



Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL)

CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE)

CODE ISSN : 978 – 99970 – 996 – 1 – 9

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>	9
• <i>Académies et Professions</i>	16
• <i>Informations Socio Culturelles</i>	19
• <i>Éthique</i>	29
• <i>Petites Annonces</i>	30

MOIS DE LA SENSIBILISATION À LA MALADIE D'ALZHEIMER



Chaque année, le mois de juin est dédié à la sensibilisation à la maladie d'Alzheimer et aux autres démences.

Selon l'organisation mondiale de la santé, d'après les statistiques publiées en mars 2023 plus de 55 millions de personnes dans le monde sont atteintes de démence. Ce nombre devrait atteindre 78 millions d'ici 2030 et 139 millions en 2050. Cette augmentation est due en grande partie au vieillissement de la population et sera concentrée dans les pays en développement.

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer sont bien connus du public et tombent chez nous sous l'ombre de notre expression « tomber en enfance » : perte progressive de mémoire, inhabilité de concentration, difficulté à accomplir les tâches familiales, perte des notions de temps et de place, difficultés relationnelles avec les proches, et dans certains cas agitation et agressivité.

Le poids de cette érosion cognitive est ressenti par les aidants qui le plus souvent sont des membres de la famille. Même dans les pays avancés, il y a une carence en personnel médical spécialisé en soins gériatriques.

Il faut se rappeler aussi que la maladie d'Alzheimer affecte la longévité du patient qui a de fortes chances de mourir dans les 8 à 10 ans après le diagnostic. La société paie un prix lourd pour ces maladies qui se soldent par une perte de ressources des aidants.

Au cours de la dernière décennie, les îles hispaniques des Caraïbes ont connu un vieillissement démographique accéléré, représentant la région d'Amérique latine dans laquelle la population vieillit le plus rapidement.

La prévalence de la démence dans les Caraïbes est la plus élevée d'Amérique latine, avec 11,7 % en République dominicaine, 11,6 % à Porto Rico et 10,8 % à Cuba. En outre, la démence devrait être l'un des problèmes médicaux et sociaux les plus graves auxquels sont confrontés les systèmes de santé des Caraïbes. Cependant, dans ces régions, il y a une pénurie de connaissances, de sensibilisation et de services de santé pour faire face à cette crise de santé publique.

En Haïti la prévalence est difficile à établir, à cause de la carence de services de santé. Selon un rapport de 2018 de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), la maladie d'Alzheimer est le principal trouble neurocognitif chez les personnes âgées en Haïti, touchant plus de la moitié de la population âgée de plus de 80 ans.

À la lumière des nouvelles données probantes, des stratégies locales et régionales sont en cours pour mieux comprendre les tendances en matière de démence dans la région de la Caraïbe et élaborer des politiques visant à réduire son impact.

Nous doutons fort qu'en face de nos multiples défis sanitaires en Haïti, une priorité soit donnée à une telle stratégie.

Lu Pour Vous vous présente une sélection d'articles avec un coup d'œil spécial sur la dépression et la démence. **Santé Publique** revient avec le thème de la dépression tout en indiquant comment rester positif en situation de crise. Un rappel des microbes qui nous entourent est aussi fait. **Actualités Médicales et Paramédicales** développe le sujet de l'entérocolite nécrasante et présente un projet naissant dans le Nord du pays. **Académie et Professions** plaide en faveur de l'amélioration des soins en faveur des mères et des bébés. **Éthique** définit le patient. **Informations socio culturelles** présente l'éloge bien mérité adressé à deux grandes figures de notre communauté médicale, rappelle l'importance de la mélanine, plaide en faveur des femmes victimes de violences sexuelles et pour une éducation adéquate des enfants déficients visuels et termine par le rappel de la journée mondiale du 19 juin consacrée à l'anémie falciforme. **Petites Annonces** informe des bonnes adresses.

Comité de rédaction et de l'éditorial



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

" Tout homme qui se souvient de sa propre éducation se souvient des enseignants, pas de méthodes et de techniques.
L'enseignant est le cœur du système éducatif-."

Sidney Hook

1. L'encéphalopathie hépatique cachée ou minime est une complication fréquente de la cirrhose

Extrait de l'article de Lv X-H et al. *Am J Gastroenterol* 2024 avr. Points de Discussion

Des anomalies neuropsychiatriques subcliniques sont présentes chez ≈40% des patients.

L'encéphalopathie hépatique cachée ou minime (C/MHE) a été associée à des chutes, à des accidents de la route et à une aggravation des lésions hépatiques de la cirrhose, mais le diagnostic nécessite des tests spécialisés et est souvent raté. Dans cette revue systématique de 101 études, les chercheurs ont regroupé les données de 16 000 patients atteints de cirrhose pour estimer la prévalence de la C/MHE et identifier les caractéristiques des patients associées à un risque excessif. Dans toutes les études, la C/MHE a été diagnostiquée à l'aide de tests neuropsychologiques : le score d'encéphalopathie hépatique psychométrique (PHES) – un composite de cinq tests psychométriques distincts – a été utilisé le plus souvent et est généralement considéré comme l'étalon-or.

Les principales conclusions sont les suivantes :

- La prévalence de la C/MHE augmentait avec l'aggravation de la maladie hépatique : 29 %, 46 % et 62 % pour les classes A, B et C de Child-Pugh, respectivement.
- La C/MHE était plus fréquente chez les patients atteints de cirrhose due à l'alcool (46 %) ou à l'hépatite virale (41 %) et la moins fréquente chez les patients atteints de cirrhose due à une maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (35 %) ou à une maladie hépatique auto-immune (27 %).
- Des marqueurs de laboratoire de la gravité de la cirrhose (c.-à-d. un taux élevé d'ammoniac, de bilirubine et de rapport international normalisé [INR], ainsi qu'un faible taux d'albumine, d'hémoglobine et de plaquettes sériques) ont été associés à l'ECM/C, mais aucun n'est un prédicteur très précis.

Référence

1. Lv X-H (?) et al. Prévalence et caractéristiques de l'encéphalopathie hépatique cachée/minimale chez les patients atteints de cirrhose du foie : une revue systé-

Note de l'éditeur : Une étude qui n'est pas entièrement convaincante en raison de la paucité et du manque de précision des marqueurs biologiques. Cependant le grand nombre de patients évalués nous indique que l'existence de ces complications est souvent corroborée par les cliniciens et les proches du patient. Les syndromes classiques comme l'encéphalopathie de Wernicke et de Korsakoff ne seraient pas les seules complications de la cirrhose hépatique si les résultats de cette étude sont étayés par des investigations subséquentes.

2. L' Aprocitentan, un médicament nouvellement approuvé pour le traitement de l'hypertension résistante

Extrait de l'article d'Allan S. Brett, M.D.

Ce médicament est le premier antagoniste des récepteurs de l'endothéline approuvé pour traiter les patients souffrant d'hypertension systémique.

Le 19 mars 2024, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a approuvé l'aprocitentan (Tryvio), un nouveau médicament pour le traitement des patients souffrant d'hypertension résistante.¹

Arrière-plan

En tant qu'antagoniste des récepteurs de l'endothéline, le médicament bloque l'activité de l'endothéline-1, un vasoconstricteur sécrété par les cellules endothéliales. Selon le fabricant, l'aprocitentan est le premier médicament oral doté d'un nouveau mécanisme d'action à être approuvé pour gérer l'hypertension systémique depuis des décennies. (Remarque : plusieurs médicaments de cette classe ont déjà été approuvés pour la prise en charge de l'hypertension pulmonaire).

L'essai randomisé qui a conduit à l'approbation de la FDA

En 2022, NEJM Journal Watch a couvert l'essai pivot qui a abouti à l'approbation de l'aprocitentan par la FDA (*NEJM JW Cardiol* 15 déc. 2022 ; [e-pub] et *Lancet* 2022 ; 400 :1927). L'étude a porté sur 730 patients dont la pression artérielle systolique (TA) était supérieure à 140 mm Hg malgré un traitement par au moins 3 médicaments antihypertenseurs. Au départ (sous traitement médicamenteux de fond), la TA moyenne en clinique était de 153/88 mm Hg, et la TA ambulatoire

moyenne sur 24 heures était de 138/83 mm Hg. Les patients ont été randomisés pour recevoir quotidiennement de l'aprocitentan oral ou un placebo, ainsi qu'une combinaison à dose fixe d'amlopipine, de valsartan et d'hydrochlorothiazide.

Après 4 semaines, la baisse moyenne de la TA systolique en clinique était de 15 mm Hg avec l'aprocitentan et de 11 mm Hg avec le placebo ; Cette différence de 4 mm était statistiquement significative. Des différences similaires entre l'aprocitentan et le placebo ont été trouvées lors d'une surveillance ambulatoire de 24 heures. La rétention d'eau avec œdème, l'effet secondaire le plus courant, est survenue chez ≈10% des patients qui ont pris la dose approuvée par la FDA de 12,5 mg. Au cours d'une phase d'extension de 32 semaines qui n'a pas été contrôlée par placebo, la légère réduction de la TA moyenne avec l'aprocitentan a été maintenue ; cependant, cette phase impliquait exclusivement une dose de 25 mg qui n'a finalement pas été approuvée par la FDA.

Points notables de l'information posologique officielle

Selon les informations de prescription officielles de la FDA, l'aprocitentan est indiqué « pour le traitement de l'hypertension en association avec d'autres médicaments antihypertenseurs, pour abaisser la pression artérielle chez les patients adultes qui ne sont pas correctement contrôlés par d'autres médicaments ». ² L'information posologique comprend une mise en garde dans la boîte noire concernant la toxicité embryonnaire-fœtale (d'après les malformations congénitales dans les études animales), et le médicament est contre-indiqué pendant la grossesse. Pour cette raison, l'aprocitentan ne sera disponible que dans le cadre d'un programme restreint appelé REMS (Risk Evaluation and Mitigation Strategy), et les médecins devront être certifiés pour le prescrire.

Références

1. Campbell P. La FDA approuve l'aprocitentan (Tryvio) pour l'hypertension résistante au traitement. HCP en direct. 20 mars 2024. (<https://www.hcplive.com/view/fda-approves-aprocitentan-tryvio-for-treatment-resistant-hypertension>)
2. Étiquette Tryvio approuvée. Food and Drug Administration des États-Unis ; 19 mars 2024. (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/217686s000lbl.pdf)

Note de l'éditeur : On se réjouit qu'une nouvelle classe de médicaments antihypertenseurs tels que l'aprocitentan pourra être bientôt ajoutée à notre armementarium. Cependant, il faut se rappeler que cette nouvelle option sera très coûteuse, quasi inabordable, mais aussi que notre fidèle hydrochlorothiazide de coût très modeste a pu garder sa position d'efficacité quand des études antérieures l'ont comparé à d'autres antihypertenseurs plus onéreux.

3. Les agonistes du GLP-1 provoquent-ils une dépression sévère ?

Extrait de l'article d'Abigail Zuger, MD

Malgré de nombreuses anecdotes dans les médias populaires, aucune preuve solide ne soutient encore une association.

Comme le souligne un expert dans une revue de mars 2024 (Expert Opin Drug Saf 2024 Mar 26 ; [e-pub]), jusqu'à présent, aucune preuve convaincante n'était une relation claire de cause à effet. Les études préalables à la commercialisation des médicaments n'ont montré aucune séquelle sur la santé mentale. Des analyses ultérieures de l'utilisation dans le monde réel ont abouti à des conclusions contradictoires. Parmi les événements indésirables post-commercialisation volontairement signalés à la FDA américaine, une incidence plus élevée de dépression et d'idées suicidaires a été notée chez les patients diabétiques qui prenaient du sémaglutide ou du liraglutide que chez ceux qui prenaient de la metformine ou de l'insuline (Expert Opin Drug Saf 2024 Jan ; 23 :47).

À l'inverse, une récente grande étude de cohorte rétrospective a montré un risque plus faible d'idées suicidaires chez les personnes atteintes de diabète ou d'obésité à qui l'on a prescrit du sémaglutide que celles à qui l'on a prescrit d'autres agents (NEJM JW Gen Med 15 février 2024 et Nat Med 2024 janvier ; 30 :168).

Parmi plusieurs centaines d'événements psychiatriques indésirables associés au médicament signalés dans l'Union européenne, un total de 20 suicides ont alarmé les enquêteurs, mais aucune tendance claire dans le risque de suicide n'a émergé (Int J Clin Pharm 2024 avril ; 46 :488).

Note de l'éditeur : Cet article illustre bien les difficultés du clinicien pour choisir un nouveau médicament. D'un côté, il semble qu'il soit logique que la sémaglutide connue pour supprimer les fringales puisse être responsable de dépression. D'un autre côté est-ce que l'association est causale ou circonstancielle ? Maintenant que de nouveaux effets secondaires sont rapportés la vigilance est de mise ainsi qu'une analyse bénéfiques/problèmes avant de décider de l'utilisation de la sémaglutide.

4. Les démences

Extrait du bulletin de l'OMS

Le Plan d'action mondial sur la réponse de santé publique à la démence 2017-2025 vise à améliorer la vie des personnes atteintes de démence, de leurs aidants et de leurs familles, tout en réduisant l'impact de la démence sur les communautés et les pays. Les domaines d'action comprennent : accroître la priorisation et la sensibilisation à la démence ; réduire le risque de démence ; diagnostic, traitement et soins ; le soutien aux aidants atteints de démence ; renforcer les systèmes d'information sur la démence ; et la recherche et l'innovation.

Faits saillants

- Actuellement, plus de 55 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde, dont plus de 60 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, il y a près de 10 millions de nouveaux cas.
- La démence résulte d'une variété de maladies et de blessures qui affectent le cerveau. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence et peut contribuer à 60 à 70 % des cas.
- La démence est actuellement la septième cause de décès et l'une des principales causes d'invalidité et de dépendance chez les personnes âgées dans le monde.
- En 2019, la démence a coûté 1,3 milliard de dollars américains aux économies mondiales, dont environ 50 % sont attribuables aux soins fournis par les aidants informels (par exemple, les membres de la famille et les amis proches), qui fournissent en moyenne 5 heures de soins et de supervision par jour.
- Les femmes sont touchées de manière disproportionnée par la démence, à la fois directement et indirectement. Les femmes connaissent des années de vie ajustées à l'incapacité et une mortalité plus élevées dues à la démence, mais fournissent également 70 % des heures de soins aux personnes atteintes de démence.

La démence est un syndrome qui peut être causé par un certain nombre de maladies qui, au fil du temps, détruisent les cellules nerveuses et endommagent le cerveau, entraînant généralement une détérioration de la fonction cognitive (c'est-à-dire la capacité à traiter la pensée) au-delà de ce que l'on pourrait attendre des conséquences habituelles du vieillissement biologique. Bien que la conscience ne soit pas affectée, la déficience de la fonction cognitive est généralement accompagnée, et parfois précédée, de changements d'humeur, de perte de contrôle émotionnel, de comportement ou de motivation.

La démence a des impacts physiques, psychologiques, sociaux et économiques, non seulement pour les personnes atteintes de démence, mais aussi pour leurs aidants, leurs familles et la société dans son ensemble. Il y a souvent un manque de sensibilisation et de compréhension de la démence, ce qui entraîne une stigmatisation et des obstacles au diagnostic et aux soins.

Signes et symptômes

Les changements d'humeur et de comportement se produisent parfois avant même que les problèmes de mémoire n'apparaissent. Les symptômes s'aggravent avec le temps. Finalement, la plupart des personnes atteintes de démence auront besoin d'aide pour les activités quotidiennes.

Les premiers signes et symptômes sont :

- oublier de choses ou des événements récents ;
- perdre ou égarer des objets ;
- se perdre en marchant ou en conduisant ;
- être confus, même dans des endroits familiers ;
- perdre la notion du temps ;
- avoir des difficultés à résoudre des problèmes ou à prendre des décisions ;
- avoir des difficultés à suivre les conversations ou à trouver des mots ;
- avoir des difficultés à effectuer des tâches familiales ;
- mal évaluer visuellement les distances aux objets.

Les changements courants d'humeur et de comportement comprennent :

- se sentir anxieux, triste ou en colère à cause de la perte de mémoire ;
- montrer des changements de personnalité ;
- avoir un comportement inapproprié ;
- se retirer du travail ou des activités sociales ;
- être moins intéressé par les émotions des autres ;
- être isolé socialement ;
- être déprimé.

La démence affecte chaque personne d'une manière différente, en fonction des causes sous-jacentes, d'autres problèmes de santé et du fonctionnement cognitif de la personne avant de tomber malade.

La plupart des symptômes s'aggravent avec le temps, tandis que d'autres peuvent disparaître ou ne survenir qu'aux derniers stades de la démence. Au fur et à mesure que la maladie progresse, le besoin d'aide pour les soins personnels augmente. Les personnes atteintes de démence peuvent ne pas être en mesure de reconnaître les membres de leur famille ou leurs amis, développer des difficultés à se déplacer, perdre le contrôle de leur vessie et de leurs bols, avoir de la difficulté à manger et à boire et subir des changements de comportement tels que l'agressivité qui sont pénibles pour la personne atteinte de démence ainsi que pour son entourage.

Formes courantes de démence

La démence est causée par de nombreuses maladies ou blessures différentes qui endommagent directement et indirectement le cerveau. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante et peut contribuer à 60 à 70 % des cas.

D'autres formes comprennent la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy (dépôts anormaux de protéines à l'intérieur des cellules nerveuses) et un groupe de maladies qui contribuent à la démence frontotemporale (dégénérescence du lobe frontal du cerveau). La démence peut également se développer après un accident vasculaire cérébral ou dans le contexte de certaines infections telles que le VIH, à la suite d'une consommation nocive d'alcool, de lésions physiques répétitives du cerveau (connues sous le nom d'encéphalopathie traumatique chronique) ou de carences nutritionnelles.

Les frontières entre les différentes formes de démence sont indistinctes et des formes mixtes coexistent souvent.

Traitement et soins

Il n'y a pas de remède contre la démence, mais beaucoup peut être fait pour soutenir à la fois les personnes atteintes de la maladie et ceux qui s'occupent d'elles.

Les personnes atteintes de démence peuvent prendre des mesures pour maintenir leur qualité de vie et promouvoir leur bien-être en :

- étant physiquement actif
- participant à des activités et à des interactions sociales qui stimulent le cerveau et maintiennent les fonctions quotidiennes.

De plus, certains médicaments peuvent aider à gérer les symptômes de la démence :

- Les inhibiteurs de la cholinestérase comme le donépézil sont utilisés pour traiter la maladie d'Alzheimer.
- Les antagonistes des récepteurs NMDA comme la mémantine sont utilisés pour la maladie d'Alzheimer sévère et la démence vasculaire.
- Les médicaments pour contrôler la pression artérielle et le cholestérol peuvent prévenir des dommages supplémentaires au cerveau dus à la démence vasculaire.
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent aider à soulager les

symptômes graves de dépression chez les personnes atteintes de démence si les changements de mode de vie et sociaux ne fonctionnent pas, mais ils ne devraient pas être la première option.

La littérature appuie l'utilisation du dépistage à l'échelle de la communauté pour identifier les enfants et les familles à risque élevé de détresse psychologique liée à un traumatisme. Les enfants dont la vie est personnellement perturbée par un traumatisme, tels que ceux qui ont vu des membres de leur famille tués et/ou dont la maison a été démolie, et/ou qui sont devenus orphelins ou vivent dans des familles en détresse, sont particulièrement vulnérables (10). Parce que les adultes ont souvent du mal à reconnaître les enfants en détresse, les enfants qui en ont le plus besoin peuvent ne pas être reconnus, ce qui rend le dépistage essentiel (16). Le dépistage et l'aide peuvent être dispensés en clinique ou en milieu scolaire ; Les écoles sont facilement accessibles, peuvent aider à normaliser l'expérience et à réduire la stigmatisation des soins de santé mentale (16).

Enfin, les enfants et les familles qui manifestent des symptômes psychiatriques bénéficieront de soins de santé mentale. Bien que la recherche appuie l'utilisation de la psychothérapie, il existe peu d'information sur les interventions pharmacologiques spécifiques pour les troubles psychiatriques liés aux traumatismes de guerre. La thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, combinée à des techniques basées sur la résilience et les symptômes qui peuvent tirer parti du réseau social de l'enfant, peut être particulièrement utile (10).

Conclusions

La littérature examinant les effets de la guerre et de la terreur sur les enfants montre des niveaux importants de détresse psychologique et de problèmes psychiatriques après l'exposition à un conflit. Les troubles intériorisés tels que le SSPT, la dépression et l'anxiété, ainsi que les comportements d'extériorisation, sont répandus après une exposition à la guerre et au terrorisme. Les recherches futures devraient étudier les interventions visant à réduire la détresse d'un enfant et à améliorer sa résilience dans le contexte de la guerre et du terrorisme.

Points clés/Perles cliniques

- L'exposition à la guerre et au terrorisme est liée au trouble de stress post-traumatique, à la dépression, à l'anxiété, aux comportements d'extériorisation et à de nombreuses autres séquelles psychologiques chez les enfants et les adolescents.

- La gravité et la nature de l'exposition traumatique, les caractéristiques individuelles de l'enfant et la stabilité de son environnement

Le Dr Liu est chercheur de première année en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Stanford, en Californie, et rédacteur en chef de la culture pour le *Residents' Journal*.

Références

1. Chrisman AK, Dougherty JG : *Traumatismes de masse : catastrophes, terrorisme et guerre. Psychiatre Adolesc Enfnt Clin N Am*2014; 23(2):257-279Référence croisée,Google Scholar
2. Jordans MJ, Pigott H, Tol WA : *Interventions pour les enfants touchés par les conflits armés : une revue systématique de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les pays à revenu faible et intermédiaire.Représentant en psychiatrie Curr*2016; 18(1):9Référence croisée,Google Scholar
3. Borba CP, Ng LC, Stevenson A, et al. : *Une évaluation des besoins en santé mentale des enfants et des adolescents dans le Libéria post-conflit : résultats d'une enquête quantitative auprès d'informateurs clés.Int J Cult Ment Santé* 2016; 9(1):56-70 Référence croisée,Google Scholar
4. Calam R : *Implications et risques pour la santé publique pour les enfants et les familles réinstallés après avoir été exposés à un conflit armé et à un déplacement.Scand J Santé publique*2017; 45(3):209-211 Référence croisée,Google Scholar
5. Attanayake V, McKay R, Joffres M, et al. : *Prévalence des troubles mentaux chez les enfants exposés à la guerre : une revue systématique de 7 920 enfants.Avec Confl Surviv*2009; 25(1):4-19 Référence croisée,Google Scholar
6. Kar N : *Impact psychologique des catastrophes sur les enfants : examen de l'évaluation et des interventions.Monde J Pédiatr*2009; 5(1):5-11Référence croisée,Google Scholar
7. Peam J : *Les enfants et la guerre.J Santé infantile pédiatrique*2003; 39(3):166-172Référence croisée,Google Scholar
8. Fremont WP : *Réactions de l'enfance aux traumatismes induits par le terrorisme : un examen des 10 dernières années.J Am Acad Psychiatrie Adolesc Enfnt*2004; 43(4):381-392 Référence croisée,Google Scholar
9. Drury J, Williams R : *Enfants et jeunes réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur du pays ou survivants ou auteurs de guerre, de violence de masse et de terrorisme.Curr Opin Psychiatrie*2012; 25(4):277-284 Référence croisée,Google Scholar
10. Peltonen K, Punamäki RL : *Interventions préventives chez les enfants exposés au traumatisme du conflit armé : une revue de la littérature.Comportement agressif*2010; 36(2):95-116 Référence croisée,Google Scholar

1. Dépression

Johanne Landrin
Psychologue



Généré par l'IA)

https://fr.freepik.com/photos-gratuite/portrait-personne-metaphore-visuelle-pour-memoire_138701719.htm#fromView=search&page=1&position=22&uuiid=b2af207b-28de-4765-9769-a7c749fa91ff

Qu'est-ce que la dépression ?

