



Édité par : Dr Jean ALOUDIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL)

CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE)

CODE ISBN : 978 – 99970 – 996 – 2 – 6

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 Aloudidor, membre

SOMMAIRE

	Page
• <i>Lu pour vous</i>	2
• <i>Santé Publique</i>	4
• <i>Actualités Médicales et Paramédicales</i>	11
• <i>Académies et Professions</i>	14
• <i>Informations Socio Culturelles</i>	18
• <i>Éthique</i>	27



LE SOMMEIL

Le sommeil est une activité que nous connaissons tous puisqu'il occupe un tiers de notre vie. Alors que les mécanismes de la circulation, la respiration et la digestion ont été élucidés depuis des siècles, ceux du sommeil commencent seulement à être explorés par la neurobiologie. Longtemps considéré comme une période non active « une perte de temps d'après Thomas Edison », le sommeil est aussi essentiel à la vie que la

que la nourriture et l'eau, une période régénérative où les services de voirie cellulaire nettoient le travail de la journée et prépare le Canvas pour le travail du lendemain. C'est d'ailleurs pourquoi nous disons de manière intuitive quand nous devons résoudre un problème épineux : « Laissez-moi dormir là-dessus. On en parlera demain. »

La conception du sommeil en un bloc est relativement moderne, car, historiquement, le sommeil bimodal était de rigueur, marqué par des activités comme la conversation, les repas, le nettoyage et même les visites chez les voisins. L'heure du coucher était dictée par la lumière donnée par des bougies et lampes à huile limitée dans leur durée. La durée du sommeil varie à travers les peuples et les cultures. Il est connu que les Japonais et autres peuples asiatiques se contentent de 6 heures de sommeil alors que les Néo-Zélandais dorment 7 heures et 30 minutes en moyenne.

L'apparition de la lumière artificielle a tout changé, mais encore plus drastiquement de nos jours les écrans de nos téléphones, télévisions et tablettes ont créé d'ennuyeux disrupteurs hormonaux qui perturbent notre sommeil. Ceux qui sont privés de cette fonction essentielle paient des conséquences comme le manque de concentration, des troubles de mémoire et l'irritabilité.

Certaines sociétés ont adopté la sieste de l'après-midi comme complément de leur nuit de sommeil surtout dans les climats chauds. Les insomniaques apprennent les bénéfices de l'hygiène du sommeil mais dans leur appréhension des « nuits blanches » adoptent des médicaments qui ne remplacent pas le vrai sommeil.

Il est paradoxal qu'en ce moment nous les soignants qui ont appris à prendre les signes vitaux et à quantifier la douleur négligent de demander à nos patients des questions pour juger la qualité de leur sommeil.

La science du sommeil est jeune comme d'ailleurs l'exploration des fonctions cérébrales. Les rêves, les parasomnies, le somnambulisme sont des activités peu expliquées qui ont toujours fasciné l'humanité. Gardez un œil ouvert, car de nouvelles découvertes dans ce domaine sont dévoilées chaque jour...ou chaque nuit...

Lu Pour Vous nous emporte dans le sommeil et ses variantes. **Santé Publique** fait le point sur la filariose, développe le cauchemar de l'insomnie, brosse la problématique des rencontres inter générationnelles et nous informe comment vieillir sans s'ennuyer. **Éthique** rappelle le concept de la responsabilité et ses implications. **Actualités Médicales et Paramédicales** présente la complexité de la prise en charge de l'hypertension au cours de la grossesse. **Académie et Professions** développe le paquet de santé globale et reproductive et rend hommage à la brillante réussite d'une postulante au concours de la résidence hospitalière à HUM. **Informations socio culturelles** braque les projecteurs sur l'éminent Professeur d'anatomie, Dr Robert Germain, sur l'initiative de la FAHDIMAC à Jérémie, sur les 50 ans de la promotion Dantès Destouches et dénonce l'émigration des médecins haïtiens. **Petites Annonces** informe des bonnes nouvelles et occasions.

Comité de rédaction et de l'éditorial



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

" Si vous devez mettre quelqu'un sur un piédestal, mettez des enseignants. Ce sont les héros de la société."

Guy Kawasaki

1. Paralyse du sommeil et rêve lucide – Entre l'éveil et le rêve : un examen de deux états extraordinaires

Résumé de l'article par Severin Conductor et Brigitte Holzinger

J. Clin. Med. 2023, 12(10), 3437 ; <https://doi.org/10.3390/jcm12103437> Des anomalies neuropsychiatriques subcliniques sont présentes chez ≈40% des patients.

Résumé

Contexte : La paralyse du sommeil et les rêves lucides sont deux états de conscience qui sont liés au sommeil paradoxal mais sont définis par une conscience supérieure par rapport au sommeil paradoxal régulier. Malgré ces similitudes, les deux états diffèrent considérablement dans leur ton émotionnel et leur contrôlabilité perçue. Cette revue vise à résumer les recherches actuelles concernant la paralyse du sommeil et les rêves lucides. Cependant, compte tenu de la rareté de la recherche, un seul sujet ne peut être choisi. Méthodes : Des articles contenant à la fois des rêves lucides et une paralyse du sommeil ont été recherchés dans les banques de données suivantes : MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycInfo, PsycArticles et PSYINDEX. De plus, les citations des articles trouvés ont été examinées. Résultats : 10 études ont été incluses dans la revue. La plupart des études étaient des enquêtes, mais il y avait aussi une étude de cas, un essai randomisé et une étude EEG observationnelle. Le nombre de participants variait d'un seul participant à l'étude de cas à 1928 participants à une enquête.

Les principales conclusions étaient que les corrélations entre la paralyse du sommeil et le rêve lucide étaient positives et significatives dans la plupart des études. Conclusions : Il existe un lien entre le rêve lucide et la paralyse du sommeil. Cependant, la recherche est encore très limitée et diversifiée dans les méthodologies utilisées. Les recherches futures devraient permettre d'élaborer des méthodes standardisées pour examiner les deux phénomènes.

Référence

- Holzinger B., Mayer L. Paralyse du sommeil. Dans : Pagel J.F., éditeur. *Rêve de parasomnie : exploration d'autres formes de conscience du sommeil*. Nova Science Publishers, Inc. ; New York, NY, États-Unis : 2020. p. 73 à 110.

- Denis D. Relations entre la paralyse du sommeil et la qualité du sommeil : perspectives actuelles. *Nat. Sci. Sleep*. 2018 ; 10 :355–367. doi : 10.2147/NSS.S158600. - DOI - PMC - PubMed
- Cheyne J.A., Ruffler S.D., Newby-Clark I.R. Hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques pendant la paralyse du sommeil : construction neurologique et culturelle du cauchemar. *Conscient. Cogn.* 1999 ; 8:319–337. DOI : 10.1006/CCOG.1999.0404. - DOI - PubMed
- Herrero N.L., Gallo F.T., Gasca R.M., Gleiser P.M., Forcato C. Expériences extracorporelles spontanées et induites pendant la paralyse du sommeil : émotions, reconnaissance de l'aura et implications cliniques. *J. Sleep Res.* 2022 ; 32 : e13703. DOI : 10.1111/jsr.13703. - DOI - PubMed

Note de l'éditeur : Il serait intéressant d'explorer les explications de nos patients pour ces phénomènes extraordinaires connaissant nos tendances à attribuer au super naturel tout événement inhabituel. L'interprétation des rêves a une importance culturelle marquée dans notre société. La paralyse du sommeil est particulièrement effrayante même pour ceux qui ne croient pas au surnaturel.

2. Parasomnies et phénomènes perturbateurs du sommeil : aperçu des résultats locaux du sommeil

Extrait Résumé de l'article de Serena Scarpelli, Valentina Alfonsi et Maurizio Gorgoni

J. Clin. Med. 2022, 11(15), 4435 ; <https://doi.org/10.3390/jcm11154435>

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

Les parasomnies sont des troubles du sommeil qui impliquent des comportements anormaux, des expériences émotionnelles, des perceptions et une activité onirique, survenant pendant des phases de sommeil spécifiques ou des transitions veille-sommeil. La troisième édition de la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-III, 3e éd.) [1] classe les parasomnies en trois groupes : les mouvements oculaires non rapides (NREM), les mouvements oculaires rapides (REM) et les autres (c'est-à-dire indépendants de l'état de sommeil).

Des recherches récentes introduisant le concept de régulation locale du sommeil [2] ont ouvert de nouvelles perspectives dans le domaine de la recherche sur la parasomnie et les phénomènes similaires à la parasomnie. En effet, le sommeil humain ne représente pas nécessairement un processus global, car des caractéristiques électrophysiologiques locales semblables à l'éveil et au sommeil peuvent coexister dans différentes régions cérébrales pendant le sommeil, l'éveil et les transitions entre ces états [3,4,5]. Il a été récemment proposé que plusieurs parasomnies nocturnes du sommeil, telles que le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les éveils confusionnels, reconnus comme des troubles de l'éveil (DOA), pourraient représenter un contexte privilégié pour étudier les schémas électrophysiologiques dissociés locaux et leurs relations avec la modulation de la vigilance et des comportements. Un nombre limité d'études polysomnographiques (PSG) ont révélé une augmentation de la fragmentation du sommeil et une activité électroencéphalographique (EEG) atypique des ondes lentes (SWA) chez les individus atteints de parasomnies NREM par rapport aux sujets sains [6]. À l'heure actuelle, les connaissances sur les corrélats neuronaux des parasomnies NREM ne sont pas encore concluantes. Cependant, l'intérêt de la recherche pour les caractéristiques électrophysiologiques locales des parasomnies NREM augmente.

En ce qui concerne les parasomnies du sommeil paradoxal, le sommeil local peut représenter une perspective intéressante sur le trouble du comportement en sommeil paradoxal (TCSP). Cette parasomnie est caractérisée par une activité onirique vive et une mise en scène des rêves provoquée par la perte de l'atonie paradoxale physiologique (ICSD-III, 3e éd.) [1], et il peut être classé comme isolé (iRBD) lorsqu'il ne peut être attribué à aucune autre condition.

Dans l'ensemble, le sommeil local représente une perspective intéressante pour accroître notre compréhension des parasomnies. Au-delà d'une telle vision psychophysiologique, la complexité de ces phénomènes, leur sous-diagnostic fréquent et leur mauvaise compréhension conduisent à la nécessité de poursuivre les efforts et d'intégrer différentes perspectives cliniques et scientifiques pour promouvoir de nouvelles connaissances dans ce domaine.

Références

- Sateia, M.J. *Classification internationale des troubles du sommeil - troisième édition : faits saillants et modifications*. *Poitrine* 2014,146, 1387–1394. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed (en anglais)]
- Krueger, J.M. ; Nguyen, J.T. ; Dykstra-Aiello, juge en chef ; Taishi, P. *Sommeil local*. *Sommeil Med. Rev.* 2019,43, 14–21. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed (en anglais)]
- Ferrara, M. ; De Gennaro, L. *Aller local : aperçu des études EEG et stéréo-EEG du cycle veille-sommeil humain*. *Curr. Retour au début. Med. Chem.* 2011,11, 2423–2437. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed (en anglais)]
- Siclari, F. ; Tononi, G. *Aspects locaux du sommeil et de l'éveil*. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2017,44, 222–227. [Google Scholar] [CrossRef]
- Gorgoni, M. ; D'Atri, A. ; Scarpelli, S. ; Ferrara, M. ; De Gennaro, L. *Les caractéristiques électroencéphalographiques du processus d'endormissement et leur manipulation expérimentale*

avec des protocoles de privation de sommeil et de stimulation électrique transcrânienne. *Névrose. Biobehav. Rev.* 2020, 14, 25–37. [Google Scholar] [CrossRef]

Note de l'éditeur : Cette autre étude apporte une connaissance plus sophistiquée dans le domaine mystérieux du sommeil qui n'est pas un processus global, après tout. On se demande si certains malades affectés par les parasomnies n'ont pas reçu un diagnostic psychiatrique dû notre compréhension fautive de ces phénomènes.

3. Les artémisinines pour le syndrome des ovaires polykystiques ?

Extrait de l'article Liu Y et al. Science 2024 14 juin

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) touche environ 10 % des femmes en âge de procréer et provoque des taux élevés d'androgènes (la principale anomalie), entraînant un dysfonctionnement ovulatoire, une altération de la fertilité et des follicules ovariens polykystiques, ainsi que des troubles métaboliques associés tels que la résistance à l'insuline et le diabète de type 2. Chez les femmes, les androgènes sont produits principalement par les ovaires, mais aussi dans le tissu adipeux. Le traitement médicamenteux de première intention actuel du SOPK est un contraceptif oral combiné, mais ceux-ci ne ciblent pas les taux élevés d'androgènes.

Une équipe chinoise rapporte que les artémisinines, connues pour leur rôle dans le traitement du paludisme résistant à la chloroquine, dégradent une enzyme (LONP1-CYP11A1) essentielle à la production ovarienne d'androgènes. Tout d'abord, dans un modèle de rongeur du SOPK, un dérivé de l'artémisi-

nine (artéméter) a considérablement abaissé les niveaux d'androgènes, normalisé les cycles d'œstrus, amélioré la fertilité et restauré une morphologie ovarienne normale – sans effets indésirables. Puis, dans une étude clinique non contrôlée portant sur 19 jeunes femmes atteintes du SOPK, les artémisinines ont considérablement réduit les niveaux d'androgènes, restauré les cycles menstruels normaux et amélioré la morphologie ovarienne (telle que déterminée par échographie).

Référence

1. Liu Y et al. Les artémisinines améliorent le syndrome des ovaires polykystiques en médiant l'interaction LONP1-CYP11A1. *Science* 14 juin 2024 ; 384 : eadk5382.

Note de l'éditeur : Ce rapport, quoique limité, offre une option pour le traitement de PCOS avec un médicament déjà connu dans le traitement de la malaria. On attend les études plus larges avec l'espoir qu'elles renforceront les conclusions de cette étude.

4. Résultats à long terme grâce à la surveillance active structurée du cancer de la prostate de bas grade

Extrait de l'article Newcomb LF et al. JAMA 30 mai 2024

Pendant 7 ans, environ la moitié des patients ont maintenu leur classification de bas grade, et seulement 0,1 % sont morts d'un cancer de la prostate.

Un essai randomisé a documenté des résultats favorables à long terme pour les patients atteints d'un cancer de la prostate de bas grade qui font initialement

l'objet d'une surveillance active plutôt que d'un traitement définitif (NEJM JW Gen Med, 1er avril 2023 et N Engl J Med 2023 ; 388 :1547). Cependant, dans la pratique, l'adhésion à un protocole structuré n'est pas toujours optimale.

Dans cette étude observationnelle prospective, des chercheurs de 10 centres médicaux universitaires américains et canadiens ont recruté 2155 hommes (âge médian de 63 ans) qui ont été pris en charge par une surveillance active. Environ 85 % des cas ont été classés comme présentant un risque faible ou très faible, et 15 % présentaient un risque intermédiaire favorable. Le suivi dirigé par le protocole comprenait un test de l'APS tous les 3 à 6 mois, des biopsies de confirmation 6 à 12 mois après le diagnostic et des biopsies subséquentes tous les 2 ans après le diagnostic. Le respect du protocole était d'environ 90 %.

Après un suivi médian de 7,2 ans, environ la moitié des patients ont maintenu leur classification de bas grade et n'ont reçu aucun traitement. Le grade du cancer a été reclassé chez 43 % des participants, et 49 % ont subi une radiothérapie ou une intervention chirurgicale. Une progression vers un cancer métastatique est survenue chez 21 patients (1%), et 3 patients sont décédés d'un cancer de la prostate.

Référence

1. Newcomb LF et al. Résultats à long terme chez les patients utilisant la surveillance active dirigée par protocole pour le cancer de la prostate. *JAMA* 2024 30 mai ; [e-pub]. (<https://doi.org/10.1001/jama.2024.6695>)

Note de l'éditeur : Une autre étude qui nous rassure que le cancer de la prostate de bas grade puisse être pris en charge par la surveillance active. Sachant que le cancer de la prostate peut se manifester de façon différente chez les patients et que les facteurs ethnique et génétique devraient être considérés, il serait imprudent de généraliser les conclusions de l'étude.



LABORATOIRES
FARMATRIX

<https://labfarmatrix.com/>

1. Filariose lymphatique

Carl Renand FAYETTE, DMD
 Maîtrise en gestion de Système de soins
 MAPODE (Maîtrise en Population et
 Développement)
 Généré par l'IA

Introduction

La Filariose lymphatique (FL) est l'une des maladies tropicales négligées (MTN) les plus anciennes et les plus débilantes. Elle est causée par des vers parasites, qui sont transmis aux êtres humains par des moustiques. On estime que 120 millions de personnes vivant dans 81 pays sont actuellement infestées et que 1,34 milliard d'individus vivent dans des zones où la Filariose est endémique, et donc, sont exposés au risque d'infestation [1]. Environ 40 millions de personnes souffrent de stigmatisation ainsi que des manifestations cliniques invalidantes associées à la maladie. Parmi elles, 15 millions présentent un lymphœdème (éléphantiasis) et 25 millions d'hommes, un hydrocèle urogénital le plus souvent du scrotum [1].

Programme de lutte contre la filariose lymphatique (FL)

En 1997, l'Assemblée Mondiale de la Santé a appelé les États Membres à élaborer des plans nationaux devant servir de guide pour l'élimination de la FL. En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a créé le Programme mondial pour l'Élimination de la Filariose lymphatique (GPELF), qui a pour but d'éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020 maintenant d'ici 2030 en 1997, l'Assemblée mondiale de la Santé a proposé les États Membres une stratégie à deux volets pour atteindre cet objectif [2].

Le premier consiste à interrompre la transmission en délivrant une association de deux médicaments à l'ensemble de la population. Ce volet stratégique étant appelé Traitement Médicamenteux de Masse (TMM). Depuis 2016, un autre médicament (Ivermectine) est ajouté au schéma de traitement initial pour accélérer l'élimination des filaires. Le deuxième volet prévoit d'atténuer les souffrances et les incapacités liées à la maladie en mettant en place des mesures de base, comme une meilleure hygiène, des soins cutanés à l'intention des personnes atteintes de lymphœdème, ainsi que des interventions chirurgicales destinées aux hommes affligés d'un hydrocèle.

Haïti a réalisé sa cartographie en 2000, laquelle montrait que l'infestation filarienne atteignait presque

toutes les communes du pays (118/134), avec une prévalence allant de 1 à 45 % [réf. ?]. (figure 1)

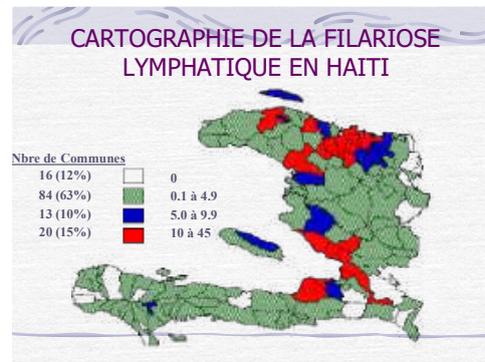


Fig. 1 : Enquête Nationale de Prévalence de la Filariose Lymphatique - MSPP- Haïti, 1999- 2001

Ainsi souscrivant à la politique d'élimination de FL prescrite par l'OMS, la première distribution de masse de médicaments antifilariens a eu lieu à Léogane en 2001. Le Ministère de la Santé Publique (MSPP) ciblait dans un premier temps les communes dites rouges (20/134) avec une prévalence de 10 à 45 %. En 2008, l'arrivée d'autres acteurs dans la lutte (comme IMAWORLHEALTH) a permis de passer à une couverture nationale, en réalisant un traitement de masse (chimio-prévention) dans l'ensemble des communes du pays.

En 2015, ces communes ont bénéficié d'un nombre suffisant de cycles de distribution de masse pour les permettre de passer à une autre étape du schéma programmatique de l'OMS. En effet, après 5 cycles de distribution de masse avec une couverture adéquate, la ou les communes en question étaient à même de subir une évaluation de la transmission (TAS). Il s'agit d'une enquête qui se fait sur un échantillon de la population (enfants de 6 – 7 ans). Un taux de positivité en deçà de 1 % atteste de l'arrêt de la transmission dans la ou les zones sous études.

À ce jour, 121 communes sur 140 ont réussi le TAS avec succès et sont passées en mode surveillance épidémiologique. Cependant, il reste des défis à relever dans les communes encore endémiques (18). Dans la plupart des centres urbains (Gonaïves, Arcahaie, Croix des Bouquets) il est un peu plus difficile de mettre en œuvre les stratégies qui ont valu du succès au programme jusque-là.

