



Édité par : Dr Jean ALOUIDOR

DÉPOT LÉGAL: 21-01-001

CODE ISSN : 2958 – 1346 (JOURNAL)

CODE ISSN : 2958 – 1354 (ON LINE)

CODE ISBN : 978 – 99970 – 956 – 4 – 0

INFO GAZETTE MEDICALE MEMBRES

Rédaction et de l'Éditorial

Michel Dodard, directeur

Maxime Coles, conseiller

Lu pour vous

Michel Dodard, coordonnateur

Ernst Jean Baptiste, membre

Henry Jean-Baptiste, membre

Santé Publique

Pavel Desrosiers, coordonnateur

Franck Génésus, membre

Guirlaine Raymond, membre

Chesnel Norcéide, membre

Mario Laroche, membre

Actualités Intra Hospitalières

Christophe Millien, coordonnateur

Wilfine Dupont, membre

Pierre-Marie Woolley, membre

Vanessa Jaelle Dor, membre

Académie et Professions

Edith C. Georges, coordonnatrice

Marlyn Lestage-Laforest, membre

Carine Réveil Jean-Baptiste, membre

Informations Socio Culturelles

Jessy Colimon Adrien, coordonnatrice

Judith Jean-Baptiste, adjointe

Wisly Joseph, membre

Claudine Hyppolite, membre

Nadège Charlot, membre

Éthique

Gérald Lerebours, coordonnateur

Petites Annonces

Louis Franck Télémaque, coordonnateur

Direction de lecture

Eunice Dérivois, membre

Conception et réalisation

Jean Alouidor, membre

SOMMAIRE

	Page
• <i>Lu pour vous</i>	2
• <i>Santé Publique</i>	5
• <i>Actualités Médicales et Paramédicales</i>	11
• <i>Académies et Professions</i>	24
• <i>Informations Socio Culturelles</i>	26
• <i>Petites Annonces</i>	31
	<i>Et plus encore !</i>



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé l'Initiative mondiale contre le cancer du sein (GBCI) en 2021 pour réduire les taux de mortalité de 2,5 % par an d'ici 2040 et sauver 2,5 millions de vies grâce à trois piliers d'action clés sur la promotion de la santé : détection précoce diagnostic précoce et la prise en charge complète du cancer du sein.

Le bilan de l'année est assez prometteur reflétant l'arrivée de nouveaux médicaments pour le redoutable triple négatif cancer du sein, de nouveaux critères de dépistage commençant à l'âge de 40 ans, l'usage de la mammographie 3D et un meilleur contrôle de certains effets secondaires de la chimiothérapie.

La réalité est cependant brutale : 2,286,840 de femmes ont été diagnostiquées en 2022, ce qui représente une augmentation substantielle du nombre enregistré pendant les deux dernières décades ... [1]. En 2023, 670.000 femmes sont mortes du cancer du sein. C'est le cancer le plus fréquent dans 157 pays. La Belgique et l'Australie occupent les rangs les plus élevés et le Japon le moindre... Derrière ces statistiques se cachent des milliers d'histoires personnelles, de déni, d'anxiété et de désespoir, mais aussi de résilience, d'aspiration à la survie et d'actes de foi.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en Haïti et la principale cause de décès par cancer. Cependant, le taux de mortalité pour le cancer en Haïti est beaucoup plus élevé que dans d'autres pays, avec un rapport mortalité/incidence supérieur à 60 % en raison de la paucité de facilités de dépistage, de l'âge avancé des patientes au moment du diagnostic et de l'absence quasi complète de certaines modalités de traitement.

Plusieurs organisations locales se sont dédiées à apporter des solutions à ce problème majeur de Santé Publique comme la Fondation Jean Orluche Pierre, Zanmi la Sante, the Center for Global Cancer Medicine. Plusieurs médecins ont dédié leurs carrières à l'amélioration du sort des victimes infortunées de cette maladie. Il faudra davantage de mammographies, de biopsies et de facilités de radiothérapie pour lutter contre ce fléau. Nous aurons besoin d'une sensibilisation massive non seulement des femmes mais aussi de leurs pères, maris, conjoints et frères pour faire une différence. Nous avons aussi besoin de ressources pour réaliser ces objectifs.