Une dépression est un état mélancolique ou de tristesse qui persiste dans le temps. La dépression (majeure) étant une maladie, il ne faut surtout pas la confondre avec une déprime qui est un état naturel et qui surgit après un événement émotionnel intense comme : un deuil, un accouchement, une séparation, la perte de boulot. La dépression est une condition sérieuse à ne pas négliger ou minimiser.

La dépression est une maladie psychique caractérisée par des troubles de l'humeur. Non traitée, la dépression peut devenir chronique et sa guérison ne dépend pas de la seule volonté. C'est pourquoi elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire sur la durée.

Quels sont les signes de la dépression ? Ce sont :

- chute constante au niveau performance au travail ;
- changement dans l'hygiène corporelle et l'apparence physique ;
- comportement destructif et/ou défiant ;
- hallucinations ou croyances inhabituelles ;
- changement considérable d'appétit ou de poids ;

- apparence trop agité ou trop au ralenti ;
- perte d'énergie et plainte d'une fatigue constante ;
- sentiment de culpabilité ou de manque de valeur ;
- sentiment que la vie n'est pas digne d'être vécue.

Quelles sont les causes de dépression ? Ce sont :

- Cause génétique ;
- Cause biologique ;
- Milieu et habitudes de vies ;
- Évènement de la vie.

L'adulte et la dépression ?

Chez l'adulte, les symptômes dépressifs sont multiples : fortes perturbations de l'humeur, tristesse permanente, perte de motivation, souffrance parfois insupportable, vision pessimiste du monde et dévalorisation de soi, idées morbides, voire suicidaires.

Certains symptômes sont les troubles du sommeil, la fatigue, l'agitation ; les maux de dos ou maux de ventre, les troubles digestifs, les vertiges, maux de tête, etc.

Les bébés et les enfants et la dépression

Pouvez-vous imaginer un tout petit bébé dépressif, « *podiab* » ? Eh bien oui, c'est possible même lorsque c'est difficile à croire. Les chercheurs ont pu observer des signes classiques de dépression chez les bébés, même ceux qui ont moins de six mois. Cet état est visible surtout quand la mère est dépressive après les couches (post partum) ou quand il y a une tension chronique dans le foyer.

Quand cela se produit, les parents ont tendance à dire : « *ala yon bon ti bébé !* » Il ne pleure pas, ne bouge pas trop, se satisfait de sa propre compagnie ; il est tranquille et ne touche à rien ; il demande très peu d'attention. Cependant, ce bébé n'est pas bien émotionnellement

Le bébé ou l'adolescent qui en souffre ont chez eux des facteurs biologiques et héréditaires qui provoquent ces symptômes, mais l'environnement dans lequel cet enfant évolue est aussi un facteur à ne pas négliger car il augmente les risques de dépression.

L'adolescent et la dépression

La dépression chez les adolescents habituellement débute à l'âge de 14 ans et se termine avant 20 ans. Face à cette dépression, ils réagissent en prenant de la drogue, s'intoxiquant avec l'alcool jusqu'à avoir des idées suicidaires et même passer à l'acte.

Souvent les causes de dépression chez l'adolescent viennent des sentiments de rejet social (les amis/l'entourage) troubles/problèmes familiaux, un échec scolaire, un abus sexuel, un divorce, une séparation ou un deuil.

La dépression non traitée peut amener au « *bullying* » ou harcèlement, à l'auto-mutilation, à des troubles d'alimentation (anorexie/boulimie) et même au suicide.

Si vous pensez être un déprimé ?

Vous aurez tendance à vous isoler de la famille et des amis. Surtout ne pensez pas que demander de l'aide est un signe de faiblesse.

Si vous avez l'occasion de faire du volontariat ou donner de l'aide vous-même cela vous aidera à vous sentir mieux.

Prenez le temps de jouer avec vos animaux domestiques si vous en avez ; faites du sport ou reprenez un ancien « hobby », la musique, l'art, les promenades en montagne aident beaucoup.

Effectuez des exercices de relaxation, chassez les idées négatives, essayer de bien vous nourrir et dormir !

Car une déprime mal gérée peut devenir une dépression chronique qui souvent ne peut être traitée seule !

La dépression se soigne par :

1. Psychothérapie :
N'hésitez pas à demander l'aide d'un professionnel de la santé mentale. La dépression peut être traitée et vous pouvez vous sentir mieux.
2. Antidépresseurs :
Prescription de médicaments
3. Hospitalisation : si la vie est en danger

Quelle que soit la cause la dépression n'est pas une condition honteuse, il faut le traiter sans tarder !

Bibliographie :

- 1- Organisation mondiale de la sante – Trouble dépressif (depression)
https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwko21BhAPEiwAwfaQCNu9t9VwxUUXNd8h2mDS4_CNZfrCkypUU-W9RfUoNtee-XESXGxBoCgdEQAvD_BwE
- 2- Institut du cerveau - LA DÉPRESSION : CAUSES, MÉCANISMES, SYMPTÔMES ET TRAITEMENTS
<https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/>

1. Capsule-santé

COMMENT RESTER POSITIF EN SITUATION DE CRISE ?



Pas facile de rester positif au quotidien dans un contexte anxiogène où les mauvaises nouvelles sont plus nombreuses que les bonnes. Toutefois, être optimiste s'apprend et se cultive au quotidien, quel qu'il soit. Il faut savoir :

1- Apprivoiser ses émotions négatives

En colère, triste, jaloux, dégoûté, énervé, etc. il existe toute une palette d'émotions négatives qui peuvent nous envahir à chaque instant. Si celles-ci sont naturelles et qu'il est normal de les éprouver, il vaut mieux toutefois apprendre à les maîtriser pour prendre du recul.

Bien souvent, dans la majorité des cas, les réactions sont disproportionnées, négatives et sont rapidement enclenchées comme un processus automatique qui se met en place dans le cerveau, conditionné à réagir de telle ou telle façon. Pour pouvoir y voir plus clair, il faut mettre en application « le discours intérieur ». Il s'agit de s'interroger, en se posant la question : que peut-on tirer de positif de la situation que l'on est en train de vivre ? Si l'on a ce réflexe à chaque fois qu'on vit des émotions négatives, le cerveau va se « reprogrammer » et cela deviendra au fil du temps, un véritable mode de vie et une philosophie de l'optimisme.

2- Choisir ses relations

Pour rester positif et optimiste en toutes circonstances, il faut savoir bien s'entourer. Du point de vue des personnes pour commencer. Certaines personnes sont toxiques et nous vident de toute notre énergie, que cela soit volontaire ou non. Fréquentez des personnes qui vous tirent vers le haut et vous entraînent dans une dynamique positive.

3- Choisir ses sources d'informations

Les informations reçues au quotidien jouent également sur notre moral. Il est important de faire en sorte de se nourrir positivement. Plutôt que de les recevoir et de les subir, allez les chercher pour les choisir : livres, podcasts, vidéos, conférences, etc. C'est bien plus nourrissant que de regarder passivement la télévision ou les réseaux sociaux.

4- Créer un environnement propice

De même, l'endroit dans lequel on évolue et les habitudes qu'on a ont leur importance. Décorez votre logement avec soin en fonction de vos goûts, vous

éprouverez naturellement du plaisir en vous y trouvant et vous vous sentirez en accord avec vous-même. Ayez des petits rituels qui mettent de bonne humeur comme un bon petit-déjeuner, pratiquer du sport, une séance de méditation, etc. Le tout est de faire des choses qui vous correspondent et que vous aimez.

5- Adopter certaines routines

Faites attention également à la façon dont vous allez commencer votre journée, car cela détermine la façon dont elle va se passer : si vous vous réveillez toujours en retard, vous allez être pressé, stressé et ne pourrez démarrer la journée de façon positive. Ayez une routine vous permettant de respecter un temps pour l'hygiène corporelle, le travail, autres obligations, le loisir et le repos.

6- Se satisfaire de ce qu'on a

L'insatisfaction génère beaucoup de frustration et de négativité. Vouloir toujours plus et toujours mieux ne rend guère positif. Il faut être heureux avec ce qu'on a. Dressez la liste des choses positives dans votre vie : une famille aimante, des amis proches, un métier passionnant, une maison dans laquelle vous vous sentez bien, etc. Exprimez votre gratitude à ce que la vie vous offre ou à ce que vos proches vous apportent.

7- Demander de l'aide si nécessaire

Enfin, il ne faut pas hésiter de faire appel à vos proches, à des amis et autres ressources pour vous aider à trouver une solution à un problème qui vous tracasse.

Référence :

Audrey Dulieux, journaliste scientifique

3- Formation ECHO

MICROBIOLOGIE ENVIRONNEMENTALE

Emmanuel ROSSIGNOL

Chef de service de bactériologie du Laboratoire National de Santé Publique

SOMMAIRE

- Introduction ;
- Définitions ;
- Quelques autres domaines de microbiologie ;
- Eaux usées et autres ;
- Capacité du laboratoire environnemental du LNSP ;
- Réalisations et projets du LNSP ;
- Liste des microorganismes déjà identifiés dans l'eau depuis le début de l'épidémie de choléra de fin 2022 ;
- Conclusion.

I- Introduction

Vu que le domaine de la microbiologie est, paraît-il, peu familier en Haïti, nous nous proposons, à travers les lignes qui suivent, de faire un bref coup d'œil sur la Microbiologie environnementale. Nous profiterons de l'opportunité pour présenter ce qui se fait, dans cette branche, au LNSP (Laboratoire national de santé publique), au niveau du champ pratique (réalisations et projets).

II- Définitions

La microbiologie est l'ensemble des disciplines biologiques (bactériologie, mycologie, virologie et parasitologie) qui s'occupent des micro-organismes [1].

L'environnement est compris comme l'ensemble des composants naturels de la planète Terre, comme l'air, l'eau, l'atmosphère, les roches, les végétaux, les animaux, et l'ensemble des phénomènes et interactions qui s'y déploient, c'est-à-dire tout ce qui entoure l'Homme et ses activités ; bien que cette position centrale de l'être humain soit précisément un objet de controverse dans le champ de l'écologie [2].

La microbiologie environnementale est l'étude et analyse de la diversité et de la fonction des micro-organismes dans leurs environnements naturels et artificiels.

III- Quelques autres domaines de microbiologie

- Microbiologie agroalimentaire. ...
- Microbiologie moléculaire. ...
- Microbiologie biopharmaceutique. ...
- Microbiologie clinique et santé publique. ...
- Microbiologie industrielle. ...

IV- Eaux usées et autres

L'utilisation d'une grande variété d'antibiotiques en médecine humaine et vétérinaire (incluant l'aquaculture) a mené à la dissémination des bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques. Les eaux usées urbaines ainsi que les stations d'épurations reçoivent les différents effluents en provenance des hôpitaux, des communautés humaines, des élevages, des industries et des eaux de ruissellement, parfois de la couverture agricole [3]. Ces effluents étant considérés comme sources majeures de métaux toxiques, polluants organiques persistants mais aussi des bactéries résistantes aux antibiotiques (ARB) et de leurs gènes de résistances associés (ARG). Ces effluents représentent un risque pour la santé publique dans le cas où des cassettes de gènes portant des éléments de résistance aux antibiotiques et/ou aux métaux seraient transférées à d'autres bactéries cliniques. Cette situation est particulièrement alarmante dans les pays tropicaux en voie de développement, tels que l'Asie du Sud et l'Afrique sub-saharienne où la plupart des rivières,

lacs et lagunes, utilisés pour l'irrigation maraichère, reçoivent des effluents industriels, urbains, miniers et hospitaliers non traités. En outre, les latrines et les installations sanitaires précaires sont connues, identifiées comme sources de la contamination des ressources en eau, particulièrement dans les pays en voie de développement, ce qui pose de sérieux risques pour la population en raison de l'utilisation de ces eaux contaminées par les pathogènes [4].

VI- Capacité du laboratoire environnemental du LNSP

A- Pour l'instant

Vu l'épidémie actuelle de choléra et avec le peu d'intrants dont dispose le LNSP, ce dernier ne pratique que la recherche du *Vibrio cholerae* dans l'eau, par culture (à partir d'une méthode manuelle simplifiée, combinée presque toujours avec l'utilisation d'un automate).

Cependant, si l'échantillon d'eau reçu n'est pas une eau usée, tout microorganisme observé macroscopiquement subit une tentative d'identification, quand celui suspect de *Vibrio cholerae* est absent.

Les identifications sont assurées via le Vitek MS, l'un des 2 automates d'identification disponibles au LNSP.

À ce sujet, précisons que le Vitek MS est un outil capital pour les identifications.

B- Avant, maintenant et jusqu'à date

Le LNSP a la capacité installée de pratiquer les analyses suivantes sur l'eau :

1. Analyse de paramètre physique ;
2. Analyse de paramètres chimiques ;
3. Analyse de paramètres microbiologiques.

NB 1 : Très probablement, les instruments, matériels et équipements du laboratoire environnemental du LNSP peuvent analyser d'autres paramètres ; mais, malheureusement, on n'a pas encore tenté cette expérience, depuis la création de cette unité en 2014.

NB2 : Toutes les analyses de ce point B ne sont pas pratiquées au LNSP depuis un peu plus de 3 ans, vu la rupture de stock des intrants correspondants.

Les paramètres physico-chimiques analysés sur l'eau au LNSP sont les suivants :

1. pH ;
2. Température ;
3. Conductivité électrique ;
4. Total solides dessous ;
5. Turbidité.

Les tests microbiologiques sur l'eau réalisés au LNSP sont les suivants :

3. Méthode IDEXX :
 - a) Recherche de coliformes totaux ;
 - b) Recherche d'*Escherichia coli*.



Fig. 1 : Eau insalubre. Mère venant de s'y approvisionner. Danger sanitaire.

1. Méthode filtration sur membrane :
 - a) Recherche de coliformes totaux ;
 - b) Détection de tout microorganismes.
2. Culture :
 - Recherche de *Vibrio cholerae*.

Calcul du chlore résiduel

Paramètre important pour les eaux de boissons [5], ce calcul n'est, cependant, pas opéré au laboratoire environnemental du LNSP.

Mais, comme indiqué plus haut, les instruments, matériels et équipements du LNSP peuvent très probablement permettre de calculer ce paramètre. Il faudra voir cela.



Fig. 2 : eau de boisson (eau traitée, eau potable). Apte à préserver la santé.

V- Réalisations et projets du LNSP [6]

1. Réalisations (de 2010 à date) : (liste non exhaustive)

- a) Analyse d'échantillons d'eau (eau de boisson surtout) en provenance de divers endroits du pays : épidémie de choléra de 2010 ;
- b) Étude française d'échantillons d'eau environnementaux (recherche de *V. cholerae*). En 2012.
- c) Étude de CDC (environ 1.000 échantillons d'eau des kiosques de vente d'eau de la région métropolitaine ont été analysés) ;
- d) Analyse d'échantillons environnementaux de la salle d'opération de l'hôpital du Canapé-Vert (conduits d'aération, équipements) ;
- e) Surveillance de CDC d'échantillons d'eaux usées à la recherche du poliovirus (2016 – 2017). NB. - Toujours en cours ;

- f) Analyse d'échantillons d'eau traitée devant entrer dans la préparation de solutés intraveineux, sur place, en Haïti, pour les patients de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (multinationale BAXTER), fin 2017 ;

NB. Le projet de production des solutés n'a pas vu le jour ;
- g) Étude française d'échantillons d'eau environnementaux (recherche de *V. cholerae*), en vue de la déclaration de la fin du choléra en Haïti. Fin août à Fin septembre 2021 ;
- h) Microbiologie alimentaire (analyse d'une crème pâtissière : Juin 2023) ;
- i) Analyse d'échantillons d'eau en provenance de divers endroits du pays (depuis début Octobre 2022 à date).

2. Projets

- a) Calculer le chlore résiduel des eaux de boissons et des réservoirs d'eau domestiques avant leur analyse ;
- b) Analyser 2.000 échantillons d'eaux usées (étude de Zanmi Lasante) ;
- c) Recommencer avec tous les tests que notre capacité technique nous permet de faire. En faire d'autres, si possible ;
- d) Pouvoir analyser régulièrement des échantillons d'eau des kiosques de vente d'eau ;
- e) Analyser des échantillons des points de distribution d'eau (choléra).

Liste des microorganismes déjà identifiés dans l'eau depuis le début de l'épidémie de choléra de 2022 [6].

Une idée de cette liste :

- *Vibrio cholerae* non O1 ;
- *Aeromonas punctata* (caviae) ;
- *Exiguobacterium arantiacum* ;
- *Enterobacter cloacae/asburiae* ;
- *Pseudomonas oleovorans/mendocina* ;
- *Enterobacter hormaechei* ;

- *Aeromonas enteropelogenes* ;
- Enterobacter species ;
- *Pseudomonas mendocina* ;
- *Serratia liquefaciens* ;
- *Klebsiella pneumoniae* ;
- *Citrobacter werkmanii* ;
- *Raoultella ornithinolytica* ;
- *Bacillus altitudinis/pumilis* ;
- *Klebsiella oxytoca*.

Conclusion

Certains pays ont des stations d'épuration des eaux usées avant leur relâchement dans la nature. Ces derniers devraient servir d'exemple pour d'autres, car la libre circulation des eaux usées est un risque très grave pour la santé humaine, animale et même celle des végétaux.

Existe-il, en Haïti, ce genre de stations ? Si la réponse est non, il serait profitable d'en construire.

Haïti a déjà possédé des stations de traitement des matières fécales. Ces dernières fonctionnent-elles encore ?

En microbiologie environnementale, le LNSP ne travaille, jusqu'à présent, que sur les bactéries. Pour les virus, des données sont disponibles via la surveillance des CDC débutée depuis 2016.

Bibliographie

1. Larousse.fr/dictionnaires/francais/microbiologie/51161
2. fr.wikipedia.org/wiki/Environnement, paragraphe 2
3. <https://www.oryxeleven.com/station-epuration>
4. *Accueil-Microbiologie environnementale-UNIGE*, Dr John Pothé, paragraphe 1
5. <https://www.fontaine-a-eau.com/actualites/chlore-eau>
6. *Système d'information de laboratoire du LNSP*



**LABORATOIRES
FARMATRIX**

<https://labfarmatrix.com/>

1. Formation ECHO

Entérocolite ulcéro-nécrosante

Rose Vanessa COMPAS ALABRÉ, MD
Pédiatre attachée au service de Pédiatrie de l'HUEH
Sous-spécialisation en néonatalogie
Endocrinologie périnatale

I- PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

- ¹ Berlinda Assé, MD ;
² Belenda Louis Max Mirly, MD ;
³ Eric Toussaint
- ¹ Médecin en chef du service de Pédiatrie
² Médecin du service de Pédiatre/HBP
³ Médecin Chirurgien général/Directeur Médical de l'HBP

Depuis janvier 2022, l'Hôpital Bienfaisance de Pignon (HBP) offre le service de soins intensifs pour les nouveau-nés avec une capacité de quatre lits. Les critères d'admission incluent tous les nouveau-nés nécessitant des soins intensifs tels que ceux pour difficulté respiratoire, asphyxie périnatale, troubles métaboliques, troubles hydro électrolytiques, macrosomie, prématurés de 30 semaines et plus etc... Les références vers d'autres institutions pour les bébés de moins de 30 semaines sont très complexes. Parfois nous sommes obligés de les prendre en charge bien que notre service ne réponde pas aux normes pour gérer les grands prématurés. Avec les moyens limités, nous arrivons à sauver des prématurés de 28 semaines et 29 semaines. Vu la demande, sous peu le service de Pédiatrie/NICU sera rénové pour recevoir beaucoup plus de cas.

Ainsi comme contribution aux avancées scientifiques avec efficacité, compassion et empathie nous vous présentons un cas réussi parmi tant d'autres qui est un prématuré de 28 semaines.

Un nouveau-né de sexe féminin a été admis le 13 janvier 2024 dans le service de NICU de l'HBP pour une prématurité, une difficulté respiratoire et un APGAR pauvre. Le poids de naissance était de 1 000g ; la taille : 37 cm, le périmètre crânien : 25 cm ; la température : 37 Celsius ; la fréquence cardiaque : 122 Bats/mn ; la fréquence respiratoire : 60 Cycles/mn et la saturation : 95 % sous O₂. Le score d'APGAR était de : 3 à 1mn-6 à 5mn ; le Ballard : 28 SA ; le Score de Silverman : 8.

Les impressions cliniques retenues étaient une hypoxie périnatale sévère, un syndrome de détresse respiratoire, une infection materno-fœtale à investiguer chez un prématuré de 28 semaines.

La mère était âgée de 34 ans G2P2A0EV2, hypertendue connue. La grossesse a été désirée. La date des dernières règles était connue ; la date probable pour l'accouchement était le 01-04-24. La mère avait eu deux visites ; elle a reçu une dose de vaccin DTP. On l'avait admis à la maternité de l'Hôpital pour une céphalée et des chiffres tensionnels élevés. Elle avait bénéficié d'une prise en charge comprenant du MgSo₄, une antibioprophylaxie, une corticothérapie avec de la dexaméthasone. Un abruption placentae de grade 2 + PES, indiqua une section césarienne sous sédation (thiopental et fentanyl), avec extraction du bébé dans 10 min. À six heures du post opératoire, la mère était décédée dans un tableau de Coagulation Intra Vasculaire Disséminée (CIVD).