Complications de la Filariose

1. Rappel de l'étiopathogénie : parasite en question

Trois espèces de vers parasites sont en cause : le *Wuchereria Bancrofti*, le *Brugia Timori* et le *Brugia Malayi* (en souvenir des Dr Wucherer, Stephen Brug). Selon l'OMS le *Wuchereria* est responsable de 90 % de la filariose lymphatique dans le monde. Les deux

autres espèces sont confinés dans quelques pays d'Asie. Un moustique du genre *Culex*, anophèle ou aède pique et injecte le parasite lors d'un repas sanguin. Le microfilarie se dirige alors vers le système lymphatique où il va grandir pour devenir un ver adulte (macrofilarie) au bout de 6 à 12 mois. Un seul macrofilarie va rejeter dans le sang des milliers de microfilaries. L'infestation est telle qu'il se forme des niches de vers, visibles par ultrason et qui entravent la circulation lymphatique. Il s'ensuit une dilatation des vaisseaux lymphatiques, compromettant la fonction d'épuration du système lymphatique. De cette guerre immunologique, il en résulte un épaissement des tissus cutanés et sous-cutanés et de la peau appelée « éléphantiasis ».



Fig. 2 : *Wuchereria Bancrofti*
<https://www.shutterstock.com/fr/image-illustration/wuchereria-bancrofti-roundworm-nematode-one-causative-1079414723>

2. Clinique : Aspect des tissus au niveau des aires affectées

Une fois l'infection établie après plusieurs années (10 à 15 ans), les vers élisent domicile dans certaines régions du corps : les bras, les jambes, les seins, les reins et plus particulièrement le scrotum chez l'homme. Au début, il s'agit d'un simple lymphœdème symbolisant l'entrave à la circulation de la lymphe. Si rien n'est fait à ce stade en termes de prise de médicaments antifilariens, de massage ou autres mesures visant à faciliter la circulation de la lymphe, la zone touchée augmente de volume mais ne prend pas le godet. La peau devient alors plus fragile, le système immunitaire local un peu moins performant. Toute écorchure ou éraflure cutanée facilite l'irruption de microbes exogènes lesquels vont déclencher une crise aiguë d'adénolymphangite. La peau se desquame, facilitant ipso facto le passage au fil du temps à l'éléphantiasis (fig. 3 à 10).



Fig. 3 et 4 : lymphœdème pédième et jambier



Fig. 5 et 6 : évolution vers l'éléphantiasis



Fig. 7 : Cas d'éléphantiasis mammaire



Fig. 8 : éléphantiasis vulvaire



Fig. 9 et 10 : éléphantiasis scrotal géant (courtoisie Dr Jacques M. Jeudy)



Fig. 10 et 11 : lichénification de la peau

1. Paraclinique

Le filaire se détecte au microscope. Le diagnostic repose sur l'identification des larves appelées microfilaries. La prise de sang a lieu la nuit (entre 10hpm et 2h du matin) dans les zones à périodicité diurne. Durant cette période de la journée, les microfilaries gagnent en effet, la circulation périphérique permettant ainsi le diagnostic. On peut aussi utiliser l'échographie qui permet de visualiser les vers adultes qui se déplacent dans les vaisseaux lymphatiques élargis : danse filarienne.

Il faut mentionner aussi les tests de détection rapide, de nature qualitative, permettant d'identifier soit l'antigène (par exemple, celui du *Wuchereria*) soit l'anticorps. Un prélèvement de sang est alors effectué par piqûre au bout du doigt, ceci à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. Quant à l'anticorps, il témoigne de la résistance de l'organisme contre le parasite.

2. Résultat du traitement médical

L'OMS recommande la chimio prévention de masse (administration des médicaments contre la filariose à toute population à risque. Il s'agit d'une approche qui cible tous les individus vivant dans les zones d'endémie. Ainsi pour les gens déjà infectés, mais ne présentant pas encore de signe clinique, l'antiparasitaire prévient le passage à la chronicité. Cependant, pour ceux et celles qui présentent des signes évidents de morbidité, il existe tout un programme de traitement bien codifié et aussi, de prévention du handicap (MMDP : Morbidity Management, Disability Prevention) [3]. Dans ce dernier cas, il s'agit particulièrement de soins cutanés, d'exercice physique (physiothérapie), d'approche psychosociale). Cela est destiné à garantir une certaine qualité de vie aux personnes atteintes. Les membres déformés ne reviendront certes pas à leur état initial, mais l'inflammation aura été sensiblement réduite. La chirurgie est réservée aux cas d'hydrocèle. Une technique spéciale a été développée et qui prévient la récurrence.

Conclusion

Haïti fait partie des leaders mondiaux dans la lutte contre la filariose lymphatique. Les recherches ont démarré en 1990 à Léogâne. La première distribution de masse y a eu lieu en 2001. Les expériences

accumulées depuis ont guidé la communauté mondiale à mieux définir les lignes directrices de cette longue bataille. Après avoir arrêté la transmission dans 121 communes sur 140, Le Programme National peut s'enorgueillir d'avoir protégé plus de six millions d'haïtiens de l'infestation filarienne. Cependant la plupart des communes restantes sont les plus lourdement affectées, si l'on tient compte de la prévalence de départ. On ne peut non plus passer sous silence la forte migration inter et intra départementale qui risque de déplacer des populations des zones sous surveillances vers les zones encore endémiques du Nord ou vice versa. Il va falloir faire preuve d'imagination et affiner les stratégies pour ne pas rater le rendez-vous fixé par l'OMS en 2030 : *Élimination de La Filariose comme Problème de santé publique.*

Références

1. OMS, Plan Stratégique 2001-2009].
2. WHO, Road Map 2021-2030).
3. OMS, Plan Stratégique 2001-2009
4. WHO, Road Map 2021-2030).
5. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, Rapport de situation 2018
6. Monitoring and epidemiological assesment of Mass Drug Administration in the global programme To eliminate Lymphatic Filariasis

2. Rankont ant jenerayon yo

Dr. Rudolph Prudent
Kolektif Ayisyen Sante Piblik - KASPI

Post #1.

Listwa sante piblik (sante popilasyon) depi pase 50 dènye lane yo montre nou pa reyisi elabore ak degre otonomi li merite, vizyon stratejik nan domèn sante piblik. Sa ta pèmèt nou detèmine sou baz konsepsyon ak entegrasyon eleman istorik ak kiltirèl pa nou, misyon, oryantasyon ak kalite operasyon pou travay enstitisyon leta ak Asosiyasyon pwofesyonèl la.

Nou enstale ak anpil parès nan yon fòm suivis ak atantis pou tann oryantasyon ak chwa operasyonèl (finansman) entènasyonal la (bi kou multilateral) ofri kòm solisyon pou peyi tankou nou yo. Depi Alma Ata an pasan pa Déclaration de Paris oswa Objectif Développement du Millénaire yo nou senpman obsèvatè pa rapò ak chwa yo fè pou nou e sèten nan nou menm patisipe nan redije dokiman operasyonèl adapte ak chwa entènasyonal la.

Nou enstale ak anpil parès nan yon fòm suivis ak atantis pou tann oryantasyon ak chwa operasyonèl (finansman) entènasyonal la (bi kou multilateral) ofri kòm solisyon pou peyi tankou nou yo. Depi Alma Ata

an pasan pa Déclaration de Paris oswa Objectif Développement du Millénaire yo nou senpman obsèvatè pa rapò ak chwa yo fè pou nou e sèten nan nou menm patisipe nan redije dokiman operasyonèl adapte ak chwa entènasyonal la.

Nou paka kontinye nan direksyon sa pandan mond lan ap chèche lòt fòm rapò ant nasyon yo nan divèsite. Nou paka fèmen je sou dinamik istorik ki mennen nou la. Nou tout konnen se pa aza si se kalite rapò sa nou tabli ak patnè entènasyonal yo. Politik dominasyon kapitalis mondyal la fè yo kapab jwenn resous imen bon mache ala dispozisyon toutotan rapò fòs politik la rete an favè yo ansanm ak pouvwa finansye kòm prensipal mwayen kontwòl plan operasyonèl yo.

Nan tan pi resan yo nou konstate ak anpil enkyetid kijan Oganizasyon Mondyal Sante (OMS) ak patnè li yo pa jwenn twòp rezistans nan mond lan pou tante enpoze pwojè dominasyon mondyal kapital entènasyonal la sou sante popilasyon yo.

Sa merite entèpele nou kòm Ayisyen.

Eksperyans andedan lakay yo patisipe tou nan fòm atantis nou pale pi wo a. Asosyasyon yo pa rive kreye konfyans nesèsè nan popilasyon an (nan tout nivo) pou nou ka manifeste diferans ak espesifisite nou nan domèn nan. Asosyasyon pi prestijye nou kreye yo tankou Asosyasyon Medikal Ayisyen (AMH) ak branch piblik li Asosyasyon Sante Piblik Ayiti (ASPHA) rive jwe yon wòl sipèfisyèl nan sans sa malgre pasaj 3 jenerasyon pwofesyonèl pandan dènye 70 lane yo. Eske se pa lè bilan kritik? Nou ka toujou panse selon misyon yo te bay tèt yo kòm gwoup pwofesyonèl espesifik kap defann manb afilye yo atenn objektik yo, sepandan pa rapò ak misyon pwofesyonèl yo nan mond lan objektif asosiyasyon yo parèt derizwa lè nap pale de sante popilasyon an.

Eksperyans sa yo merite analize san pasyon ekzajere. Yo merite repense e petèt akouche lòt fòm pratik ak regwoupman pami pwofesyonèl sante yo. Sitou ke sèjousi nap kontinye tèt dwat nan chimen kopye eksperyans lòt peyi (Ordre de Medecins) ak ranfòse kontwòl entènasyonal la deja genyen sou sistèm sante a (pro aktivite OMS ak anbasad ameriken an).

Se vre modèl demokratik kawotik yo pèsiste enpoze peyi a ak vyolans entèn kòm modèl jesyon politik, montaj gouvènans sou kontwòl kòm repons fas ak kriz peyi a plis prezans militè pa lame entèpoze, kapab fè ayisyen kontinye pèdi konfyans nan kapasite yo genyen pou pwopoze altènativ nan kèlkilanswa domèn piblik ki fè resous nou yo ezite envesti nanm yo nan sèvis peyi a.

Listwa Ayiti montre nou se nan tabli mekanis patisipatif san paspouki san pam pi bon san se mwen ki chèf, nou ka rive jete baz pou emèjans vizyon ayisyen domèn sante piblik la.

Pou kòlte ak defi sa mekanis « Rencontres intergénérationnelles » ni nan leta (sante piblik) ni nan sosyete sivil la (òganizasyon yo) parèt kòm yon premye pa enkontounab.

Août 2024
(A swiv)

RENCONTRES INTER GÉNÉRATIONNELLES

Dr. Rudolph Prudent
Kolektif Ayisyen Sante Piblik – KASPI
Post # 1

Le profond déficit de documents d'orientation stratégique et opérationnel construits autour d'une philosophie et d'une histoire singulière de la santé publique (santé des groupes de populations) devrait interpellier ceux qui s'interrogent sur l'avenir et la survie de l'état-nation haïtien dans le monde multipolaire en phase d'affirmation. Au cours des dernières cinquante années, nous n'avons pas su ou pu, avec autonomie, écrire la vision haïtienne de santé publique. Celle-ci, affirmée et défendue jusqu'à nos jours, aurait conduit, dans nos interactions techniques locales et internationales, à définir et manifester sans crainte les missions, orientations et opérations des institutions de l'état et de la société civile pour les générations actuelles et à venir.

Nous nous sommes installés avec paresse dans une sorte de suivisme et d'attentisme intéressés en attente des propositions de la dominante internationale. Depuis Alma Ata (1978) avec la stratégie des soins de santé primaires (moins coûteuse pour le capital dominant international en crise) jusqu'aux Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), nous n'avons fait qu'observer et même souscrire à l'application de politiques et de plans opérationnels imposés dans tous les domaines publics en particulier celui de la santé.

Devons-nous poursuivre dans cette voie suicidaire alors que se concrétise l'ère de l'humanité renouvelée ? Évidemment non. Nous savons tous que le hasard est mince en politique et que les rapports de domination du capitalisme dominant international définissent les contours de nos rapports avec les instances techniques de domination sanitaires mondiales. Leur capacité de financement favorise la soumission intellectuelle et la mise à profit de ressources humaines nationales abondantes et peu enclines à l'interrogation critique des performances de nos partenaires.

Après l'expérience techniquement douteuse de la prise en charge de la pandémie de SARS Cov 2 tant chez nous qu'à l'échelle mondiale, l'OMS (bras technique de la domination mondiale en santé) ainsi que ses partenaires financiers poursuivent, sans bilan

aucun, leur rôle de nos jours imposé par le capital. Leur pro activité récente auprès des instances gouvernementales nationales montre encore l'importance accordée à la santé des populations en tant qu'important axe stratégique de contrôle politique.

Du côté de la société civile (vue comme moteur de la vie politique) il serait pertinent de porter le regard sur les expériences organisationnelles actuelles et passées par rapport aux contextes signalés plus haut. Les associations de professionnels n'ont pas su, à notre avis, créer le sentiment de confiance nécessaire à la mobilisation des populations pour leur santé. Nous avons certes créé de prestigieuses institutions comme l'Association Médicale Haïtienne (AMH) et l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPHA), qui n'ont joué qu'un rôle mitigé dans la santé des populations au cours des 50 ou 70 dernières années. Elles ont probablement atteint leurs objectifs de promotion de leurs membres, mais sont restées soumises aux barrières stratégiques et opérationnelles développées pour nous par le modèle capitaliste d'approche de soins publics. En ce sens leur apport peut être considéré comme superficiel.

Ces expériences de l'État et de la société civile doivent être analysées sans passion exagérée, repensées par rapport aux contextes internationaux émergents et enfin produire finalement de nouvelles orientations aux organisations de professionnels dédiées à l'action publique tout en évitant le « copier-coller ».

On accueille aujourd'hui la proposition d'un nouvel Ordre des Médecins qui semble être une démarche progressiste adaptée aux temps actuels. Il est vrai que le modèle chaotique de gestion de la chose publique, à savoir gouvernance imposée et contrôlée, violence généralisée, occupation par des forces internes et externes, sont de nature à nous faire perdre confiance dans nos capacités de proposer et de négocier une alternative valable et efficace dans le domaine public.

L'Histoire nous a pourtant enseigné que seuls des mécanismes sincères et participatifs d'échanges et d'élaborations sincères sont de nature à faire émerger cette vision haïtienne nouvelle à l'instar de celle qui a créé et reproduit jusqu'à aujourd'hui l'entité haïtienne que nous sommes.

Pour l'aborder, le mécanisme des Rencontres Intergénérationnelles paraît être un premier pas incontournable.

Auteur correspondant :
Rudy Prudent <anboulatcha@gmail.com>
Août 2024

3. L'insomnie

Michel J. Dodard M.D,



Introduction

On ne saurait parler d'insomnie sans comprendre le sommeil

Quelques définitions :

Qu'est-ce que c'est le sommeil ?

Le sommeil est un processus corporel normal qui permet à votre corps et à votre cerveau de se reposer. À première vue, le sommeil est d'une simplicité trompeuse. Pour la plupart des gens, il s'agit simplement de se mettre à l'aise, de fermer les yeux et de s'endormir. Mais malgré sa simplicité, le sommeil est l'un des processus corporels les plus complexes et les plus mystérieux connus de la science.

Si vous ne dormez pas assez ou si la qualité de votre sommeil n'est pas bonne, vous le saurez probablement simplement à ce que vous ressentez. Sans un sommeil de qualité suffisant, votre corps et votre cerveau ne peuvent pas fonctionner comme ils le devraient. Et il y a tout un domaine de la médecine entièrement consacré au sommeil et au traitement des conditions qui l'affectent ou le perturbent [1].

Qu'est-ce que c'est que l'insomnie ?

L'insomnie correspond à un déficit involontaire de sommeil. Il s'agit d'une pathologie complexe qui associe deux composantes : neurobiologique et psychologique. Les données recueillies chez différentes espèces animales et chez l'humain ont permis de décrypter certains de ses mécanismes, mais la maladie reste très imparfaitement comprise. Toutefois, des traitements existent, parmi lesquels les approches non médicamenteuses sont les plus efficaces. Les recherches sur cette maladie se poursuivent, pour réduire son impact chez les personnes qui en souffrent et son important coût social [2].

Le sommeil au cours de la vie

Nous passons par les étapes du sommeil environ toutes les 90 minutes pendant la nuit, dans le même ordre. La plupart des rêves se produisent pendant la seconde moitié de la nuit, car le sommeil paradoxal dure de plus en plus longtemps.

- étape 1 : Sommeil très léger
- étape 2 : Sommeil léger
- étape 3 : Sommeil plus profond
- étape 4 : Sommeil très profond, le plus réparateur
- étape 5 : Le sommeil paradoxal, quand on rêve

La structure du sommeil change avec l'âge. Pendant l'enfance et l'adolescence les besoins en sommeil varient de 18 heures par jour pour les nourrissons à environ 9 heures par jour pour les adolescents. À l'âge adulte la quantité de sommeil profond diminue considérablement entre 20 et 40 ans, et la durée moyenne du sommeil est de 7,5 heures. Les cycles reproductifs des femmes affectent le sommeil. par le cycle menstruel (deuxième moitié de cycle plus somnolente). Pendant la grossesse le premier trimestre est le plus somnolent

Le sommeil devient plus léger et les réveils nocturnes deviennent plus fréquents et durent plus longtemps. le réveil est fréquent après 3 heures de sommeil. La ménopause peut entraîner des bouffées de chaleur qui interrompent le sommeil à plusieurs reprises. Des problèmes respiratoires peuvent se manifester, en particulier chez les personnes en surpoids. Les adultes physiquement actifs dorment plus profondément que leurs pairs sédentaires.

Chez les personnes âgées le sommeil est plus léger, marqué par de fréquents réveils pendant la nuit. L'endormissement prend d'avantage de temps. Environ 20 % du temps de sommeil est consacré aux rêves

Malgré ce qui précède, sur une période de 24 heures, les personnes âgées accumulent la même quantité de sommeil total que les personnes plus jeunes à cause du fait qu'elles sont plus susceptibles de faire une sieste pendant la journée. Contrairement à ce que l'on croyait, les personnes âgées ont besoin de la même quantité de sommeil que lorsqu'elles étaient plus jeunes.

L'insomnie : un problème de sommeil courant

Les personnes souffrant d'insomnie peuvent rencontrer des difficultés à s'endormir, de nombreux réveils pendant la nuit, avec difficulté à se rendormir, un sommeil agité, une somnolence diurne. Pendant la journée, les personnes souffrant d'insomnie peuvent être anxieuses et irritables, avec difficulté à se concentrer [3].



Types d'insomnie

L'insomnie est dite transitoire si elle dure depuis moins de deux semaines. Elle est intermittente s'il y a des épisodes répétitifs d'insomnie transitoire. Elle est chronique s'il y a des difficultés persistantes à dormir, une plainte de mauvais sommeil causant de la détresse ou une déficience pendant six mois ou plus, un sommeil moyen inférieur à 6,5 heures par jour ou trois épisodes par semaine de d'endormissement de plus de 30 minutes, des réveils nocturnes durant plus d'une heure. Notez que le sommeil perturbé par un trouble mental, un problème de santé comme la douleur ou la consommation de substances, ne figure pas dans la définition stricte de l'insomnie. La correction visera à traiter le problème primaire [3, 4].

Quelle est la fréquence de l'insomnie ?

Plus de la moitié des adultes aux États-Unis ont déclaré avoir souffert d'insomnie au moins quelques nuits par semaine au cours de l'année écoulée. Près d'un tiers ont déclaré souffrir d'insomnie presque toutes les nuits. L'insomnie augmente avec l'âge. Les femmes souffrent d'insomnie deux fois plus souvent que les hommes. Ces données sont changeantes et pas nécessairement applicables à tous les pays ou en toutes circonstances.

Quelles conditions peuvent causer de l'insomnie ?

Nous citons :

- l'hyperthyroïdie ;
- l'arthrite ou toute autre affection douloureuse ;
- la maladie pulmonaire ou rénale chronique ;
- la maladie cardiovasculaire (insuffisance cardiaque, coronaropathie) ;
- les brûlures d'estomac (RGO) ;
- les troubles neurologiques (épilepsie, Alzheimer, maux de tête, accident vasculaire cérébral, tumeurs, maladie de Parkinson) ;
- le diabète ;
- la ménopause.

Les autres causes sont les troubles psychiatriques surtout les phobies et les attaques de panique, le trouble bipolaire, la dépression et la schizophrénie ; le travail par roulement qui cause des troubles du rythme circadien ; le syndrome des jambes sans repos ; le trouble du mouvement périodique des membres et l'apnée du sommeil.

Quels médicaments courants peuvent causer l'insomnie

- Alcool ;
- Caféine/chocola t ;
- Nicotine/patch nicotine ;
- Bêta-bloquants ;
- Inhibiteurs calciques ;
- Bronchodilatateurs ;
- Corticostéroïdes ;

- Décongestionnants ;
- Antidépresseurs ;
- Hormones thyroïdiennes ;
- Anticonvulsivants ;
- Médicaments contre l'hypertension artérielle.

Quelles sont les conséquences de l'insomnie ?