Lu Pour Vous présente deux extraits d'articles récents sur le cancer du sein. *Santé Publique* se questionne sur le désavantage des afro descendantes par rapport au cancer du sein et dévoile une offre de services de santé à la population haïtienne dans le contexte de la crise actuelle. *Actualités Médicales et Para Médicales* dépeint le rôle du psychologue dans la méthode mère kangourou, rappelle l'obligation du respect du sommeil du patient, décrit la réalité de la sécurité de l'administration des médicaments en Haïti et raconte le périple de la délégation de ZL en mission à Paris. *Académie et Professions* met le projecteur sur la profession de technicien de laboratoire. *Informations Socio Culturelles* présente la distinction reçue par une de nos consœurs, rappelle la mémoire du Dr Anténor Miot et fait l'éloge des feu Drs Debussy Damier et Déborah Pierre. *Petites Annonces* foisonne de bonnes nouvelles.

Références

- 1- World Cancer research fund International-2022
- 2- A five-year epidemiological profile of patients with cancer managed by a Haitian cancer program. Joseph Bernard and al. : Journal of Clinical Oncology vol.40-2022



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

1. Actualités sur le cancer du sein

Extrait de l'article de Jamie DePolo from « The Breastcancer.org »

Voici les études de 2023 qui ont eu le plus d'impact :

Deux nouveaux médicaments approuvés

Le capivasertib et le sacituzumab sont approuvés pour le cancer métastatique avec des résultats encourageants. Ces médicaments retardent l'expansion cérébrale du cancer du sein.

Grossesse après un cancer du sein

Les femmes diagnostiquées avec un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs, y compris les femmes porteuses d'une mutation BRCA, peuvent tomber enceintes en toute sécurité après un cancer du sein. Dans le passé, les médecins n'étaient pas sûrs que la grossesse après un cancer du sein fût sans danger, car les niveaux d'hormones augmentent pendant la grossesse. Les résultats ouvrent des possibilités pour les personnes qui souhaitent avoir un enfant après un cancer du sein.

L'une des plus grandes découvertes était qu'un gel en vente libre pouvait aider à soulager le syndrome main-pied.

Un gel topique AINS peu coûteux a réduit les taux de syndrome main-pied de 75 % chez les personnes prenant le Xeloda, un effet secondaire qui peut amener les gens à arrêter le traitement. Le jeûne à court terme pendant la chimiothérapie semblait prévenir la fatigue.

Progrès dans le traitement

L'année 2023 a apporté de nouvelles approches pour traiter efficacement le cancer du sein avec moins d'interventions et des moyens de rendre les modalités actuelles plus efficaces. L'ablation des ganglions lymphatiques peut ne pas être nécessaire si le cancer est limité ou s'il se résorbe complètement à la chimiothérapie avant la chirurgie. Et moins de traitement signifie un risque plus faible d'effets secondaires, y compris le lymphoedème. Lorsque la chimiothérapie avant la chirurgie élimine le cancer dans les ganglions lymphatiques, la radiothérapie dans la région ganglionnaire n'est pas nécessaire.

Manger sainement et faire de l'exercice

Cette attitude peut améliorer la réponse de certaines personnes à la chimiothérapie.

