussi. L'essentiel, elle l'a fait et elle représente une source d'inspiration, de motivation pour tous ceux d'ici et d'ailleurs qui aspirent à équilibrer carrière et passion. Visitez son site web www.floryartgallery.com ainsi que son compte Instagram [@floryfineart](https://www.instagram.com/floryfineart) et sa chaîne YouTube : *Flory Art Gallery* pour découvrir ses nombreuses œuvres. Quelques-unes de ses illustrations sont reproduites dans le livre *Sandwiches are delicious- This feels more like a vice* de Krystal Sodaitis, MD, paru ce mois de février 2024.



* Avec la permission de l'artiste peintre Flory
Son amie-sœur, Judith Exantus.

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 : OBGYN 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>



HOSPITAL
& MEDICAL
SUPPLIES S.A.

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1962



Association Des Anciens de la Faculté de Médecine et de Pharmacie-UEH

Direction Exécutive Transitoire

Vendredi 12 Avril 2024,

Présidente
Dr Gladys T. prosper

Chers confrères (consœurs, collègues et ami (es) de l'AAFMP,

Vice-président
Dr Jean Alouidor
Dr Jean Claude Crevecoeur
Phy/MB Yvlio Cassamajor

En cette période de crise socio-politique sans précédent, nous, de la Direction Exécutive Transitoire (DET) de l'Association des Anciens Étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (AAFMP), tenons à adresser un message d'unité, de solidarité et de détermination face aux défis qui nous assaillent et qui déchirent notre pays.

Treasurer
Dr Cruif Renard
Dr Jean Pierrat Orelus

La situation actuelle en Haïti est marquée par une insécurité galopante, des violences perpétrées par des gangs armés, des enlèvements suivis de demandes de rançon, ainsi que des actes de sabotage et de fermeture visant les institutions de santé surtout de la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Ces conditions exercent une pression sans précédent sur notre communauté médicale, entravant notre capacité à exercer nos professions dans un environnement sûr et fonctionnel.

Secrétaire
Dr Florence Desrosiers
Dr Judith Exantus

Nous sommes témoins des difficultés rencontrées par nos collègues alors qu'ils tentent vaillamment de prodiguer des soins médicaux dans des circonstances extrêmement précaires. La menace constante pour leur sécurité, ainsi que pour celle de leurs familles, est inacceptable et indigne de notre nation.

Membre honoraire
Dr Rony Roche

En tant qu'anciens étudiants de la FMP, nous nous engageons à soutenir nos confrères et consœurs dans leur lutte pour la santé et la sécurité de tous les Haïtiens. Nous appelons à l'unité de la communauté médicale et à une action concertée pour faire face à ces défis de manière efficace et durable.

Nous exhortons les autorités compétentes à prendre des mesures immédiates pour restaurer la sécurité et l'ordre dans notre pays, afin que les professionnels de la santé puissent exercer leur vocation sans crainte ni entrave. Nous demandons également à la communauté internationale de soutenir Haïti dans cette période difficile, en fournissant une assistance humanitaire et en aidant à renforcer les institutions de santé.

En ces temps sombres, gardons espoir et restons solidaires. Ensemble, nous surmonterons ces épreuves et œuvrerons pour un avenir meilleur pour notre pays et pour la santé de tous les Haïtiens.
Ensemble pour la santé, la sécurité et la solidarité,
Pour l'AAFMP,

Direction Exécutive Transitoire
Association des Anciens de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

VIBRANT HOMMAGE AU Dr EN MÉDECINE SCHILLER CASTOR

Par Thomas Lalime, Le Nouvelliste, 26 février 2024

<https://www.facebook.com/share/p/ruwQUvRLKvCUe26i/?mibextid=xfxF2i>
<https://www.facebook.com/share/v/22twE6bBVgW3b2i/?mibextid=w8EBqM>

KONESANS FANMI AUTOUR DE L'IMPLICATION DES HOMMES DANS LA SANTÉ FAMILIALE

Alliance pour la survie et le développement de l'enfant

<https://www.youtube.com/watch?v=XJSCAAVm38&t=11s> (RHJS)