L'insomnie affecte l'individu, leur compagnon de chambre et entraîne des conséquences économiques adverses à cause de diminution des performances mentales et du fonctionnement moteur. L'individu affecté peut souffrir de troubles de l'humeur, difficultés interpersonnelles en famille, entre amis et au travail.

Les conséquences pour la société sont multiples. Par exemple 20 % des accidents sont dus à l'insomnie. L'incapacité à accomplir les tâches quotidiennes est bien connue. Par exemple les erreurs de jugement des médecins ont été attribuées au manque de sommeil, ce qui a causé des changements dans les horaires de la résidence hospitalière aux Etats Unis.

Traitement de l'insomnie

L'usage des somnifères est la modalité de traitement la plus courante pour l'insomnie à court terme. Ils causent la somnolence du lendemain. La tolérance et la dépendance peuvent se développer. Ces médicaments sont efficaces pour l'insomnie à court terme (quelques semaines pour des circonstances à limites définies - période post opératoire, stress aigu). Des effets secondaires sérieux comme l'amnésie rétrograde ont été décrites après usage prolongé.

En dépit de tout, 5 à 10 % des adultes ont utilisé une benzodiazépine. 10 à 20 % des personnes de plus de 65 ans utilisent des somnifères [3].



Traitements non médicamenteux

La prise en charge courante favorise, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ; le contrôle des stimuli (écrans électroniques, télévision quasi permanente, la thérapie cognitive, la restriction du sommeil l'entraînement à la relaxation et la méditation, l'application des principes d'hygiène du sommeil [6].

La thérapie cognitive consiste à identifier les croyances incorrectes sur le sommeil, remettre en question leur véracité et les remplacer par des pensées réalistes.

Quelques exemples d'idées fausses : « L'insomnie est une partie normale de l'âge avancé ; « Je dois dormir 8 heures par nuit. » « L'insomnie peut me rendre malade ou provoquer une dépression nerveuse. » « J'ai eu une mauvaise journée à cause de mon insomnie. » « Je ne peux pas avoir une journée normale après une nuit blanche. » « Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et faire plus d'efforts. »

Mythes plus courants sur l'insomnie

Il s'agit d'idées fausses sur le contrôle et la prévisibilité du sommeil : « Je ne peux pas prédire quand je dormirai bien ou mal. » ; mythes sur les comportements qui mènent à un bon sommeil :

« *Quand j'ai du mal à m'endormir, je devrais rester au lit et faire plus d'efforts.* »

Comment *monitorer* votre sommeil

Il est recommandé d'écrire un journal de sommeil quotidien, notant l'heure du coucher, réveils nocturnes, l'heure de réveil, les siestes pendant la journée.

Logiciel pour monitorer le sommeil

Plusieurs logiciels existent pour une analyse détaillée du sommeil que les patients peuvent télécharger sur leur téléphones cellulaires.



Restriction du sommeil

Il faut l'aide d'un professionnel est avisé.

Réduisez l'heure du coucher au temps réel que vous passez à dormir (pas au lit), mais pas moins de 4 heures par nuit. Aucun sommeil supplémentaire n'est autorisé en dehors de ces heures. Notez dans votre journal de sommeil quotidien la quantité réelle de

sommeil obtenue. Calculez l'efficacité du sommeil (temps total de sommeil divisé par le temps total au lit). Sur la base d'une efficacité de sommeil moyenne de 5 nuits, augmentez le temps de sommeil de 15 minutes si l'efficacité est de >85 %.

Chez les personnes âgées, augmentez le temps de sommeil si l'efficacité >80% et prévoyez une sieste de 30 minutes.

Contrôle du stimulus - Vous pouvez le faire vous-même

Ne vous couchez que lorsque vous avez sommeil. Il est conseillé d'utiliser le lit uniquement pour dormir. Bannissez la TV dans la chambre à coucher. Évitez l'usage du téléphone ou de la tablette au moins une heure avant le coucher. Si vous ne pouvez pas dormir, déménagez dans une autre pièce et ne retournez au lit que lorsque vous avez sommeil. Levez-vous à la même heure tous les matins. Évitez de faire la grasse matinée en week-end. Ne faites pas de sieste si possible.

Entraînement à la relaxation

Plus efficace que l'absence de traitement, mais pas aussi efficace que la restriction du sommeil. Cette technique est plus utile avec les jeunes adultes que chez les adultes plus âgés. Participez à toutes les activités que vous trouvez relaxantes peu de temps avant de vous coucher ou au lit comme l'écoute d'une cassette de relaxation, de la musique apaisante, une « machine à bruit blanc », des exercices de relaxation musculaire.

Habitudes de sommeil saines (hygiène du sommeil)

Évitez l'alcool, la nicotine, la caféine, le chocolat pendant plusieurs heures avant le coucher. Réduisez le temps passé au lit sans dormir ; lit uniquement pour le sommeil et le sexe ; pas grignoter des snacks, faire des selfies. Évitez une horloge de chambre visible avec un cadran lumineux. Ne vous laissez pas vérifier l'heure à plusieurs reprises !

Habitudes de sommeil plus saines

Exposez-vous à une lumière vive au bon moment, le matin, si vous avez du mal à vous endormir le soir. La nuit, si vous voulez rester éveillé plus longtemps la nuit.

Établissez un horaire de sommeil régulier.

Faites de l'exercice tous les jours - l'exercice améliore le sommeil !

Ajustez l'environnement de la chambre à coucher ; le sommeil est meilleur dans une pièce fraîche. Plus c'est obscur, mieux ça vaut. L'obscurité favorise la régulation hormonale du sommeil. Si vous vous levez

pendant la nuit pour aller aux toilettes, utilisez un minimum de lumière. Utilisez une machine à bruit blanc ou un ventilateur pour couvrir les autres sons. Assurez-vous que votre lit et votre oreiller sont confortables. Si vous avez un partenaire qui ronfle, donne des coups de pied, etc. vous devrez peut-être vous déplacer vers un autre lit (essayez d'abord le bruit blanc).

Ces recommandations sont universelles quoique non réalistes pour plusieurs de nos patients,

Traitement pharmacologique

Les essais pour une utilisation continue ne dépassent pas 6 mois pour l'eszopiclone, 12 semaines pour le témazépam, 6 semaines pour la trazodone, 5 semaines pour le zolpidem (12 semaines pour une utilisation intermittente) et 4 semaines pour le zolpéron 1,6

Le somnifère moyen n'augmente pas le temps de sommeil de plus de 20 à 30 minutes.

Diphenhydramine

Les ECR suggèrent une amélioration subjective du sommeil, mais limitée par un petit nombre de patients étudiés, de courte durée et un manque de mesures objectives.

Aucune donnée récente d'efficacité sur 3 semaines a été publiée. La tolérance se manifeste après quelques jours. Des effets neurocognitifs du lendemain, effet anticholinergique, augmentation des enzymes hépatiques sont des effets secondaires connus

Mélatonine

Très populaire mais pas aussi efficace que l'on croit Les études probantes sont limitées par leur nombre restreint, leur durée insuffisante et des dosages et formulations variées entre diverses études. Cependant, la mélatonine est mieux utilisée pour « l'insomnie du décalage horaire » (vols aériens trans continentaux).

Trazodone

Données limitées, et particulièrement limitées sur l'insomnie primaire (seulement 2 études). Manque de mesures objectives d'efficacité

Courte durée des essais (la plus longue est de 6 semaines). Il faut aussi prendre en compte des effets secondaires (sédation, étourdissements, orthèses, troubles psychomoteurs, priapisme, etc.). Il y a évidence de quelques signes de tolérance (après 1 à 2 semaines).

Les benzodiazépines

Introduits comme une alternative au phénobarbital et autres barbiturates qui étaient une fréquente cause

d'abus et impliqués dans les tentatives de suicide. Effectivement ces agents causent des améliorations subjectives et objectives des mesures de maintien du sommeil (nombre de réveils) plus importantes pour les agents à action prolongée (flurazépam, quizépam, estazolam) par rapport au triazolam.

Cependant, la sédation du lendemain ainsi que les troubles des fonctions cognitives et psychomotrices s'aggravent. De plus les données objectives des laboratoires du sommeil sur le témazépam pour améliorer le nombre de réveils sont équivoques [7].

Benzodiazépines et agonistes non-benzodiazépines

Des études ont montré une réduction de la latence d'endormissement supérieure à celle des antidépresseurs et de la mélatonine par comparaisons indirectes.

Le risque de préjudice est plus élevé pour les benzodiazépines que pour les non-benzodiazépines d'après des comparaisons indirectes. Des preuves solides de biais de publication ont paru dans les analyses des études comparatives,

Il y a moins de preuves d'effets résiduels subjectifs et objectifs le lendemain associés au zolpidem par rapport aux benzos. Moins de signes d'affaiblissement subjectif des facultés le lendemain avec le zolpéron, même s'il est administré au milieu de la nuit. On note une efficacité pour l'endormissement, pas pour l'entretien et moins d'interactions médicamenteuses.

Agonistes non benzodiazépines

Leur action est de potentialiser l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), en se liant aux récepteurs des benzodiazépines qui sont situés sur les récepteurs GABA. En fait, l'eszopiclone n'a pas beaucoup plus d'effet qu'un placebo. Les effets secondaires sont nombreux. Il est approuvé par la FDA pour une utilisation à long terme

Zolpidem

Approuvé pour le traitement à court terme (2 à 6 semaines) de l'insomnie à cause de son risque de dépendance physique grave et un risque de dépendance physique grave et un profil d'effets secondaires élevé, y compris l'amnésie antérograde et l'ataxie

Zolpéron

À peine mieux qu'un placebo il atteint sa pleine concentration en une heure et est rapidement métabolisé. Peut provoquer des hallucinations, une confusion grave, un comportement anormal, une amnésie rétrograde. Très populaire dans le monde entier OTC, sous le nom de Zolpicon. Il a été initialement introduit comme moins addictif que les

benzos, et moins d'effets secondaires de sevrage. Comme il est fréquemment mal utilisé, c'est tout le contraire qui s'est produit.

Ramelteon

Le premier de la classe se lie sélectivement aux récepteurs de la mélatonine dans le noyau supra-chiasmatique. (SCN). Pas de potentiel d'abus, ni de dépendance, pas de gueule de bois

Traitements comportementaux

Des traitements bien établis comme : le contrôle du stimulus (intention paradoxale (*technique psychologique qui invite le patient à faire ce qu'il redoute le plus*), relaxation musculaire progressive. Les modalités suivantes sont probablement efficaces pour certains patients : restriction du sommeil, l'éducation à l'hygiène du sommeil thérapie cognitive le biofeedback [6].

Considérations – Comportemental

Le coût et le manque de disponibilité autant que la paucité des professionnels spécialisés limitent l'usage de ces modalités. Il y a aussi des problèmes potentiels de motivation et d'observance des patients quoique les effets secondaires sont limités ou non existants. Les différences dans les mesures de l'insomnie et des résultats rendent difficile la comparaison des résultats de l'étude.

Conclusions

Il n'existe aucune étude prospective démontrant que le traitement de l'insomnie améliore les résultats des comorbidités associées. La durée de ces études est limitée.

Il nous manque des preuves concluantes en faveur de la thérapie pharmacologique par rapport à la thérapie comportementale, mais des preuves limitées ont permis l'adoption pour guider les objectifs et les paramètres de traitement spécifiques. En l'absence de données probantes, il faut faire correspondre la nature du problème de sommeil avec le traitement, la disponibilité, la tolérance aux effets secondaires et les comorbidités. Il faudrait aussi prendre en considération les circonstances dans la vie du patient. Il est clair que l'usage des benzodiazépines à long terme n'est pas aussi bénin que l'on croyait ; leur usage devrait avoir une régulation rigide surtout que ces médicaments sont souvent partagés sans réserve entre patients.

Articles sélectionnés

1. Ellenbogen, Jeffrey M. , Dang-Vu, Thien Thanh , Foulkes, David , Cartwright, Rosalind D. and Mroczek, Melodee a "sleep". Encyclopedia Britannica, 11 Aug. 2024, <https://www.britannica.com/science/sleep>. Accessed 23 August 2024.

2. Insomnia overview -Cleveland Clinic
3. Diagnostic et traitement de l'insomnie chronique : une revue. Psychiatr Serv. mars 2005 ; 56(3):332-43.
4. Silber MH. Pratique clinique. Insomnie chronique. N Engl J Med. 25 août 2005 ; 353(8):803-10.
5. Buscemi N et al. Manifestations et prise en charge de l'insomnie chronique chez l'adulte. Rapport sur les données probantes et évaluation de la technologie. Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé. Juin 2005 ;125 :1-11.
6. Chesson, AL et al. Paramètres de pratique pour le traitement non pharmacologique de l'insomnie chronique. Comité des normes de pratique de l'American Academy of Sleep Medicine. Dormir. 1999 ; 22(8):1128-1133.
7. Mendélisons WB. Examen des données probantes sur l'efficacité et l'innocuité de la trazodone dans le traitement de l'insomnie. J Clin Psychiatrie. avril 2005 ; 66(4):469-76.
8. Nowell et al. Benzodiazépines et Zolpidem pour l'insomnie chronique : une méta-analyse de l'efficacité du traitement. JAMA. 1997 décembre ; 278(24):2170-2177.

4. Capsule-santé

VEILLIR SANS S'ENNUIER

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



On reconnaît que l'ennui est l'ennemi implacable du corps et de l'esprit. Il use l'un et l'autre, en faisant voir l'horizon de l'existence plus sombre qu'il ne l'est en réalité.

L'art de bien vieillir, c'est de pouvoir conserver le sourire, la jeunesse d'esprit et l'insatiable désir et volonté de continuer à jouir de la vie.

La personne qui est vraiment vieille, est celle qui n'a plus le sens de l'émerveillement. Alors qu'il y a tant de belles choses encore à découvrir et à admirer. De phénomènes naturels à comprendre, de personnes à rencontrer. L'ennui n'existe pas pour qui s'évertue à donner un sens à sa vie.

La vieillesse ne se manifeste pas brusquement. On le voit venir au jour le jour. Ainsi, on a le temps de s'y préparer, d'accumuler des souvenirs des bons moments qui meubleront nos rêveries au couchant de la vie. Il faut parfaire nos connaissances qui le rendront suffisamment agréable et pour instruire notre entourage. Un certain nombre de personnes, au tournant de leur vie, ont repris le chemin de l'école pour obtenir un nouveau diplôme.

La retraite ne doit pas être vue comme une fatalité du destin, mais bien une finalité. Au contraire, on devrait s'y préparer, afin d'éviter de faire fausse route et d'échapper à l'ennui qui s'installerait dans notre vie. Loin d'être une rupture, la retraite doit être un changement bien réfléchi adapté au troisième et au quatrième âge. Une sorte de renouveau, durant lequel, le retraité cultive des violons d'Ingres, ses passe-temps, et où il enrichit ses connaissances.

Il peut même retourner dans la région ou sa ville natale pour se remémorer. Pour se réharmoniser à la terre, pour cultiver un jardin potager, planter des fleurs ou des arbres.

Évitons la monotonie qui désoriente, mène à la paresse et intoxique ainsi le corps et l'esprit. Il faut prendre avec conviction, résolument et joyeusement, une autre voie, aussi passionnante, aussi imprévue que la précédente, qui mène à d'autres satisfactions.

À l'abri de l'oisiveté, de la morosité, le vieux sage, ressentira ainsi moins les changements survenus dans sa condition physique. Car, trop souvent, on se réfère uniquement à l'âge chronologique fixé par l'année de naissance, pour évaluer l'espérance de vie, au lieu de se remettre à notre âge véritable, celui déterminé par nos marqueurs biologiques gage d'une espérance de vie en bonne santé.

C'est ainsi que le sage vit à son rythme, en adoptant un mode de vie adapté à ses capacités tant physiques que mentales plus ou moins déclinantes. Dans ces conditions dignes d'un être humain, le sage aura le réconfort de continuer à participer, dans la mesure du possible, à la vie communautaire.

Dans les coutumes et concepts du Japon qui compte un grand nombre de centenaires, on retrouve le mot Ikigai, qui signifie littéralement « la joie d'être toujours occupé ».

D'après les Japonais, nous possédons tous un Ikigai, une raison d'exister, qui nous pousse à nous lever chaque matin et à être le principal acteur de notre vie.

Jean-Claude Magny
Coordonnateur du réseau international des Clubs-santé : CESPA
www.clubs-sante.org

 <p>Hb 201</p>	<p>HemoCue® 201 Systems:Hb and Glucose</p> <p>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.</p>
<p>HemoCue® HbA1c System</p> <p>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.</p>	 <p>HbA1c</p>

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

www.hms.ht

 HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES SA
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1963



1. Formation ECHO

HYPERTENSION ARTÉRIELLE AU COURS DE LA GROSSESSE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

¹ Jerry Bazile, MD, ² Djoudly Noël, MD
1 OBGN, spécialiste en infertilité
2 Médecine et santé

I. PRÉ ECLAMPSIE SÉVÈRE AU CENTRE DE DELMAS III

Djoudly Noël, MD
Médecine et santé

Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans, G1 à 30 semaines d'aménorrhée, sans tares associés. Sa dernière consultation prénatale remonte à 10 jours, vue aux urgences pour céphalées, vertiges, troubles visuels. Ses signes vitaux étaient : TA : 170/110mmHg ; FC : 92bpm ; Fr : 22 c/mn ; SaO₂: 97 %. La bandelette urinaire présentait une protéinurie à 2+.

Elle est admise avec diagnostic de prééclampsie sévère et a bénéficié d'une prise en charge faite de :

- Labétalol : doses de charge de 20mg sur 2 minutes, suivi d'une dose d'entretien de 200mg dilué dans une Ringer lactate a 6-8 gouttes par mn sur 24h ;

- MgSO₄ : dose de charge 4gm dilué dans une seringue de 60cc sur 20 minutes suivi d'un monitoring strict.

Six heures plus tard, les chiffres tensionnels étaient à 165/110mmHg. Face à cette situation, elle a été référée à l'HUÉH pour meilleure prise en charge.

II. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE

Jerry BAZILE, MD

Il faut préconiser l'association de plusieurs drogues dans cette prise en charge dont l'apresoline dans un protocole adapté. Il faut aussi utiliser les bénéfices du doppler utérin afin de définir un momentum dans la prise en charge par rapport à l'âge gestationnel. Il faut introduire une éventuelle maturation pulmonaire si le doppler suggère une terminaison de la grossesse. La NFS, le taux de plaquettes, le bilan de coagulation, le bilan rénal sont à réclamer.

III. DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PENDANT LA GROSSESSE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

Jerry BAZILE, MD.

Les objectifs de cet article sont de diagnostiquer et de connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la

grossesse : l'hypertension artérielle gravidique.

1. Éléments de diagnostic de l'Hypertension Artérielle (HTA) gravidique

Le diagnostic de l'Hypertension Artérielle (HTA) au cours de la grossesse correspond à la découverte d'une Pression Artérielle Systolique (PAS) \geq 140 mm Hg et/ou Pression Artérielle Diastolique (PAD) \geq 90 mm Hg à au moins deux (2) reprises, mesurée au repos, en position de décubitus latéral gauche ou en position assise.

On appelle :

- Prééclampsie ou toxémie gravidique : l'association d'une HTA à une protéinurie ($>$ 300 mg/l ou 500 mg/24h). Des œdèmes déclives, des extrémités et du visage peuvent être présents. Elle est dite « surajoutée » lorsqu'elle survient chez une patiente avec HTA chronique.
- HTA gravidique : une HTA apparue après 20 SA chez une femme jusque-là normo tendue, sinon il s'agit d'une HTA chronique.
- L'HTA chronique : antérieure à la grossesse mais parfois méconnue. Il faut y penser si l'HTA est découverte avant 20 SA.
- Signes fonctionnels d'HTA : céphalées, acouphènes, phosphènes, Réflexes Ostéotendineux (ROT) vifs, barre épigastrique.

Il est important de préciser que 5 à 10 % des grossesses se compliquent d'HTA ; parmi elles 10 % présenteront une pré éclampsie. Elle apparaît en général au 3e trimestre chez une patiente primipare et régresse après l'accouchement [1]. Ces chiffres traduisent parfaitement la réalité au sein de la maternité du centre hospitalier Foyer Saint Camille de Janvier 2018 à date.

2. Les complications peuvent être de deux types :

a) maternelles qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital sont :

L'éclampsie ; les troubles visuels (flou, amaurose) ; le HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzyme, Low Platelets) syndrome ; l'Hématome Rétro Placentaire (HRP) ; la Coagulation Intra Vasculaire Disséminée (CIVD) ; plus rarement, l'insuffisance rénale aiguë, les complications hépatiques (stéatose hépatique aiguë gravidique, l'hématome sous-capsulaire du foie), l'hémorragie cérébro-méningée à l'occasion d'une poussée hypertensive, la rétinopathie hypertensive [2].

b) fœtales :

Le Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) ; La Mort Fœtale In Utero (MFIU) au terme d'un RCIU sévère ou

à l'occasion d'un accident aigu (éclampsie, HRP) ; la prématurité induite pour sauvetage maternelle ou fœtale ;

Pour les séquelles néonatales, il n'y a pas de parallélisme strict entre les chiffres tensionnels et la sévérité du RCIU. Une HTA en apparence modérée peut être associée à un RCIU sévère [1]

3. Objectifs de l'examen d'une femme enceinte hypertendue

L'HTA gravidique est une pathologie poly viscérale dont l'élévation tensionnelle n'est qu'un symptôme. Le traitement médical antihypertenseur exerce une influence très limitée sur l'évolution. Le seul véritable traitement est la terminaison de la grossesse, qui ne se justifie que dans les formes graves ou proches du terme [3].