Autres avancées dans le traitement du cancer du sein

- La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a approuvé Truqap (nom chimique : capivasertib) et Orserdu (nom chimique : élacéstrant) pour certains cancers du sein métastatiques à récepteurs hormonaux positifs et a élargi l'utilisation de Trodelvy (nom chimique : sacituzumab govitecan-hziy) pour y inclure le cancer du sein métastatique à récepteurs hormonaux positifs, plutôt que seulement la maladie triple négative. L'ajout de Tukysa (nom chimique : tucatinib) au traitement standard a amélioré la survie globale et réduit le risque de nouvelles lésions cérébrales chez les personnes diagnostiquées avec un cancer du sein métastatique HER2 positif qui s'est propagé au cerveau.
- Des études ont également porté sur les soins du cancer du sein dans la communauté LGBTQ. Les chercheurs commencent tout juste à comprendre les facteurs de risque du cancer du sein et les lignes directrices de dépistage pour les personnes trans et non binaires. Les personnes LGBTQ atteintes d'un cancer du sein sont confrontées à des retards de diagnostic et ont un risque de récurrence trois fois plus élevé que les personnes cisgenres hétérosexuelles.
- Chaque personne ayant des seins présente un certain risque de cancer du sein et le risque de chaque personne est différent. Il est donc important d'avoir un plan de dépistage adapté à votre situation unique. L'American College of Radiology a publié des directives selon lesquelles toutes les femmes, en particulier les femmes noires et juives ashkénazes, devraient subir une évaluation génétique dès l'âge de 25 ans.

Dépistage du cancer du sein

Nous savons que le dépistage du cancer du sein sauve des vies. Mais, diverses organisations ont publié des directives différentes sur le moment où les femmes devraient commencer le dépistage, ainsi que sur la fréquence à laquelle elles devraient être dépistées. Des études soulignent les résultats antérieurs selon lesquels les mammographies régulières, à partir de 40 ans, signifient que plus de femmes sont en vie. Les mammographies de dépistage régulières réduisent de plus de 65 % le risque de mourir d'un cancer du sein.

Note de l'éditeur : En face de statistiques qui montrent une augmentation croissante de cancer du sein, nous nous accrochons à ces avancées positives dans le dépistage et le traitement du cancer métastatique. Chaque patient avec le cancer du sein est différent et devrait bénéficier d'une prise en charge individuelle.

2. Survie globale avec le pembrolizumab dans le cancer du sein triple négatif à un stade précoce

Extrait de l'article de Peter Schmid, M.D., Javier Cortes, M.D., Rebecca Dent, M.D., Heather McArthur, M.D., Lajos Pusztai, M.D., Sherko Kümmel, M.D., Carsten Denkert, M.D - Publié le 15 septembre 2024

Abstract

Introduction : Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif à un stade précoce, l'essai de phase 3 KEYNOTE-522 a montré des améliorations significatives de la réponse pathologique complète et de la survie sans événement avec l'ajout de pembrolizumab à une chimiothérapie contenant du platine. Nous rapportons ici les résultats finaux pour la survie globale.

Méthode : Les patientes ont été réparties dans un rapport de 2:1, des patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif de stade II ou III non traité auparavant pour recevoir un traitement néoadjuvant avec quatre cycles de pembrolizumab (à une dose de 200 mg) ou un placebo toutes les 3 semaines plus paclitaxel et carboplatine, suivis de quatre cycles de pembrolizumab ou de placebo plus doxorubicine-cyclophosphamide ou épirubicine-cyclophosphamide. Après la chirurgie définitive, les patients ont reçu du pembrolizumab adjuvant (groupe pembrolizumab-chimiothérapie) ou un placebo (groupe placebo-chimiothérapie) toutes les 3 semaines pendant un maximum de neuf cycles. Les principaux critères d'évaluation étaient la réponse pathologique complète et la survie sans événement. La survie globale était un critère d'évaluation secondaire.

Résultats : Sur les 1.174 patients qui ont fait l'objet d'une randomisation, 784 ont été assignés au groupe pembrolizumab-chimiothérapie et 390 au groupe placebo-chimiothérapie. À la date limite des données (22 mars 2024), le suivi médian était de 75,1 mois (intervalle de 65,9 à 84,0). La survie globale estimée à 60 mois était de 86,6 % (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 84,0 à 88,8) dans le groupe pembrolizumab-chimiothérapie, contre 81,7 % (IC à 95 %, 77,5 à 85,2) dans le groupe placebo-chimiothérapie (p = 0,002). Les effets indésirables étaient conformes aux profils d'innocuité établis pour le pembrolizumab et la chimiothérapie.

Conclusion : L'association du pembrolizumab néoadjuvant associée à une chimiothérapie suivie d'un traitement adjuvant du pembrolizumab a entraîné une amélioration significative, par rapport à la chimiothérapie néoadjuvante seule, de la survie globale chez les patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif à un stade précoce.