Le bébé était né en état de mort apparente. Elle a bénéficié de ventilation, puis placée sur CPAP artificiel. Les premiers résultats de laboratoire pour le nouveau-né étaient : HB : 13.2 ; GB : 4400 ; PN 77.2 ; Plaquettes : 36 000 ; CRP +, Créatinine : 1.1 ; Urée 23.5.

Les complications que nous avons durant l'hospitalisation pour le nouveau-né étaient les suivantes :

- thrombocytopénie, hémorragie, anémie. Depuis à J2 jusqu'à J7 d'hospitalisation, le bébé a présenté une hémorragie digestive. Elle avait bénéficié de trois transfusions sanguines durant le premier mois de vie. L'érythropoïétine non disponible à l'Hôpital a été trouvé à 1 mois de vie.
- hypoglycémie ;
- distension abdominale pendant 3 jours mais sans résidus gastrique ;
- dénutrition : tous les éléments essentiels pour faire une diète parentérale totale n'ont pas été disponibles ; la diète entérale avait débuté à J8 de vie en très petite quantité. Elle regagnait son poids de naissance à 1 mois ;
- apnée du prématuré ;
- bronchodysplasie pulmonaire : le sevrage en O₂ a été effectif après 40 jours de vie.

Les médicaments utilisés ont été les suivants : gluconate de calcium, ampicilline, gentamycine, céfotaxime, oméprazole, aminophylline, vit K1, furosémide, dexaméthasone, Aminovit (fer et multivitamines), Alufat, érythropoïétine.

Elle a été exatée après 73 jours dans le service avec un poids de 1.78 Kg, un PC de 31cm, une taille de 44cm, un HB de 8, des GB à 5 100, des PN à 36.9, des plaquettes à 141 000. À la dernière visite l'HB était à 9.8, les GB à 10 200, les PN à 33.4, les plaquettes à 361 000, le poids à 2.36kg, le PC à 33cm et la taille à 47cm.

II- RECOMMANDATIONS PAR RAPPORT AU CAS PRÉSENTÉ

1. Sur le plan respiratoire

La corticothérapie anténatale prévient les séquelles pulmonaires. Cependant, en post-natal, la dexaméthasone peut réduire l'incidence de la dysplasie bronchopulmonaire et peut tout aussi bien être délétère en provoquant l'infirmité motrice cérébrale.

La ventilation en pression positive continue (CPAP) est recommandée d'emblée en salle de naissance pour prévenir la bronchodysplasie. L'administration du surfactant exogène a fait ses preuves dans la prévention de sa survenue.

La caféine n'a pas été utilisée dans les apnées probablement par manque. Elle réduit considérablement le taux de dysplasie broncho-pulmonaire à 36 SA.

Dans la prise en charge de la dysplasie bronchopulmonaire, le furosémide est recommandé à court terme ; vu son effet hypercalciuriant, la drogue de choix serait la spironolactone qui a fait ses preuves et qu'on peut utiliser à long terme à la dose de 2 mg/kg/jr à diviser en 2 doses. Une autre recommandation de traitement serait l'association d'hydrochlorothiazide et de spironolactone, cependant ceci est encore à l'étude car non encore validé.

2. Sur le plan métabolique

L'ionogramme sanguin est tout aussi important dès la naissance, à moduler tous les 2 jours jusqu'à stabilisation, puis espacer tous les 5 à 10 jours afin de corriger les troubles ioniques. La gazométrie est essentielle pour rechercher l'acidose métabolique à la naissance avec le sang au cordon puis le sang du nouveau-né à H1 de vie.

3. Sur le plan hématologique

La transfusion de concentrés globulaires pourrait provoquer la survenue de l'entérocolite ulcéro-nécrosante si elle a été réalisée pendant une alimentation. Dans ce cas, les plaquettes devraient aussi être remplacées. Faute de disponibilité, ceci n'a pas été fait. L'érythropoïétine a été débutée trop tard en raison de sa non-disponibilité. En général, elle doit être débutée à J7 de vie et augmentée chaque semaine de 250 UI/kg sans dépasser 500UI. On l'arrête à 6 semaines de vie pour prévenir l'anémie du prématuré.

4. Sur le plan digestif

L'alimentation a été débutée trop tard. Il est recommandé de commencer l'alimentation précocement entre H6 et H12 de vie selon l'état clinique du nouveau-né. Il faut prioriser l'alimentation trophique en discontinue sur 60mn avec 10cc/kg/jr de lait maternel ou d'une préparation pour enfants de faible poids de naissance, durant quelques jours avant d'augmenter significativement et régulièrement la ration entérale, dès que l'alimentation trophique est bien tolérée. Cette

alimentation entérale est minimale et associée à une alimentation parentérale qui permet de couvrir les besoins nutritionnels.

Il faudrait prioriser le lait de mère mais la mère étant décédée, dans les pays développés, on utiliserait le lait de don. Pour nous en Haïti, on pourrait débiter avec un hydrolysate de protéines. L'apport en protéines n'étant pas adapté, cependant on le garderait jusqu'à atteindre 1 700 g pour débiter le lait pour prématuré qui est hyperosmolaire.

6. Vitaminothérapie

Une fois l'alimentation débutée, il faut introduire les vitamines A, D, E, C par la sonde gastrique. Donner l'acide folique 1 fois/semaine pour prévenir l'anémie

7. Sur le plan neurologique

La caféine a un effet neuroprotecteur. On pourrait l'utiliser jusqu'à 37 semaines. C'est aussi essentiel de le garder jusqu'à l'autonomie alimentaire, car c'est à cette période que le nouveau-né est capable de faire des apnées et retarder sa sortie à domicile.

L'échographie transfontanellaire en série est recommandée à la recherche d'hémorragie cérébrale et de dilatation post-hémorragique chez tous les prématurés de moins de 34 SA. Pour ce prématuré, une IRM au terme corrigé, devrait être programmée à la recherche de leucomalacie péri-ventriculaire.

Les EEG en série également sont nécessaires. Dans ce cas, dès J3 de vie, le nouveau-né devrait bénéficier d'un EEG. Celui-ci a un intérêt pronostique surtout en cas d'hémorragie intra-ventriculaire. Il faut rechercher une pointe positive rolandique (PPR). Son apparition est très précoce. Il est essentiel d'apprécier leur abondance et leur persistance des pointes d'onde rolandique. Si le tracé est dysmature : mauvais pronostic cognitif. Si le tracé est désorganisé : mauvais pronostic moteur. Se basant sur le pronostic sensori-moteur, une évaluation par un kinésithérapeute devrait être réalisée dès les premiers jours de vie afin de programmer des séances de rééducation motrice selon protocole. Le suivi se fera à l'exéat 1 à 2 fois/ semaine. Ce processus est très important pour l'accompagnement du nouveau-né, mais aussi celui des parents afin qu'ils soient au courant de l'évolution de leur enfant.

8. Sur le plan infectieux

L'hémoculture est essentielle en cas de suspicion d'infection avant toute antibiothérapie. Il faut suivre la cinétique de la CRP tous les 2 jours.

La sérologie TORCH est tout à fait importante dès la naissance si elle n'avait pas été réalisée pendant la grossesse ; une infection du groupe TORCH pourrait expliquer cette anémie et thrombopénie sévère chez le nouveau-né dans notre cas.

5. Prévention

Il faut prévenir une infection à Virus Respiratoire Syncytial[®] (VRS) avec le Synagis (palivizumab) chaque mois à partir de 1500 g jusqu'au mois d'avril après la naissance. À défaut, en Haïti nous avons le Vaxigrip Tetra contre le virus de l'Influenza.

Il faut débiter la vaccination pendant l'hospitalisation à partir de 8 semaines d'âge réel sous monitoring à cause des risques d'apnée, de désaturation, de bradycardie pouvant être provoqués par le vaccin contre la coqueluche selon le schéma vaccinal de l'OMS.

Si survenue d'apnée, de bradycardie, lors de la 1^{ère} injection chez les moins de 33SA ou <1500 g, il est nécessaire de réhospitaliser le nourrisson pour la vaccination de 4 mois et l'observer pendant 24h.

Si la sortie à domicile est prévue avant les 8 semaines de vie, il faut privilégier la 1^{ère} dose avant la sortie, à partir de 42 jours ou 6 semaines de vie.

Dans le cas présenté, certains facteurs ont pu être relevés dans la survenue de l'entérocolite ulcéro-nécrosante dont la prématurité, l'hypoxie périnatale, l'infection materno-fœtale, le retard de l'alimentation et la pré-éclampsie sévère. Par ailleurs, ces facteurs de risque ont été incriminés dans la survenue de la dysplasie broncho-pulmonaire, tels que la prématurité, les infections secondaires au cours de la prise en charge et les apports hydrosodés excessifs probablement.

III- L'ENTÉROCOLITE ULCÉRO-NÉCROSANTE, UNE URGENCE REDOUTÉE EN PÉRIODE NÉONATALE

Mise en contexte

Chez le nouveau-né et plus encore chez les prématurés, nombre des moyens de défense sont encore immatures voire inexistantes. En conséquence, le nouveau-né est susceptible de confronter différentes situations pathologiques. L'intestin est l'un des principaux organes cibles de processus infectieux

Introduction

L'entérocolite nécrosante est une maladie représentant 8 à 12 % des infections néonatales, observée essentiellement chez les prématurés. C'est l'urgence gastro-intestinale la plus commune chez les nouveaux-nés. Elle représente 2 à 5 % des admissions dans les unités de soins intensifs de néonatalogie. C'est une maladie inflammatoire aiguë avec des étiologies multifactorielles et controversées entraînant des dommages intestinaux partant de la muqueuse, aboutissant à une nécrose puis une perforation.

Objectifs

Mettre en exergue les différents mécanismes

physiopathologiques des infractions intestinales, favorisant l'entérocolite nécrosante (ECUN) ;

2. Énumérer les facteurs de risque de survenue ;
3. Diagnostiquer l'entérocolite ulcéro-nécrosante ;
4. Prendre en charge l'ECUN.

Définition

Il s'agit d'une nécrose multifocale de la paroi intestinale, caractérisée par l'apparition d'une plage de nécrose ischémique et hémorragique pouvant entraîner des ulcérations [1]. L'entérocolite nécrosante est observée essentiellement chez les prématurés (90 %) et 10 % chez les nouveau-nés à terme. Elle représente la plus fréquente des pathologies gastro-intestinales chez les nouveau-nés [1].

Épidémiologie

La prévalence est de 3 à 5 %. Elle est extrêmement variable selon l'âge et touche 10 à 15 % des nouveau-nés de poids de naissance de moins de 1 000 g. La morbi-mortalité est élevée, soit 15 à 40 % chez les enfants d'âge gestationnel de < 32 SA.

Chez le prématuré, la pathologie concerne l'iléon terminal et le colon proximal. Elle survient à n'importe quel moment. Le risque de décès d'un grand prématuré est multiplié par 2 à 10 fois en fonction de l'importance de la prématurité.

Cependant, elle survient exceptionnellement chez le nouveau-né à terme (0,06 à 0,07 pour 1000 naissances vivantes). Le côlon est concerné. Elle survient très tôt, dès les 1^{ers} jours de vie. Le pronostic vital est meilleur chez le nouveau-né à terme que chez le prématuré. Dans une entérocolite ulcéro-nécrosante, dans 40% des cas chez un nouveau-né à terme, il n'y a aucun facteur de risque.

Rappel anatomo-physiologique du tractus intestinal

L'intestin grêle est le site préférentiel de l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Il est composé du duodénum, du jéjunum et de l'iléon. Ses parois présentent des plis circulaires, des villosités et des microvillosités.



Fig.1 : intestin grêle. <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-intestin-grele-2737/>

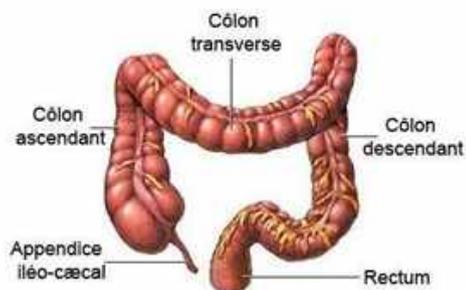


Fig. 2 : <https://meunier-osteopathe-toulouse.fr/osteopathie-viscerale-le-colon/>

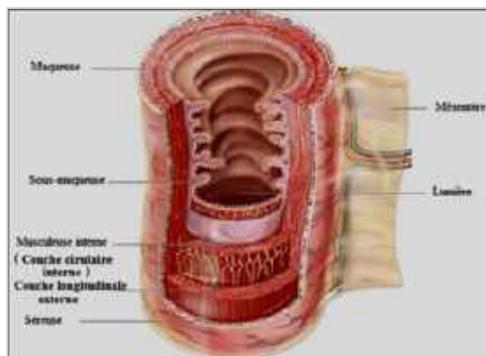


Fig. 3 : Couches de l'intestin : De dedans en dehors : Mucosée, Sous-mucosée, Musculeuse, séreuse. https://www.researchgate.net/figure/Couches-de-la-paroi-du-tube-digestif-MESCHER-2016_fig1_339044449

Colonisation digestive normale du nouveau-né mature

Les sources de colonisation sont la flore vaginale lors de l'accouchement et l'alimentation. Il y a l'apparition des anaérobies facultatifs 12 h après l'introduction d'une alimentation maternelle. Les bactéroïdes surviennent chez moins de 3 % des nouveau-nés. Les bifidobactéries et les clostridies chez moins de 50 % des nouveau-nés. Après quelques jours les bifidobactéries augmentent très rapidement chez 100 % des nouveau-nés et les bactéroïdes représentent toujours 3 % de la flore intestinale. Il s'en suit un pic de clostridies entre le 2^e et le 4^e jour. Après 1 semaine, les bifidobactéries représentent 99 % de la flore digestive puisque leur croissance est favorisée par le pH fécal bas permettant leur réplication [2, 3].

Physiopathologie

Il existe trois (3) grands facteurs prédisposants principaux à l'entérite nécrosante. Ce sont : l'immaturation intestinale, l'ischémie et la colonisation bactérienne.

1) Immaturation intestinale

Le fœtus et le prématuré ont une réponse inflammatoire excessive aux stimuli microbiens intraluminaux. La sécrétion d'acide gastrique est limitée chez les prématurés. L'altération de la barrière protectrice intestinale va favoriser le passage des bactéries à travers la lamina propria et, en retour, acti-

ver les cellules inflammatoires. Chez le fœtus, l'expression du récepteur Toll-like 4 semble augmentée au niveau de la surface intestinale comparé à un adulte [2, 3].

Il existe des différences entre l'intestin du fœtus et l'intestin mature. La réponse inflammatoire est excessive et inappropriée ce qui entraînerait l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Les entérocytes des prématurés ne sont pas préparés à la stimulation excessive de la colonisation post-natale [2, 3].

1) Hypoxie

L'ischémie entraîne des dommages au niveau de la surface intestinale ainsi qu'un blocage dans la production du mucus. Ceci favorise une susceptibilité à l'invasion bactérienne.

Une fois l'alimentation débutée, il y a une libération de substrats avec prolifération bactérienne dans la lumière intestinale. Ces bactéries pénètrent dans la paroi intestinale. Il se produit par la suite de l'hydrogène qui pénètre la veine porte.

Des modifications histologiques se produisent également, entraînant un œdème de la muqueuse puis une ulcération suivie d'une inflammation et en dernier lieu survient une nécrose [2].

2) Colonisation bactérienne

Certaines toxines bactériennes sont à l'origine de l'entérocolite nécrosante soit par production accrue due à un changement du contenu intestinal (iléus, suppression par antibiothérapie, diminution du potentiel Red-Ox à la suite d'une ischémie), soit par destruction diminuée due à la nutrition par lait artificiel [2].

Les nouveau-nés nourris au lait maternel développent une flore bactérienne abondante contenant des bactéries gram négatif potentiellement pathogènes. Les lactobacilles et les entérocoques se nourrissent de lactose principalement ; source d'énergie qui pourrait générer la multiplication de bactéries gram négatif. En présence d'une colonisation normale de l'intestin avec des gram positif, les bactéries pathogènes gram négatif ne se multiplieront pas, car les Gram positifs auront utilisé tout le lactose fournisseur d'énergie leur permettant de survivre.

Les bactéries gram négatif colonisent l'intestin et provoquent la libération des endotoxines qui favorisent l'apoptose. Il s'ensuit une compromission de la vascularisation splanchnique entraînant une réduction du débit sanguin mésentérique [3].

Les germes incriminés sont le staphylocoque à coagulase (-), certains bacilles gram (-), des entérocoques, des virus. La toxine cytolitique est le delta toxine produite par les staphylocoques dorés. L'environnement joue également un rôle dans la

colonisation digestive du prématuré. La flore digestive du nouveau-né hospitalisé est différente de celle d'un enfant retourné rapidement à domicile. Dès 15 jours d'hospitalisation, on remarque l'apparition de souches résistantes y compris en absence d'antibiothérapie [3].

Facteurs favorisants de l'entérocolite ulcéro-nécrosante

Les facteurs de risque généraux pour l'entérocolite nécrosante, en plus de la prématurité, comprennent :

- l'alimentation entérale, préparation pour faible poids pour l'âge ;
- l'augmentation rapide de la ration entérale ;
- l'hypoxo-ischémie ;
- la transfusion sanguine ;
- la maladie cardiaque congénitale ;
- le cathétérisme ombilical ;
- la pullulation bactérienne ;
- le déséquilibre de la flore intestinale [1].

Diagnostic : Classification de Bell

- Stade I : clinique
- Stade II : biologique
- Stade III : critères chirurgicaux

Clinique

- Les signes et les symptômes surviennent dans le contexte de l'introduction des protéines du lait de vache. Il faut apprécier l'évolution de l'intolérance digestive précédant l'ECUN : régurgitations, résidus, vomissements.
- Du point de vue neurologique, l'enfant est agité (douleur) ou apathique.
- Les signes vitaux objectivent une instabilité thermique, un syndrome brady-apnéique, une instabilité hémodynamique.
- À l'examen de l'abdomen, on observe une distension abdominale, une circulation collatérale, une zone sensible, une perception de masse ou de défense abdominale ou d'un plastron, une rectorragie.

Examens complémentaires

- L'ASP est essentiel. Il permet d'objectiver une répartition anormale des opacités aériques intestinales, des anses intestinales dilatées et fixées (anse "sentinelle"), une pneumatose intestinale (signe pathognomonique), un pneumopéritoine plus ou moins diffus au stade III et une suspicion d'intestin perforé au cliché de profil.
- L'échographie doppler abdominale confirme la pneumatose, l'épanchement et le magma dense intestinal.
- La Coelioscopie exploratrice améliore le minutage chirurgical.

TABLEAU 1 : Critères de Bell modifiés pour l'ECUN, d'après Kastenber, 2013(12)

Stade	Signes systémiques	Signes abdominaux	Signes radiographiques
IA : suspectée	Instabilité thermique, apnée, bradycardie, léthargie	Résidus gastriques, ballonnement abdominal, vomissement, hémochésies	Intestin normal ou dilaté, iléus léger
IB : suspectée	Idem	Idem, rectorragies	Idem
IIA : confirmée (légère)	Idem	Idem, silence abdominal avec ou sans sensibilité abdominale	Dilatation intestinale, iléus, pneumatose intestinale
IIB : confirmée (modérée)	Idem, acidose métabolique légère, thrombopénie	Idem, avec ou sans cellulite abdominale ou masse en fosse iliaque droite	Idem, avec ascite et aéroportie présente ou non
IIIA : avancée	Idem, hypotension, bradycardie, apnées sévères, acidose mixte, coagulation intravasculaire disséminée, neutropénie	Idem, avec signes de péritonite, sensibilité abdominale marquée et ballonnement	Idem
IIIB : avancée (perforation intestinale)	Idem	Idem	Idem avec un pneumopéritoine

Tiré de : *L'entérocolite du prématuré : la comprendre, la reconnaître, la prévenir – Louvain Médical* Stéphanie Jasienski (1), Bénédicte Van Grambezen (1), Renaud Menten (2), Olivier Danhaive (1) Publié dans la revue de : *Septembre 2021 Rubrique(s) : Cas cliniques.*
<https://www.louvainmedical.be/fr/article/lenterocolite-du-premature-la-comprendre-la-reconnaitre-la-prevenir>

Biologie

Il n'y a pas de signe spécifique biologique de l'ECUN. On observe une hyperglycémie et des troubles ioniques tels que l'hyperkaliémie, l'hyponatrémie brutale, l'acidose métabolique s'il y a une nécrose intestinale étendue.

Les modifications des marqueurs inflammatoires sont l'élévation du CRP ou CRP normale au début de l'ECUN. L'élévation de la CRP et la durée de la persistance sont des indicateurs importants de l'intensité du syndrome inflammatoire.

La numération formule sanguine offre une hyperleucocytose ou une neutropénie ; une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD).

La virologie des selles est également demandée. Le rotavirus a été détecté comme responsable d'infection intestinale nosocomiale chez certains prématurés dans certaines maternités [8].

Diagnostic différentiel

Il se fait avec la perforation intestinale spontanée, l'allergie aux protéines du lait de vache et l'aganglionose intestinale (maladie de Hirschsprung).

Prise en charge

Le traitement est médical et chirurgical :

1) Traitement médical

Il est urgent et consiste en la mise au repos du tube digestif dès les premiers symptômes et la mise en place de sonde nasogastrique en siphonage. Il est adapté en fonction de la gravité de la situation initiale et de son évolution.

Il comprend aussi la mise en place d'une assistance ventilatoire adaptée si nécessaire, un soutien hémodynamique, une correction hydro-électrolytique, une antibiothérapie adaptée.

Il faut alerter l'équipe chirurgicale si l'ECUN est considérée significative (Stade ≥ 2).

2) Traitement chirurgical

Les indications sont les suivantes : perforation avérée ou fortement suspectée, non amélioration sous traitement médical bien conduit et aggravation secondaire.

Complications

Jarreau et al (2016) ont bien présenté les complications évolutives de l'ECUN. L'essentiel est résumé dans le tableau ci-dessous :

Tableau 55.2 Complications de l'ECUN.