L'objectif de l'examen est donc d'évaluer la gravité de l'HTA pour distinguer : d'une part les formes légères ou modérées, qui autorisent une surveillance ambulatoire jusqu'au 9^e mois, puis feront discuter un déclenchement artificiel du travail au début du 9^e mois (au mieux de manière collégiale et multidisciplinaire) et d'autre part les formes graves, qui imposent l'hospitalisation immédiate et une extraction fœtale à brève échéance, souvent par césarienne.

4. Signes cliniques de gravité

Si multiparité et antécédents de formes graves d'HTA en cours de grossesse, ce sont l'éclampsie, le HRP, la mort fœtale in utero, les signes fonctionnels d'HTA, les troubles visuels (phosphènes) et auditifs (bourdonnements), la notion de prise de poids récente et brutale (plusieurs kg en quelques jours) avec oligurie [4].

En plus, on observe une diminution des mouvements actifs fœtaux ; une PAS \geq 160 mm Hg ou une PAD \geq 110 mm Hg ; des œdèmes massifs, prenant le godet, surtout visibles au visage et aux membres inférieurs ; une protéinurie massive à la bandelette. La hauteur utérine inférieure à la normale pour l'âge gestationnel fait suspecter un RCIU.

5. Explorations à réaliser

a) sur le plan maternel :

Il faut deux examens de base : protéinurie (normale $<$ 300 mg/l ou 500 mg/24h) ; uricémie (normale $<$ 360 μ mol/l). Seront considérés comme des signes de gravité : une protéinurie $>$ 1 g/l ; une hyperuricémie $>$ 360 μ mol/l ; une élévation franche de la protéinurie ou de l'uricémie à deux examens successifs [1].

Les autres examens indispensables en présence de signes de gravité sont : NFS et plaquettes à la recherche d'une thrombopénie, d'une anémie, d'une hémocoagulation. Il faut demander un bilan de coagulation (si prééclampsie) : TP, TCA, fibrinogène,

Ddimères afin d'éliminer une coagulation intravasculaire disséminée CIVD ; ionogramme sanguin (+/-) urinaire avec créatininémie signalerait une insuffisance rénale. La recherche des transaminases, LDH marquant une cytolysse en cas de HELLP syndrome. Il faut aussi demander un fond d'œil.

Une thrombopénie, une CIVD, une cytolysse hépatique, une insuffisance rénale franche sont toujours le témoin d'une forme grave. L'association d'une anémie, d'une cytolysse hépatique et d'une thrombopénie définit le HELLP syndrome [5].

b) sur le plan fœtal en cas de gravité

Une échographie obstétricale avec doppler ombilical et cérébral est réalisée, comprenant aussi la biométrie fœtale pour l'évaluation du volume du liquide amniotique. Normalement, les résistances vasculaires sont faibles dans les artères ombilicales entraînant une vélocité diastolique élevée et fortes dans les artères cérébrales conduisant à une vélocité diastolique faible. Dans un contexte de RCIU, une diastole ombilicale faible ou nulle et une diastole cérébrale élevée sont des signes de haute gravité : risque de mort fœtale in utero à brève échéance [6].

Le Doppler utérin normal se caractérise par une décroissance régulière de la vélocité sanguine pendant la diastole et le maintien d'une vélocité relativement élevée en fin de diastole (rapport D/S > 0,40). Un enregistrement cardio tographique est à faire après 26 SA. D'intérêt limité dans les HTA modérées et isolées, il est indispensable dans la surveillance des formes graves. Les altérations du rythme cardiaque fœtal, même en apparence modérées, sont le témoin d'une souffrance fœtale sévère qui précède de peu la mort fœtale in utero [6].

Les signes de gravité

Des altérations franches et bilatérales du doppler utérin sont une incisure proto diastolique, une diminution excessive de la vélocité en fin de diastole qui traduisent l'insuffisance de la circulation utéro-placentaire. Un RCIU, classiquement tardif (apparaissant au 3^e trimestre) et disharmonieux (prédominant sur la biométrie abdominale alors que le diamètre bipariétal est normal ou peu diminué). Un oligoamnios (liquide amniotique peu abondant) [1].

6. Principes de la prise en charge thérapeutique

Le seul véritable traitement est la terminaison de la grossesse, mais il ne se justifie que dans les formes graves ou proches du terme. Le traitement médical antihypertenseur n'est qu'un traitement adjuvant d'intérêt limité. Il fera partie d'une prise en charge établie au mieux de manière collégiale et multidisciplinaire.

En cas d'HTA légère ou modérée, il faut une surveillance en externe, une mise au repos (arrêt de travail). Un traitement médical antihypertenseur en monothérapie est administré (d'indication et d'intérêt discutés) [3]. Une surveillance renforcée avec une consultation tous les 10 jours environ, un bilan biologique régulier, une échographie mensuelle avec doppler utérin (à 22 SA, à contrôler si pathologique). Au 9^e mois, discuter un déclenchement artificiel du travail en fonction des conditions obstétricales [7].

Dans les cas sévères, il faut hospitaliser pour permettre une surveillance étroite materno-fœtale. Il faut aussi prévoir la nécessité d'une extraction fœtale urgente. Le traitement médical antihypertenseur, nécessite souvent une association de plusieurs drogues et/ou leur administration par voie parentérale à la seringue électrique [7].

7. Modalités du traitement médical antihypertenseur

Son intérêt est limité. Il influence peu le pronostic car l'HTA n'est qu'un symptôme d'une maladie poly viscérale. Un traitement trop énergique peut même aggraver une souffrance fœtale en réduisant la perfusion utéro-placentaire. Son seul objectif est d'éviter les à-coups hypertensifs [8].

Sont prohibés : un régime sans sel et diurétiques qui aggravent l'hypovolémie déjà présente chez la femme enceinte hypertendue et réduisent la perfusion utéro-placentaire ; les inhibiteurs de l'enzyme de conversion qui s'avèrent fœtotoxiques [1].

Dans le cadre du traitement médical hypertenseur, on peut utiliser en première intention : antihypertenseurs centraux, bêtabloquants ou association alpha et bêtabloquants. L'alpha méthyl dopa bénéficie d'une large expérience dans ce domaine. En seconde intention : bêtabloquants +/- effet alpha bloquants, Inhibiteurs calciques, vasodilatateurs [9].

Conduite à tenir après l'accouchement

Un bilan vasculo-rénal, trois mois après l'accouchement (créatininémie, albuminurie néphropathie des 24h) est fait à la recherche d'une pathologie sous-jacente : HTA permanente révélée par la grossesse, néphropathie. En cas de prééclampsie ou de RCIU associé il faut rechercher de pathologies auto-immunes (ACL, APL, FAN, ACC) et de thrombophilies congénitales (Déficit ATIII, Protéine S, Protéine C, Résistance de Protéine C activée, Recherche mutation du Facteur V Leiden) [10].

8. Mesures préventives pour les grossesses suivantes

Un antécédent d'HTA gravidique ou de prééclampsie peut récidiver, en général sur un mode comparable : un antécédent sévère (HRP, éclampsie, mort fœtale in utero...) fait craindre un événement similaire. Il faut

prévoir un arrêt d'un éventuel tabagisme et autres toxicomanies, une surveillance renforcée, avec doppler utérin dès 5 mois. Les altérations du Doppler utérin peuvent précéder de plusieurs semaines l'apparition de l'HTA et du RCIU [1].

9. Les marqueurs biochimiques

Le PAPP-A (Pregnancy Associated growth factor) est une métalloprotéase qui joue un rôle important dans l'invasion trophoblastique. C'est également un marqueur sérique maternel du calcul risqué combiné de de T21 Fœtale. Une faible concentration de PAPP-A évoque un risque de T 21, de trisomie 18, de PES, de RCIU et ou de fausse couche spontanée. (PAPP-A et Beta hcg basses.

Le PIGF (Placental Growth Factor) est produit par le placenta. C'est un médiateur de l'angiogenèse, appartenant à la famille des facteurs de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF). Sa concentration sérique est plus basse chez les patientes qui développeront une PES. C'est aussi un marqueur pour les RCIU vasculaire et aussi la prématurité.

En ce qui concerne les marqueurs biochimiques, les dosages sont réalisés sur un prélèvement sanguin entre 11 SA et 13 SA et 6 jours. Les performances sont meilleures pour le dépistage des PE précoces (les plus redoutées). La combinaison des dosages sériques et des renseignements cliniques permet de dépister 93 % des PES précoces avec 5 % de faux positifs. En y ajoutant les marqueurs biophysiques, le taux de détection est de 96,3% [11].

Un traitement préventif par aspirine à faibles doses:

Son efficacité est prouvée mais limitée. 100 mg par jour (formes pédiatriques pour nourrissons) de la fin du premier trimestre (voire plus tôt) jusqu'à 35 SA (en cas de RCIU sévère ou pré éclampsies précoces et/ou sévères).

Références

1. (CNGOF CN des G et OF. Principales complications de la grossesse – HyperTension Artérielle (HTA) gravidique. Available from: https://archives.uness.fr/sites/campus-unf3s-2015/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_4/site/html/cours.pdf
2. Diallo J. MN. Les manifestations oculaires au cours de la pré-éclampsie sévère ou l'éclampsie au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo Dioulasso. Pan Afr Med J [Internet]. 2015; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564412/>
3. MOUNIER-VEHIER C. AI. HTA ET GROSSESSE. 2015; Available from: https://cngof.fr/app/pdf/RPC/RPC_D%27ORIGINES_DIVERSES/RPC_CNGOF_HTA_et_grossesse_2015202.pdf

4. Kadoch D. HTA et grossesse. Available from: <http://www.docteurkadoch.com/obstetrique/article/hta-grossesse>
5. Mamouni N. BH. Le HELLP syndrome: à propos de 61 cas et revue de la littérature. *Pan African Med J J [Internet]*. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3325068/>
6. S. LG. L'ÉCHOGRAPHIE DOPPLER EN OBSTÉTRIQUE AU 2E ET 3E TRIMESTRE – UN OUTIL POUR LE DÉPISTAGE, LE DIAGNOSTIC ET LA SURVEILLANCE DU RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN. 2020; Available from: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/005567-lechographie-doppler-en-obstetrique-2e-3e-trimestre-outil-depistage>
7. Annakabi k. AK. Toxémie gravidique. Available from: <https://www.slideserve.com/phailin/tox-mie-gravidique>
8. L. M. HYPERTENSION ARTÉRIELLE & GROSSESSE. Available from: https://elearn.univ-oran1.dz/pluginfile.php/64980/mod_folder/content/0/HYPERTENSION_ARTERIELLE_ET_GROSSESSE.pdf
9. C. M-V. Hypertensions artérielles de la grossesse : un nouveau consensus. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001407919306168>
10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE GRAVIDIQUE. Available from: <https://www.medg.fr/hta-gravidique/>
11. Dépistage de la pré-éclampsie au 1er trimestre de la grossesse. 2015; Available from: <https://www.eurofins-biomnis.com/biomnis-live/lumiere-sur/depistage-de-la-pre-eclampsie-au-1er-trimestre-de-la-grossesse/#>

Auteurs correspondant :

Jerry Bazile, MD

OBN, spécialiste en infertilité

Membre fondateur du CHITAI

Médecin formateur à la maternité Isaïe Jeanty et Léon

Audain

Chef de service de la maternité de l'Hôpital Foyer

Saint Camille

Professeur de pathologie obstétricale à la faculté de

médecine de l'UNDH

Mail : Bazile Jerry drij.bazile@gmail.com




OFATMA
 OFFICE D'ASSURANCE
 ACCIDENTS DU TRAVAIL MALADIE ET MATERNITÉ

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

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

1. Entrevue Dr Rodolphe Malebranche – Dre Thaimye Joseph



Dr Thaimye JOSEPH, diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Port-au-Prince (FMP), est la lauréate des lauréats du concours d'admission en résidence à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM), pour l'année 2024-2025. Dans l'optique de promouvoir la culture du mérite, de l'effort et du talent, Dr Rodolphe MALEBRANCHE, directeur de la résidence hospitalière et de la recherche à l'HUEH, chef de département de médecine interne à la FMP lui a demandé l'entrevue qui est reportée ci-dessous.

Dr Malebranche

Q1. Bonsoir Dr Thaimye Joseph. D'abord, je voudrais te remercier pour avoir répondu positivement à cette invitation que je t'avais faite de participer à une entrevue avec moi. Je me présente pour tes lecteurs et tes auditeurs éventuels. Je suis le Dr Rodolphe Malebranche, directeur de la résidence hospitalière et de la recherche à l'HUEH, chef de département de médecine interne à la FMP. J'ai particulièrement été impressionné par les résultats que tu as obtenus au concours pour l'entrée en résidence à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM). C'est ceci qui m'a poussé à solliciter de toi une entrevue parce que je crois qu'il est important que nous puissions développer la culture du mérite, la culture de l'effort, du talent. On arrivera à le faire notamment en mettant en valeur, en évidence des jeunes qui répondent à ces caractéristiques. Cette entrevue que tu m'accordes aujourd'hui sera publiée dans l'Info Gazette Médicale (IGM). Sur ce, je te demande de te présenter ; alors, parle-nous un peu de toi, de ton parcours, de ce que tu veux nous révéler de toi.

Dre Joseph

Bonsoir Dr Malebranche. Merci pour votre invitation. Je suis ravie de partager mon parcours. Je m'appelle Thaimye Joseph, j'ai 27 ans, et ma passion pour la médecine vient de mon père, le Dr Cassi Joseph,

anesthésiste. Son engagement envers ses patients m'a inspirée. Après mes études classiques, j'ai commencé mes études médicales à la FMP en octobre 2013, que j'ai terminées en décembre 2022. Cette expérience, malgré des obstacles comme la fermeture due à la Covid-19, a été enrichissante et formatrice. J'ai été major durant la plupart de mes années d'études, ce qui m'a permis de développer mon leadership et mes relations avec mes collègues.

Dr Malebranche

Q2. J'apprécie ta façon de te présenter. Permits-moi, car je sens une certaine modestie chez toi, de rappeler le contexte qui a amené cette entrevue. Tu as participé au concours de l'HUM pour le recrutement des résidents pour l'exercice 2024-2025. Il y a d'abord eu l'examen écrit pour lequel tu as obtenu la note de 75,33/100 qui a fait de toi la première lauréate de cette épreuve. Tu as été ensuite première lauréate aux deux entrevues auxquelles tu avais été admise à participer en fonction de cette note, à savoir la chirurgie d'abord et en deuxième position la médecine d'urgence. Ces résultats ont fait de toi une double première lauréate : pour le concours de recrutement des résidents en chirurgie avec une note globale de 81/100 et pour celui concernant la médecine d'urgence. Vraiment une performance extraordinaire que je ne crois pas, dans ma carrière plutôt longue d'enseignant, avoir vu à la FMP. Félicitations.

Dre Joseph

Je vous remercie.

Dr Malebranche

Q3. Alors je voudrais te poser quelques questions. Qu'est-ce qui t'a motivée à participer au concours de l'HUM ? Tu aurais pu faire celui de la FMP pour un autre centre hospitalier public. À quel moment cette décision a-t-elle été arrêtée ?

Dre Joseph

Pour tout vous dire, je n'ai jamais été à l'HUM, mais j'ai eu un contact avec l'organisation Zanmi Lasante lors d'un stage en médecine communautaire en décembre 2022. Dr Ramilus, qui était responsable à l'époque, nous a présenté l'histoire de ZL et sa création par le Dr Paul Farmer. Cette expérience m'a profondément marquée et m'a incitée à approfondir mes recherches, me permettant de découvrir l'HUM dans son ensemble et son évolution. J'apprécie particulièrement l'aspect académique et l'importance accordée à la formation spécialisée, qui vise à préparer des résidents non seulement pour Haïti, mais à un niveau international. HUM est le premier centre hospitalier à avoir instauré une formation en chirurgie de 5 ans, à l'instar des hôpitaux étrangers, tout en étant engagé socialement

pour offrir des soins de qualité, même à ceux qui n'ont pas les moyens. Ce sont ces valeurs qui m'ont attirée vers ZL et m'ont conduite à choisir l'HUM quelques mois avant le concours, après mon service social.

Q4. Dr Malebranche

Ce qui m'a impressionné également c'est ton CV. Je vois que tu as déjà obtenu des certificats en techniques de ressuscitation et tu as déjà, ce qui est très rare, participé comme auteure ou coauteure à un certain nombre de publications. Une autre question : Pourquoi la chirurgie ? Est-ce un stage qui t'a particulièrement marqué ?

Dre Joseph

En fait, j'ai toujours aimé la chirurgie depuis mon entrée à la faculté. J'ai toujours été attirée par cette spécialité, car je l'associe à un aspect pragmatique et décisif. Bien qu'il y ait un raisonnement clinique en chirurgie, ce qui me plaît avant tout, c'est le côté technique et décisif de cette discipline. Cependant, c'est mon internat rotatoire à l'HUEH qui a définitivement cristallisé mon choix. J'ai vécu un épanouissement professionnel dans ce service, bien que ce mois n'ait pas été facile en raison du stress et de la fatigue. Malgré cela, j'ai apprécié le fait de me consacrer aux patients et de m'impliquer activement dans leurs soins. C'est à ce moment-là que j'ai décidé que je voulais devenir chirurgienne.

Dr Malebranche

Q5. Parlons de ton service social au Centre médico-social de Petite-Place Cazeau. Y avait-il un accompagnement médical approprié ou bien devais-tu souvent te débrouiller seule avec les malades et leurs problèmes ? T'es-tu sentie parfois un peu perdue ?

Dre Joseph

Mon service social a été une très belle expérience. J'ai réalisé qu'au début de notre carrière de médecin, il est essentiel d'avoir le soutien de collègues expérimentés, car il existe un décalage entre la théorie et la pratique clinique. Mon expérience à l'HUEH m'a permis de rencontrer de nombreux cas, que j'ai pu reconnaître et diagnostiquer, même s'ils étaient atypiques. J'ai également apprécié de pouvoir développer de manière indépendante ma relation avec les patients, en cultivant des qualités essentielles comme la patience, l'écoute et la compassion. C'était gratifiant de voir que les patients se souvenaient de moi et de l'impact de mon écoute sur leurs soins. C'était vraiment une belle expérience.

Dr Malebranche

Q6. Oui effectivement l'écoute est un élément fondamental, malheureusement trop souvent négligé, dans la relation malade-médecin. C'est bien d'avoir mis l'accent dessus. Maintenant, on va parler un peu du concours. Je voudrais avoir ton impression générale, sur son organisation, sa valeur évaluative, sur le nombre de questions à l'épreuve écrite. Est-ce que tu avais l'impression que cette épreuve écrite testait les connaissances d'un jeune médecin susceptible de s'installer, puisque tu étais en fin de résidence sociale ?

Dre Joseph

Concernant le concours de l'HUM, je ne connaissais pas bien le processus de sélection avant cette année. L'année dernière, j'ai consulté les résultats par curiosité, mais je n'avais pas une vue d'ensemble. Cette année, j'ai été guidée et j'ai mieux compris le concours. Il est important que ZL clarifie le processus de sélection pour les futurs candidats, car la transparence est essentielle. L'examen écrit comportait 150 questions à choix multiple, principalement des cas cliniques, peu de questions théoriques, ressemblant à celles de l'USMLE. Cela évalue, selon moi, effectivement le raisonnement clinique, ce qui est crucial pour le recrutement de résidence. Toutefois, je pense qu'un seul examen ne peut pas évaluer totalement la compétence d'un candidat, car de nombreux facteurs peuvent influencer les résultats. Néanmoins, j'ai beaucoup apprécié le contenu des questions.

Dr Malebranche

Q7. Je crois que c'est effectivement important de pouvoir apprécier le raisonnement clinique parce c'est ce qui détermine en grande partie la compétence professionnelle. Ce n'est pas obligatoirement le volume du savoir. La plus belle définition que j'ai entendue de la compétence est celle-ci : « La compétence ce n'est pas ce que l'on sait, mais c'est ce que l'on fait avec ce que l'on sait. » C'est pour moi une définition magnifique. Donc, définitivement, il faut mettre l'accent sur la compétence, pas obligatoirement sur le volume du savoir, évidemment le savoir est important aussi, d'ailleurs on peut y accéder facilement avec les moyens modernes, mais la compétence est quelque chose qui s'acquiert au fil de l'apprentissage, en compagnie d'un maître expérimenté. Alors toujours dans le cadre du concours, juste un petit mot sur les entrevues pour nous dire comment les deux entrevues se sont passées en gros.