LA FONDATION Dr Fritz G SAM OFFRE UN ACCÈS À LA BIBLIOTHÈQUE VIRTUELLE MCGRAW-HILL

La Fondation Fritz G Sam de la promotion 1980-1986 de la faculté de Médecine et de Pharmacie, dont la mission est de promouvoir une médecine de qualité, vous annonce que depuis un an, en étroite collaboration avec le CIFAS et en accord avec le décanat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie UEH, elle a mis à la disposition des étudiants, des résidents, des professeurs et des moniteurs une bibliothèque virtuelle avec les livres de l'éditeur McGraw-Hill. Depuis plus de 2 ans, elle a aussi facilité l'accès à Up-to-Date aux résidents de l'HUÉH.

L'accès à la bibliothèque virtuelle est disponible non seulement pour les membres de l'UEH mais aussi pour tous les membres des universités privées de Médecine et des écoles d'infirmières

Pour pouvoir participer et créer un compte d'accès au programme de bibliothèque virtuelle McGraw-Hill, veuillez contacter le CifAS à cette adresse e-mail cifas@mspp.gov.ht

Pour le Up to Date, contacter l'HUÉH au Secrétariat de la Direction exécutive pour de plus amples informations.



PARTENARIAT Info CHIR/RHC



En mars 2024, Info CHIR/RHCA et la Fondation Jacques Stephen Alexis ont signé un accord de partenariat dont l'objet est de supporter le développement de l'Index Medicus (IM).

L'IM est le premier annuaire médical en Haïti dans lequel on retrouve, la liste de tous les auteurs qui ont publié des articles dans la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie (RHCA) et dans l'Info Gazette Médicale (IGM) de 2011 à 2024.

L'annuaire offre une classification séparée des auteurs et des articles par ordre alphabétique Il est mis à jour tous les trois mois et est consultable sur le web à partir du lien suivant : https://info-chir.org/index_medicus.html

Il sera adjoint à l'annuaire le chapitre des références académiques des auteurs.

Sous peu, une première version imprimée de l'annuaire pourra être disponible.

Nous souhaitons longue vie à ce partenariat qui offre des perspectives intéressantes pour l'IM.

Coordination d'Info CHIR/RHCA

DISTINCTION DÉCERNÉE AU Dr PIERRE-MARIE WOOLLEY AU MEETING ANNUEL 2024 DE LA FOUNDATION FOR ORTHOPEDIC TRAUMA.



Le Dr Pierre-Marie WOOLLEY est membre de la **Foundation For Orthopedic Trauma** qui est l'une des organisations les plus reconnues pour les sous spécialistes en Traumatologie. Chaque année, il se tient une réunion annuelle où les plus grands traumatologues des USA et du Canada présentent les cas les plus complexes de reconstruction de l'année.


Dr Woolley est à sa 4^e présentation et cette année le **prix Best Case 2024 « GOAT AWARD »** lui a été accordé pour un cas de reconstruction qu'il a fait en Haïti. C'est la première fois qu'un orthopédiste, en dehors des USA gagne le trophée.

Le « goat » est utilisé surtout en sport aux USA pour désigner the best of the best. C'est un grand honneur pour lui et surtout pour les pays à faibles moyens comme Haïti. Montrer au monde que beaucoup peut être fait malgré nos faibles ressources.