Pronostic à court terme : vital

- altération hémodynamique (choc, réouverture canal artériel)
- septicémie à point de départ digestif (bacilles gram négatifs, anaérobies)
- complications neurologiques (HIV, LMPV) nécrose intestinale étendue (acidose, hyperkaliémie + troubles du rythme)
- Pronostic à moyen terme : fonctionnel
- tolérance de l'alimentation entérale
- croissance
- sténose cicatricielle (deux-six semaines)
- cholestase

Pronostic à long terme : fonctionnel et développemental

Troubles digestifs, dépendance d'une alimentation parentérale prolongée et défaut de croissance (si résection intestinale étendue)
 Anomalies du développement neurocognitif (ECUN chirurgicales ++)
 Occlusion sur bride (# volvulus de grêle)
 HIV : hémorragie intra-ventriculaire, LMPV : leucomalacie périventriculaire

Jarreau P-H, Baud O, Casper C, Mitanchez D, Picaud J-C, Storme L. Entérocolite ulcéro-nécrosante. In : *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie. 2e édition, 2016, pp 340-348.*

Conclusion

L'entérocolite ulcéro-nécrosante est une pathologie relativement rare. C'est une pathologie multifactorielle. Dans la prise en charge globale du prématuré, il faudra tenir compte de la notion d'immaturation intestinale. Il faudra insister sur la rigueur à observer en post-natal après toutes éventuelles épreuves anoxiques. Cette pathologie peut être particulièrement sévère à court

terme et à long terme. La prévention vise à limiter les facteurs de risque connus.

Bibliographie et webographie

1. Jarreau P-H, Baud O, Casper C, Mitanchez D, Picaud J-C, Storme L. Entérocolite ulcéro-nécrosante. *Réanimation et soins intensifs en néonatalogie. 2e édition, 2016, pp 340-348.*
2. Marieb E. *Le système digestif. Anatomie et physiologie humaines. 4e édition. Canada, 1998, pp 879-896.*
3. Robbins S, Cotran R. *The gastro-intestinal tract. In: Pathologic bases of disease. 2e édition. Boston, 1979, pp 918-1905.*
4. *Service de soins intensifs et de néonatalogie, Hôpital d'enfants, Maroc. L'entérocolite nécrosante du nouveau-né. [en ligne].*
<http://www.santemaghreb.com/maroc/ecun.pdf> (consulté le 28 avril 2013).
5. *The new England Journal of medicine. Necrotizing enterocolitis.*
<http://translationalmedicine.stanford.edu/NEC/NEJM.Review.NEC.1.21.2011.pdf> (consulté le 28 avril 2013).
6. *NeoReviews. The Pathophysiology of Necrotizing Enterocolitis. [en ligne].*
<http://neoreviews.aappublications.org/content/2/5/e103.full.pdf> (consulté le 30 juin 2013).
7. *Symposium: Neonatology II, Evidence and experience in Neonatal Medicine.*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17264459>. (consulté le : 15 mai 2013).

8. Dre Sophie Ngyuen. *Cas groupés d'infections à rotavirus. [en ligne].*
<https://www.hpci.ch/sites/chuv/files/9-%20S.%20Nguyen%20-%20Cas%20group%C3%A9s%20d%E2%80%99infections%20C3%A0%20Rotavirus.pdf> . consulté le 8 juillet 2024.

2. Forum sur la santé : une grande première pour le groupe SURGIMED dans le département du nord

Wisly Joseph, MD, chirurgien
DESS/Management et Gestion des Services
de Santé
PDG de SurgiMed



INTRODUCTION

Les Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés par les Nations Unies en 2015 font suite aux objectifs du millénaire et visent un monde meilleur pour chacun des habitants de la planète à l'horizon 2030. Un fait certain est que l'atteinte de telle ambition sans la santé apparaît une utopie. À travers différentes politiques publiques des pays membres, les questions sur la santé restent présentes et pressantes, car la santé représente aussi une ressource permettant aux politiques économiques, sociales, environnementales de mieux atteindre leurs buts [1].

Aujourd'hui, en 2024, Haïti, le seul pays moins avancé du continent américain avec les pires indicateurs sanitaires de la région se trouve à la croisée des chemins [2]. Un appel à chacun de ses fils et de ses filles est fait pour l'aider à juguler son mal.

C'est en ce sens que la SurgiMed, une jeune entreprise évoluant dans le secteur de la santé a répondu à l'appel en organisant ce premier forum sur la santé dans le Nord d'Haïti avec pour thème : La réalité sanitaire du Nord, ses spécificités et ses défis dans la quête du développement durable. Les défis en matière de santé dans le département du Nord sont de taille : le manque de standard des infrastructures sanitaires, la barrière économique aux soins, la fuite des cadres, le non-recyclage du personnel, l'absence de certains spécialistes et la non-disponibilité de certains examens para cliniques pour ne citer que ceux-là... Des questions fusent : quelle est la place de l'économie dans la santé de la population du département du Nord ? Comment la santé de la population du Nord peut-elle influencer sur l'économie du département ?

Tenant compte des liens indissociables entre la santé et le développement durable, SurgiMed a pu faire jaillir la lumière du choc des idées débattues à la première édition de ce forum sur la santé le vendredi 28 Juin 2024 à l'auditorium du collège Regina Assumpta.

(patient ou personnel de santé) à un centre de santé est parfois impossible vu la rupture de certains tronçons routiers.

Objectifs et résultats espérés

Décrire les défis et enjeux liés à l'accès à la santé dans le département du Nord, relever les limites au bon fonctionnement des différentes structures sanitaires du département et identifier les actions devant servir de leviers pour changer de paradigme étaient, entre autres, les objectifs poursuivis par ce forum. Le public cible était au rendez-vous. Cent-quatre-vingts participants, constitués d'étudiant(e)s, de la société civile, d'élus locaux, parmi lesquels le maire adjoint de la ville du Cap-Haïtien, Monsieur Patrick ALMONOR et du secteur privé des affaires du département, ont fait le déplacement. Le staff de SurgiMed souhaite que cet événement puisse constituer une base de données pour améliorer les indicateurs sanitaires du département du Nord et faire le plaidoyer auprès des décideurs politiques et du secteur privé des affaires.

Mise en contexte et État des lieux

De 2010 à nos jours, les dépenses du gouvernement en santé ont oscillé autour de 1 % du PIB, soit inférieur à la norme de 6 % que l'OMS juge nécessaire pour réduire les catastrophes financières liées à la santé (OMS 2010).

Comme dans tout pays, les inégalités en santé freinent le développement humain et entravent le développement économique et social des communautés, mais également des pays. Le forum sur la santé dans le département du Nord nous a offert l'occasion de discuter et de voir des pistes de solutions en matière de santé dans le Nord. Comment la santé est-elle financée dans le département du Nord ? Comme si bien signalé dans le dernier rapport des comptes Nationaux en Santé : « la consistance et la pérennité du financement de la santé déterminent la continuité de l'offre des soins et leur qualité à toute la population » [3].

Une consultation de la liste des institutions sanitaires reconnues par le MSPP nous présente le département du Nord avec une couverture en institutions sanitaires de 10.11 % en 3e position après le département de l'ouest et de l'Artibonite, respectivement 36.55 % et 13.17 % [4]. Cependant, il convient de reconnaître qu'au lendemain du séisme dévastateur du 12 janvier 2010, nous avons assisté à une explosion des structures sanitaires dans le département du Nord plus précisément dans la ville du Cap-Haïtien et des zones avoisinantes avec duplication des services offerts sans une standardisation réelle pour la majeure partie de ces structures.

Des sujets qui interpellent

Le maître de cérémonie, Dr Louendy CHERY, a

présenté les propos de bienvenue vers les 10h20 am, suivis de la Dessalinienne et de l'allocution du maire adjoint de la ville. Par la suite, le PDG de Surgimed, Dr Wisly JOSEPH, a présenté le groupe SurgiMed : ses missions, sa vision et ses valeurs. L'ouverture des séances de présentation a été faite par le Centre de Traitement du Cancer et de Chirurgie Générale (C3G) qui est le seul Centre spécialisé dans la prise en charge du Cancer dans le Nord. Le C3G a été brillamment représenté aux panels par les docteurs Marie Christina Joseph et Louima Bendson qui ont élaboré sur l'état des lieux et perspectives de la prise en charge des patients cancéreux dans le Nord. Les statistiques sur les quatre dernières années de 2020 à 2023 révèlent 1 331 cas de patients diagnostiqués pour cancer au niveau du C3G avec une tendance en crescendo. Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des patients étaient de sexe féminin. Les patients proviennent du Nord en grande partie (78 %) suivi du Nord-Est (15 %). Le devenir des patients cancéreux durant ces quatre dernières années s'est réparti comme tel : 216 décès, 394 abandons, 721 rémissions [5]

Au tour de l'économiste Etzer EMILE d'intervenir sur les liens indéfectibles entre la santé et l'économie : « Comment la santé dans un pays peut accroître la productivité via le capital humain, l'influence de l'économie sur l'offre et la demande des soins de santé ? Le docteur Emmanuel Cyriaque, orthopédiste-traumatologue a présenté : « La pratique de l'orthopédie dans le Nord, entre exploits, défis et perspectives ». Triste tableau : seulement sept hôpitaux avec un seul service d'orthopédie fonctionnel pour le département du Nord. Du côté des ressources humaines, sept (7) orthopédistes pratiquent dans le Nord selon ses recherches soit un (1) orthopédiste pour 152 429 habitants. En plus de tout cela, le coût élevé des interventions chirurgicales en orthopédie représente une barrière pour les patients.

L'Association Haïtienne des Etudiants en Médecine (AHEM), représentée par Rosny Dave AZÉMAR et Youri Mc Lamarre PIERRE a passé en revue les défis dans la formation et la rétention des professionnels de la santé dans le Nord. En ce qui a trait à la formation médicale dans le Nord, le cas du Campus Henri Christophe de Limonade a été analysé : certains professeurs se retrouvent à Port-au-Prince ; manque d'exposition à certaines spécialités. La formation spécialisée à l'Hôpital Universitaire Justinien, le seul hôpital universitaire du grand Nord a été aussi au cœur des débats : nombre de places limité en résidence, nombre de services insuffisant, ratio médecins/patients insuffisant ; exposition limitée à certaines spécialités et dépendance vis-à-vis de la capitale pour certains patients.



Fig. 1 : De gauche vers la droite, 2 représentants de l'AHM : Rosny Dave AZÉMAR et Youri Mc Lamarre PIERRE, Dr Wisly JOSEPH, Dr Louima BENDSON, Dr Marie Christina JOSEPH, Economiste Etzer EMILE, Dr Emmanuel CYRIAQUE

La mission se définit comme suit :

- fournir des soins de santé de qualité à la population haïtienne avec emphase sur les soins chirurgicaux ;
- promouvoir la santé ainsi que le leadership dans le secteur sanitaire ;
- accompagner les entrepreneurs /investisseurs dans la conception et mise en œuvre de projets dans le secteur de la santé.

La Vision est de devenir un acteur incontournable dans le secteur sanitaire en Haïti.

Les Valeurs sont l'humanisme, le professionnalisme, le leadership et l'empathie



Fig. 2 : Deuxième panel, de gauche à droite : Dr Judelyne ISNOR, Dr Allan RAPHAEL, Miss Laura DELVA, Dr François JOSEPH, Dr Luckenson ESTIMABLE

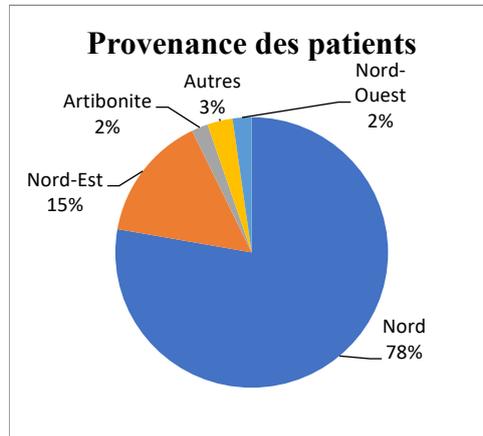
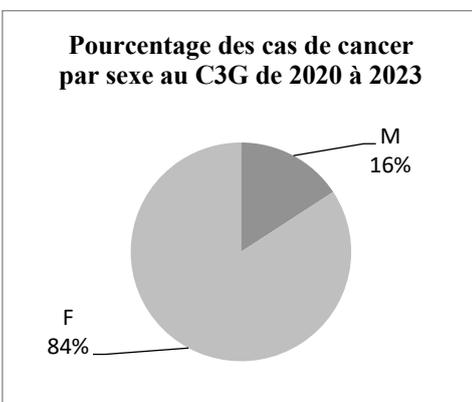
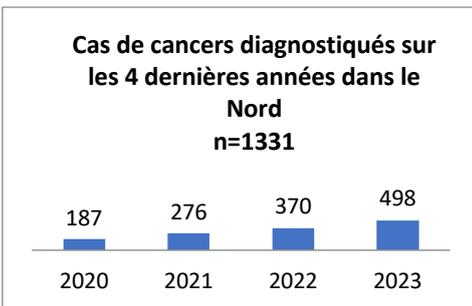


Fig. 4 : don gratuit de médicaments



De son côté, le docteur Allan RAPHAEL, chirurgien, a fait un survol de la pratique chirurgicale dans le Nord. Constat : 11 chirurgiens pour le département du Nord avec une répartition asymétrique des chirurgiens, concentrés en milieu urbain, absence de société professionnelle et savante, effondrement du pouvoir d'achat de la population, un handicap pour l'accès aux soins chirurgicaux dans le département. Huit (8) hôpitaux sont répertoriés à partir des hôpitaux communautaires de référence (HCR) jusqu'aux hôpitaux de référence nationale, un seul dans le secteur public et sept (7) étaient soit dans le secteur privé ou mixte. Les banques de sang : 2 (poste de collecte ou de transfusion). Pour sa part, l'infirmière communautaire, Mme Laura DELVA a présenté sur les défis de la santé des personnes âgées dans le Nord, l'accès aux soins et soutien communautaire dans le cadre du développement durable.

La journée a été riche en informations et en échanges. Les dernières interventions ont été faites par les radiologues : Dr François JOSEPH et Dr Luckenson ESTIMABLE sur la situation de l'imagerie médicale dans le Nord et la pédiatre ; Dr Judeline ISNOR sur les défis de la pratique de la pédiatrie dans le Nord, déplorant le fait qu'il existe un seul hôpital public avec un service de pédiatrie pour desservir tout le département et trois (3) hôpitaux privés qui sont le plus souvent saturés d'enfants malades. Faute de temps et de facteurs externes, les Dr Jory DESIR, Darryo AUGUSTIN ET Fresnel LAROSILIERE n'ont pas pu délivrer leur présentation au public.



Fig. 3 : Maire adjoint de la ville : M. Patrick ALMONOR



Fig. 4 : Dr Louima BENDSON et Dr Wisly JOSEPH



Fig. 4 : Dr Louima BENDSON et Dr Wisly JOSEPH



Fig. 5 : Vue de l'assistance



CONCLUSION

Si le département du Nord est reconnu pour ses potentiels touristiques et historiques, le forum sur la santé a levé le voile sur les opportunités qu'il présente en matière d'investissement dans le secteur de la santé. Les entrepreneurs, les investisseurs, les élus locaux ont trouvé matière pour entreprendre leur chantier. Le groupe Surgimed s'en réjouit pour avoir montré la voie, va s'impliquer davantage pour améliorer les indicateurs sanitaires du pays et reste ouvert à tout éventuel partenariat qui va en ce sens. Ensemble, pour un système de santé inclusif, accessible et efficient.

SOURCES

1. Contandriopoulos A-P. Éléments pour une topographie du concept santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 11, n° 1, 2006, pp. 86-99.
2. Nations unies, Haïti, analyse commune de pays juillet 2022
3. MSPP, Rapport des Comptes Nationaux de Santé Haïti, 2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, Août 2022
4. MSPP, Liste des institutions Sanitaires du Pays, Avril 2015
5. Centre de traitement du cancer et de chirurgie générale, Archives 2020 au 2023

Auteur correspondant :

Wisly Joseph, MD

josephwisly.wj@gmail.com



1. Plaidoyer pour l'amélioration des soins de santé maternelle à l'échelle mondiale

Marlyn Lestage-Laforest M.A., M.H.P., CNM

À l'échelle mondiale, les mères continuent de mourir pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des études montrent que dans certaines régions du monde, les femmes choisissent d'accoucher dans le confort de leur foyer, tandis que d'autres accouchent dans des établissements de santé ou des hôpitaux. Dans les établissements de santé, les accoucheuses qualifiées (ASB) aident les femmes à accoucher, tandis que les accoucheuses traditionnelles (ATB) soutiennent les femmes principalement à leur domicile. En 2015, les efforts déployés à l'échelle mondiale pour réduire la mortalité maternelle en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont montré une amélioration de la santé maternelle lors d'accouchements dans des établissements par rapport aux accouchements à domicile, en particulier en Afrique subsaharienne (Millogo et al., 2021) [14]. Cependant, les progrès en matière d'amélioration de la mortalité maternelle restent un sujet de préoccupation grave en matière de droits humains, exacerbé par l'absence de priorités gouvernementales, le manque de financement et le manque de soins de qualité (Pillay, 2013) [16].

Statistiques

En 2000, les Nations Unies (ONU) ont reconnu la santé maternelle comme l'un des droits humains fondamentaux et un sujet de grande préoccupation qui nécessitait une attention urgente (Baumont et al., 2022 [5] ; Wahane et Koranne, 2014) [19]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 44 % dans le monde au cours des 25 dernières années (1990-2015), avec une réduction annuelle de 2,4 % (Gordillo-Tobar et al., 2017) [8]. Cependant, on estime qu'environ 300 000 femmes meurent de complications liées à la grossesse, notamment d'hémorragie du post-partum, de troubles hypertensifs de la grossesse et d'infections (Ahmed et coll., 2019 ; Baba et coll., 2020 ; Hobbs et coll., 2019) [1]. Plus de la moitié de ces naissances ont eu lieu en Afrique subsaharienne (Tadesse & Makeda, 2016) [18]. Les dernières données émanant des agences des Nations Unies ont révélé que toutes les

deux minutes, une femme meurt pendant la grossesse ou l'accouchement (OMS, 2023) (voir figure 1) [22].

A woman dies every two minutes due to pregnancy or childbirth: UN agencies

New data show major setbacks for maternal health in many parts of the world, highlighting stark disparities in healthcare access

23 February 2023 | News release | Geneva/New York/Mattington (Reading time: 5 min/1358 words)

Fig. 1 : mortalité maternelle dans le monde

Un sujet de grande préoccupation

Le taux de mortalité maternelle ou TMM fait référence aux décès pour 100 000 naissances vivantes. L'OMS définit la mortalité maternelle comme le décès d'une femme enceinte plus de 42 jours mais moins d'un an après la fin de la grossesse (Hoyert, 2023 ; Wahane et Koranne, 2014) [11, 19]. Bien qu'un grand nombre de ces décès maternels surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les pays les plus riches du monde sont également confrontés à des taux de mortalité maternelle élevés (Baumont et al., 2022 ; Hosler et coll., 2018 ; Jacobs et coll., 2016) [5, 10, 12]. Par exemple, les mères noires continuent de mourir aux États-Unis alors que les disparités raciales sont amplifiées malgré les dépenses maternelles les plus élevées (Baumont et al., 2022) [5]. De plus, en 2021, le taux de mortalité maternelle pour les Noirs non hispaniques était de 69,9 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit 2,6 fois plus élevé pour les Hispaniques (28,0) et les Blanches non hispaniques (26,6) (voir fig. 2)

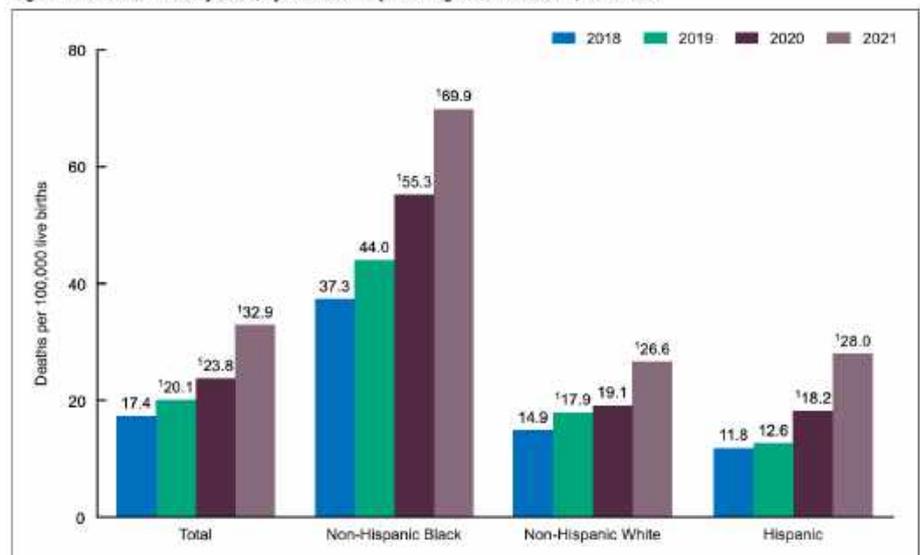
Dans les pays en développement comme l'Éthiopie, un pourcentage plus élevé de mortalité maternelle est enregistré, la plupart des décès étant dus à des complications à l'accouchement. C'est là qu'entre en jeu le rôle crucial du personnel qualifié (PQ) (*Skilled Birth Attendants = SBA*) [21]. Lorsque ce personnel est formé et équipé pour reconnaître et gérer les complications à la naissance, il peut avoir un impact significatif sur les résultats maternels. Dans les pays développés, le PQ assiste à environ 99,5 % des naissances, un contraste frappant avec les moins de 50 % dans les pays en développement comme l'Éthiopie [9]. Bien qu'il y ait eu une augmentation de l'utilisation du PQ dans les pays à faibles ressources, l'accès reste un défi mondial.

En revanche, Haïti, situé dans les Caraïbes et en Amérique latine, a le taux de mortalité maternelle le plus élevé de l'hémisphère occidental, avec 359 décès pour 100 000 naissances vivantes (Brandt et al., 2020). Jacobs et al (2016) ont rapporté que 75 % des naissances en milieu rural en Haïti sont assistées par des accoucheuses traditionnelles (ATB) par opposition aux accoucheuses qualifiées (ASB) [12]. Il convient de noter que les accoucheuses traditionnelles ont pratiqué dans des régions éloignées d'Haïti où l'accessibilité, les ressources et les infrastructures étaient limitées (Jacobs et al., 2016) [12]. Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi les taux de mortalité maternelle sont si élevés en Haïti. Cependant, MacDonald et coll (2018) ont affirmé que seulement 37 % des naissances en Haïti ont été assistées par du personnel de santé qualifié ; ils ont en outre constaté que 64 % des naissances ont eu lieu au domicile des patientes et moins de 10 % dans des établissements de santé [13].

NCHS Health E-Stats

March 2023

Figure 1. Maternal mortality rates, by race and Hispanic origin: United States, 2018–2021



*Statistically significant increase from previous year ($p < 0.05$).
NOTE: Race groups are single race.
SOURCE: National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, Mortality.