Dre Joseph

Les deux entrevues se sont bien déroulées. Les membres du jury étaient courtois. Je ne connaissais pas les différents membres, à l'exception de la Dre Gousse, qui faisait partie du jury de médecine d'urgence. Je l'avais rencontrée lors de l'examen oral à la faculté, mais je ne connaissais pas les autres membres. À la fin de mes deux entrevues, j'ai eu l'impression que cela s'était bien passé. J'attendais les résultats et, étant donné qu'il s'agit d'un concours, je voulais voir comment j'avais performé par rapport aux autres. Les membres du jury avaient respecté la grille d'évaluation prévue pour l'entrevue, donc les questions étaient orientées dans ce sens. S'il y avait d'autres questions, c'était pour approfondir une réponse que j'avais donnée. En gros, mes deux entrevues se sont bien passées.

Dr Malebranche

Q8. Manifestement, tu as beaucoup travaillé. Cela ne vient pas spontanément. Quel a été le temps que tu as consacré à la préparation de ce concours ; est ce que tu avais un programme à suivre ? comment cela s'est-il passé ?

Dre Joseph

Lorsque j'ai su que les inscriptions étaient lancées, j'ai réuni les examens passés et avec une amie, chaque soir, nous répondions à certaines questions et nous approfondissions les notions qu'on retrouvait au travers des questions et en parallèle je lisais les questions qu'il y avait dans le First Aid Step 2 pour chaque matière, médecine interne, chirurgie, OBGN, pédiatrie, statistique et épidémiologie. J'avais commencé bien avant le lancement du concours. J'étais habituée au format parce que j'ai déjà passé le test 1 du USMLE. Ce n'était pas vraiment tout à fait nouveau. Il fallait seulement perfectionner mes connaissances.

Dr Malebranche

Q9. Comme rien n'est parfait en ce bas-monde, as-tu des critiques à formuler à l'égard du concours ? Tu as déjà mentionné une, à savoir qu'il n'y avait peut-être pas assez d'informations pour les postulants sur la façon dont les choses allaient se passer. As-tu d'autres critiques ?

Dre Joseph

L'un des aspects qui m'a surprise concerne la répartition des points entre l'examen écrit et l'entretien, les deux étant notés sur 50. À mon avis, il serait préférable d'attribuer un poids beaucoup plus élevé à l'examen écrit par rapport à l'entretien. L'entretien reste une évaluation subjective et peut influencer l'évaluation du candidat et je pense qu'une répartition égale des points entre les deux n'est pas justifiée. Bien que l'entretien permette d'évaluer certains critères que l'institution recherche chez le postulant, je crois fermement que la composante objective devrait avoir une plus grande pondération. De plus, il serait judicieux que, dès l'annonce du concours, les candidats aient accès à un calendrier indiquant les dates des entretiens ainsi que celle de la publication des résultats. Cela fournirait des informations cruciales pour moi et d'autres candidats.

Dr Malebranche

Q10. Je crois que tu as raison et j'aurais proposé 70/30 ou 80/20. Je crois que cette année et même l'année dernière vous n'avez pas eu d'examen clinique pratique sur le modèle ECOS (Examen Clinique Objectif et Structuré), alors, qu'antérieurement, il y avait d'une part l'entrevue sur la base de la grille et d'autre part un examen clinique.

Dre Joseph

En effet, on n'a eu que deux parties, l'entrevue et l'examen écrit.

Dr Malebranche

Q11. As-tu des conseils à donner à tes camarades de promotion ou d'autres universités au cas où ils voudraient participer aussi à ce concours, notamment en ce qui concerne l'entrevue ? Tu as dit d'ailleurs beaucoup de choses que je pourrais déjà noter, mais as-tu des choses en particulier que tu voudrais ajouter et souligner ?

Dre Joseph

Les conseils que je pourrais donner sont de sortir du cadre de ce qu'on nous donne à la faculté tout en l'utilisant comme boussole pour orienter les connaissances. Il est essentiel de comprendre que la formation ne s'arrête jamais ; ils doivent constamment chercher à se perfectionner, non seulement pour réussir des concours ou des examens, mais surtout pour le bien des patients. En tant que médecins, notre vocation est de dédier notre savoir aux patients et d'améliorer les soins. La formation continue est donc cruciale, même après l'obtention du diplôme. Cultiver un sens de l'excellence nous pousse à nous investir chaque jour davantage, à faire preuve de patience et de compassion et à offrir une prise en charge personnalisée aux patients.

Dr Malebranche

Q12. Une dernière question : Tes rêves pour ton avenir seraient quoi ?

Dre Joseph

Pour les cinq prochaines années, je pense me spécialiser en tant que chirurgienne et j'aimerais également m'investir auprès de la communauté à Mirebalais et continuer à approfondir l'aspect recherche clinique, car c'est quelque chose qui m'a passionnée dès le début. J'ai bénéficié de plusieurs formations et je puis dire que c'est quelque chose de vraiment important pour moi en tant que médecin. Cela me permet de répondre à certaines questions et j'espère continuer à m'améliorer, me perfectionner à ce sujet et continuer à publier des articles qui peuvent être utiles à la communauté. En dernier lieu, après mes cinq ans, j'aimerais me spécialiser en chirurgie traumatique et en soins critiques. J'aimerais continuer à mettre mes compétences au service de la communauté parce que j'ai beaucoup reçu que ce soit à la FMP, à l'HUEH, donc j'aimerais pouvoir donner de ce que j'ai reçu aux autres.

Dr Malebranche

Q13. Je te remercie beaucoup, d'abord en mon nom personnel mais également en celui du Dr Télémaque d'INFOCHIR/RHCA, qui m'a permis de mettre en évidence une telle performance, un tel brio, même à cette époque où nous vivons des moments difficiles. Comme dit au début de l'entrevue, il nous faut développer la culture de valorisation de nos éléments les plus performants.

Dre Joseph

Je vous en remercie.

2. Le paquet global de la santé sexuelle et reproductive

Érold JOSEPH, MD, pneumologue ;
ex-Directeur de la Santé Scolaire,
expert en santé publique,
promotion de la santé et de l'interrelation
santé/éducation

« Tu me dis, j'oublie ; tu m'enseignes, je me souviens ; tu m'impliques, j'apprends. »

Benjamin Franklin

Le Groupe de Réflexion et d'Action pour une Haïti Nouvelle (GRAHN) a organisé dans le Nord-Ouest, à Mare Rouge, deuxième section communale du Môle St-Nicolas, une conférence-débats dédiée aux jeunes de 14 à 18 ans sur la grossesse précoce et les méthodes de contraception. Plus de 300 écoliers et écolières des deux sexes y ont participé. Des professionnels haïtiens de l'organisation, (médecins et infirmières) évoluant à l'extérieur d'Haïti, sont intervenus en la circonstance. Cette initiative intéressante du GRAHN nous remet en mémoire les efforts considérables réalisés par la Direction de Santé Scolaire (DSS) du Ministère de l'Éducation Nationale en vue d'adresser cette question de manière plus globale, ceci sous l'appellation « Santé Sexuelle et Reproductive » ou SSR. Elle évoque encore plus le document global de « Politique Nationale de Santé Scolaire », élaboré par cette structure, avec le support du Ministère de la Santé Publique et d'autres partenaires locaux et internationaux, lequel document a été présenté avec brio, en mai 2022 dans ses grandes lignes à la 24^{ème} Conférence de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Éducation à la Santé (UIPES). En anglais : IUHPE. La validation de ce texte de qualité a été bloquée en 2022 par des « manigances politiciennes ». Cette série vise à approfondir la thématique SSR, ceci à la lumière d'une vision moderne de la santé adoptée par le Ministère de l'Éducation depuis l'année 2006, date de création de cette Unité primitivement appelée alors « Unité Santé, Nutrition et Éducation. Elle se veut également un éclairage via un modeste partage d'expérience [1].

Qu'est-ce que la « Santé Sexuelle et Reproductive » ?

L'expression Santé Sexuelle et Reproductive (en abrégé : SSR) se réfère au volet de la santé des jeunes et des adolescents (es), lequel présente un lien direct ou indirect avec le sexe, le genre, la procréation, l'amour et le plaisir. Il s'agit d'une thématique fondamentale de la santé scolaire qui cible les enfants et les jeunes.

Que contient le paquet « Santé Sexuelle et Reproductive » ?

- l'anatomie et la physiologie de base des organes sexuels. Il s'agit là d'éléments de base adaptés à l'âge ;
- le genre, (la théorie du genre, la violence de genre) ;
- l'égalité des sexes ;
- les Infections Sexuellement Transmissibles ou IST (VIH/SIDA inclus) : leur symptomatologie et prévention (contraception) et l'organisation de leur prise en charge médicale à l'intention des jeunes écoliers (écolières) et universitaires ;
- la grossesse et la maternité précoces. Leurs conséquences sur la jeunesse. Leur prévention par une sexualité responsable, notamment le sexe protégé et autres moyens) ;
- l'éducation sexuelle complète ;
- l'amour, le plaisir, le respect du/de la partenaire ;
- l'éducation à la vie familiale ;
- l'éducation aux questions de population, le « dividende démographique » ;
- La violence sexuelle, le kidnapping, leurs conséquences psychologiques, la thérapie de groupe (services spéciaux pour écoliers et jeunes) ;
- La lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues, autant d'habitudes favorisant les relations sexuelles précoces ou non désirées ;
- L'organisation de services de santé de la reproduction spécifiquement adaptés aux écoliers et aux jeunes avec des centres spécifiques dotés d'un personnel de santé formé pour travailler avec cette tranche d'âge. On a eu en Haïti, dans le passé, de beaux exemples, comme la FOSREF, la PROFAMIL, le VDH, la FOKAL, Konesans Fanmi....

Pourquoi adresser précocement, en milieu scolaire (et universitaire), les thèmes liés à la sexualité, à la procréation ?

Dix pour cent des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie procréatrice : 8 % ont déjà eu une naissance vivante et 2 % sont enceintes d'un premier enfant. Ce taux est à la baisse, ayant passé de 18 % en 2000 à 14 % en 2005-2006 et 2012, et à 10 % en 2016-2017. Il est plus élevé en milieu rural (13 %) qu'en milieu urbain (7 %), et plus élevé chez les adolescentes qui n'ont aucun niveau d'instruction (27 %) que chez celles qui ont au moins un secondaire (6 %). Il est aussi plus élevé chez les adolescentes les plus défavorisées économiquement (19 %) que chez les plus favorisées (4 %). Ces chiffres sont tirés de l'EMMUS VI et repris dans le document de « Politique Nationale de Santé Scolaire » non validé [2].

Toujours, selon la même source, la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles ou IST chez les femmes et les hommes de 15 à 24 ans atteignait res-

pectivement en 2012, 29,7 % et 9,8 % (Enquête EMMUS V). La prévalence du VIH pour ce même groupe d'âge était de 1,1 % chez les femmes et 0,9 % chez les hommes (EMMUS VI, 2017) [2].

Par ailleurs, 25,7 % des femmes et 21,2 % des hommes avaient expérimenté une forme quelconque d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans et la plupart d'entre eux ont subi plusieurs incidents. Les amis/condisciples de classe et partenaires romantiques étaient les auteurs les plus courants du premier incident d'abus sexuel. Aujourd'hui, en 2024, à l'ère du banditisme et du kidnapping, la violence sexuelle est quasi systématique, entraînant une souffrance psychologique et existentielle incommensurable [2]. En plus de la violence sexuelle, la consommation de drogues constitue un facteur aussi important.

En 2014, une enquête a été menée auprès des élèves du secondaire, âgés de 11 à 25 ans. Les drogues les plus consommées en Haïti seraient la marijuana et la cocaïne. L'âge moyen d'initiation à la consommation de marijuana est aux environs de 14 ans. La prévalence d'utilisation de n'importe quelle drogue illicite est, à vie, de 25 % chez les garçons et de 22 % chez les filles. Dans la dernière année, c'est 15,5 % des garçons et 13,8 % des filles qui rapportent en avoir consommé, et 6,3 vs 6,1 durant le dernier mois. Concernant l'alcool, 55 % des élèves rapportent en avoir consommé à vie, 34,3 % durant la dernière année et 21,8 % dans le dernier mois. Quant à la cigarette, 12,1 % en auraient consommé à vie, 6,2 % durant la dernière année et 4,8 % durant le dernier mois. (Enquête CONALD, 2014) <http://conaldhaiti.blogspot.com/2016/>.

Malheureusement, toutes ces enquêtes ont cessé, en raison du terrorisme actuel, cyniquement baptisé « vivre ensemble » et qui détruit progressivement les fondements de l'État haïtien depuis plus de deux décennies et qui semble atteindre aujourd'hui son apogée.

{La SSR inclut donc de nombreuses thématiques transversales. Il s'agit d'un volet fondamental de la santé à l'école impliquant en profondeur le secteur éducatif et qui ne saurait se résumer à de simples activités cliniques.}

Comprendre autrement pour agir autrement et, avec efficacité

Quand, dans les débuts, on a voulu adresser au Ministère de l'Éducation Nationale, la question de la Santé Sexuelle et Reproductive, beaucoup de partenaires étatiques et privés, ainsi que le grand public, croyaient qu'il suffisait de recruter un certain nombre d'obstétriciens/gynécologues. Ces derniers devraient selon cette vision, accueillir, à leur clinique privée, moyennant certaines modalités de paiement, les jeunes filles présentant une grossesse précoce, ou

qui voudraient se faire tester ou soigner pour une Infection Sexuellement Transmissible, notamment le VIH, prévalent à l'époque. Les garçons seraient alors vus par des urologues. Obnubilés par les soins, donc, par une vision biomédicale dépassée de la santé, ils ne réalisaient pas combien il était difficile pour une jeune écolière (et même une universitaire de se présenter ouvertement au cabinet d'un gynéco. Ce dernier devrait par ailleurs être à même de dialoguer avec sa patiente et de la mettre en confiance.

Notre santé, tout comme la vie en général, comporte un volet objectif et un volet subjectif. Le volet objectif se réfère au bon fonctionnement des organes, lequel résulte d'un équilibre entre le milieu intérieur (les organes) et le milieu extérieur ou environnemental. Le déséquilibre ou maladie peut être mis en évidence par l'examen médical et les examens paracliniques (labo) et aussi l'imagerie. Il existe également un volet subjectif lequel dépend du mental, qui perçoit et interprète adéquatement ou non, engendrant le bien-être ou le mal-être. Notre santé dépend en fait, d'une pluralité de facteurs appelés « déterminants de la santé », lesquels s'influencent réciproquement. C'est ce que nous apprend la « promotion de la santé » qui s'identifie aujourd'hui à la santé publique moderne. Si l'on veut garder un individu ou une population en santé, il convient donc d'agir sur ces différents déterminants. Or, un grand nombre d'entre eux dépend de secteurs autres que celui de la santé. D'où la nécessité d'agir conjointement avec ces derniers. C'est l'interdisciplinarité ou intersectorialité laquelle constitue le principe sacro-saint de la promotion de la santé et de la santé publique moderne [3].

Les quatre grands groupes de « déterminants de la santé » sont les suivants (fig. 1) :

- 1) La biologie (laquelle inclut entre autres, la génétique), en haut et en jaune ;
- 2) L'organisation des services de santé ou « système de soins », à droite et en vert ;
- 3) L'environnement, à gauche et en bleu ;
- 4) Les comportements et habitudes de vie, en mauve et en bas.

Donc, si l'on veut adresser la SSR dans le milieu scolaire et universitaire, il convient d'agir précocement, et prioritairement en amont, sur les différents déterminants comportementaux et environnementaux liés au milieu scolaire et familial. Il s'agit de faire comprendre, dès le plus jeune âge, en échangeant, en éduquant. Il faut certes intervenir aussi en aval, c'est-à-dire diagnostiquer, soigner, traiter une maladie sexuellement transmissible ou même dans certains cas exceptionnels, accoucher ou pratiquer un avortement. Néanmoins, ces activités médicales doivent s'effectuer dans un environnement adéquat par des professionnels de la santé ayant une formation à cet effet ainsi qu'une bonne habitude de travailler, de débattre avec les jeunes. L'on approfondira la question dans nos prochains articles....

Donc, si l'on veut adresser la SSR dans le milieu scolaire et universitaire, il convient d'agir précocement, et prioritairement en amont, sur les différents déterminants comportementaux et environnementaux liés au milieu scolaire et familial. Il s'agit de faire comprendre, dès le plus

- 1) jeune âge, en échangeant, en éduquant. Il faut certes intervenir aussi en aval, c'est-à-dire diagnostiquer, soigner, traiter une maladie sexuellement transmissible ou même dans certains cas exceptionnels, accoucher ou pratiquer un avortement. Néanmoins, ces activités médicales doivent s'effectuer dans un environnement adéquat par des professionnels de la santé ayant une formation à cet effet ainsi qu'une bonne habitude de travailler, de débattre avec les jeunes. L'on approfondira la question dans nos prochains articles....

Références bibliographiques

1. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (Direction Santé Scolaire) et Ministère de la Santé Publique et de la Population, Politique Nationale de Santé Scolaire 2020-2030 DRAFT final, 2021
2. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Haïti, Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS VI, 2017-2018
3. Erol Joseph, Comprendre la santé autrement. Du choléra à la santé globale : une approche interdisciplinaire, Amazon, août 2023.
4. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, Direction Santé Scolaire, Rapport atelier intégration sur la Santé Sexuelle et Reproductive dans le milieu scolaire (15 au 17 mai 2014)

Auteur correspondant :

Erol JOSEPH
docteur en médecine, pneumologue,
expert en santé publique, santé scolaire et de
l'interrelation santé/éducation

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

Juillet 2024



Fig. 1 : Les déterminants de la santé (tiré de Dever G.E.A. An epidemiological model for health policy

1. Départ du Dr Robert Germain - Témoignages et réminiscences



A- SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX

Le 1 juin 2024, le Dr Jacques Alain Pelletier nous apprenait sur le groupe de l'AMH la triste nouvelle du décès du Dr Robert GERMAIN, Doyen et professeur émérite d'anatomie depuis de nombreuses générations.

Cette nouvelle a provoqué de très nombreuses réactions dont nous vous relevons quelques témoignages :

- **Dre Chantal Baril** : *On ne l'oubliera jamais !*
- **Dr Claude Suréna** : *Homme inoubliable.*
- **Dr Jean-Hugues Henrys** : *Le Professeur Robert Germain, Bob, est un homme extraordinaire ! Il m'a demandé de le rejoindre à la Faculté de Médecine de l'UNDH moins de 6 mois après l'ouverture de cette institution. Il a joué un rôle exceptionnel dans mon développement professionnel et personnel.*
- **Dr Ardouin Louis-Charles** : *Robert Germain, un monument ! Une mémoire phénoménale. Une vraie Production Nationale. Leslie Manigat a parlé de lui dans un de ses livres comme « production nationale de qualité ».*
- **Dr Jean Patrick Alfred** : *Un illustre Haïtien fait le grand voyage.*
- *La confrérie médicale, la promotion Rosalvo Bobo, le pays en général vient de perdre un éminent, un illustre et un très grand HAÏTIEN. Notre guide, notre patron spirituel, notre Maître Patron vient d'être rappelé auprès du Seigneur ! En plus d'avoir été un éminent professeur à la faculté, qui nous a guidés à la rigueur de la science médicale et de la Chirurgie, en plus d'avoir été un patriote exceptionnel, le Dr Robert Germain était aussi un grand sportif, homme rectiligne, un homme malheureusement hon-*

nête, surtout rigoureux d'une rare compétence, patriote et humain. Le Dr Germain fut chef du département d'anatomie, Doyen de la faculté de médecine, ministre des sports et ministre de la Santé publique.

- **Dr. Jacques Pelletier** : *Je suggère qu'une plaque spéciale soit dédiée à sa mémoire. Par ailleurs, une salle devrait porter son nom à la FDM.*

- **Dre Rocourt** : *Dr Germain a été mon Doyen. Même si beaucoup d'étudiants le craignaient, j'ai toujours admiré son sens de la discipline, de la justice, son calme et la maestria avec laquelle il a mené la faculté de médecine en maintenant haut le standard !*

Mais ce qui m'a le plus impressionnée, c'est sa connaissance extrêmement pointue de l'anatomie humaine. Après de longues années de pratique médicale, je reviens aux notes (précieusement gardées) prises pendant ses cours que je trouvais être des œuvres d'art. Quand il parlait par exemple des os du crâne, des trous de sa base, du développement du péritoine, on imaginait facilement comment ils étaient construits...

Je me courbe bien bas devant la dépouille d'un homme qui laisse un tel héritage au monde scientifique et surtout médical haïtien. Le Dr Germain a vraiment fait œuvre qui vaille et ceux qu'il a formé lui sont reconnaissants !