Note de l'éditeur : Une autre note positive pour le traitement du cancer du sein triple négatif, cette forme redoutable du cancer du sein.

revoir même le premier pas de notre prise en charge qui consiste à mesurer la tension artérielle. En plus de la dimension du bandeau utilisé, la position dans laquelle cette tension est prise peut donc être essentielle à un diagnostic correct. Les cliniciens même chevronnés ont intérêt à revoir de façon critique leur technique et de la corriger.

3. Le positionnement des bras affecte-t-il les lectures de la pression artérielle un stade précoce

Extrait de l'article de Liu H et al. JAMA Intern Med 2024 Oct 7

Les positions non standard des bras couramment utilisées ont entraîné une surestimation cliniquement pertinente de la PA.

Les directives cliniques soulignent qu'une bonne technique est importante pour mesurer la pression artérielle (PA), mais dans de nombreux milieux de pratique, les cliniciens ou le personnel prennent des mesures qui ne suivent pas toutes les étapes recommandées. Dans cet essai américain portant sur 133 adultes, les chercheurs ont évalué l'effet de positions de bras non standard sur les lectures de TA en mesurant la TA de chaque patient dans trois positions de bras différentes (l'ordre de mesure a été déterminé par un protocole de randomisation) :

- bras appuyé sur un bureau, avec brassard au niveau du cœur (position de référence) ;
- main soutenue sur les genoux ;
- bras non soutenu sur le côté.

Par ailleurs, les enquêteurs ont suivi les directives standard pour les mesures de la tension artérielle en cabinet. Les positions sur les genoux et sur les côtés ont permis d'obtenir des lectures significativement plus élevées (de 4 mm Hg à 6 mm Hg pour les mesures systoliques et diastoliques) que la position sur le bureau. Les résultats étaient cohérents lorsque les patients étaient classés par tranche d'âge, statut d'obésité, utilisation des soins de santé et s'ils souffraient ou non d'hypertension connue.

Référence

1- Liu H et al. *Position des bras et lectures de la pression artérielle : l'essai clinique randomisé croisé ARMS. JAMA Intern Med 2024 7 octobre ; [e-pub].* (<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.5213>)

Note de l'éditeur : Après avoir lu des centaines d'articles sur l'hypertension, nous pourrions entretenir l'illusion que nous n'avons plus rien à apprendre sur cette maladie. Et pourtant, il y a lieu de

4. Infection respiratoire syncytiale sévère chez l'enfant : fardeau, prise en charge et thérapies émergentes

Extrait d'un article de Natalie I Mazur, MD PhDa n.i.mazur@umcutrecht.nl · Mauricio T Caballero, MD MScb,c · Marta C Nunes, PhDD,e

Le fardeau mondial de l'infection des voies respiratoires inférieures (IVRI) par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les jeunes enfants est élevé. Les stratégies de prévention du VRS, approuvées en 2023, seront essentielles pour réduire la charge mondiale de la maladie. Une recherche systématique de la littérature publiée au cours des 15 dernières années est décrite, ainsi que l'utilisation d'une approche non systématique pour analyser les résultats, en hiérarchisant les articles importants et les revues les plus récentes par sous-thème.

Chaque année, 33 millions d'épisodes d'infection par le VRS se produisent chez des enfants de moins de 5 ans, entraînant 3,6 millions d'hospitalisations et 118 200 décès. Le VRS, l'ITRI est un diagnostic clinique, mais il n'existe pas de définition de cas clinique, ni d'outil clinique universel pour prédire les maladies graves. L'avènement des tests moléculaires au point de service permet une confirmation rapide et précise de l'infection par le VRS et pourrait réduire l'utilisation d'antibiotiques. Il n'existe pas de traitement du VRS fondé sur des données probantes, seulement des soins de soutien.

Malgré une utilisation généralisée, les données probantes concernant le traitement par canule nasale à haut débit (CNHD) sont insuffisantes et l'augmentation des admissions et des intubations en soins intensifs pédiatriques indique la nécessité de retirer le traitement par canule nasale à haut débit des soins standard.