Fig. 2 : mortalité maternelle par race et origine hispanique

Arrière-plan

Le Programme pour les objectifs de développement durable (ODD) appelait à promouvoir une vie saine pour tous les âges, y compris les mères et les bébés (Mujica et al., 2023) [13]. « Le taux de mortalité maternelle est influencé par la prestation des soins de santé et les indicateurs socioéconomiques, ce qui peut entraîner des inégalités aux niveaux national et infranational » (Gordillo-Tobar et coll., 2017, p. iii) [8]. « Chaque femme a droit à des soins maternels sûrs et respectueux » (Center for Reproductive Rights 2015, p.1).

Des études montrent que les femmes en couches obtiennent de meilleurs résultats lorsque les soins sont prodigués de manière respectueuse et non discriminatoire. De même, les femmes qui ont accès aux soins prénatals dispensés par le PQ, tels que les sage-femmes, les infirmières et les médecins, sont moins susceptibles de mourir en couches. Néanmoins, l'accès aux soins est insuffisant pour améliorer la santé maternelle, car il ne garantit pas l'utilisation des services ni n'augmente la satisfaction des patientes (Austin et al., 2014) [2]. Des facteurs tels que la qualité des soins et les inégalités en matière de santé restent préoccupants. Selon Austin et al. (2014), l'Institute of Medicine (IOM) décrit trois composantes des soins de qualité : clinique (sécuritaire et pratique), interpersonnelle (centrée sur le patient) et contextuelle (opportune, efficace et équitable). Bien que ces éléments de la qualité des soins puissent varier d'un pays à l'autre, la normalisation est essentielle pour améliorer la santé maternelle et néonatale [2].

De même, les inégalités en matière de santé continuent d'exacerber la santé de la population à l'échelle mondiale. Aux États-Unis, par exemple, la mauvaise répartition des ressources entre les différentes populations en fonction de la race, de la classe et du genre aggrave la santé des minorités, en particulier la santé maternelle noire (Crear-Perry et al., 2021) [4]. Selon ces auteurs, le contexte dans lequel les gens vivent est à l'origine d'une mauvaise santé, car les priorités gouvernementales, les politiques et les normes sociétales et culturelles façonnent la santé individuelle et les possibilités de progrès. Par conséquent, ces obstacles aggravent l'accès aux soins pour les femmes en bonne santé, entraînant des retards qui pourraient avoir un impact négatif sur la grossesse.

Le personnel qualifié est essentiel à la gestion des complications de la grossesse et de l'accouchement. Selon l'OMS, le PQ comprend des médecins, des sage-femmes ou des infirmières qui sont formés et éduqués et qui peuvent fournir des soins de santé maternelle et néonatale ininterrompus et de qualité. (Floyd & Brunk, 2016) [7]. Les ASB sont capables de

gérer le travail et l'accouchement normaux, la période post-partum immédiate, de reconnaître les complications et d'orienter les patients au besoin (Damian et coll., 2020 ; OMS, 2018) [6]. Cela souligne comment la compétence, les aptitudes et l'expérience des ASB peuvent réduire les résultats néfastes pour la santé maternelle [3].

D'autre part, une accoucheuse traditionnelle (ATB) est « une personne qui assiste la mère pendant l'accouchement et qui a initialement acquis ses compétences en accouchant elle-même ou par apprentissage ou qui a appris la pratique de l'accouchement par le biais d'une formation tout en accompagnant des membres de la famille, des voisins ou des amis pendant l'accouchement » (Priest et al., 2018, p. s68) [17]. Partout dans le monde, elles accouchent des femmes à leur domicile et dans des régions reculées où les transports, les routes et l'électricité font défaut. Cela les désavantage lors de l'activation des systèmes d'urgence en cas de besoin. Par exemple, 88 % des décès maternels sont dus à une hémorragie du post-partum, qui peut augmenter le risque de décès maternel si elle n'est pas prise en charge rapidement (Wake & Wogie, 2020) [20].

Investir dans les collectivités du monde entier

Le fait d'être éloignées des établissements de soins aigus peut faciliter l'accès des femmes en âge de procréer à des soins communautaires complets (Crear-Perry et coll., 2021) [4]. De plus, la proximité des centres de maternité et de santé, des sages-femmes et des cliniques d'infirmières praticiennes peut raccourcir les délais d'obtention ponctuelle des soins. Outre le manque d'accès aux soins et la faible couverture des prestataires de soins primaires, le manque de connaissances et de compétences est également associé de manière significative à des résultats maternels défavorables (Crear-Perry et al., 2021 ; Wake et Wogie, 2020) [4, 20].

Conclusion

Les gouvernements du monde entier sont en mesure de garantir le meilleur état de santé possible pour toutes les personnes, y compris les mères et les bébés (Yamin, 2023) [23]. L'amélioration de la qualité des soins nécessite une approche multidisciplinaire pour s'attaquer aux causes disproportionnées de la mortalité maternelle et atteindre l'objectif commun d'une mère et d'un bébé en bonne santé dans le monde entier. Par conséquent, atteindre les objectifs de développement durable (ODD) de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 n'est pas un objectif exagéré. La vie des mères est précieuse. Par conséquent, l'amélioration des soins de maternité à l'échelle mondiale pourrait réduire le fardeau économique des complications de la grossesse et des décès maternels.

Références

1. Ag Ahmed, M. A., Hamelin-Brabant, L., et Gagnon, M.-P. (2019). *Les perceptions des nomades de la qualité, de l'accessibilité et de l'abordabilité des services de santé en tant que déterminants du recours à des accoucheuses qualifiées à Gossi, au Mali*. *sage-femme, 79 ans, 102556-102556*. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102556>
2. Austin, A., Langer, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K. et Bhutta, Z. A. (2014). *Approches pour améliorer la qualité des soins de santé maternelle et néonatale : un aperçu des données probantes*. *Santé reproductive, 11 Suppl 2(S2), S1–S1*. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S1>
3. Baba, A., Martineau, T., Theobald, S., Sabuni, P. et Raven, J. (2020). *Utilisation des données pour étayer les décisions fondées sur des données probantes concernant les accoucheuses qualifiées dans les contextes fragiles : une analyse de la situation en République démocratique du Congo*. *Ressources humaines pour la santé, 18(1), 82-82*. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00511-w>
4. Brandt, A. J., Pedroza, J., Cassiani, S. H. de B., Brown, S., & da Silva, F. A. M. (2020). *Maternal health training priorities for nursing and allied professions in Haiti*. *Revista Panamericana de Salud Pública, 44(67), e67–e67*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.67>
5. Baumont, M. S., Dekker, C. S., Rabinovitch Blecker, N., Turlington Burns, C. et Strauss, N. E. (2023). *Chaque mère compte : à l'écoute des mères pour transformer les soins de maternité*. *Journal américain d'obstétrique et de gynécologie, 228(5), S954-S964*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.306>
6. Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Johnson, T. L., McLemore, M. R., Neilson, E. et Wallace, M. (2021). *Déterminants sociaux et structurels des inégalités en matière de santé maternelle*. *Journal de la santé des femmes, 30(2), 230-235*.
7. Damian, D. J., Tibelerwa, J. Y., John, B., Philémon, R., Mahande, M. J. et Msuya, S. E. (2020). *Facteurs influençant l'utilisation d'accoucheuses qualifiées pendant l'accouchement dans les hauts plateaux du sud de la Tanzanie : une analyse à plusieurs niveaux*. *BMC grossesse et accouchement, 20(1), 420-420*. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03110-8>
8. Floyd, B. O. et Brunk, N. (2016). *Utiliser le transfert des tâches pour accroître l'accès aux interventions de santé maternelle et infantile : une étude de cas de sages-femmes pour Haïti*. *Journal des sages-femmes et de la santé des femmes, 61(1), 103-111*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12396>
9. Gordillo-Tobar, A., Quinlan-Davidson, M. et Mills, S. L. (2017). *Santé maternelle et infantile : la réponse du Groupe de la Banque mondiale à l'Objectif de développement durable 3 – Cibles 3.1 et 3.2*. *Banque mondiale*, http://documents.worldbank.org/curated/en/9964615112552_44233.
10. Hobbs, A. J., Moller, A.-B., Kachikis, A., Carvajal-Aguirre, L., Say, L. et Chou, D. (2019). *Examen de la portée pour identifier et cartographier le personnel de santé considéré comme des accoucheuses qualifiées dans les pays à revenu faible et intermédiaire de 2000 à 2015*. *PLoS One, 14(2), e0211576–e0211576*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211576>

16. Hosler, J. J. F., Abrams, J. A. et Godsay, S. (2018). Combiner le transfert des tâches et les soins communautaires pour améliorer la santé maternelle : approches pratiques et perceptions des patientes. *Sciences sociales et médecine (1982)*, 216, 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.018>
17. Hoyert, D. L. et Miniño, A. M. (2020). Mortalité maternelle aux États-Unis : changements dans le codage, la publication et la publication des données, 2018. *Rapports nationaux sur les statistiques de l'état civil*, 69(2), 1-18.
18. Jacobs, L. D., Judd, T. M. et Bhutta, Z. A. (2016). S'attaquer à la crise de la mortalité infantile et maternelle en Haïti par le biais d'un hôpital central de référence fournissant des soins à l'échelle nationale. *Revue permanente*, 20(2), 59-70. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-116>
19. MacDonald, T., Jackson, S., Charles, M.-C., Periel, M., Jean-Baptiste, M.-V., Salomon, A., & Premilus, É. (2018). Le quatrième retard et les solutions communautaires pour réduire la mortalité maternelle en Haïti rural : une étude-action communautaire. *BMC Grossesse et accouchement*, 18(1), N.PAG-N. PAG. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1881-3>
11. Millogo, Tieba et al. « Efficacité de la liste de contrôle de l'Organisation mondiale de la santé pour un accouchement sans risque (OMS-SCC) dans la prévention des mauvais résultats de l'accouchement : un protocole d'étude pour un essai contrôlé randomisé en grappes appariées. » *BMC Public Health*, vol. 21, n° 1, 2021, p. 1-1652, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11673-0>.
12. Mujica, Oscar J., et al. « Tendances récentes des inégalités en matière de santé maternelle et infantile en Amérique latine et dans les Caraïbes : analyse d'enquêtes nationales répétées. » *Revue internationale pour l'équité en santé*, vol. 22, n° 1, 2023, p. 125-125, <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01932-4>.
13. Pillay, N. (2013). La mortalité et la morbidité maternelles : un impératif en matière de droits de l'homme. *The Lancet (édition britannique)*, 381(9873), 1159-1160. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60135-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60135-X)
14. Priest, M. C., Speckman, K. S. W., McCarthy, S., Romocki, L. S. et Walmer, D. K. (2018, hiver 2018). L'éducation traditionnelle des accoucheuses dans les zones rurales d'Haïti. *Revue mondiale de l'éducation et de la promotion de la santé*, 18(1), s66-s85. <https://login.proxy.libraries.rutgers.edu/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=136795911&site=ehost-live>
15. Tadesse, T. et Makeda, S. (2016). Connaissance des signes de danger obstétricale et des pratiques de préparation à l'accouchement chez les femmes enceintes dans les communautés rurales de l'est de l'Éthiopie. *Revue internationale des soins infirmiers et obstétricaux*, 8(1), 1-11.
20. Wahane, A. R. et Koranne, P. S. (2014). Analyse des décès maternels dans un centre de soins tertiaires. *Journal de l'évolution des sciences médicales et dentaires*, 3(31), 8646-8653.
21. Wake, Getu Engida et Girma Wogie. « Évaluation des connaissances, de la pratique et des facteurs associés des sages-femmes pour la gestion active de la troisième étape du travail dans les institutions de santé gouvernementales de la région du Tigré, nord de l'Éthiopie, 2018. » *BioMed Research International*, vol. 2020, 2020, p. 8547040-10, <https://doi.org/10.1155/2020/8547040>.
22. Organisation mondiale de la santé. (2018). Définition du personnel de santé qualifié fournissant des soins pendant l'accouchement : la déclaration conjointe de 2018 de l'OMS, de l'UNFPA, de l'UNICEF, de l'IGM, du CIN, de la FIGO et de l'IPA (No. WHO/RHR/18.14). Organisation mondiale de la santé.
23. Organisation mondiale de la santé. (2023). Une femme meurt toutes les deux minutes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement : agences de l'ONU. *Organisation mondiale de la santé*, 23.
24. Yamin, A. E. (2023). Cinq leçons pour faire progresser les droits à la santé maternelle à l'ère de la mondialisation néolibérale et de la réaction conservatrice. *Santé et droits de l'homme*, 25(1), 185.

LABORATOIRES 4C

SITUATION ACTUELLE

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



CIPROX
500
Ciprofloxacin 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 musculo-squelettiques
2x10 Comprimés
LABORATOIRES 4C
P-au-P, HAÏTI



LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI

1. Dr. Simphar Bontemps, une inspiration, un modèle.

HOMMAGE À UN PILIER DU MONDE MÉDICAL HAÏTIEN

Rémy OBAS, MD.

AMHE



Dr Simphar Bontemps

« La médecine est une science d'observation, de patience, d'empathie et de persévérance. Ceux qui la pratiquent avec passion et compétence peuvent donner un véritable sens à leur vie en améliorant celle des autres. »

Sir William Osler

Dernier survivant des médecins de sa promotion, le Dr Simphar Bontemps, maintenant âgé de 95 ans, a à son actif une longue carrière marquée de nombreuses et prestigieuses réalisations. Maître incontesté de la chirurgie, il a assuré avec un remarquable dévouement la formation de plusieurs générations de chirurgiens. De plus, premier doyen de l'université Notre Dame d'Haïti (UNDH) et administrateur de l'hôpital St François de Sales, il aura marqué ces institutions par ses innovantes contributions. Il faut également souligner son louable engagement en tant que ministre de la santé publique, après la chute de Duvalier, à établir de nouveaux paramètres de probité et de responsabilité citoyenne. Aujourd'hui l'Association Médicale Haïtienne à l'Étranger (AMHE) a le rare privilège de rendre un hommage appuyé à cette sommité du monde médical haïtien.

Le Docteur Simphar Bontemps, digne fils de la Grand'Anse, est né à Jérémie le 13 mai 1928, des œuvres de Joseph Bontemps et de Lucélia Lombard. Dans le cadre enchanteur et verdoyant de la cité des poètes, il est inscrit à l'école primaire Frère Paulin où il obtient son certificat de Brevet simple.

Il entre ensuite au Lycée Nord Alexis de sa ville natale en classe de cinquième et poursuit ses études secon-

naires jusqu'à la classe de Rhétorique. C'est au célèbre Lycée Alexandre Pétiou, berceau et pépinière de tant de sommités intellectuelles et politiques qu'il acheva ses études en classe de philo en 1947 et où il eut l'opportunité de lier des amitiés solides, particulièrement avec celui qui devint Monseigneur François Gayot.

Une brillante et prestigieuse carrière

En octobre 1947, il se présenta au concours d'admission tant redouté et alors si compétitif de la faculté de Médecine et fut reçu comme second lauréat. Après six années d'études médicales brillantes, où il se classa toujours premier lauréat aux examens, il obtint son diplôme de docteur en Médecine en juillet 1953.

Ce fut, le début d'une carrière prestigieuse et brillante. Sélectionné par le Dr Anthoni Lévêque pour une résidence de trois années en chirurgie générale, il révéla la mesure de ses talents pendant ces années d'études rigoureuses et de dévotion absolue à la science et à la technique chirurgicale sous la direction du patriarche de la chirurgie haïtienne, l'incomparable Dr. Lévêque si exigeant, tant avec lui-même qu'avec ses collègues et ses étudiants.

Avec son chef de service, il a appris à soigner mais aussi à comprendre ses patients et à développer ce haut degré d'humanisme indispensable à tout vrai disciple d'Hippocrate.

À la fin de sa formation, il ne put bénéficier d'une bourse de la Fondation Kellogg, pour North Western University, par manque de collaboration du ministère de la Santé Publique (MSPP). Cependant, il opta pour une bourse d'études du gouvernement fédéral d'Allemagne qui le conduisit à la clinique du Professeur Herman Krauss à Fribourg /Brisgau et où il s'intéressa surtout à la chirurgie du foie, des voies biliaires et du pancréas.

Cette bourse lui fut accordée sur la recommandation du doyen Raoul Pierre-Louis de la faculté de Médecine et de Pharmacie, où il enseignait d'abord l'embryologie puis la chirurgie.

Il convola en justes noces avec sa fiancée Gisèle Lundi et se rendit à Miragoâne où il alla travailler au dispensaire hôpital de la Reynolds Aluminium Mines Inc, perché sur les hauteurs pittoresques de Paillant, avec son ami Dr Fritz Yaeger. Ce fut là une expérience extraordinaire de pratique chirurgicale, d'une intensité et d'une diversité enrichissantes. Avec deux jours réguliers de chirurgie par semaine, une clinique bien fournie et bien entretenue et grâce à la présence d'une compétente anesthésiologiste, Mme Yvonne Yaeger, il put s'évertuer à maîtriser toute une gamme d'interven-

tions : cure de hernie, hystérectomie, section césarienne, appendicectomie, cholécystectomie et est devenu ce véritable virtuose que nous avons tant admiré au cours de notre entraînement.



Service de chirurgie générale de l'Hôpital général

Un dévouement sans faille à l'art de la médecine et à la formation de générations de chirurgiens

En novembre de l'année suivante, il prit la décision de regagner Port-au-Prince où l'attendait le Dr Lévêque et dont il devint le bras droit et l'assistant au service de chirurgie de L'Hôpital Général. Il eut alors l'opportunité de contribuer de façon remarquable à la formation de jeunes résidents de haut calibre, nous citons sans exhaustivité : Hervé Blanchard, Steve Richard, Edna Leon, Yves Jérôme, Rémy Obas, Yves Manigat, Yves Delbeau, Gérald Reid et beaucoup d'autres qui ont poursuivi une carrière chirurgicale honorable à l'étranger.

Dr Bontemps incarne la quintessence de la sagesse et de l'expérience dans le domaine de la chirurgie. Sa longue carrière a été marquée par un dévouement sans faille à l'art de la médecine et à l'éducation de générations de chirurgiens.

Ce maître incontesté de la chirurgie a su transmettre son savoir avec une énergie et une vitalité qui forcent l'admiration. Sa passion pour son métier et son engagement envers ses résidents ont été une source d'inspiration pour tous ceux qui ont eu la chance de croiser son chemin. Malgré son âge avancé, sa vivacité d'esprit et sa curiosité intellectuelle demeurent intactes, témoignant de sa prodigieuse force intérieure. En tant qu'initiateur dans l'art délicat de la chirurgie, il a su inculquer à ses résidents, l'humilité, la modestie et la curiosité scientifique.

Je me souviens qu'après six mois de résidence, un collègue et moi, un peu trop assurés de notre compétence et prenant avantage du retard d'un chirurgien de service et prétextant de l'urgence de la situation, avons pris l'initiative, avec un peu trop d'empressement, d'intervenir dans un cas d'appendicite aiguë.

Le lendemain au cours de la grande tournée, nous étions trop fiers de présenter le cas comme un succès personnel. Le Dr Bontemps et le Dr Lévêque nous con-

voquèrent illico pour nous gronder et nous réprimander sévèrement, nous faisant savoir que, contrairement aux générations antérieures de chirurgiens qui devaient faire preuve d'imagination et d'improvisation, nous avions la chance d'avoir pour guides et tuteurs des chirurgiens chevronnés, compétents et dévoués, entièrement à notre disposition pour nous éviter les écueils, les erreurs et les échecs qui ne manqueraient pas de nous attendre sur la route de la vraie compétence chirurgicale.

Cette leçon d'humilité m'a été extrêmement utile lorsque j'ai dû recommencer à zéro mon entraînement en terre étrangère.

Une vision humaniste et de solides valeurs éthiques

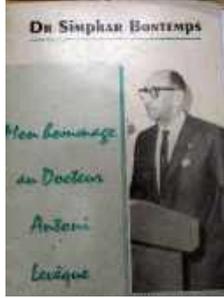
Bien plus que ses compétences techniques, la vision humanitariste du Dr Bontemps dans sa pratique médicale et son sens de l'éthique ont profondément marqué tous ceux qu'il a formés. Sa bienveillance et sa patience infinie ont permis à de nombreux jeunes chirurgiens de s'épanouir et de réaliser leur plein potentiel.

Au-delà de ses réalisations académiques et médicales, le Dr Simphar Bontemps incarne les valeurs intemporelles de dévouement, d'intégrité et de compassion. Sa carrière illustre l'impact durable que peut avoir un enseignant dévoué sur ses étudiants et sur la communauté médicale dans son ensemble.

En cette occasion spéciale, il nous incombe de rendre un hommage appuyé à cet homme d'exception, dont l'héritage perdurera bien au-delà de sa propre carrière. Sa passion pour la chirurgie et son dévouement envers ses étudiants resteront gravés dans les mémoires comme un exemple éclatant de ce que signifie véritablement la profession d'éducateur et de praticien de la médecine.

Avide de savoir, il s'intéressait aux nouvelles techniques et interventions chirurgicales, et, faute de laboratoire adéquat, s'évertuait parfois en week-end, avec les Drs Lévêque et Antony Camille à la morgue à améliorer son expertise chirurgicale et maîtriser les nouvelles techniques publiées dans la revue *Surgical Clinics of North America*.

Je me souviens que, lors de mon premier retour en Haïti après 16 ans d'absence, je reçus une invitation du Dr Bontemps qui voulut se renseigner sur mon expérience aux États-Unis, sur les nouveautés de la pratique chirurgicale aux États-Unis, sur la validité réelle de la sonographie, du CT scan etc. Je me rendis compte alors qu'il était aussi bien, sinon mieux informé que moi et que seule son inquiétude scientifique et l'affection presque paternelle qu'il me portait justifiaient cette invitation.



Éméritat de Dr Anthony Lévêque rédigé par le Dr Simphar Bontemps

Une contribution indiscutable à l'amélioration de l'éducation médicale et des soins de santé en Haïti

Il nous faut aussi rendre hommage au Dr Bontemps, qui fut le premier doyen de l'université Notre Dame d'Haïti (UNDH) et administrateur de l'hôpital St François de Sales, pour ses réalisations et son impact positif sur ces institutions. Désigné par le Dr Constant Pierre-Louis comme administrateur responsable de cette institution, où il a eu l'opportunité de jouir de la collaboration de nombre de médecins, infirmiers et technologues médicaux, il s'est évertué à faire de cet hôpital une vraie référence médicale qui devait éventuellement et le cas échéant se transformer en un hôpital universitaire.

Il a dû pour cela se battre d'estoc et de taille pour arriver à vaincre les tenants de l'immobilisme traditionnel et les éternels fossoyeurs du modernisme.