- **Dre Guéradine Désamours** : *Oui, en effet... Le Dr Robert Germain fut un professeur extraordinaire... Il possédait sa matière et sa sévérité était nécessaire pour que les étudiants prennent au sérieux cette anatomie : une des bases principales de toute étude médicale... On peut dire qu'il fut le Top des Professeurs d'Anatomie de la Faculté de Médecine...*

- **Dr Ernst Noël** : *Conviction et rectitude ont fait de lui un monsieur qui a marqué son temps ! Une génération d'hommes que le pays prendra du temps à produire à nouveau ! Ils n'ont pas choisi de traverser la vie sans un pli, qu'on les aime, qu'on les maudisse !*

- **Dr Louis-Franck Télémaque** : *Une figure de proue de l'intelligentsia haïtienne dans les domaines de l'éducation médicale, de la chirurgie et de l'administration publique.*

- **Dr Maxime Coles** : *Il était certainement celui qui nous donnait l'assurance d'une formation adéquate pour tous ceux qui participaient aux sessions d'anatomie. Il a fait face à plus d'une trentaine de générations à l'École de Médecine pour leur inculquer les rudiments d'une anatomie topographique et pratique, dans un élan de mo-*

destie. Il s'est évertué à rendre meilleur tout un chacun dans les coulisses de son laboratoire et dans les salles d'opération à l'Hôpital Général de notre pays (HUEH). Un professeur qui intimidait par sa présence, un enseignant qui ne plaisantait pas avec celui qui refusait d'apprendre. Accolé au tableau noir, en face d'une salle comble, qui ne serait pas sidéré à répondre aux questions du professeur ? Il savait comment intimider, mais son savoir élucidait tous les doutes de la mémoire de celui qui suivait les cours en première année. Dr Robert Germain demandait respect.

- **Dr Rony Jean-Marie** : *Il avait rempli de nombreuses fonctions politiques, académiques ou autres dans sa vie ; mais il n'avait jamais été habité par le complexe d'être supérieur aux autres ou de faire partie d'une classe d'hommes au-dessus du commun des mortels. Échantillon grandeur nature, espèce rare presque en voie de disparition, Docteur Germain doit son succès dans la vie à la conscience qu'il s'était forgée de lui-même et au choix qu'il avait fait de rester authentique, égal à lui-même. Dr Germain était un homme juste dans ses décisions. Il faudra placer Bob Germain au panthéon des dieux de la faculté de médecine de l'Université d'État d'Haïti.*

B- TEXTES DIVERS

1- Dr Robert Germain - Éloges par la promotion Paul Bonhomme 78

Dominique Pradel
Pierre P. Despagne
Paul Carrenard
Junie Hyacinthe
Mario Nelson
Georges Charles

Extrait

Il nous échet aujourd'hui la douloureuse et délicate tâche de transmettre le message de nos collègues de la Promotion Paul Bonhomme 1978 vivant tant à l'étranger qu'en Haïti, à vous tous que ce deuil afflige. Ce n'est pas l'hommage d'un seul homme, mais plutôt un bouquet fait des plus belles fleurs glanées dans le champ pittoresque de nos souvenirs si précieux à tous et à toutes.

Un géant est entré debout dans l'histoire. Une étoile a filé dans le firmament de la médecine haïtienne. Si nous célébrons sa mémoire, pourquoi ne pas plonger dans l'océan du passé pour sortir avec les perles qui constituaient la trame de son existence.

Dr Robert Germain était un homme droit, honnête et intègre. Brillant professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie, sa connaissance de l'anatomie humaine ne pouvait être égalée même par les plus célèbres titulaires de la chaire d'anatomie des meilleures universités du monde.

Il était sévère mais juste. Nous avons chacun et chacune pas mal d'anecdotes à son sujet.

En première année de médecine, dès que la sentinelle, placée devant la salle de dissection, s'écriait : « *Men Bob, tout pijon an tre nan kalòj yo, tout bourik an tre nan patiraj yo, tout rat an tre nan twou yo, tout poul vole gagè, tout pan fèmen zèl yo, tout moun an tre nan kokiy yo, mouch pa vole, plume ne grouille. Point barre.* »

Chacun a son histoire et chacune a ses contes à raconter. Que ce soit sur les questions posées aux examens ou au cours des tournées dans le département de chirurgie, on pouvait toujours découvrir chez lui une rigueur scientifique, une rare compétence, une discipline extraordinaire, mais surtout un sens profond d'humanisme et de professionnalisme.

Il faudrait écrire tout un livre pour parler de la carrière du Dr Germain et il faudrait toute une décennie pour l'achever : Titulaire de la chaire d'anatomie à la Faculté de médecine et de pharmacie, Doyen de la Faculté de médecine et de Pharmacie, Directeur général, puis ministre de la Santé publique et de la population, Doyen adjutant, puis doyen de l'université Notre Dame, ministre de la jeunesse et des sports.

Il était cependant un homme humble et modeste, un médecin de profession et de carrière. Sa devise était la suivante : « Pour grands que soient les rois, ils sont ce que nous sommes. » Pour certains d'entre nous qui ont pratiqué en province Dr Germain était le recours incontournable pour certains patients qui avaient besoin des services d'un chirurgien, mais qui ne pouvaient pas en supporter les frais. Que de fois avons-nous sollicité son aide pour des patients qui, souvent, ne connaissaient même pas Port-au-Prince et qui n'y connaissaient personne. Une fois sûr du diagnostic, il s'occupait de tout. Il se trouvait un assistant, un anesthésiologiste, un lit d'hôpital à St François de Sales et n'exigeait rien en retour.

Si l'arbre est tombé aujourd'hui, pour emprunter une phrase chère à Toussaint Louverture : « Ses racines sont profondes et nombreuses. » Les graines plantées en bien des générations ont germé, germent encore et germeront toujours pour un avenir meilleur.

Il n'y a que deux rives. Il n'y a que deux gares : une de départ et une d'arrivée. Le cheminement, c'est ce que nous appelons la vie. Le professeur Germain nous a laissés, mais il ne nous a pas quittés. Comme a dit Henry Scott Holland : « Pourquoi serais-je hors de votre pensée simplement parce que je suis hors de votre vue ? Je ne suis pas loin, juste de l'autre côté du chemin. Vous voyez, tout est bien. »

Faut-il verser des larmes parce que le Dr Germain est parti ou faut-il nous réjouir de l'avoir connu ? Si un

sentiment de tristesse envahit nos cœurs, jetons un regard sur ce qu'il nous a laissé. S'il nous faut aujourd'hui clore ces lèvres qui nous enseignaient hier, fermer ces doigts qui écrivaient sur le tableau noir, nous devons continuer à marcher sur ses traces. Et, si de cette voix qui nous enseignait, on n'entend plus que le silence, son écho résonne encore fortement en nos cœurs. Tout ce qu'il reste, c'est ce qu'il nous a donné et qui fleurit, porte des fruits et mûrit en chacun de nous.

Professeur Germain, regardez de là-haut parmi les étoiles scintillantes l'œuvre de vos mains. Regardez cette moisson. Elle est belle et prometteuse. Elle porte aussi en elle la semence d'une terre nouvelle... Nous ne vous disons pas Adieu mais au Revoir.

2. C'était cela Le Pr Robert Germain...

Louis-Franck TÉLÉMAQUE, MD, MSc



Évoquer la mémoire de l'illustre personnage qu'est le Pr Robert GERMAIN est pour moi, à la fois un devoir de mémoire, une profonde marque de respect, de reconnaissance et tout aussi un plaisir.

Plusieurs situations particulières de 1969 jusqu'à la deuxième décennie de ce siècle, m'ont mis en contact avec le Pr Germain dans la sphère de l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie.

En 1969, j'accédais en première année, l'année de l'anatomie et de Bob Germain comme on l'appelait familièrement. Les aînés s'employaient à nous terroriser en nous racontant que l'anatomie était une matière extrêmement difficile et que Bob distribuait les zéro en veux-tu en voilà. Par prudence, je me suis inscrit à un cours d'orientation de l'étude de la matière dispensée par une enseignante. Je me sentais tellement excité par l'étude de l'anatomie que j'ai laissé entendre au professeur qu'il ne fallait pas tant la redouter tout autant qu'on étudiait. Cette imprudente déclaration fut probablement rapportée à qui de droit, car un après-midi de janvier 1970, ce fut ma fête ! Nous avons déjà eu droit à deux séances de cours sur le frontal et l'ethmoïde, monologue qui se déroulait dans un silence intégral, mais qui permettait à sa voix basse de remplir la salle. Nous découvriions avec une satisfaction pleine d'admiration cet immense profes-

seur d'anatomie qui nous émerveillaient par la précision de son geste schématique, par ses explications qui nous plongeaient au cœur de la réalité anatomique topographique et descriptive.

C'était cela le Pr Germain, Professeur extraordinaire qui possédait sa matière et sa sévérité apparente était le moyen pédagogique nécessaire pour que les étudiants prennent au sérieux cette anatomie.

Cet après-midi-là, au cri traditionnel de « men Bob ! » toute la classe se figea sur sa chaise, pour accueillir le Maître dans un silence complet. Comme d'habitude, Bob pénétra dans la salle, se dirigea sans piper mot vers le bureau. Mais au lieu de saisir la craie blanche et d'aller au tableau pour commencer à faire des schémas, il se tourna vers nous et me pointa du doigt en disant : Télémaque, au tableau ». Pendant que mes camarades se glissaient dans leurs chaises pour s'asseoir sur leur 7^e cervicale, je me dirigeais vers le Pr pour m'entendre dire : « Pariétal ». Tout en me demandant comment il connaissait mon nom, car c'était la première fois que nous nous rencontrions, je compris la difficulté de la situation, car il n'avait pas encore fait ce cours. Prenant mon courage à deux mains, posément, je dessinaï les faces antérieure et de profil du crâne pour localiser l'os et ce que je devinaï du pariétal. Je présentai le travail et il me dit d'aller m'asseoir. L'interrogatoire du jour était terminé, la classe respira...

C'était cela le Pr Germain, l'homme des interrogatoires surprise tant redoutés, qui faisait trembler les étudiants intimidés par sa présence pesante et imposante. Cela vous obligeait à la révision régulière des cours nécessaire à l'efficacité de son enseignement.

À la fin de l'année, l'examen d'anatomie écrit comprenait six questions solides. Après avoir répondu aux cinq premières, j'étais à bout des quatre feuilles. J'ai demandé une autre pour répondre à la 6^e. Le professeur surveillant alla le dire à Bob qui manifesta une mauvaise humeur, mais me concéda cette faveur. Concentré sur mes schémas, je ne l'aperçus que tardivement à mon dos...

C'était cela le Pr Germain. L'appréciation a été discrète mais réelle.

À la session de l'examen oral et pratique, je m'étais solidement préparé à répondre à deux grosses questions à déclamer au tableau. La récitation au tableau noir et à la craie blanche était le summum de l'évaluation, tant elle était éprouvante physiquement et stressante. On raconte que le maître avait une mémoire prodigieuse des visages et qu'il affectionnait de réserver cet interrogatoire à certains étudiants qu'il avait surpris dans des lieux et à des moments inappropriés à l'approche de l'examen, ce qui leur valait des questions comme le bassin, la verge, le périnée et la configuration externe de l'appareil génital de la femme. Après une présentation épique de la région du triangle de Scarpa,

j'eus droit à deux petites questions, dont la configuration interne du duodénum, pour un tête-à-tête avec un professeur.

C'était cela le Pr Germain. *Homme juste dans ses décisions, il restait le maître qui décidait de la façon de vous évaluer. La leçon était celle de l'humilité.*

Quatre années passèrent. Je pensais que le Pr Germain m'avait oublié, mais tel n'était pas le cas, car en mai 1974, alors que j'étais interne au service de Dermatologie, je reçus une convocation du Pr, à l'époque, Directeur général au MSP. Je me demandais ce qui me valait cette disposition alors qu'il m'était arrivé un malheur, celui d'avoir dû me débarrasser de mes cheveux et de ma pilosité pubienne. À force de traîner sur les bancs des patients dans le service, j'attrapai une pédiculose extensive. Le Dr Gérard Boyer fut radical : rasage intégral et application de podophylline. C'est donc épilé du crâne et luisant de podophylline que je pénétrai dans le bureau du Pr Germain, qui me regarda avec des yeux ronds, mais qui était visiblement étonné et qui réprimait un rire. « Que vous-est-il arrivé ? », concéda-t-il. Je lui expliquai les raisons de ma calvitie, ce qui ne paraissait pas le satisfaire. Toujours est-il qu'il me dit péremptoirement : « Je dois faire un cours sur le cœur à 3h, je suis pris, allez le faire à ma place. » Je baragouinai des remerciements, confus en réalisant l'honneur et l'immense confiance qu'il me faisait, à moi Interne, à 11h du matin qui devait dans 3h de temps enseigner une matière difficile. Le cours fut fait. On raconta qu'il assista à une partie de mon cours. Quoi qu'il en soit, c'est par cette porte qu'il accueillit le plus jeune enseignant dans son département et je rejoignis de grands professeurs tels que Bernadel, Manigat, Hilaire, GG Reed et Roy...

C'était cela le Pr Germain. *Reconnaissance des valeurs, confiance, émulation et responsabilisation. Grâce à lui, j'enseignai pendant trente ans dans le département.*

Au service de chirurgie, dont le chef de service à l'époque était le Dr Charles Chevallier, le Pr Germain, parmi les médecins de service qui avaient fait leur spécialité aux États-Unis ou en Europe, jouissait d'une excellente réputation de clinicien hors pair, de chirurgien anatomiste pointu. Il était craint par les résidents, car ceux-ci devaient s'attendre à des questions de reconnaissance anatomique et des détails précis sur les organes disséqués. La médecine opératoire était une exigence, qui était supervisée par le département d'anatomie et qui était fondamentale, à laquelle les résidents étaient astreints. D'ailleurs, les enseignants et les moniteurs du département d'anatomie étaient choisis parmi les meilleurs éléments du service de chirurgie.

C'était cela le Dr Germain. *L'anatomie est la base de la chirurgie. La rigueur dans son enseignement et l'exigence de sa connaissance approfondie étaient la garantie du succès dans la profession chirurgicale au sens large. Plus d'une trentaine de promotions ont été formées dans ce moule. Ceci a permis l'éclosion de nombreux chirurgiens qui ont embrassé des spécialités chirurgicales et qui ont brillé tant au pays qu'à l'étranger.*

Un matin, en 1977, résident de 3^e année, j'appelai le Dr Germain de garde au chevet d'un patient atteint d'une plaie abdominale par balle. On ouvrit l'abdomen pour découvrir un énorme hématome au niveau du hile du rein gauche. Il y avait d'évidence une section artério-veineuse du hile. Il fallait arrêter l'hémorragie. Des clamps furent placés au niveau des aires de saignement à travers le meso sans complètement arrêter la fuite du sang. Cela m'échappa de proposer le décollement de l'angle splénique et du côlon descendant pour faciliter l'exposition du hile et de la veine cave inférieure. Le Pr n'a pas apprécié cette suggestion qui n'avait pas été sollicitée et l'opération se poursuivit. Cependant, au vestiaire, refusant mes excuses, il me concéda qu'effectivement il aurait dû procéder à la manœuvre, ce qui aurait pu faciliter la dissection et l'hémostase. Deux jours plus tard, il m'invita à l'assister, à côté du Dr Bernadel, à ses interventions en privé.

C'est cela le Dr Germain. *Du haut de sa superbe, il restait honnête en reconnaissant la valeur de l'avis d'un subordonné et le récompensait en l'adoptant dans son équipe chirurgicale.*

En 1993, le Pr Germain fut l'invité vedette du symposium mémorable sur les pathologies œsophagiennes, organisé par le Pr Boris Chandler. C'était un événement historique, car des sommités de la chirurgie haïtienne tels que le Pr Anthoni Lévêque, le Pr Simphar Bontemps avaient fait expressément le déplacement pour ce symposium. Le Pr Germain mit la forte dose en présentant l'anatomie fonctionnelle de l'œsophage. Il reçut une *standing ovation* qui dura longtemps.

C'était cela le Pr Germain. *Sa connaissance extrêmement pointue de l'anatomie humaine, son aisance déclamatoire qui retenait l'attention, sa capacité à reproduire en un plan ce qui était en trois dimensions, font de lui un éminent professeur émérite d'anatomie qui restera inégalé.*

En 1997, après la création de la faculté de médecine de l'UNDH, dont le Pr Germain était le doyen, il m'invita à venir visiter le laboratoire de son département d'anatomie. C'était un autre Pr Germain, étonnamment jovial et enflammé quand il vantait les facilités d'enseignement dont il disposait. Il me permit même d'assister à un cours où il mélangeait manipulation des

pièces anatomiques synthétiques, à des exposés à la

C'était cela le Pr Germain. *Le maître était perméable aux avancées pédagogiques et aux multimédia qui faisait évoluer l'enseignement de l'anatomie descriptive et topographique en une anatomie fonctionnelle, ce qui rendait cette science moins rébarbative pour les étudiants leur donnant des raisons de retenir l'enseignement car cela avait un sens et une utilisation pratique.*

craie au tableau et à des projections par rétroprojecteur ou par diapositives. Comme je revenais d'une formation en anatomie fonctionnelle au département d'anatomie de la Pitié Salpêtrière, à Paris, dirigé par le Pr Guérin Surville, nos échanges portèrent sur la problématique de la modernisation de l'enseignement de l'anatomie et de l'embryologie. Cela m'a valu l'attribution du cours théorique sur le cou dans son département, cours auquel il assista.

Tous les médecins issus des générations des années 60-70-80-90-2000 sont unanimes à affirmer que leur formation médicale de base et leur développement professionnel ont été fortement influencés par le Pr Robert Germain. Doué d'une forte personnalité qui imposait à la fois le respect et l'admiration, il communiquait ses valeurs fondamentales qui étaient son sens de la discipline, de la rigueur, de l'exigence de l'application aux études, de la justice, de l'humilité, de la reconnaissance et de l'honnêteté.

Comme chef de département d'anatomie et d'embryologie, comme Doyen de la FMP, comme chirurgien attaché au service de chirurgie de l'HUEH, le Maître a toujours exigé et maintenu le haut standard qui a valu tant à la FMP et au service de chirurgie leurs heures de gloire.

Animé comme d'une joie communicative lors de ses cours qu'il dispensait avec maestria, ce qui faisait de lui une éminence professorale à jamais égalée dans l'art de la présentation d'un cours d'anatomie, plus spécifiquement des os de la tête, tous les chirurgiens des générations d'avant l'an 2000 lui doivent leur aisance dans la dissection opératoire pour avoir bossé dur sur les sujets formolés au cours des séances de pratique au laboratoire d'anatomie. Au nom de la Société Haïtienne de Chirurgie et en mon nom propre, veuillez accepter, estimable professeur, notre reconnaissance éternelle.

Une figure de proue de l'intelligentsia haïtienne dans le domaine de l'éducation médicale, de la chirurgie et de l'administration publique s'en est allée. Je reprends les termes du Dr Ardouin Louis-Charles qui cite Leslie Manigat : « le Pr Germain est une vraie production nationale de qualité ». Il a marqué la moitié d'un siècle de son empreinte et laissé un héritage immense au monde médical haïtien. Il est un monument qui doit fi-

gurer à côté des illustres noms de l'éducation médicale et de la médecine haïtienne. Je souscris entièrement à la proposition du Dr Jacques Pelletier, celle d'immortaliser sa mémoire sur une plaque, un buste ou une salle qui porterait son nom.

3. JE SUIS EN DEUIL

André Jolicoeur, MD

Extrait

Le Dr Robert Germain était un grand homme, un intellectuel d'un niveau extraordinaire qui n'avait absolument rien à envier à aucun autre. Comme nombre d'entre vous, je le tenais en très haute estime.

Il était aussi, en certains points, une figure controversée. J'ai regretté qu'il ait pris l'habitude de parler si bas en faisant un cours dans une grande salle remplie de plus d'une centaine d'étudiants. J'ai regretté qu'il ait choisi de faire attendre longtemps ses étudiants avant d'envoyer "Dextra" leur dire « Vous pouvez partir. » J'ai regretté qu'il se soit entouré de ce mur qui effrayait des étudiants qui pourtant l'admiraient.

L'homme était d'un esprit bien formé. Il passerait facilement pour un des meilleurs modèles de notre société. Le tempérament regrettable lui venait sans doute en réaction aux méprisables préjugés et autres mesquineries de cette même société.

Avec tristesse, je dépose humblement ma reconnaissance devant sa dépouille. Refusant de « faire de nous des médecins malgré nous », il nous a aussi certainement poussé à prendre beaucoup plus au sérieux nos études d'anatomie.

Maintenant, j'ai eu, avec lui, un ou deux incidents que j'aurais souhaité avoir évités.

Pran ti chèn ba nou.

Au matin de l'examen d'anatomie pratique (dissection), j'avais dormi seulement deux heures de temps, de 2h am à 4h am. Il faisait l'appel d'avant examen. Il appela un nom proche de la lettre « J » de Jolicoeur. Personne ne répondit présent. Il s'ensuivit un retard prolongé au bout duquel je répondis « Présent ». Son regard se fixa méchamment sur moi. En fait, je ne l'avais pas entendu citer mon nom. Mais, à un récent examen de Radiologie pratique, j'étais passé juste après le dernier nom qu'il avait cité avant l'étudiant absent. Comme personne ne répondait, dans ma confusion, compréhensible à un tel moment, j'ai « imaginé » qu'il avait cité mon nom et que cela m'avait échappé.