Pour avoir un impact important sur l'infection par le VRS potentiellement mortelle, les nourrissons à haut risque, en particulier dans les pays à revenu faible et

intermédiaire, devraient être prioritaires dans le cadre d'une stratégie provisoire vers la vaccination universelle. La mise en œuvre de stratégies préventives contre le VRS permettra de clarifier le fardeau total de l'infection par le VRS.

Références

- 1- Li, Y · Wang, X · Blau, DM · et al. *Estimations mondiales, régionales et nationales de la charge de morbidité des infections aiguës des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncytial chez les enfants de moins de 5 ans en 2019 : une analyse systématique - Lancette. 2022 ; 399:2047 à 2064*
- 2- Nyawanda, BO · Murunga, N · Otiemo, NA · et al. *Estimations de la charge nationale du virus respiratoire syncytial chez les enfants kenyans âgés de moins de 5 ans, 2010-18 - BMC Med. 2023 ; 21 :122*

Note de l'éditeur : Il existe maintenant un vaccin pouvant prévenir cette infection. Nous en sommes maintenant au stade de définir les politiques mondiales de vaccination et de mesurer leur impact sur la santé infantile.

5. Un test sanguin pour la maladie d'Alzheimer ?

Allan S. Brett, M.D.

Dans une étude suédoise très médiatisée, la sensibilité et la spécificité étaient toutes deux d'environ 90 %.

La pathologie de la maladie d'Alzheimer (MA) se caractérise par l'accumulation de peptides β amyloïdes et la phosphorylation de tau (une protéine qui stabilise les microtubules dans le cerveau). Ces biomarqueurs peuvent servir d'outils de diagnostic lorsqu'ils sont mesurés dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) ou identifiés par tomographie par émission de positons (TEP). Étant donné que le dépistage du LCR nécessite une ponction lombaire et que la TEP n'est pas largement disponible, la question évidente est de savoir si les niveaux de biomarqueurs dans le sang peuvent identifier la MA avec une précision diagnostique raisonnable.

Une étude publiée fin juillet s'est penchée sur cette question ([JAMA 2024 Jul 28](#)). Les résultats ont été largement rapportés dans les médias publics, avec des titres tels que « Un test sanguin diagnostiqué avec précision la maladie d'Alzheimer 90 % des cas. » ([New York Times 2024 Jul 28](#)) et « Des tests sanguins pour la maladie d'Alzheimer peuvent arriver dans votre cabinet médical » ([PBS News 2024 Jul 28](#)). Cette étude a été menée en Suède et a impliqué \approx 500 patients en soins primaires et \approx 700 patients d'une clinique spécialisée dans la mémoire, qui ont tous été évalués pour des symptômes cognitifs. Les participants ont été testés pour les taux sanguins de β amyloïde et de tau phosphorylée, et les résultats ont été convertis en un « score de proba-

bilité amyloïde ». Tous les participants ont également subi soit un test de LCR pour ces marqueurs, soit une TEP β amyloïde. Ces derniers résultats, qui ont servi de norme diagnostique à laquelle les résultats des analyses sanguines ont été comparés, ont indiqué une prévalence de la MA de 50 % dans les cohortes de soins primaires et de cliniques spécialisées.

Le test sanguin a effectué les opérations suivantes :

- La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative pour la MA – en utilisant un seuil suggéré par des recherches antérieures – étaient toutes de $\approx 90\%$.
- La précision globale du test sanguin (c'est-à-dire la proportion de diagnostics corrects) était de 91 %, ce qui était nettement supérieur à la précision du diagnostic clinique par les médecins de soins primaires ou les spécialistes de la démence (61 % et 73 %, respectivement).
- La sensibilité des tests chez les personnes atteintes de déclin cognitif subjectif qui ne répondaient pas aux critères de diagnostic formels de déficience cognitive légère (TCL) ou de démence était nettement inférieure à celle des personnes atteintes de DCL ou de démence ($\approx 70\%$ contre $>90\%$).