The challenging life of a Haitian Surgeon

Christophe Millien



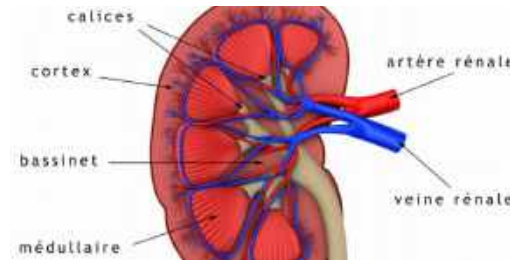
The challenging life of a Haitian Surgeon

Christophe Millien

Disponible sur Amazon

Dr AUDIE METAYER, LA QUESTION DES REINS

Journée mondiale du reins / Fondation Sérovie



Pour lire l'article, merci de cliquer sur ce lien : [Dr Audie Métayer, la question des reins – RHJS](#)
 Dr Audie Pour regarder la vidéo merci de cliquer sur ce lien : [Métayer autour de la journée mondiale des reins à la Fondation Sérovie \(youtube.com\)](#)



HOPE
VLADIMIR BENOIT

Disponible sur Amazon

7 avril : Jounen mondyal LASANTE.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
MSPP

7 AVRIL JOURNÉE MONDYAL LASANTE

ATAKE LOPITAL AK TRAVAYÉ LASANTE YO + SITIYASYON KRIZ NAN PEYI A LAKÒZ

- Prèske mwatye nan pwofesyonèl lasante nou yo pat i kite peyi a.
- Sila ki rete yo nan gwo difikilte pou al travay.
- Estriès fè sila ki pa t malad yo vin malad oswa gen ris pou sa.
- Estriès fè sila ki te malad vin malad pi grav.
- Anpil moun ki te prèske fin geri pa rive pwogrese.
- Anpil malad grav rive pèdi lavil yo.
- Fanm ansent nan gwo difikilte pou yo akouché.
- Timoun pitit ki nan bezwen pou swen sòliti anpil.
- Moun ki sou dyaliz gen gwo difikilte.
- Anpil moun, pou kèlèlanswa pwoblèm sanite, ap soufri.

Ann pote kole pou lopital yo kontinye fonksyone. Nou tout konsène.

ANN KOLABORE !

<https://www.facebook.com/share/p/zAoz4prz1o3VtTq5/?mibextid=qj2Omg>

HISTOIRE DE LA PREMIÈRE ÉCOLE D'OPTOMÉTRIE D'HAÏTI



medium.com

<https://medium.com/@simonjonathan970/6%C3%A8me-anniversaire-de-linauguration-de-l-%C3%A9cole-d-optom%C3%A9trie-de-l-universit%C3%A9-d-%C3%A9tat-d-ha%C3%AFti-son-98566c518bcf>

<https://www.threads.net/@hispaniahispania/post/C5tRHOBriK/?xmt=AQGzDnd8LON1wlt2G4fJkyJi1VALLXshcKp7OZ0ubw>



CPMCV
Soyez Informé et Député

7 AVRIL
JOURNÉE MONDYALE DE LA SANTÉ

MA SANTÉ, MON DROIT

Visitez-nous :
 • 509 246 2316
 • 87 rue Chavannes, Cap-Haïtien
 • @csmc-haiti



HOPITAL NOTRE DAME SA

NOUS RECRUTONS TRAVAILLEUR SOCIAL
SECTEUR SAÏE / REGION VILLE

- Diplômes / Certificats / Licence
- Certificat bonne vie et mœurs
- Lettre de référence
- Lettre de motivation
- Copie pièce d'identité
- 2 photos d'identité récentes
- Curriculum vitae (CV)

DEB LIMITE : 09/03/2024 08H00

Déposez votre dossier à la Rue Andant #13, 8e arrondissement de Port-au-Prince. Pétion-Ville ou rendez-vous avec nos directeurs à info@hnds.org

+509 4308 7555
www.hnds.org

NB: Seul les dossiers complets seront pris en compte



ESPACE PSY

FORMATION GRATUITE EN PREMIERS SECOURS PSYCHOLOGIQUES (PSP)

2eme cohorte

10 AVRIL 2024 | 11H AM

INSCRIVEZ-VOUS DÉS MAINTENANT

+509 49 18 3182 / 35 85 6377
espacepsyhaiti@gmail.com

Documents + Certificat | 1000 gourdes (sur demande)

Jean Wilner LOUIS
Psychologue clinicien, Professeur à l'UEH
Formateur