« ... Docteur... » (timide tentative d'explication)

L'affaire se corse. Il continua avec l'appel et arriva à mon nom : « Jolicoeur André » ... Tremblant, souhaitant que ma méprise allât passer inaperçue,

timidement je répondis : « Présent ». Ami(e)s, l'homme en fut emporté dans une fulgurante colère et me mitrilla des plus sévères remontrances, que j'avais du reste bien méritées. Il le fit, à son ordinaire, avec des traits rapides et pointus, dans un français si châtié que je n'ai jamais pu me souvenir de ses termes. En gros, j'ai retenu : « Que signifie tout cela ? »

« Vous ne connaissez donc pas votre nom ? »

« ... Docteur... » (respiration hachée..., halètements)

« Quand j'enregistre que l'autre est présent alors qu'il ne l'est point... »

Je n'ai jamais pu me souvenir du reste...

Mes ami(e)s, ayant été vous aussi en Première Année, vous pouvez facilement vous imaginer l'état d'esprit dans lequel je me trouvais ce matin-là juste avant mon examen d'anatomie pratique. Me voilà affolé, terrifié, demandant à la personne la plus proche de moi : « Fito, kisa rejyon planté a gen ladan'l ? » Et Fito de tenter de me dire en vrac ce qui de la région lui passait par la tête.

Ne vous méprenez pas là-dessus, le jeune André Jolicoeur avait expressément et plusieurs fois étudié la région plantaire pour « le cas où ». Mais à ce moment, toute cette préparation était partie en fumée. Que s'était-il donc passé lorsque vint mon tour de recevoir mes questions de « Bob » ?

« Jolicoeur, ... Uretère, Tibia, Télémaque ! »

Mes ami(e)s, je n'aurais pas pu mieux m'en sortir. Rassérénié, le penaud peureux fit soudain place au petit pédant Jolicoeur qui miraculeusement avait, entre autres, rapidement révisé ces parties plus faciles à son réveil à 4h du matin. Me voilà donc faisant un cours sur l'uretère à Télémaque, ... à la Télémaque. Je ne manque certainement de lui indiquer, à sa façon, « le point de maximum douleur » sur le trajet de l'uretère en cas de « passage bloqué de calcul urinaire », « l'une des douleurs les plus atroces que puisse vivre l'être humain. »

Et lui de me demander avec tout autant de pédanterie : « Qui vous a si bien appris cela ? » Il me colla 95/100. Après quoi Bob, à qui n'avait certainement pas échappé mon théâtre, m'envoya disséquer la région...

« Jolicoeur, ... Épaule postérieure, Bernadel ! »

Il n'y a dans toute l'anatomie du corps humain aucune région plus facile que l'épaule postérieure. Bernadel, qui était moniteur à ma table de dissection, était bien au fait de mon assiduité. Il me colla 90/100. Je le trouvai, malgré tout, bien chiche plus tard, car j'avais besoin du maximum de points pour compenser une très mauvaise note à l'examen d'anatomie écrite obtenue justement à cause de son intransigeance.

Mais ça, c'est une autre histoire que je vous conterai une autre fois...

4. EULOGIE

Jean-Marc Dargoût, MD

Extraits

... Non, le Doyen Robert Germain n'est pas mort, il est avec nous, sur chaque lèvres, dans chaque esprit, dans les colonnes de chaque faculté de médecine, dans l'oraliture de toute une génération d'Hommes qui parleront toujours de lui avec honneur, fierté et profond respect.

Le Doyen Robert Germain, dit Bob Germain, était un homme terrible, un professeur imposant et redoutable, une horreur pour les crétins et un monument pour qui le savent !!!

Le Doyen est un homme juste, mais silencieux. Les jeunes médecins de mon époque se demandaient s'il savait rire ou parler... Quand il faisait son cours d'anatomie, croyez-moi, le silence qu'il imposait était si grand qu'on se croirait à un enterrement... Nous y voilà !

Nous ne célébrons pas la mort du Doyen en ce 1er juillet 2024, mais plutôt une vie bien remplie, bien vécue, enviable des plus grands...

Le Doyen Germain appartient à cette génération d'hommes et de femmes haïtiennes qui croyaient au savoir, au respect de l'autre, à la dignité humaine, aux sacrifices par l'étude et l'éducation pour élever des temples à la vertu !!!

Le Doyen Germain fut le professeur de mon feu père, le Dr Jean Lumarque Dargoût, passé à l'autre bord à 80 ans tandis que le jeune Dargoût, comme il se plaisait à m'appeler, fut également son étudiant à la FMSS-UNDH.

C'est pour vous dire, en se la faisant courte, que le nombre incalculable de générations de médecins qu'il a forgés et pétris de ses propres mains, fait de moi, un illustre privilégié à qui la nature a favorisé la possibilité de prendre la parole devant la dépouille d'un si grand homme !

Même si le temps nous manque inexorablement, ce serait une ingratitude de ma part de voler seul cet instant d'éternité où tout le gratin de la gente intellectuelle haïtienne est à l'écoute, pour ne pas laisser un cillement à mon épouse, le Dr Stéphanie Floréal Dargoût à qui je dois mon amitié au Doyen Germain.

Stéphanie : « Pour ma part, je résumerais le Dr Bob Germain, notre Doyen pour toujours en trois mots : Humilité, Justice, Jeunesse d'esprit. Ce fut un père, un professeur, un Doyen, un conseiller, un ami, une référence pour chacun de nous. Merci Doyen Germain ».

Je veux conclure pour ceux qui peuvent le comprendre que le séjour du Doyen n'a duré qu'un (1) jour, étant né un jeudi et ayant voyagé un vendredi. En un (1) jour, il nous a laissé tant de fierté, tant d'érudits médecins, tant de cerveaux pour servir cette nation haïtienne !

Le Doyen Robert Germain fut un modèle de silence, d'autorité, de respect et d'exemple à suivre, puissiez-vous, tous autant que vous êtes, suivre ce modèle d'Homme digne de tout respect aux regards de tous !!! Doyen Germain, Doyen chéri, en un (1) jour et en mille (1000) ans, vous avez fait votre parcours et toutes les générations à venir sauront qui fut le Dr Robert Germain, l'anatomiste pour ne pas dire, l'un des plus grands anatomistes de tous les temps.

Doyen chéri, tu n'es pas mort, les Grands ne meurent jamais. Les Grands voyagent... Vous nous avez laissé la lourde tâche de marcher sur vos brisées... Puissions-nous, nous montrer dignes de vous. Puissions-nous continuer le chef-d'œuvre que vous avez construit par vous-même.

5. HOMMAGES

ADIEU L'ARTISTE !

Ivan Thomas LARGE

*Quand il arrivai dans la salle
C'était le silence total
Pour accueillir l'anatomiste
Qui était en fait un artiste.*

*Et en première année de Fac
C'était chaque soir un spectacle
À l'affiche, le corps humain
Le one man show, Robert Germain.*

*Mais personne n'applaudissait
Quand soudain il apparaissait
Et allait droit à son tableau
Après avoir écrasé son mégot.*

*Sa voix qu'il maintenait basse
Allait jusqu'au fond de la classe
Faisant des traits avec sa craie
Dont seul lui, avait le secret.*

*Pas un regard pour son public
Pauvre étudiant armé d'un Bic
Essayant de suivre la trame
De l'épopée des os du crâne.*

*Et quand les rideaux tombaient
Il s'en allait d'un pas chelbè.
Et à sa dernière sortie de piste,
Nous te disons : Merci l'artiste*

23/6/24

Mon hommage au Dr Robert Germain

Marie Lydie Adrien Lafontant
Médecin Anesthésiste
Promotion Martelly SEIDE, 1981

*Il nous suivait qui l'aurait cru ?
Quand d'un pas timide mais décidé
Nous allions à l'angle de l'autre rue
Prendre notre bouffe, le déjeuner.*

*Pour nous c'était le rendez-vous de la faim,
Pour lui sans doute, la pause, ventre déjà plein.
Altier et fier il lorgnait devant sa clinique
Tous les passants, leur squelette, leur anatomie, leur tic.*

*Il nous suivait on n'y échappait pas ;
Moi et ma copine de Fac
À l'aller sinon au retour, le voilà.
Mon œil ! Même en pleine rue... le trac !*

*Et vint le jour du face à face,
Notre rendez-vous à tous, en première année,
Là où ça passe ou casse
Ayant récité, marmotté ou bégayé !!!*

*Il murmura les trois sujets à moi réservés :
Maxillaire supérieur, Estomac, Région pédiéuse
Comment ai-je pu dévisser mon maxillaire et vider
mon estomac ?
J'aurais maudit mes pattes... bien audacieuses !*

*Je m'en sortis, de mon pas timide mais dégagé,
Convaincue que je serais le médecin de mes rêves
Et nous revoilà pour la dernière pause, sa dernière trêve*

Au rendez-vous de la Fin, souvenirs précieux, bien gardés.

3. La Fondation Haïtienne de Diabète et de Maladies Cardiovasculaires (FHADIMAC) à Jérémie



La FHADIMAC informe le grand public et plus spécialement les patients affectés par le diabète et les maladies cardiovasculaires dans la Grande-Anse qu'elle vient de procéder au lancement officiel de son projet FHADIMAC-JÉRÉMIE consistant en une campagne de dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle à Jérémie et les communes avoisinantes et la prise en charge des personnes dépistées au « CENTRE DR RENÉ CHARLES » sis au #116 Source Dommage, près du local de la EDH.

L'équipe de FHADIMAC central venant de Port-au-Prince et formée du Dr Philippe Larco, président a. i. de la FHADIMAC, du Dr Nancy Charles Larco, directrice

exécutive et du Dr Kevin Junior Mexis, coordonnateur du projet, a réalisé plusieurs activités pendant son séjour d'une semaine du 22 au 27 juillet 2024 à Jérémie.

- le lancement officiel du projet au cours de la soirée du 24 Juillet où de nombreuses personnalités de la ville étaient présentes ;
- la bénédiction du « Centre Dr René Charles » où les personnes dépistées seront référées pour l'éducation par l'infirmière formée en diabétologie, l'évaluation sociale par le travailleur social et la prise en charge par le médecin ;
- la formation de plus d'une centaine d'infirmières et d'infirmiers à l'École des Infirmières Notre-Dame du Perpétuel Secours qui a été très animée ;
- la rencontre avec différentes organisations de la ville de Jérémie pour discuter des pistes de collaboration ;
- la journée portes ouvertes du 25 juillet où de nombreuses personnes, qui ne se connaissaient ni diabétiques ni hypertendues, ont été dépistées. Ceci nous a permis de constater combien les patients étaient vulnérables ;
- l'encadrement du personnel de la FHADIMAC a été le point le plus important. Des rencontres fructueuses entre les spécialistes de Port-au-Prince et l'équipe de Jérémie, constituée de jeunes médecins, d'infirmières, d'agents communautaires et de travailleurs sociaux, ont été entreprises pour s'assurer de la prise en charge adéquate des patients qui seront reçus au « Centre Dr René Charles ».



Fig. 1 et 2 : formation d'infirmières

La ville de Jérémie a été choisie pour plusieurs raisons. Lors de la mission de la FHADIMAC après le tremblement de terre du 14 août 2021 dans la Grande Anse, l'équipe avait noté un manque de connaissance

et de formation respectivement dans le groupe des patients reçus et celui des professionnels de la santé rencontrés. De là a germé l'idée d'implanter un tel projet qui ne serait que bénéfique dans la région. De plus, les Jérémiais/Jérémiennes de la diaspora ont répondu avec beaucoup d'enthousiasme et de générosité pour supporter le « Centre Dr René Charles » dans l'acquisition de matériels médicaux et de mobiliers. Ceci laisse présager du sentiment d'appartenance de ces bienfaiteurs pour assurer la pérennité du centre dans la communauté. C'est la ville natale du fondateur de la FHADIMAC le feu Dr René Charles.

Ce projet-pilote de la FHADIMAC a un objectif grandiose, celui de doter les dix départements d'Haïti de succursales qui fourniront l'accès à des soins de qualité dans la prise en charge du diabète et des maladies cardiovasculaires quel que soit le lieu, le genre, l'âge, ou autres déterminants sociaux qui sont souvent des barrières aux soins de santé.

L'altruisme du Dr René Charles guidera cette initiative et sa philosophie fera perdurer un tel projet car son amour pour les autres fera résonner aux oreilles des générations à venir une phrase qu'il répétait souvent « Tendre la main à l'autre, c'est reconnaître en lui son prochain ».



Fig. 2, 3 et 4 : station de dépistage

4. La Célébration du 50^e anniversaire de la promotion Dantes Destouches



De gauche à droite : première rangée : Mme Magalie Rosemond (vice-doyenne de la section pharmacie de la FMP) Dre Ginette Alcindor, Dre Guerlain Gelin, Dre Micheline Bazalais, Dre Yolaine Bijou, Dr Bernard Pierre (doyen de la FMP)

Deuxième rangée : Dr Jean-Claude Cadet, Dr Wilfrid Alexandre, Dr Raymond Fleurimond, Dr Blaise Sévère, Dr Maxime François, Dr Louis-Franck Télémaque

Le 13 août 2024, les membres de la promotion Dantes Destouches présents en Haïti s'étaient réunis pour célébrer le 50^e anniversaire de leur collation de diplômés.

Après la célébration à l'église Ste Thérèse de Pétion-Ville, le groupe s'était réuni à l'hôtel Karibe pour de joyeuses agapes. Au cours de ce repas mémorable le Dr Balise Sévère prononça le discours de circonstance dont nous relevons quelques extraits :

Chères consœurs, chers confrères de la promotion Dantes Destouches 1974

Nous voici enfin parvenus à ce jour de grande rencontre tant souhaitée, tant attendue par les membres encore vivants de cette promotion. Un jour qui marque un grand tournant dans la carrière des professionnels et qui charrie avec lui la célébration de leur cinquantième anniversaire de collation de diplômés.

Cette célébration, nous la voulions très grandiose, avec la réunion des camarades de promotion vivant en Haïti et en terre étrangère dans une belle communion de joie et de fraternité de trois ou quatre jours. Ce plan avait échoué et on pensait que la célébration n'allait plus avoir lieu. C'était sans tenir compte de l'esprit d'initiative et de la ténacité de la Dre Yolaine Paultre Bijou, gardienne de la promotion, qui annonçait aux membres vivant en Haïti qu'une célébration allait avoir lieu à la date du 13 août, ici chez nous. Cette annonce provoqua en nous une joie immense. Avec détermination, persévérance et courage, le succès est toujours au bout du chemin, fût-il " montant,

sablonneux, malaisé". C'est la grande leçon que nous avons apprise à la Faculté de Médecine, de la PCB à l'Internat, et appliquée tout au cours de ce long cheminement de cinquante années d'exercice de la profession médicale.

En cette heureuse occasion, nous avons une pensée spéciale pour les membres de la promotion vivant en terre étrangère qui avaient manifesté leur volonté de célébrer cet anniversaire avec nous et qui malheureusement ont vu leur rêve s'évanouir en cours de route. Nous espérons qu'ils ont pu suivre la cérémonie religieuse en direct.

Une pensée spéciale pour deux confrères actuellement en Haïti, Dr Jean Marie Duvalaire, aux Abricots dans la Grand -Anse et du Dr Léon Paul à Jacmel qui n'ont pas pu nous rejoindre.

Ayons aussi une pensée particulière pour nos camarades qui nous ont précédés dans l'au-delà et dont les mânes planent peut-être dans cette salle au-dessus de nos têtes.

Chers consœurs et confrères,

Que cette journée de célébration de notre jubilé soit pour nous l'occasion d'exprimer plus fortement que les autres fois nos sentiments de gratitude envers des bienfaiteurs de premier plan dont l'action a été déterminante dans nos succès, particulièrement notre réussite dans la profession médicale.

En tout premier lieu, ces remerciements vont à l'Être Suprême à qui nous devons d'être ce que nous sommes et d'avoir réalisé ce que nous avons fait de grand et de positif jusqu'à ce jour.

En second lieu, témoignons notre reconnaissance envers nos parents et nos professeurs à la Faculté de Médecine qui avaient travaillé durement à notre épanouissement dans un esprit de sacerdoce et dont le souvenir reste encore vivant dans nos esprits. Ils sont presque tous partis dans l'autre monde après que nombre d'entre eux se sont révélés à nous comme des modèles à suivre.

Que tous ces disparus, chers à nous tous, reposent en paix dans la maison du Père ! Pour saluer leur mémoire, ainsi que celle de nos camarades disparus, nous vous demandons de bien vouloir vous lever pour vous recueillir un instant.

Pour terminer, nous remercions tous ceux et toutes celles qui sont venus nous apporter leur soutien et leur affection à l'occasion de cet heureux événement. Nous tenons à leur dire que nous apprécions grandement ce geste qui nous fait très chaud au cœur.

Félicitations aux jubilaires - BONNE FÊTE

*Dr Blaise Sévère
Karibe Hôtel, 13 août 2024*

Principe éthique de la responsabilité dans le pratique médicale

Chantal Hirsch Courtois Noël, DDS ;

Gérald Lerebours, MD

Spécialiste en Santé publique et en éthique médicale

Le mot **responsabilité** provient du verbe latin *respondere* et trouve aussi son origine dans la racine latine *sportio* qui recouvre l'idée de se porter caution, l'obligation de répondre, d'être garant d'événements qui vont se produire, de se référer à un mécanisme projectif, tourné vers l'avenir. Ou encore : devenir responsable en répondant, par l'action ou par la parole, à l'appel de quelqu'un ou de quelque chose, et a également le sens de comparaître devant un tribunal.

Il apparaît pour la première fois au cours du XV^e siècle avec la définition : l'obligation de répondre de ses actes. Ceci cependant impose des conditions pour que quelqu'un soit responsable de ses actes, à savoir :

- d'abord être conscient et volontaire par rapport à l'action engagée ; n'avoir subi aucune coercition, aucune contrainte pour le faire
- accepter au départ la responsabilité avant de l'avoir exercé
- accepter les conséquences de l'action ou celles de son non-accomplissement.

Antoine Garapon (1997) le décrit ainsi : « Être responsable, c'est accepter d'être questionné, de comparaître, de voir ses décisions soumises à l'examen du public. C'est la possibilité du regard et de la mise en question qui fait la responsabilité. »

Par ailleurs, être responsable fait référence à l'obligation de réparer une faute, de remplir un devoir ou un engagement, d'assumer les conséquences de ses actes. Apparaît alors la question : on peut être responsable de quoi ? Dans le domaine médical, trois réponses sont possibles :

- action : nous sommes responsables de nos actes, de nos choix des traitements de nos patients, de nos prescriptions, des demandes d'analyses, des radiographies, etc.
- bien matériel : nous sommes responsables du matériel mis à notre disposition dans un hôpital, un centre de santé ou autre lieu de pratique de notre profession.
- être humain : nous sommes responsables de nos patients, de leur santé. Nous sommes les

tuteurs de nos enfants, et, en un certain sens, les curateurs de nos patients.

Malheureusement, l'idée de responsabilité s'associe trop souvent à sanction, décourageant à assumer la responsabilité. Déjà depuis la petite enfance, nous avons subi l'association responsabilité/sanction puisque la punition suivait quand nous ne mettions pas un peu d'ordre dans notre chambre ou laissons trainer nos jouets, refusions de manger un plat quelconque. C'est peut-être la raison pour laquelle il est pénible de constater que chez nous nul n'est responsable de quoi que ce soit. De plus, quand quelque chose se passe mal, on s'évertue à rejeter la faute sur quelqu'un d'autre.

Par exemple :

« Je ne suis pas responsable si le patient n'a pas suivi mes recommandations », mais, est-ce que je m'étais assuré que ce patient avait compris mes instructions ?

« Je ne pensais pas que ma secrétaire aurait parlé d'untel ou d'une telle sur Facebook ». Mais, lui avais-je notifié en l'employant qu'elle est astreinte au secret médical ?

Ce patient est mort à la suite d'un choc anaphylactique. « Je ne comprends pas. »

Pourtant c'est noté dans le dossier.

« Ah ! L'infirmière ne me l'a pas dit ! »

Qui est responsable de ce décès ? Le médecin ? L'infirmière ? Les deux ?

Tout acte posé entraîne des conséquences positives ou négatives. L'attention à prêter aux conséquences des actions posées et à celles des moyens utilisés pour les réaliser, est le signe distinctif de la responsabilité. Elles peuvent être tout à fait contraires au but recherché, ou encore enfreindre certaines valeurs importantes à vos yeux. Ce qui explique pourquoi il faut prendre en considération les effets possibles des actions à entreprendre et les moyens à utiliser pour les accomplir.