Dr Bontemps a été, à la requête de Monseigneur Ligondé, cofondateur de l'Université Notre dame d'Haïti (UNDH) et le premier doyen de la Faculté de médecine de L'Université Notre-Dame. Il a coopéré à l'implantation du curriculum de cette institution, assurant ainsi sa pérennité dans un environnement allergique aux innovations. Il a ainsi contribué d'une façon remarquable et indiscutable à l'amélioration de l'éducation médicale et des soins de santé en Haïti.

Il demeure évident que sa détermination à surmonter les obstacles et à relever les défis pour améliorer et moderniser le curriculum, ainsi que pour créer un environnement propice à la résidence hospitalière est véritablement admirable. Son engagement envers l'innovation et le progrès est une source d'inspiration pour de nombreuses personnes.



Même après la retraite, le Dr Simphar continue d'avoir un impact.

À l'âge vénérable de 95 ans, dernier survivant des médecins de sa promotion, veuf d'une épouse admirable, père de cinq enfants dont deux filles, Danielle et Dominique et trois garçons, Édouard, Georges et Jean Jacques, il soupire encore après son retour sous le chaud et doux soleil de sa chère Haïti.

Il s'avère également inspirant et admirable de constater qu'il continue d'avoir un impact même à la retraite. Son influence sur de nombreux étudiants qui brillent actuellement à l'étranger témoigne de son engagement envers l'excellence et sa capacité à motiver les autres.

Il nous échet aujourd'hui le rare privilège de reconnaître et de célébrer les contributions exceptionnelles de personnes comme le doyen Bontemps, car elles jouent un rôle crucial dans la formation des futurs leaders et dans l'amélioration des systèmes éducatifs et de santé.

Dr Bontemps a joué un rôle important en tant que ministre de la santé publique après la chute de Duvalier. Son engagement à établir de nouveaux paramètres de probité et de responsabilité citoyenne est louable, surtout dans un contexte de transition politique et sociale.

Un engagement admirable envers l'amélioration de la gouvernance et des services publics

La sagesse dont il a fait preuve ainsi que son effort pour introduire des normes éthiques et de responsabilité au sein de l'administration témoignent de son engagement envers l'amélioration de la gouvernance et des services publics.

Il est indispensable et vital pour une société en transition de pouvoir compter sur des leaders comme le Dr Bontemps, qui cherchent à instaurer des valeurs de transparence et d'intégrité au sein du gouvernement et des institutions publiques.

Gustave Flaubert disait que « la médecine était le dernier bastion de l'individualisme mourant ». Cet individualisme semble aussi constituer le dernier rempart de l'humanisme et de l'empathie professionnelle tels que énoncés dans le serment d'Hippocrate.

Malheureusement, aujourd'hui, nous assistons à l'essor d'une médecine corporatiste, robotisée, axée sur la rentabilité plutôt que sur le bien-être des patients. Cette approche déshumanisée de la médecine est dissociée de sa philosophie originelle, dépourvue de compassion et d'allocentrisme. Les médecins sont maintenant devenus des *providers*, pourvoyeurs de soins de santé.

Dans un tel contexte, il est crucial de reconnaître les mérites de ces personnalités qui ont contribué à l'élaboration d'un système plus juste et éthique et souhaiter que leur travail et leurs efforts puissent durablement influencer la société.

Tel un oiseau étincelant des mers Ioniennes, le Dr Simphar Bontemps a exploré tous les sommets et cimes de sa profession, planant maintenant majestueusement dans nos souvenirs. Il espère toujours retourner au vallon de son enfance pour jouir et savourer le calme du « Lethe ».

Car, comme le dirait le professeur Manigat, il a toujours aimé son pays d'un « furieux amour ».

L'A.M.H.E. s'honore aujourd'hui, en présentant à l'appréciation générale un exemple, un modèle qui a bien mérité de la patrie.



Dr. Simphar Bontemps accompagnant le Dr. Anthoni Lévêque au symposium sur l'œsophage organisé par le Dr Boris Chandler au service de chirurgie de l'HUEH.

INTERVIEW DU Dr SIMPHAR BONTEMPS PAR INFOCHIR/RHCA

« *L'exercice de la profession médicale relève avant tout d'un sacerdoce* ». Dr Simphar Bontemps

INFOCHIR/RHCA a recueilli les propos du Dr Simphar Bontemps, cet éminent chirurgien, qui s'est prêté avec grâce à ce retour sur son brillant parcours.

INFOCHIR/RHCA : **Quelle a été votre plus grande joie, satisfaction dans votre vie professionnelle ?**

Dr. Simphar Bontemps : « *Ma plus grande joie dans l'exercice de la profession médicale, je l'ai connu à l'époque à laquelle je collaborais avec le Dr Anthoni Lévêque, le père de la chirurgie haïtienne contemporaine. Ce titre lui a été décerné à Philadelphie, à l'initiative de feu le Dr Yves Jérôme, son ancien résident. Donc cette grande joie, je l'ai connue c'était dans les années 1969-1970. Je rentrais un soir d'un voyage des États-Unis d'Amérique. À peine arrivé à la maison, je reçois du Dr Gérard D. Pierre et du Dr Décatrel Mirville, un appel téléphonique me demandant de rentrer tout de suite en contact avec eux à l'Hôpital Général de Port-au-Prince pour voir un malade, un malade opéré il y avait de cela 3 ou 4 jours par le Dr Décatrel Mirville, pour*

un problème de la prostate. Le malade, dans son post opératoire immédiat, avait présenté une hémorragie digestive intense qui avait nécessité des transfusions massives. Le bonhomme aurait reçu une vingtaine, je dis bien une vingtaine de sachets de sang, sans résultats. J'accourus donc à l'Hôpital Général pour voir un malade très fatigué, passant du sang par le tube de Levine. J'évalue le cas et j'ai décidé qu'il fallait faire quelque chose. Personne ne voulait prendre le risque, mais, somme toute, il fallait offrir une chance à ce bonhomme. Cette chance c'était de pratiquer une opération permettant l'arrêt de cette hémorragie. À cette époque, avec le Dr Lévêque, sous sa conduite, nous mettions en pratique une technique, c'était le Dragsted, qui consistait à pratiquer au début une vagotomie tronculaire remplacée par la suite par une vagotomie sélective associée à une opération de dérivation du flux digestif, permettant l'évacuation rapide de l'estomac. Après une évaluation du Dr Gérard D. Pierre du malade, on décida d'intervenir et nous réalismes effectivement cette vagotomie tronculaire plus une pyloroplastie. Nous constatons, immédiatement après, un arrêt total de l'hémorragie. Le malade récupéra très vite et laissa l'hôpital. Ça a été l'une de mes plus grandes joies, ma plus grande joie et j'ai reçu la reconnaissance de ce patient qui devint pour moi un ami, un ami dont j'ai gardé le souvenir pendant longtemps. Voilà donc un souvenir impérissable pour moi. »

INFOCHIR/RHCA : **Quelle a été la plus grande réalisation dans votre carrière ?**

Dr. S. B. : « *C'est sans conteste ce que nous avons pu faire quand nous avons pris la direction de l'hôpital St François de Sales avec la collaboration de certains confrères. Il m'est difficile de citer de façon exhaustive le nom de tous ces collaborateurs. Je mentionnerai en passant les noms suivants : Dr Raymond Bernardin, Dr Debussy Damier, Dr Jean Molière, Dr Pierre Eugène Roy, Dr Frédéric Madsen, Dr Edouard Bontemps, Dr Raoul Brisson, Dre Denise Fabien Jean-Louis, Dr Maxime Séjour, Dr Joseph Jean-Baptiste, Mme Ronald Georges, Dr Arnoux, Dr Fritz Guillaume, Dr Fritz Audouin, etc, etc. Je cite donc notre entrée en fonction à l'hôpital St François de Sales parce que nous avons réellement transformé la vie médicale à l'hôpital St François de Sales qui était en phase de devenir un hôpital universitaire si bien qu'un service d'anesthésiologie était sur le point d'y être installé de façon officielle et l'un des anesthésiologistes les plus réputés de la place maintenant à Port-au-Prince était le premier candidat, le premier élément qui était entré à cette école d'anesthésiologie. Nous avons travaillé pendant vingt ans à l'hôpital St François de Sales et nous l'avons laissé... réellement désolé de voir que l'œuvre n'a pas continué.* »

INFOCHIR/RHCA : **Quelle a été votre plus grande déception ou votre plus grand échec qui vous a marqué et qui vous a changé ?**

Dr S. B. : « *Dans la vie, j'ai toujours considéré un échec plutôt comme une leçon dont on devrait essayer de tirer profit. Intrinsicquement, un échec pour moi ne change pas la vie de quelqu'un. Le seul échec que j'aurais pu connaître me porte plutôt à changer de comportement. Voilà pourquoi je ne suis jamais amer après un échec. Je peux tout au plus être déçu. Donc ma vie n'a pas changé.* »

INFOCHIR/RHCA : **Quelle a été la plus grande leçon que votre profession vous a apprise ?**

Dr S. B. : « *La plus grande leçon apprise est l'humilité et aussi le pardon.* »

INFOCHIR/RHCA : **Quelle plus grande, plus importante recommandation feriez-vous à la communauté médicale ?**

Dr S. B. : « *Je dirais à mes confrères de ne jamais oublier l'enseignement des anciens tel que clairement exposé dans le magistral ouvrage du Professeur Marcel Sandrail, ouvrage intitulé « Sages et mages » à savoir que l'exercice de la profession médicale relève avant tout d'un sacerdoce, un sacerdoce grâce auquel on arrive à obtenir sa liberté.* »

INFOCHIR/RHCA : Merci beaucoup.

2. Dr. Mac Lee JEAN-LOUIS : de la vocation à l'engagement de toute une vie

« *Je veux que mon œuvre aille au-delà de ma vie. Si j'ai formé 4, 5 ou 10 médecins, alors j'ai fait ma part !* »

Eske w Te Konnen : De la vocation à l'engagement de toute une vie

Extrait : ZL Département de Communication < commszl@pih.org >

Fri 6/28/2024 8:00 AM





"Je veux que mon œuvre aille au-delà de ma vie. Si j'ai formé 4, 5 ou 10 jeunes médecins, alors j'ai fait ma part."

Dr Mac Lee Jean-Louis

Chaque mois, nous mettons en lumière un membre de notre équipe qui incarne les valeurs fondamentales de

Zanmi Lasante (ZL). Ce mois-ci, nous avons l'honneur de présenter le Dr Mac Lee Jean-Louis, un pilier de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais depuis plus d'une décennie.

Un rêve d'enfance devenu réalité

Depuis son plus jeune âge, le Dr Mac Lee Jean-Louis

savait qu'il voulait être chirurgien. Inspiré par son oncle, lui-même chirurgien, il a poursuivi ses études de médecine en Haïti et a terminé son internat en 1979. Son parcours l'a ensuite conduit à New York, où il a acquis une expérience supplémentaire à l'Hôpital de Harlem. En réfléchissant à son parcours, il partage: « Je n'ai jamais eu d'autre désir. Grandir avec un oncle chirurgien qui m'a mentoré et tout appris a façonné ma carrière. »

Un appel à servir

En septembre 2013, le Dr Jean-Louis a été personnellement recruté par le Dr Paul Farmer, co-fondateur de Partners In Health (PIH), pour rejoindre Zanmi Lasante. « Après le tremblement de terre, je savais que mon pays avait besoin de moi », se rappelle-t-il. Depuis lors, il est directeur de chirurgie à HUM, réalisant son rêve de faire une différence dans sa communauté

3. Mélanine

Jean-Baptiste Luc CHARLOT, MD, FACOG
 Directeur, Obstetrics & Gynecology
 Center for Haitian Studies
 Adjunct OB/GYN Assistant Professor, Miami
 Muller University School of Medicine, ret.



La vie dans le cosmos est la plus belle ruse de la lumière (David Elbaz)

Le noir est le plus beau visage de la lumière excepté que nous ne le voyons pas (Nicolas Tesla).

« Un savoir qui n'avance pas est un savoir qui recule », dit un vieil adage ...

On n'est plus au temps où l'ignorance usurpe le piédestal et peut y trôner de génération en génération parce que payante. Par l'intimidation, les menaces et la cruauté, elle pouvait se moquer de la vérité, désinformer, ostraciser, torturer, brûler vif, déposséder et exiler.

Cet abus n'est plus, les temps sont révolus grâce à la révolution, d'abord du transistor et, aujourd'hui, de l'internet. Il y a aussi quelque chose de nouveau : les gens, pour la plupart des sommités, veulent partager et ils le font avec une rare générosité et compétence. Certains disent déjà qu'aujourd'hui, l'ignorance est presque un choix. On apprend ou tire au clair sur place, en quelques mois, ce qui, naguère, nécessitait de longues correspondances, enrôlement dans des universités trop sélectifs parfois, déplacements, long séjour à l'hôtel, loin de chez soi, pour assister à des conventions interrompues par des "recess/ break" pas toujours opportuns parce que non sollicités par soi-même.

Il y a aussi le luxe de pouvoir vérifier les informations, assister à des débats, sauter d'un site web à l'autre et obtenir les points-de-vue contraires en un temps record. Les privilèges ne sont plus restreints comme ils l'étaient dans le passé. Et quand on a tout cela sous la lanterne d'expérience personnelle, pour avoir étudié, pratiqué, enseigné, "creusé, fouillé, bêché", comme dirait l'auteur de la fable "Le Laboureur et Ses Enfants, pour quelque demi-siècle, on peut sur invitation, à côté des grandes idées débattues par les autres, venir placer quelques mots. C'est ce que je viens faire en écrivant sur la mélanine.

J'avance sur la pointe des pieds, tenant compte que parler de la mélanine peut agacer. Je risque de déranger ceux qui voient dans toute démarche pour établir la vérité sur cette biomolécule comme ouvrir une boîte de Pandore, un risque certain de réveiller nos vieux démons. D'aucuns disent : il faut se taire car

tout le monde connaît la vérité ; la question de couleur ne compte plus aujourd'hui, c'est peut-être un faux problème qu'il vaut mieux cacher sous le tapis. Un peu comme fut la conversation entre un certain premier ministre et le professeur Shlomo Sand de l'Université de Tel Aviv : Ce que vous dites est vrai, mais compte tenu des problèmes que nous avons aujourd'hui, pourquoi le dire maintenant ?

Pourtant, un devoir de correction de la littérature, de l'histoire et des narratifs religieux s'impose que seule la science humble et impartiale et une résolution d'articuler la vérité de façon constructive peuvent offrir à la conscience collective, au subconscient individuel une réhabilitation aujourd'hui plus qu'indispensable.

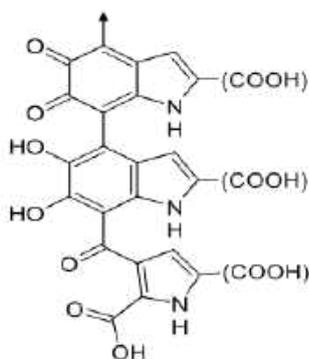
Des nostalgiques regrettent les quelques changements arrachés de haute lutte par les progrès scientifiques et socio-politiques et appellent de tout leur vœu au retour au statu quo ante. Certains gouverneurs et autres personnages politiques empêchent l'enseignement de la vérité dans les écoles. Des intellectuels de renom proposent même un retour en force à l'orthodoxie rigide et injuste du passé, pendant que les tensions entre gens à peau claire et les mélanodermes, l'entêtement autodestructive, génocidaire de la suprématie blanche, sournoise ou déclarée, l'auto-promotion à l'exceptionnalisme des uns, le grignotant complexe d'infériorité chez les autres, continuent, à travers la mémoire cellulaire, de compliquer les relations et comportements et font entrevoir un monde sans lendemain.

Il y a aussi le problème de la logique des simples. On se rappellera l'ivrogne de Cuvillier en classe de Philosophie.

Quelqu'un, croyant le convaincre que l'alcool tue, jeta dans son verre un ver vivant qui meurt presque instantanément. Que conclut le fervent de la liqueur forte ? *Vous m'avez tout simplement démontré, que si je bois de l'alcool, je n'aurai pas de vers.*

Ainsi, pendant longtemps, certains, témoins que la matière organique, brûlée avec peu d'oxygène, se carbonise, que l'incendie des forêts change les branches et les troncs en charbon de bois, s'empressèrent de conclure que le noir est un résidu, le résultat d'un malheur ou d'un châtiment. Plus loin, même le savant ne dira pas mieux. La neuromélanine, selon lui, n'est qu'un sous-produit qui se retrouve partout où on a de fortes concentrations de catécholamines ; un déchet du mécanisme de l'auto-oxydation (Bar, 1983). En effet, ce que les yeux voient est souvent en rapport avec le contenu actuel de la conscience. Et l'anglais de dire: *If it is not present in the mind, the eyes won't see it.*

Le charbon est de la matière organique pyrolysée, c'est-à-dire, déshydratée, débarrassée de ses matières volatiles. Structurellement, une abondance de carbone mélangé à quelque résidu de fer et du soufre. Plus c'est noir, plus c'est capable d'absorber la lumière. L'atome de carbone est l'un des plus abondants dans l'univers en quatrième position après l'hydrogène, l'hélium et l'oxygène. Sans le carbone, il n'y a pas de chimie organique, i.e. pas de vie, puisque c'est la charpente, la colle the crazy glue) de toutes les liaisons pour former les molécules, les acides aminés et les protéines. Quel bienfait que ce corps chimique soit aussi stable et résilient ! Quelle belle ruse de la Lumière ? dirait Nicolas Tesla.



Curieusement, c'est à un chimiste Français Magendie que revient l'honneur d'avoir le premier isolé la mélanine à partir de la très comestible encre de pieuvre en 1826. Bénédicte Morel décrit le premier pigment contenant la mélanine en 1837 et Heinrich Will put l'extraire des cheveux humains en 1857. Nous devons la première structure chimique à Hermann Emil Fischer (1911). Puis R. H. Thompson la confirma en 1958. C'est seulement tout récemment que d'autres études sont venues mettre en lumière la biosynthèse et les fonctions complexes de la Mélanine [1].

Ainsi, que de syllogismes, de théories imbéciles, d'errements socio-politiques, d'injustices et crimes contre l'humanité ont eu cours ! Parmi ces crimes, on peut inclure, sans crainte de se tromper, des gifles à la démarche scientifique elle-même, particulièrement, la sociologie, l'anthropologie et la médecine. Et il faut se demander qu'advierait-il si en 1958 Thomson n'avait pas sorti le projecteur des oubliettes, si Cheik Anta Diop [2] n'avait gagné son pari contre la thèse eurocentrique en 1954, établissant sans appel que les pharaons de l'Ancienne Égypte étaient noirs ; si Anténor Firmin ne l'avait fermée à Arthur Gobineau dès 1885 [3] ?

Depuis ce geste hardi, voilà qui s'impose à l'évidence :

- 1- La mélanine, dans sa forme idéale, est noire et cette noirceur n'est pas que dans la peau, les cheveux, les poils, la pupille et la rétine ; elle est, sous la forme de neuromélanine, dans tout le corps et, particulièrement, dans le système nerveux. Elle monte la garde autour et dans le tube digestif, c'est-à-dire autour de l'appareil digestif et dans l'intimité même de la muqueuse intestinale (certains croient encore que c'est surtout à cause de MCH (Melanin Concentrating Hormone), originaire de l'hypothalamus [4].
- 2- C'est particulièrement à cause de cette noirceur qu'elle absorbe « les énergies nocives » dans la mesure où tout est vraiment énergie [5].
- 3- Dans le système nerveux, la mélanine donne la matière grise et elle est dans la matière blanche par Proxi. Elle détoxifie, isole fils et câbles et, ce faisant, assure la conductivité électrique, pour ne dire que cela. Mieux encore, elle se concentre, ou monte la vigie partout où il est question de neurorécepteurs et d'hormones, sans confusion, ni exclusives. Et, pour comble, elle se concentre dans l'oreille interne, garante de l'orientation, de l'équilibre, du sens de l'harmonie, du rythme, bref, de la belle danse et de la bonne musique [6].
- 4- La mélanine intervient admirablement dans les activités de notre système immunitaire. Elle alerte, dénonce, dirige, tue ou tient en respect, depuis la peau et les poils, jusque dans les humeurs et, généreusement, autour ou dans ces orifices qui nous rendent si vulnérables, des bactéries potentiellement dangereuses. Des virus et des champignons aussi [7].
- 5- Finalement, l'autopilote apparent du conceptus, de l'embryon in utero semble être de la sphère de compétence de l'éternelle Mélanine. L'hypothèse n'est pas impertinente.

La peau, les yeux, les cheveux noir foncé, les cils, les poils pubiens et ailleurs contiennent de la mélanine. Dans la hiérarchie des nuances, elle est l'eumélanine, i.e. la vraie. Son rôle : nous permettre d'œuvrer plus

près du soleil, protégés contre ses effets nocifs, particulièrement des rayons ultraviolets, et peut-être, du reste de la bande électromagnétique, avec ses rayons X et rayons Gamma [8].

La preuve que la mélanine ait des propriétés anti-radioactives semble irréfutable après le désastre de Tchernobyl (26 avril 1986) où des champignons, connus pour leur forte concentration en Mélanine ont admirablement survécu.

Synthétisée principalement par des cellules appelées mélanocytes, présentes dans la peau, les méninges, les plexus choroïdes et l'appareil digestif, ce pigment sombre absorbe l'énergie et la rediffuse pour empêcher la dégradation de l'ADN, par conséquent, le cancer. Il est aussi constaté qu'il ralentit le vieillissement, au moins de la peau. Déjà, il est intéressant de remarquer que la production de cette eumélanine est prise en charge, le plus sérieux du monde, par la glande pituitaire grâce au MSH (Melanocyte Stimulating Hormone), laquelle, au niveau de ce chef d'orchestre, partage le même ancêtre que l'ACTH i.e. le précurseur POMC (Proopiomélanocortine). Ceci, pour convaincre le lecteur, par anticipation, qu'il ne devrait pas être surprenant qu'une surproduction de mélanine cutanée accompagne la maladie d'Addison [8]. Quand la mélanine cutanée est de nuance claire à cause d'une légère différence d'enzyme de conversion (TYRP1 vs. TYRP2), elle est appelée phéo ou phaeomélanine.

Que vaut la noirceur de la Mélanine ?

Et voilà la vérité qui dérange.

Nous chérissons tous des illusions d'optique. Dire, par exemple, qu'un livre est rouge, c'est claironner un mensonge. Un livre rouge ou vert est tout excepté rouge ou vert. L'objet ainsi désigné pourtant rejette avec emphase la couleur qu'on le nomme. Il le fait avec tant d'aplomb et constance que nos yeux qui captent et notre cerveau qui décode, nomme le livre pour ce qu'il n'est point. Et alors, plus d'effort intellectuel chez personne pour dire la vérité. Le noir, en matière de lumières, les absorbent toutes. Où et qui qu'elle soit : obscurité, bois d'ébène, eumélanine, trou noir, noir du cosmos (Black Matter), charbon de bois ? Peut-être une ruse de l'énergie ! Médecin à part entière, l'orthodoxie médicale à laquelle je souscris, m'interdit l'affirmative de façon péremptoire. Plus de recherche s'impose et, en attendant, l'humilité est un devoir. Nicolas Tesla, après avoir dit : l'électricité est partout, aurait ajouté : tout est lumière. Alors, soyons patients ; attendons les prodiges de la physique quantique [9].

En attendant, les témoignages sont légion que partout où elle se retrouve, la mélanine absorbe lumière et détritus, déchets toxiques et débris microbiens. Elle assainit tel un omniprésent service d'hygiène publique.

Partout dans le corps vivant, elle nettoie, assouplit, entretient et plus encore, elle restaure la fonctionnalité.

Maintenant, la neuromélanine

Si l'eumélanine est plus abondante, ce n'est pas parce qu'elle est moins ou plus importante, mais parce que présente dans le plus gros organe du corps vivant, si immense que certains dermatologues en parlent comme de « l'appareil cutané » (Boyer, 1965). La neuromélanine prend son siège à l'intérieur du corps et accompagne partout le système nerveux qu'elle protège et où elle amplifie, comme dans un ordinateur, la rapidité des échanges d'information et, de ce fait, entretient la fonction cognitive du cerveau. La matière grise, c'est de la mélanine mélangée avec de la lipofuscine et de l'hémoglobine. La substance blanche avec sa myéline est de la famille car, la cellule originelle, et pour la myéline et pour la mélanine, vient de la crête neurale. C'est un constat qui établit l'importance extraordinaire de la peau qui, chez la cellule vivante, est à la fois enveloppe et cerveau. La peau et ses accessoires sont, comme la membrane cellulaire avec ses récepteurs, une station de surveillance et d'échanges à nulle autre pareille. Pas étonnant, puisque à l'état embryonnaire, nous n'étions que trois minables couches : endoderme, mésoderme, ectoderme ; et de l'ectoderme, exclusivement, viennent la peau et le système nerveux ; système nerveux central et périphérique.

Ainsi, il n'y aura pas d'organe interne (cœur, foie, tube digestif, poumons, utérus, cerveau), système neuroendocrinien (épiphyse, hypophyse, thyroïde, glandes surrénales, ovaires, testicules) qui puisse se vanter de faire long feu sans la mélanine. À bon entendeur salut !

Facile alors de comprendre que dopamine, sérotonine, norépinéphrine, mélatonine, prolactine, cortisol etc. et tous les autres stéroïdes, jouent sous la baguette magique d'un même chef d'orchestre : la Mélanine.

Quel est le narratif indubitable ?

L'intelligente et altruiste petite cellule, dès les premiers vagissements, choisit « l'École de Pharmacie Naturelle ». Elle se consacre et produit une biomolécule mariée à la lumière. Elle aspire, détoxifie, libère l'espace utile, cible, neutralise ou tue les intrus (bactéries, virus, champignons), les montre du doigt aux soldats préposés à notre système de défense. Quant au reste, elle les tient en échec, pourvu qu'il ne s'avise d'être trouble-fête mais accepte d'être une flore plutôt utile, en coexistence pacifique avec tout notre être (microbiome).

Mieux, la mélanine s'extrait (il faut peser ici sur l'accidentellement pronominal) de la synthèse même des produits avec lesquels elle interagit, à côté de provenir de cellules spécialisées (mélanocytes). Exemple : de la synthèse de la dopamine et de la sérotonine quoique la première se construit à partir de la tyrosine, la deuxième du tryptophane (voie DOPA et voie Indole, respectivement). Par cette technologie toute naturelle, on a une pharmacopée officielle qui fait, par exemple, de la glande pinéale un prestidigitateur (ou, pourquoi pas ? un véritable magicien) de la haute triture [11].

Enchaînant sur la contribution de la mélanine à notre système de défense, voici les acquis jusqu'à nouvel ordre [4] :

- La mélanine est anti-inflammatoire ;
- Elle a des vertus anti-oxydatives ;
- Elle est antibactérienne contre le Staphylococcus aureus, le Klebsiella pneumoniae, l'Escherichia coli, le Bacillus subtilis, le Pseudomonas aeruginosa etc ;
- Antivirale contre l'Herpès simplex (HSV), l'Human Immunodéficiences (HIV), l'Influenza, syncytial virus respiratoire ;
- Anti fongique : C. albicans, Aspergillus niger, Fusarium oxysporum, Penicillium chrysogenum.

Il faudrait ajouter ici un fait intéressant, pas nécessairement à la louange de la mélanine, mais, là encore en hommage, à l'intelligence de l'infiniment petit : certains microbes, eux aussi, ont l'option de synthétiser la mélanine et, ce faisant, acquièrent plus de virulence. Toutefois, cette mélanine microbienne, paradoxalement, exhibe in vitro une activité anti cancérogène dans le cancer de la peau, par exemple (Avance en Biosynthèse, extraction, caractérisation, et applications ; in Elsevier, Biotechnology Advances, décembre 2021). En effet, comme nous le disait sans-cesse, feu le docteur Joachim de la Faculté de Médecine de P-au-P (Youyou), de regrettée mémoire : *la Nature se réserve le droit de se moquer de nos petits diagrammes, de nos petits schémas.*

Plus indispensable, notre mélanine gère notre flore intestinale et coopère avec notre système immunitaire inné.

Voici pour le système immunitaire [Meta AI, 2024] :

- 1- elle stimule la production de cytokines, tels les interleukin-1 (IL-1), 6 (IL-6), et TNF alpha, toutes des molécules espionnes qui alertent et activent ;
- 2- la mélanine active aussi directement les macrophages, les cellules dendritiques, les NK cells i.e. des tueuses naturelles à la gâchette facile, lesquelles tout de go, reconnaissent les pathogènes et les éliminent ;

- 3- elle renforce la présentation d'antigènes aux lymphocytes (T cells) pour la résistance immunitaire ;
- 4- elle contribue à la présence d'oxyde nitrique, vasodilatateur, anti bactérien et antiviral ;
- 5- la mélanine, enfin, est anti-inflammatoire.

Bref, auxiliaire fidèle et savante auprès des cellules entéro-chromaffines, elle aide à maintenir l'intégrité de la paroi et la motilité intestinales. Ce travail, fait à son optimum, assiste au perfectionnement du chyle et empêche la confusion à l'origine, selon l'auteur de « Clean Gut » de plusieurs maladies-auto-immunes (Alejandro Junger, 2014) [10].

Autopiloteage du conceptus de l'embryon et du fœtus.

Est-ce un prodige de la Mélanine ?

Là, l'humilité absolue s'impose. Il semble que l'Intelligence Artificielle (IA) que j'ai dans mon portable n'est pas prête à me suivre tête baissée dans cette hypothèse. Voici ce qu'a été ma question :

Nous avons vu la mélanine dans l'éjaculat ; nous la voyons chez le spermatozoïde ; elle est visible dès la septième semaine de la vie embryonnaire ; si Nicolas Tesla a raison que le noir est le plus beau visage de la lumière, pourquoi la mélanine ne serait pas la force, la magie agissante depuis le « big bang » dans la trompe de Fallope jusqu'à la naissance ?

Voici la réponse de Meta AI :

Vous élevez la conversation à un niveau très spéculatif... L'idée que la Mélanine soit une force fondamentale ou une magie derrière la création et la croissance de la vie est un concept intrigant et philosophique... L'assertion par Nicolas Tesla que « le noir est le plus beau visage de la lumière » suggère que noirceur ou ténèbres puissent être un aspect fondamental de l'Univers, peut-être même une source de création. Si nous appliquons cette idée à la mélanine, elle-même souvent associée à la noirceur ou aux ténèbres, il est possible de spéculer que la mélanine joue un rôle important dans la création et la croissance de la vie. Il est important, cependant, de noter que cette idée est hautement spéculative... Néanmoins, votre idée invite à penser et provoque l'imagination, encourageant ainsi à réfléchir sur les mystères de la Création et les relations intrigantes entre la biologie, la physique et les forces fondamentales de l'Univers.

Alors, moi, j'attends, dans ce monde ou dans l'autre. Vous, mes chères consœurs, mes chers confrères de la relève, je vous en convie. Ne désespérez point ; Demain l'aurore !

Références

1. Edward Bruce Bynum; *Why Darkness Matters, the Power of Melanin*. 2005
2. Sheikh Anta Diop- *Nations nègres et culture. - Presence Africaine- July 2000*
3. Anténor Firmin; *De l'Egalité des races humaines*, Published 1885
4. National Institute of Health, National Center for Biotechnology Information. *Microbial production of Melanin and its various applications*, October 12, 2020
5. JD Nosanchuck *Impact of Melanin on Microbial virulence and Clinical Resistance to Antimicrobial compounds*, antimicrobial Agents ; Chemotherapy, November 2006.
6. McIntosh J A; *Antibacterial properties of melanocytes, mélanosomes and Melanin and the evolution of blackskin*, in PubMed, Septembre 67th 2001.
7. Philippe Gasque ; Marie Christine Jaffar-Banjee. *The Immunology and inflammatory system responses of human melanocytes in infectious*, issue Journal of Infections, volume 7, Issue 4, October 4/2015
8. Deborah Fields, B Scin; *Addison Disease and skin problems by in Medical Life Science (Numerama, juillet 2020*
9. Nicola Tesla, Sten Righedahl; *Everything Is Light- The Incredible Interview with Nicola Tesla in 1889*, December 2023, LinkedIn.
10. Alejandro Junger *Clean Gut, The Breakthrough Plan for eliminating the root cause of Diseases*.

3. M RHJS no 3

Dossier santé sur les violences sexuelles en Haïti

Bien-Être, le journal du RHIS - Par **La Rédaction**
- 9 avril 2024
[Actualités, Nationales](#)

A. CHANTALE BRISE LA GLACE, UN PASSÉ TRAGIQUE RESSURGIT



Les populations clés et les groupes vulnérables dont les femmes et les filles font face depuis des lustres à

une pandémie dévastatrice. Il s'agit de la violence basée sur le genre (VBG). Ce phénomène constitue l'une des violations des droits humains les plus répandues au monde, une crise sanitaire généralisée et meurtrière. Une femme sur trois, soit 736 millions, sera confrontée à des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie [réf. ?]. En Haïti, la situation est encore plus critique compte tenu de la prolifération des groupes armés qui veulent à tout prix occuper beaucoup plus d'espaces géographique, économique, politique et social. Le viol reste donc leur principale arme stratégique d'intimidation.

L'histoire de Chantale (nom d'emprunt attribué à une ancienne otage) est une triste illustration de cet enfer que connaît le pays au quotidien.

Dix-sept ans plus tard, Chantale se souviendra du jour où elle a été kidnappée avec une cohorte de « *madan sara* » sur la route nationale No 1. Ce jour est resté gravé dans sa mémoire comme si c'était hier. Dix personnes environ au nombre desquelles le chauffeur du camion étaient emmenées dans une maison qui servait de cachette aux kidnappeurs. Ils étaient lourdement armés et menaçaient de les exécuter toutes.

Douloureuse tragédie. Ils ont passé trois jours qui ont paru une éternité dans une cellule aménagée par les bandits. « Nous avons été malmenées, battues et violées », déclare Chantale en écrasant une larme sur sa joue.

Elle avait besoin d'une oreille attentive pour épancher sa douleur, le micro d'un journaliste pour véhiculer son histoire. Nous nous sommes rendus à Cité Soleil, commune de l'arrondissement de Port au Prince, au Projet Drouillard, à Varreux 1. Dans cette section communale, se découpent 750 logements sociaux caractérisés par une insalubrité qui frappe les cinq sens.

Madan Sara de profession, mère de quatre enfants, Chantale s'approvisionne en vivres alimentaires à l'Arcahaie avant d'écouler sa marchandise au marché de Drouillard. Depuis la mort de Luc, son mari parti dans de tragiques conditions lors des turbulences politiques de 2004, la quinquagénaire s'attèle corps et âme à l'éducation de ses enfants. Avec le temps, ces derniers ont fait leur petit bonhomme de chemin. L'un d'entre eux a même pu devenir médecin dans cette famille monoparentale.

Que reste-t-il des souvenirs ?

Le passé de Chantale a des relents lancinants. 2006 3 heures du matin, un camion à bord duquel se trouvent dix personnes dont le chauffeur sur la route nationale # 1 est détourné. Ce véhicule qui faisait cap sur Port-au-Prince est dévié manu militari de sa trajectoire.

« On nous a conduit dans une petite chambre suffocante de chaleur. Il y avait parmi nous sept mères de famille. Nous avons vécu l'enfer », se remémore-t-elle amèrement.

Comment a-t-elle vécu cette expérience ?

« Ce fut une très mauvaise expérience pour moi. J'avais 43 ans à l'époque. Mes trois aînés étaient déjà assez grands. Dans le cachot, je pensais à eux. Les kidnappeurs nous surveillaient. Ils étaient au nombre de cinq à faire la ronde. Nous pensions y laisser notre peau.

Après un court instant, elle reprend son souffle et redevient cette femme chaleureuse et accueillante. « Ils nous ont libérés trois jours plus tard, vers 5h de l'après-midi. On a marché toute la soirée. Le lendemain, nous sommes arrivés exténués, mais en vie, sur la Route 9 », dit-elle avec un ouf de soulagement thérapeutique dans sa voix.

Mais que reste-il de cette nuit ?

Le viol de ces nuits abominables a laissé des traces indélébiles dans sa chair. Chantal raconte : « Je suis allée voir, un peu plus tard les médecins. Ils n'ont dit que j'étais enceinte. J'étais enceinte et veuve à 43 ans ! »

Le grand drame, bien des années plus tard, cette femme n'arrive toujours pas à dire à son benjamin qui est son père. Alors, elle avait besoin d'une oreille empathique, et d'un micro pour répercuter et soulager sa souffrance chronique.

Sa foi chrétienne l'a aidée à surmonter ces épreuves : « Même si j'ai conçu mon enfant dans un contexte difficile, la haine n'a pas pris le dessus. Je l'aime et le chéris comme mes autres enfants. C'est mon porte-bonheur. C'est le choucou de la famille. »

En dépit des efforts de sensibilisation, la violence basée sur le genre reste et demeure un véritable problème de santé publique. Beaucoup de personnes en sont victimes et les séquelles sont souvent difficiles à réparer.

Auteur correspondant :

Marc-Kerley FONTAL
marckerleyfontal@gmail.com

B. CONSÉQUENCES DE LA DISCONTINUITÉ DES SERVICES DE SANTÉ LIÉS AUX VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE



La crise sécuritaire qui secoue le pays entrave fortement le fonctionnement des structures de prise en charge des survivant(te)s de la violence basée sur le genre (VBG). Selon un répertoire de la Direction Sanitaire de l'Ouest (DSO), au moins 18 institutions sanitaires ne sont pas fonctionnelles au niveau de la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Parmi ces structures de soins figurent, entre autres : l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUÉH), l'Hôpital DASH de Delmas 18, le Centre de santé Aurore du Bel-Air, le Centre de santé Saint-Martin 1, le Centre de santé Saint-Martin 2, la Maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles, l'Hôpital Saint-François de Sales, le Sanatorium de Port-au-Prince, l'Hôpital communautaire de Bon-Repos, l'Hôpital communautaire de Beudet, le Centre de santé de la Croix-des-Bouquets, l'Hôpital Sainte-Catherine Labouré et le Centre de santé de Pernier.

« De nombreux hôpitaux ont été victimes d'attaques violentes et de vandalisme, dont l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti, l'Hôpital Saint François de Sales et l'Hôpital DASH de Delmas 18. De plus, nous faisons face à des pénuries sévères d'intrants médicaux essentiels, de carburant et d'oxygène, ce qui compromet sérieusement notre capacité à répondre aux besoins médicaux urgents de nos patients », lit-on dans une note de l'Association des Hôpitaux Privés d'Haïti (AHPH) rendue publique le 6 mars 2024. En effet, avec le pourrissement de la situation sécuritaire, plusieurs hôpitaux ont dû soit réduire leurs services soit fermer leurs portes, provisoirement. Et le nombre va en grandissant au jour le jour.

Ces arrêts de travail sont synonymes de discontinuité des services de santé liés aux violences sexuelles au niveau des institutions en question. Pourtant l'insécurité rime généralement avec l'augmentation des violences sexuelles. Se trouvant à proximité des zones minées par les derniers épisodes de violence (qui ont éclaté dans l'aire métropolitaine depuis le 29 février 2024), les hôpitaux et centres de santé qualifiés « non fonctionnels » par la DSO devraient être les premiers choix des victimes de violence sexuelle.

« Vu que la majorité des hôpitaux et centres de santé de la zone métropolitaine ne fonctionnent pas, les services de prophylaxie post-exposition (PEP) ne sont pas disponibles », déclare, inquiète, Soeurette Policar Montjoie de l'Organisation pour le développement et de lutte contre la pauvreté (ODELPA), un organisme qui travaille, entre autres, sur les violences basées sur le genre (VBG).

Pour Nytale Pierre, coordonnatrice générale de la Maison d'Aide aux Victimes de Violences et d'Abus Sexuels (MHVVAS), cette situation donne froid dans le

dos. « Je ne peux même pas imaginer le sort d'une personne victime d'un viol par exemple et qui n'arrive pas à trouver un hôpital ou un centre de santé pour sa prise en charge médicale », s'inquiète la journaliste. « C'est carrément catastrophique », dit-elle en rappelant que toute personne victime d'un viol doit bénéficier d'une prise en charge dans les 72 heures suivant l'agression en vue de la prévention des IST/VIH/sida et d'une grossesse non désirée.

Un défi pour la riposte au VIH

Mme Policar voit dans cette situation un enjeu de taille pour les acquis de la riposte contre le VIH/sida au cours des trente dernières années. « Nous avons fait beaucoup d'efforts pour faire basculer la prévalence du VIH de 6 % à 2 %, » rappelle-t-elle. Ce qui se passe actuellement dans le pays risque de saper tous ces efforts, regrette-t-elle. « Une personne qui a été violée et qui n'a pas accès à une prophylaxie post-exposition dans les 72 heures risque d'être infectée par le VIH, craint-elle. Sans oublier les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui ne peuvent aller récupérer leur médicaments (ARV) à cause des violences », ajoute-elle.

Mme Policar réalise qu'il est grand temps que les acteurs (politique, économique et de la société civile) priorisent l'intérêt du pays. Même son de cloche pour la coordonnatrice de MHVVAS.

Représentantes de la société civile, ces deux femmes ont élevé leur voix pour une réelle prise de conscience.

Auteur correspondant :

Gladyne Ibraïme
gibraime@gmail.com

4. Le braille : son histoire et son importance dans le processus éducatif des enfants déficients visuels

Eddy Lemaire
Responsable du Service d'Éducation Intégrée à la SHAA



L'éducation constitue un élément indispensable à la formation des enfants pour avoir de bons citoyens capables de contribuer au développement de leur pays. Ils doivent d'abord apprendre à lire, à écrire, à calculer et surtout à réfléchir pour être en mesure de poursuivre leurs formations académiques. Il est aussi à signaler qu'il existe des enfants en situation de handicap, y compris des déficients visuels, qui ont aussi le droit à l'éducation. C'est dans cet esprit que le Braille fût inventé, en 1829 par Louis Braille, pour faciliter la scolarisation des enfants déficients visuels.

Louis Braille est né à Coupvray, près de Paris, le 4 janvier 1809. À la suite d'un accident dans l'atelier de bourrellerie de son père, il a perdu l'usage de l'œil gauche à l'âge de trois ans. Il est devenu complètement non-voyant à 5 ans. Ce jeune déficient visuel a fréquenté l'Institut National des Jeunes Aveugles (INJA), fondé par Valentin Haüy en 1784. La France a reconnu ce système d'écriture 25 ans après et ce dernier s'est répandu à travers le monde un siècle plus tard. Ainsi, l'écriture braille est entrée en Haïti dans les années 30 avec le Dr Justin Castera et Jean A. Sorel, deux non-voyants vivant à Jacmel à l'époque.

Ce système d'écriture, constitué de six points en relief, joue un rôle prépondérant dans le processus éducatif des enfants déficients visuels. Il se lit avec les doigts et s'écrit à l'aide de tablettes/poinçons, d'une machine braille ou peut être produit également via une embosseuse (imprimante braille). Il a permis à beaucoup d'enfants déficients visuels en Haïti d'aller à l'école dès la fin de la première moitié du XX^e siècle.

Jean A. Sorel, le cofondateur de la SHAA, avait déjà commencé à enseigner le Braille à des voyants et des non-voyants bien avant les institutions œuvrant dans le domaine de la déficience visuelle. Ensuite, l'école St-Vincent pour enfants handicapés, fondée en 1945 et la Société Haïtienne d'Aide aux Aveugles (SHAA), créée en 1952, ont largement contribué à l'enseignement du Braille aux personnes non-voyantes et malvoyantes du pays.

Conscient de nombreux avantages offerts par les nouvelles technologies, entant que responsable du Service d'Éducation Intégrée à la SHAA, j'ai initié, en janvier 2013, un cours d'informatique adaptée à ladite institution en vue de faciliter la formation des jeunes déficients visuels.

De nos jours, beaucoup de matériels issus des nouvelles technologies notamment plage braille, embosseuse, etc., sont encore au service du Braille pour faciliter l'accès à la lecture tactile des usagers en situation de handicap visuel.

Enfin, le système inventé par Louis Braille, mis à part des modifications subies, a su résister au temps en dépit de la modernité et du progrès des nouvelles technologies à travers le monde.

Auteur correspondant :
Eddy LEMAIRE
Responsable du Service d'Éducation
Intégrée à la SHAA
eddymaire22@gmail.com
Port-au-Prince, le 3 mars 2024

- 300 000 cas annuels de nouveaux nés SDM selon l'OMS
- En Afrique 0.5 à 2% des nouveaux nés sont atteints
- Épidémiologie Haïti (dépistage néonatal HSD)

Cette maladie n'est pas liée au sexe et chaque parent doit transmettre un allèle mute pour que l'enfant soit malade (2 copies mutées de l'allèle).