En quoi consiste la responsabilité médicale vue du point de vue bioéthique ? Nous savons qu'avec la bioéthique, le paternalisme médical a dû reculer jusqu'à disparaître. Nous avons vu la montée en puissance de l'autonomie des patients. La médecine moderne implique des choix multiples, dont le patient accepte de moins en moins d'être exclu. L'acceptation que le rôle de la médecine n'est pas de faire le bien du patient sans son consentement, voire contre sa volonté.

1. **La première responsabilité du médecin** est le respect de l'être humain donc de son patient. Il faut le voir avant tout comme un être humain, pas un cas. Le respect, c'est ce sentiment qui porte à

traiter quelqu'un avec égards. La valeur du respect occupe une place fondamentale dans les rapports humains et prend tout son sens dans les rapports du médecin avec son patient.

a. **Le respect de la dignité du patient** qui se traduit par la reconnaissance de la valeur de toute personne en tant qu'être humain. En ce sens, le médecin se doit de se respecter **soi-même**, de respecter les autres et de s'abstenir de toute discrimination.

b. **Le respect de la liberté de tous.** Chaque personne est libre de faire valoir ses goûts, ses préférences et sa personnalité. Ainsi, il doit respecter l'autre dans :

- sa globalité et son intégrité ;
- ses valeurs ;
- la diversité de ses choix de vie, tant au niveau de sa religion que de sa spiritualité, son orientation sexuelle ou son origine culturelle ;
- les particularités propres à chaque être humain et à sa vie intérieure, qu'il s'agisse de ses rêves, désirs ou projets ;
- ses décisions et préférences ;
- son intimité physique et psychologique ;
- sa vie affective, amoureuse et sexuelle.

c. **Le respect des personnes vulnérables :**

- le respect de la dignité humaine entraîne des devoirs bioéthiques rigoureux à l'égard des personnes vulnérables, c'est-à-dire devenues sans défense parce que leur capacité de faire des choix ou leurs aptitudes sont amoindries ;
- Pour des raisons de bienveillance, de solidarité, de justice, toute personne vulnérable doit être protégée, avec un soin particulier, contre tout mauvais traitement, toute exploitation, toute discrimination.

d. **Le respect de la vie privée et des renseignements personnels :**

- le respect de la dignité humaine fait également intervenir les principes du respect de la vie privée de l'autre et du respect des renseignements personnels ;
 - les normes de vie privée et de confidentialité protègent l'accès aux renseignements personnels ainsi que leurs contrôles et diffusion ;
 - de telles règles permettent de protéger l'intégrité psychologique, mentale et s'accordent aux valeurs qui sous-tendent la vie privée, la confidentialité des données et l'anonymat.

2. La deuxième responsabilité du médecin est de faire sien le principe de bienfaisance.

Le *primum non nocere* recommande que le médecin s'engage à ne rien faire qui pourrait nuire à son patient, à lui offrir les meilleurs soins et services requis pour améliorer le bien-être et la qualité de sa vie.

Ainsi il s'engage à :

- assurer des soins et services de qualité ; nécessité de la formation continue ;
- maximiser les avantages et bénéfices de ses actions tout en minimisant les conséquences négatives ;
- travailler en interdisciplinarité afin que la rencontre des savoirs soit bénéfique au patient ;
- considérer d'abord le meilleur intérêt du patient lorsqu'il prend une décision en matière de soins ;
- garder comme impératif : **PLACER LE PATIENT EN PREMIER LIEU.**

Le médecin a la responsabilité d'œuvrer dans le meilleur intérêt de son patient. Cependant, il peut y avoir des différences entre le meilleur intérêt pour sa santé et son meilleur intérêt plus global. Pour être plus explicite voici un exemple :

Vous êtes urgentiste dans un hôpital. On vous amène un accidenté dont la main droite est gravement endommagée, inconscient et seul. Il vous faut répondre à l'urgence, lui sauver la vie. Vous décidez d'amputer parce que pour vous c'est la meilleure solution. Le patient amputé est un pianiste-concertiste ...

Le médecin doit favoriser la communication avec le patient ...

... Sur le chariot qui la conduit au bloc opératoire, une patiente dit à l'infirmier qui est venu la chercher, qu'elle était soulagée d'avoir enfin l'opération parce qu'elle avait hâte de fonder une famille. Elle était sur le point de subir une hystérectomie.

3. La troisième responsabilité du médecin est sociale

Liberté et responsabilité se donnent la main, elles sont liées. La responsabilité est la condition de la vraie liberté. Comme l'a dit Victor Hugo : « Tout ce qui augmente la liberté augmente la responsabilité ». Être responsable, c'est apporter son concours à une autre personne, ce qui suppose fraternité et solidarité, une relation éthique. Être responsable individuellement,

- la responsabilité morale vis-à-vis de son for intérieur, fierté de l'homme libre, possibilité pour chaque être humain de s'accomplir ;

- la responsabilité sociale qui peut être une responsabilité professionnelle, une responsabilité pénale ou civile, une responsabilité politique, ...

Cependant, on ne peut être responsable que lorsque l'action a au moins un élément de liberté, car rappelons que liberté et responsabilité sont intrinsèquement liées.

Dans « l'Éthique à Nicomaque », Aristote pose le principe de la responsabilité. Il affirme que l'homme doit répondre de ses actes dès lors qu'il en a pris l'initiative et qu'il est même responsable de son irresponsabilité.

Pour le professionnel, à la responsabilité personnelle s'ajoute celle de la fonction. La responsabilité éthique personnelle se conjugue avec la responsabilité éthique professionnelle. Pour cette dernière, la responsabilité éthique est une charge voulue, entraînant la prise de décisions et obligeant celui qui en est investi à rendre compte de ses actes et de ses résultats à ceux qui la lui ont confiée. Qu'il l'ait choisi ou non, le professionnel est responsable des actes qu'il accomplit dans l'exercice de sa fonction professionnelle.

La responsabilité éthique est donc double, à la fois individuelle et sociale, en raison des répercussions et des conséquences que les actes professionnels peuvent avoir sur d'autres personnes.

Une des responsabilités du médecin est l'équité dans les soins. Ce qui signifie :

- offrir des soins et services en fonction des besoins des patients
- garantir une juste répartition des ressources et de l'accessibilité aux services.
- assurer l'accès aux soins et services en fonction des besoins, des compétences et de l'individualité de chacun, dans la limite des ressources disponibles.
- s'assurer que les droits de chacun sont respectés de façon impartiale et objective.

Le médecin doit favoriser l'accès aux soins et services à tout un chacun. Nous savons que souvent les patients ne peuvent que difficilement avoir accès à nos services. Ils vivent à des kilomètres des centres de santé ou hôpitaux. Beaucoup de routes sont à faire ; parfois plus de deux jours en chemin.

La responsabilité sociale du médecin va le conduire à s'interroger sur la réalité et l'efficacité des systèmes de santé en fonction d'objectifs concrets et de la recherche de l'équité, l'allocation des ressources humaines, financières, matérielles. La responsabilité sociale est nécessairement une réflexion approfondie sur les instruments et les moyens financiers, humains et matériels que nécessite l'organisation du système de santé propre à un pays.

La responsabilité sociale du médecin doit l'amener à s'interroger :

- quelle part de la richesse globale du pays voulons-nous consacrer à la santé ?
- comment souhaitons-nous qu'elle soit utilisée ? En favorisant la dépense individuelle ou, au contraire, en définissant des priorités d'ordre collectif ?
- sur quelle organisation faire reposer la fourniture et la distribution des prestations de santé ?
- comment faire en sorte que celle-ci apporte tant sur le plan technique qu'humain la meilleure satisfaction possible ?

Si le monde de la bioéthique est de construction récente, celui de « l'économie de la santé » a son histoire, ses institutions et ses « règles du jeu ». La bioéthique ne saurait ni les réinventer ni les ignorer. Elle doit simplement en tenir compte pour exercer, elle-même, une influence efficace dans le domaine des technologies de la santé.

Pour chaque patient qui requiert ses soins, le médecin doit mettre dans la balance les intrants sociaux, c'est-à-dire la situation sociale et économique du patient, son environnement ; voir le patient d'une manière holistique.

Faire de la responsabilité sociale un pilier fondamental de la bioéthique, c'est donner à la bioéthique le moyen de répondre moralement et concrètement à la diversité des besoins individuels par une meilleure prise en compte de la dimension collective de ceux-ci.

La première conséquence de cette intégration de la solidarité dans l'application des nouvelles techniques biomédicales est de garder à l'esprit que chaque geste médical a autant de signification individuelle que collective.

Ainsi vous ne pouvez prescrire des médicaments que vous savez pertinemment fort coûteux à des patients qui peuvent à peine se payer un plat chaud chaque jour. Ne vous faites pas d'illusions, il ne l'achètera pas votre médicament. Il ne peut pas. C'est parfois plus qu'un mois de son salaire et il a une famille à nourrir. Les médicaments à nom générique sont à meilleur marché, préférez-les. Si vous avez reçu des échantillons, distribuez-les ; ils ne sont pas destinés à rester dans les tiroirs de votre bureau ou à décorer une vitrine.

Ou encore faisons appel aux savoirs locaux. Nous ne devons pas oublier que les fameux cachets ont eu comme point d'origine des plantes, des produits naturels. La médecine alternative connaît de plus en plus d'adeptes mondialement. De plus en plus de médecins acquièrent des connaissances en naturopathie.

Nous avons le plus souvent affaire à des patients qui ont à peine de quoi survivre, alors aidons-les à se soigner, à guérir. N'hésitons pas à utiliser les plantes. Allons à la recherche d'informations. Qui n'a pas entendu parler des infusions de *simen kontra* comme vermifuge, ou de feuilles de *lougrou* pour les calculs rénaux, ou encore de celles du goyavier pour la diarrhée, ou du sirop d'oignons pour les enfants enrhumés ? Nous entendons souvent dire : « Il y a un problème de dosage avec les plantes ! » Faisons un essai, demandons tout simplement à quelqu'un comment faire une simple infusion pour la grippe. Il nous dira qu'il nous faut avoir tant de bourgeons des feuilles du citronnier et tant de fleurs d'hibiscus. Pas de dosage, dit-on ?! Et il nous dira pendant combien de jours il faudra la prendre. Une formation sur le sujet serait profitable à plus d'un. Les livres de Mme Marilise Rouzier peuvent mettre le pied à l'étrier. Pourquoi ne pas mettre une chaire de naturopathie dans les facultés des sciences de la santé ? Des conférences, des colloques pour les praticiens, seraient profitables.

Et les analyses ? Les analyses sont en principe la confirmation d'un diagnostic. Vous demandez des analyses, toute une liste, à un patient qui a dû marcher pendant plusieurs heures, parfois des jours, pour vous voir. Vous lui spécifiez qu'il lui faut faire ces fameuses analyses à jeun. Donc il fait le trajet en sens inverse, marche pendant des heures, rentre chez lui. Demain, sans rien manger, il se tape encore la même route. Fait les analyses, reprend la route pour rentrer à la maison. Deux jours après, il brave encore la poussière, vous apporte les résultats. Et, simplement vous lui dites : c'est bien ce que j'avais constaté. Prenez les médicaments prescrits !

Autre chose, nous savons pertinemment que la grande majorité des patients ne peuvent se payer certains traitements. Pas d'argent pour. Cependant vous devez les accompagner, leur offrir des soins palliatifs. Accompagner le patient jusqu'au bout du chemin est de votre responsabilité.

Notre devoir, en tant que médecin, est aussi de vous battre pour avoir chez nous, dans notre Haïti, ces traitements coûteux à un prix raisonnable. Il faut lutter pour que les gouvernements puissent donner la possibilité d'offrir certains traitements à la population. Au moins pour que la plus grande majorité de la population ait accès à des traitements, pas ceux d'avant-garde qui coûtent horriblement chers, parce que trop pointus, non, mais à ceux qu'un grand nombre de patients peuvent avoir dans d'autres pays

en voie de développement comme notre Haïti. Qui connaît mieux que nous les besoins des malades ? Faisons des plaidoyers pour leur offrir ce qu'il y a de mieux, pour pratiquer dans de meilleures conditions dans les centres de santé, les hôpitaux publics.

La médecine va bien au-delà de la maladie puisqu'elle demande de voir le patient holistique. (Ce que fait la médecine asiatique depuis des siècles) Apprendre à voir au-delà des apparences, à poser les questions adéquates, afin d'arriver à comprendre le patient, à expliquer ses choix. Cela suppose une certaine connaissance du milieu dans lequel nous avons décidé de pratiquer. D'où la nécessité des cours de bioéthique médicale, d'écologie, de sociologie, de droit médical, ... dans les facultés des sciences de la santé.

Bibliographie

1. Jonas, H: *The imperative of responsibility*. 1979.
2. Hottois G et Pins M : Hans Jonas : *Nature Et Responsabilité (Annales de L'Institut de Philosophie de L'Université de Brux. (Edition française). Vrin 1993*
3. Aristote : *Éthique à Nicomaque, éditions Richard Bodéüs. 2004*
4. Neptune Rouzier M : *Plantes médicinales d'Haïti, Editions de l'Université d'Etat d'Haïti. 2021*

LABORATOIRES 4C

SITUATION ACTUELLE

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



CIPROX
500
Ciprofloxacine 500 mg par comprimé
ANTIBIOTIQUE A LARGE SPECTRE
2 X 10 Comprimés
LABORATOIRES 4C
P-au-P, HAÏTI



SupraB
B COMPLEX
- Asthénie
- Névralgies
- Zona
2x10 Comprimés



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



LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI

Info CHIR reçoit vos «Petites Annonces» sur :

infochir@gmail.com

VISITEZ le site Web d'Info CHIR :

<http://info-chir.org>

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

VISITEZ L'ATLAS DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL :

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

Chapitres consultables sur l'ATLAS :

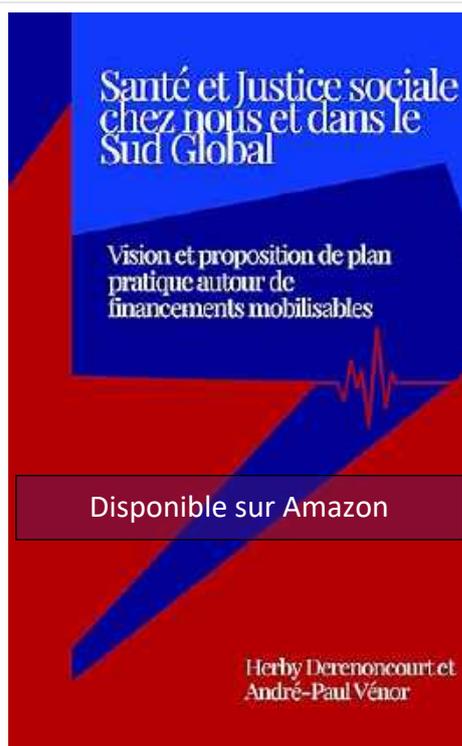
- 1) Chapitre I : TRAUMATISMES
- 2) Chapitre II : PEAU ET TISSUS SOUS-CUTANES
- 3) Chapitre III : Le SEIN
- 4) Chapitre IV : SYSTÈME NERVEUX
- 5) Chapitre V : OPHTALMOLOGIE ORL ET MF
- 6) Chapitre VI : Le COU
- 7) Chapitre VIII : ARTÈRES ET ANÉVRISMES
- 8) Chapitre XII : FOIE – VBH – PANSCREAS – RATE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

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

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

LIEN FACEBOOK D'Info CHIR/RHCA

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



« Ce livre propose des solutions tangibles et réalisables pour aborder les problèmes de santé et d'injustice sociale. Il explore des moyens concrets de financer les initiatives liées à la santé et à la justice sociale, mettant ainsi l'accent sur la viabilité financière dans nos pays. Les auteurs offrent une réflexion profonde sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent contribuer à un changement significatif dans le Sud Global. »

Jean O. Alouidor

Pédiatre, DESS/MGSS.

Assistant-Professeur de Méthodologie de la Recherche Clinique FMP/FO/UEH.

Directeur Divisionnaire des Soins Spécialisés. Zanmi Lasante (ZL)/Partners in Health (PIH), Haïti.

https://www.amazon.com/Sant%C3%A9-Justice-sociale-chez-Global-ebook/dp/B0DF7T7THW/ref=sr_1_1?crd=1YY8HSMMQDF9&dib=eyJ2IjojMSJ9.7J2lJy5iWdi7k5VHdbN4IMbBnuipMuQ-na6DoXzOpE.GMw3Wuc6UedPm49QG0tYn4gh4fECY7kNP.C6T5tth2M4&dib_tag=se&keywords=herby+derenoncourt&qid=1725409374&srefix=herb+y+de%2Caps%2C84&sr=8-1

APPEL À PUBLICATION D'ARTICLES MÉDICAUX SCIENTIFIQUES

La coordination d'INFOCHIR/RHCA félicite les auteurs/autrices pour la qualité et la diversité de leurs publications dans les colonnes de la Revue Haïtienne de Chirurgie et d'Anesthésiologie (RHCA) et de l'Info Gazette Médicale (IGM). Tous ces articles peuvent être retrouvés à partir de l'Index Medicus, dans les archives de la RHCA, de l'IGM, sur le site <https://www.info-chir.org> et sur le web pour les articles qui ont eu un tiré à part auxquels un lien était attaché.

INFOCHIR/RHCA reçoit les articles scientifiques de Chirurgie, d'Anesthésiologie et aussi des publications d'autres spécialités comme la Médecine Interne, la Pédiatrie, l'Imagerie, l'Anapathologie, la Santé Publique, la Psychologie, la Psychiatrie, entre autres.

Nous recevons les propositions de publication sur infochir@gmail.com

Louis Frank Télémaque, MD
Coordonnateur

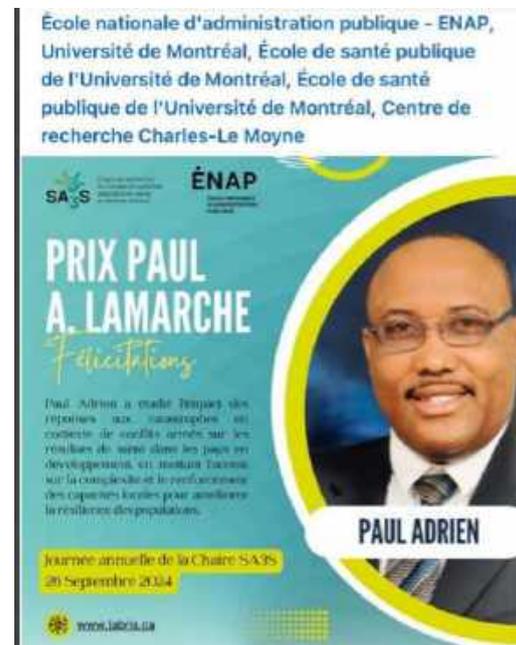
AUF (Agence Universitaire de la Francophonie) APPEL À PROJETS # 2

APPUI AUX FORMATIONS VISANT L'INTÉGRATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA) DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR AU NIVEAU DE LA CARAÏBE.

Toutes les pièces du dossier doivent être rédigées ou traduites en français, au format PDF.

Dossier complet à déposer en ligne au plus tard le 15 septembre 2024, à 23h59 (heure d'Haïti) sur lien de candidature : <https://l.auf.org/AAP-DRC-Formations-IA>

Pour information : caraiibe@auf.org



OFATMA / NOUVEAU CENTRE HOSPITALIER DU NORD



YON BRASE LIDE SOU OTIS

Le 28 août dernier, le **Forum Médico Chirurgical** a tenu sa 50^e conférence intitulée « *Yon brase lide sou otis* »

La conférencière était la Dre Sherley M. David Gratia MD, ARNP, PNP-BC
Voici telle était l'annonce de cette conférence :

L'autisme est une condition qui, de nos jours, interpelle plus d'un. En effet, de temps à autre, nous côtoyons des enfants autistiques à l'église, au market, à l'école...Qu'est-ce que c'est que l'autisme ? Quels en sont les signes et symptômes ? Comment se font le diagnostic et la prise en charge ? Comment s'y prendre en tant que parents ?

Des questions légitimes et pertinentes que traitera Sherley David Gratia, médecin haïtien vivant à l'étranger, qui, fascinée par le sujet, voudrait partager ses connaissances/expériences avec nous. Elle présentera une approche de l'autisme en Haïti et aux USA.

https://amhe.org/newsletter/Newsletter_348.pdf



HOSPITAL
& MEDICAL
SUPPLIES S.A.

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1962



Le 2 septembre dernier, Me Alain Guillaume a présenté son évaluation du décret du 11 mars 2020 à l'invitation du collectif des sociétés savantes, des associations médicales et des médecins praticiens /praticiennes libéraux.

Plus de 200 invités ont assisté à la présentation. L'analyse a été très approfondie. Le conférencier a relevé des anomalies et a fait des propositions pour avancer avec le processus en cours de création de l'ordre des médecins haïtiens.

Nous espérons que cette intervention ravive la flamme de la sensibilisation et ouvre la porte à plus de discussions et de suggestions pour que nous parvenions à un Ordre des Médecins



Naissance de triplets à l'Hôpital St Damien /Nos Petits Frères et Sœurs