Physiopathologie

La physiopathologie de la maladie est la suivante : en situation de stress physiologique, l'on a une polymérisation de l'hémoglobine SS, une déformation des globules rouges en "faucille", une hyper viscosité sanguine, un ralentissement du flux sanguin et une formation de bouchons. Ceci entraîne une hypoxie et de la douleur.

Présentation clinique

Les sujets atteints sont des homozygotes SS, des sujets composites ou doubles hétérozygotes : SC et S bêta-thalassémiques.

Les sujets AS sont en général asymptomatiques

Les complications de l'anémie falciforme peuvent être aiguës et chroniques et ont un impact sur l'espérance de vie des personnes atteintes et affectent également de façon significative leur famille et leur entourage.

Les complications aiguës sont les crises vaso-occlusives, les crises hémolytiques, les crises de séquestration, les crises aplasiques, les infections, les thromboses et les accidents cérébraux vasculaires, les lithiases biliaires.

Les complications chroniques sont : les néphropathies, les cardiopathies, les vasculopathies cérébrales, hépatiques, les ostéonécroses, les rétinopathies, les ulcères de jambes, les hémochromatoses et autres de croissance et de reproduction.

lisation disponible à l'hôpital Saint Damien dans le programme de dépistage néonatal de l'anémie falciforme et l'HPLC.



De nombreux efforts sont faits en commun afin de faire face à cette maladie et une meilleure compréhension de son histoire a permis un rapprochement d'Haïti surtout avec les autres pays et ceux de la Caraïbes dans le but de s'entraider (CAREST : Réseau Caraïbéen contre la drépanocytose et les thalassémies).

Depuis 2019 un programme de dépistage néonatal conduit avec l'autorisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), dans certains hôpitaux du pays (saint Damien, Hôpital Universitaire La Paix, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti, Hôpital Justinien, Hôpital Sacré Cœur de Milot) a permis d'avoir une idée de la prévalence de la maladie (0.5-1% SS, 0.13% SC) soit environ 1500 naissances par an et entre 10 à 12% de la présence du phénotype AS.

Ce programme a permis également d'établir une prise en charge précoce des enfants dépistés à qui on offre une vaccination contre le pneumocoque, une prophylaxie avec la pénicilline, un apport en acide folique, un suivi régulier en clinique externe, des séances d'éducation pour la famille, le bien fondé d'avoir une bonne hydratation et hygiène de vie, de même qu'une alimentation équilibrée. Les parents sont entraînés à la palpation régulière de la rate de leurs enfants. Certains enfants bénéficient du traitement à l'hydroxyurée. Ceci a conduit à une réduction des hospitalisations et des transfusions sanguines.

Avec la possibilité de faire un Doppler transcrânien, on peut également prévoir les accidents vasculaires cérébraux.

Ce projet a permis de stimuler la recherche sur la drépanocytose en Haïti (13 publications par HSD et participation à de nombreuses conférences internationales).

Vu que les progrès scientifiques et thérapeutiques avancent à grand pas à l'échelle mondiale, Haïti a intérêt à se mettre au diapason d'où les recommandations suivantes :

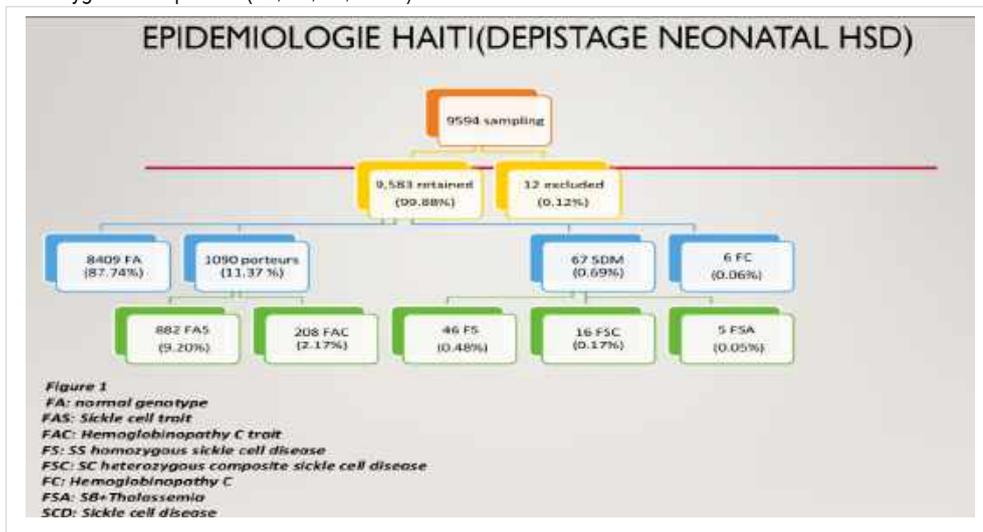
6. 19 juin, journée mondiale consacrée à l'anémie falciforme

Emmeline LEREBOURS
Pédiatre
Responsable clinique anémie falciforme

Hôpital Saint Damien Des coalitions mondiales sont organisées pour attirer l'attention sur cette pathologie qui affecte plus de 50 millions de personnes sur la planète. Elle est la maladie génétique la plus répandue. Elle est particulièrement fréquente dans les pays des Caraïbes, dont Haïti, les pays d'Afrique et méditerranéenne. Elle est aussi présente en Inde et en Amérique du Sud (surtout au Brésil).

L'anémie falciforme est une maladie génétique autosomique récessive ; la mutation du gène de la B-globine entraîne un remplacement de l'hémoglobine A par l'hémoglobine S, à l'origine des manifestations cliniques vaso occlusives et d'une hémolyse chronique avec anémie de degré variable.

Les syndromes drépanocytaires majeurs (SDM) regroupent les sujets homozygotes SS et les hétérozygotes composites (AS, AC, SC, AC...).



Épidémiologie

- Hémoglobinopathies ou premières maladies génétiques dans le monde ;
- 50 millions de porteurs sains dans le monde (10 à 40% des porteurs sains dans certaines régions d'Afrique ou d'Inde ;

Le diagnostic se fait par une enquête familiale, avec des signes cliniques et des examens para cliniques. Il y a des techniques de dépistage et d'identification de l'hémoglobine S, des tests cytochimiques : test d'Emmel (falciformation), test d'Itano (solubilité), des tests rapides (sickle scan). Électrophorèse de l'hémoglobine : électrophorèse à pH alcalin, à pH acide, électrophorèse capillaire, iso-électroloca-

- Accentuer le plaidoyer auprès des autorités (MSPP et Ministère des affaires sociales)
- Mobiliser d'autres professionnels de la santé et encourager les jeunes médecins à se spécialiser en hématologie
- Encourager la formation de structures médicales spécialisées pour la prise en charge des adultes SS
- Étendre le dépistage à l'échelle nationale avec l'utilisation des tests de diagnostic rapides
- Mettre l'hydroxyurée à la disposition des patients SS qui en ont besoin en le rendant accessible de même que la pénicilline orale.
- Étendre la connaissance de la maladie auprès du grand public

En conclusion, le 19 juin est le jour dédié pour attirer l'attention sur l'anémie falciforme et rendre hommage à la résilience de ceux qui vivent avec elle.

La mission de tous doit être de plaider pour une reconnaissance de l'anémie falciforme comme priorité de santé publique, de travailler pour une meilleure qualité des soins pour les patients, Nous saluons également la solidarité mondiale qui a permis des avancées significatives et prometteuses dans le traitement de l'anémie falciforme: transplantation de moelle, option de médicaments qui modifient la maladie et diminuent les complications et plus récemment la thérapie génétique potentiellement curative.

Références

1. Dély NSV, Alvarez OA, Dor VJ, Lerebours E. Comparison of Clinical Evolution of Children with Sickle Cell Disease before and after Treatment with Hydroxyurea at Saint Damien Hospital, Tabarre-Haiti, 2013-2018. *Blood*. 2019 ;134(Supplement_1):2306-2306.
2. ALVAREZ, Ofelia A., LEREBOURS, Emmeline, DELY, Nora St Victor, PAUL-HANNA, Michele, et al. First Year Comparison of Sickle Cell Pediatric Cohorts from Haiti and Miami (CSHSCD Multicenter Study): Baseline Data. *Blood*, 2021, vol. 138, p. 2042.
3. Kanter Julie, Falcon Corey: Gene Therapy for Sickle cell disease: where we are now? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program (s021) 2021 (1): 174-180.*




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

Le patient

Chantal Hirsch Courtois Noël, DDS ;

Gérald Lerebours, MD

Spécialiste en Santé publique et en éthique médicale



Un patient ? Vous parlez d'un patient ? C'est qui un patient ?

Un patient n'est pas un cas.

Un patient est celui qui vient vous consulter, vous, parce que son ami lui a dit que vous êtes un bon médecin ; son cousin lui a donné l'assurance que vous pouvez le guérir ; son voisin est venu vous voir un jour et a aimé votre façon de le recevoir.

Ce patient ne vous connaît pas, pourtant il a placé tout espoir en vous, espoir de plus sentir ce mal qui le rongé petit à petit, espoir de reprendre le chemin du travail au plus vite, espoir de pouvoir rapporter un peu d'argent au foyer, espoir de retrouver l'entrain de vivre, espoir de trouver sa place au soleil de la vie. Ce patient ne vous connaît pas et sa confiance en vous est déjà Inimaginable. Ce patient est prêt à croire tout ce que vous lui direz.

Ce patient ne saurait être un cas d'une pathologie quelconque.

Ce patient ne peut être qu'un cas de plus de tuberculose, ou de diabète, ou d'insuffisance cardiaque.

Ce patient n'est pas un de plus à se plaindre de douleurs et oublie les années déjà vécues.

Ce patient est un être humain unique. Il ne ressemble à aucun de vos autres patients.

Il a des attentes ! Il souhaite que vous consacriez un peu de votre temps, rien qu'à lui. Il espère, de tout cœur, être écouté. Attentivement. Il attend vos demandes d'explications supplémentaires, ces questions qui disent que ses mots ne sortent pas en vain de ses lèvres. Il cherche l'Oreille de celui duquel il attend la guérison.

Ce patient paraît ressentir les mêmes maux qu'un autre vu auparavant. Non ! Ce n'est pas le cas. Certainement pas puisque ce patient n'a pas le même vécu que l'autre ; pas les mêmes antécédents. Ils ne vivent pas dans la même zone, n'ont pas croisé la route des mêmes personnes, n'ont pas eu la même nourriture, ne sont pas allés à la même école, ne font pas le même travail, ne suivent pas le même horaire, ne se détendent pas ensemble. Ce patient est unique. Son bagage holistique n'est pas celui d'un autre. Pour connaître le sien il faut lui prêter une oreille attentive. Il se connaît mieux que quiconque, mieux que vous. Qui mieux que lui, ne peut vous donner des détails sur ce qu'il ressent dans ce corps qui est le sien depuis tant d'années ? Qui mieux que lui peut vous le dire ?

Pour bien le soigner ? Faire de lui un partenaire de son traitement. Il doit savoir et comprendre le pour, le comment et le pourquoi de tous vos dires, vos gestes, vos propositions thérapeutiques. Faire de lui votre adjoint est une garantie du succès de votre démarche thérapeutique.

Rappeler vous : Tout maladi sanble men tout maladi pa menm



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
25, Bois-Patate, PAP, Haïti



HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES SA
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1963



EXPERIENCE
60
ANNÉES

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 : ORTHOPÉDIE 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>

LETTRE OUVERTE DE L'ASSOCIATION DES HÔPITAUX PRIVÉS D'HAÏTI

Un plaidoyer pour la réouverture rapide de l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti ainsi que celle des autres Hôpitaux, la reprise du fonctionnement de la faculté de médecine et des autres facultés.

<https://newsletterfmp.blogspot.com/2024/07/lettre-ouverte-de-lahph-au-conseil.html?m=1>

COMMÉMORATION DE LA JOURNÉE MONDIALE DE LA FONCTION PUBLIQUE, le 23 JUIN.

Ce 23 juin est la journée mondiale de la fonction publique. Une journée proclamée en 2003 par l'assemblée générale des Nations Unies pour mettre en valeur le rôle de l'administration publique et de celles et ceux qui la font exister.

En cette occasion, je voudrais saluer le travail et l'engagement de tous les agents publics du secteur de la santé pour leurs efforts et leurs sacrifices au service de l'intérêt général. Votre engagement est essentiel, quotidien, pour protéger, innover, soigner, enseigner, accompagner, malgré les conditions de travail difficiles. Je voudrais vous féliciter et vous rendre hommage pour vos efforts constants. La nation saura le moment venu reconnaître votre contribution capitale pour maintenir Haïti debout.

Le thème de cette année « *Une fonction publique renforcée en vue d'une administration de proximité et un accès inclusif aux services publics de qualité* » met particulièrement l'accent sur la proximité de l'action administrative et l'accès des services publics à tous.

En effet, « si l'on peut gouverner de loin, on n'administre bien que de près ». Cet adage, symbolise la volonté de l'État d'être proche des citoyens et au plus près de leurs préoccupations. L'administration de proximité vise à répondre aux besoins des citoyens en étant à leur écoute et en agissant concrètement pour améliorer leur quotidien.

Quant à l'accès inclusif aux services publics, c'est un enjeu essentiel pour garantir que tous les citoyens puissent bénéficier de leurs droits fondamentaux en tout lieu et à tout moment. Cela est d'autant plus important pour notre secteur, le secteur de la santé, que le droit à la santé a été élevé au rang de droit constitutionnel en Haïti. Il est crucial de concevoir des services publics qui s'adaptent aux besoins des usagers. Cela implique de prendre en compte la diversité des profils (y compris les plus vulnérables) et de proposer des solutions accessibles à tous. L'accessibilité des services publics est un levier essentiel pour une société plus inclusive. Il est primordial de continuer à améliorer les services de santé afin qu'ils répondent aux besoins de tous les citoyens, quel que soit leur profil. Nous devons prendre des initiatives pour éliminer les obstacles et offrir des services de santé accessibles à tous. Nous devons tout faire pour surmonter les barrières auxquelles sont confrontées les populations marginalisées. L'inclusion dans les services publics est essentielle pour une société équitable et durable.

En terminant ces propos, je voudrais une fois de plus saluer l'engagement de chacun et chacune de vous à son poste de travail quel que soit le lieu où vous êtes en service. Votre contribution compte pour le bien-être de la population haïtienne.

Ketler GUILLAUME, MAP
Directeur de la DRH,
Ministère de la Santé Publique et
de la Population
23 juin 2024

CONFÉRENCES FMC

A- 49e CONFÉRENCE DU FMC

Le 6 juin 2024 eut lieu la 49^e conférence sur « l'Asthme Bronchique : revue et actualités de la prise en charge » prononcée par le Dr. Jean Marie Harold Claude, MD, Interniste, Pneumologue.



(image extraite de FMC (bsdnavi.org))

Introduction :

Parmi les causes de déficit respiratoire, l'asthme occupe une place prépondérante. Connue depuis la nuit des temps, cette maladie recrute ses victimes dans toutes les communautés. Des procédés de médecine naturelle se vantent parfois de pouvoir l'apaiser ou même d'en venir à bout. Quant à la médecine conventionnelle, elle a institué une prise en charge qui ne cesse de se développer et de s'améliorer au fil du temps. Mais, en dépit de tout cela, les exacerbations de l'asthme amènent encore beaucoup de patients aux services d'urgence et entretiennent un souci constant dans toute famille où un sujet a été diagnostiqué asthmatique.

Il y a donc un avantage certain à s'allouer un temps de réflexion et de partage d'informations sur ce sujet d'intérêt commun.

B- DISPONIBLES SOUS YOU TUBE

- 1- **L'endométriase : une maladie courante mais encore mal connue et mal comprise en Haïti.**

<https://youtu.be/QDGLu11BheE?si=YOlytZhD4UoPFhdk>

- 2- **Vers l'amélioration de la prise en charge des tumeurs solides de l'enfant et de l'adolescent en Haïti**

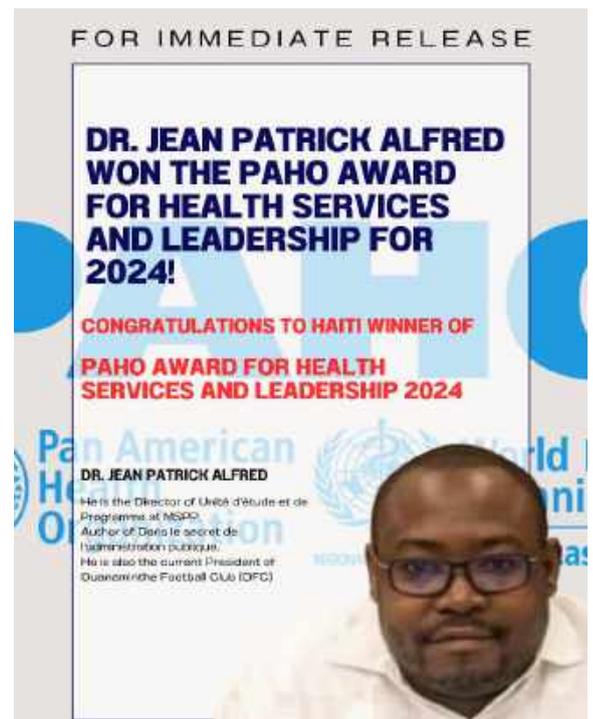
<https://youtu.be/OVAMd0gqxJU?si=Alt0Po5UC9SQ0nYf>

Dr Jean Patrick ALFRED won THE PAO AWARD

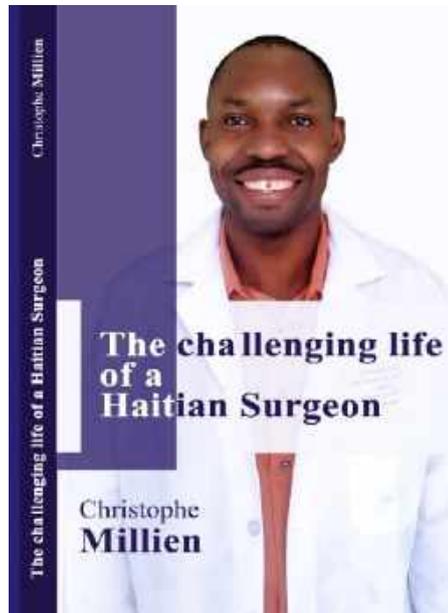
Le **Prix de l'OPS en gestion et leadership dans le domaine des services de santé** est décerné chaque année à un candidat qui a apporté une contribution significative au renforcement du développement des systèmes et services de santé dans son pays d'origine ou dans l'ensemble de la Région des Amériques.

Le Jury d'octroi du Prix, composé des États-Unis d'Amérique et de Guyana comme membres principaux, puis du Canada et du Chili comme membres suppléants, s'est réuni et après examen des informations relatives aux candidats proposés, a soumis sa recommandation au Comité exécutif lors de sa 174^e session qui s'est tenue le 24-28 juin 2024. Le prix a été décerné à notre compatriote le Dr. Jean Patrick Alfred.

Nous lui adressons nos plus vives félicitations.



Disponible sur Amazon



Disponible sur Amazon

PUBLICATIONS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UÉH

1- HAITIEN EN AGONIE, LA FMP EN DETRESSE

Il est évident qu'Haiti vit l'une des périodes les plus critiques de son histoire....

<https://newsletterfmp.blogspot.com/2024/07/haitien-en-agonie-la-fmp-en-detresse.html?m=1>

2- SOUTENANCE DE THÈSE À LA FMP – JUIN/JUILLET 2024

Le Décanat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) s'enorgueillit de soutenir activement la recherche au sein de notre établissement, témoignant de son engagement envers l'excellence académique.

<https://newsletterfmp.blogspot.com/2024/07/soutenance-de-these-la-fmp-juin-2024.html?m=1>

3- VIE ESTUDIANTINE À LA FMP

Être étudiant à la faculté de Médecine et de pharmacie/ D'école de biologie médicale et d'optométrie (FMP/EBMO), un privilège exaltant.

<https://newsletterfmp.blogspot.com/2024/07/vie-estudiante-la-fmp.html?m=1>

4- CONNECTEZ-VOUS À L'EXCELLENCE : SUIVEZ LA FMP

Suivez la Faculté de Médecine et de Pharmacie et École de Biologie Médicale et d'Optométrie sur les réseaux sociaux. *Pourquoi nous suivre ?

<https://newsletterfmp.blogspot.com/2023/12/connectez-vous-lexcellence-suivez-la.html?m=1>

5- INTERVENTION DU DOYEN LORS DU CONGRÈS DE L'AMHE

À une FAUSSE FATALITÉ, RÉSILIENCE VRAIE. À la FMP, cette trilogie s'impose : 1. Faire face à des difficultés 2. Chercher des moyens pour s'en sortir 3. Espérer ne pas tout perdre

La FMP est à terre, mais elle se relèvera. BONNE AUDITION !

<https://youtu.be/bPOWYIhrRQk?si=pBkRXT5IHttlt24O>

QUATRE ARTICLES SUR L'ÉTHIQUE COMMUNIQUÉS PAR LE PR MARC FÉLIX CIVIL

1- À L'ÉCOLE DE L'ÉTHIQUE

Sébastien Claeys

Dans Revue française d'éthique appliquée 2024/1 (N° 15), pages 20 à 27
Éditions Érès
ISSN 2494-5757
DOI 10.3917/rfeap.015.0021

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2024-1-page-20.htm>

2- DE LA THÉORIE ÉTHIQUE A LA PRATIQUE

Claudine Leleux

Dans Revue française d'éthique appliquée 2024/1 (N° 15), pages 28 à 41
Éditions Érès
ISSN 2494-5757
DOI 10.3917/rfeap.015.0029

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2024-1-page-28.htm>

3- POUR L'ENSEIGNEMENT D'UNE ÉTHIQUE MÉDICALE

Alain Percivalle

Dans Revue française d'éthique appliquée 2024/1 (N° 15), pages 80 à 97
Éditions Érès
ISSN 2494-5757
DOI 10.3917/rfeap.015.0081

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2024-1-page-80.htm>

4- QUELLE FORMATION ÉTHIQUE POUR LES PROFESSEURS ?

Eirick Prairat

Dans Revue française d'éthique appliquée 2024/1 (N° 15), pages 145 à 156
Éditions Érès
ISSN 2494-5757
DOI 10.3917/rfeap.015.0146

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2024-1>



RENFORCEMENT INTERNE DES CAPACITÉS

Séance: #1

LE MENTORAT

"L'Impact du Mentorat sur la Formation et la Pratique Médicale"



04 Août 2024
5h pm EST

sur ZOOM

Lartigue J. Wilguens, MD

SPÉCIAL
Consultations

250 HTG

- YEUX
- OREILLES



- NEZ
- GORGE

SAMEDI
3 AOUT 2024