- Les concentrations plasmatiques de tau phosphorylé seul (en particulier, p-tau217) ont donné des résultats similaires à ceux du score de probabilité amyloïde.

Les tests utilisés dans cette étude ne sont actuellement pas approuvés pour un usage clinique par la FDA des États-Unis, mais l'approbation de ces tests ou d'autres tests sanguins de la MA est probable bientôt. Leur utilisation sera limitée aux patients présentant des symptômes évocateurs de troubles cognitifs.

Les auteurs de l'étude n'ont pas discuté du fait que les valeurs prédictives des résultats des tests dépendront de la prévalence de la maladie dans la population testée. Lorsque la sensibilité et la spécificité sont toutes deux de 90 % et que la moitié de la population testée est atteinte de la maladie d'Alzheimer (comme dans cette étude), les valeurs prédictives positives et négatives sont également de 90 %.

Reference :

- 1- Sebastian Palmqvist, MD, PhD^{1,2}; Pontus Tideman, MSc^{1,2}; Niklas Mattsson-Carlgrén, MD, PhD^{1,3,4}; et al Blood biomarkers to detect Alzheimer's disease in primary and secondary care
- 2- Suzanne E. Schindler, MD, PhD⁵; Ruben Smith, MD, PhD^{1,2}; Rik Ossenkoppele, PhD^{1,6,7}; Susanna Calling, MD, PhD^{8,9}; Tim West, PhD¹⁰; Mark Monane, MD, MBA¹⁰; Philip B. Verghese, PhD¹⁰; Joel B. Braunstein, MD, MBA¹⁰; Kaj Blennow, MD, PhD^{1,12,13}; Shorena Janelidze, PhD¹; Erik Stomrud, MD, PhD^{1,2}; Gemma Salvadó, PhD¹; Oskar Hansson, MD, PhD – Plasma Phosphorylated Tau 217 and A β 42/40 to Predict Early Brain A β Accumulation in People Without Cognitive Impairment - JAMA. 2024;332(15):1245-1257. doi:10.1001/jama.2024.13855

Note de l'éditeur : Cette étude soulève autant de questions qu'elle en résout. L'une d'entre elles est la suivante : « Comment les résultats, positifs ou négatifs, modifieraient-ils la prise en charge clinique dans ce cas ? » Une autre question est de savoir si les tests en soins primaires doivent être effectués en réponse à des symptômes subjectifs bénins (par exemple, « ma mémoire n'est plus tout à fait ce qu'elle était »). Il est peut être prématuré de crier victoire dans cette bataille du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou nous sommes tous impliqués directement ou indirectement.

LABORATOIRES 4C

SITUATION ACTUELLE

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



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



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



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



LABORATOIRES
4C
P-au-P, HAÏTI

1. Qu'en est-il du désavantage des afro descendantes et le cancer du sein ?

Edith Comeau Georges, inf.



Le cancer du sein est présent dans la plupart des pays de la planète. Et, la moitié des femmes diagnostiquées ne présentent aucun facteur de risque spécifique autre que le sexe et l'âge [1]. Pourtant, une disparité au niveau de l'incidence et de la survie est assez saisissante en ce qui touche la descendance africaine et un type de cancer du sein. Si, dans la population en général, le sexe constitue un facteur majeur d'incidence de cancer du sein, c'est plutôt l'ascendance africaine qui est déterminante, s'agissant du cancer du sein triple négatif (CSTN). Les femmes et les hommes de race noire en proportions différentes, se placent au premier rang du peloton. « De nouvelles recherches montrent un lien génétique entre l'ascendance africaine et le cancer du sein triple négatif [2] ». Ce déséquilibre semble s'associer aux caractéristiques de ce type de cancer, à des facteurs d'ordre structurel, à la paucité des recherches scientifiques sur cette ethnicité, à l'inadaptation du réseau, à l'accès à l'offre de services, à l'élément culturel, social...entre autres. Aussi, une pluralité d'autres facteurs expliquerait le comportement des femmes noires vis-à-vis de la vigilance à l'égard de leur santé, ce qui serait en relation avec la détection tardive autant que la prise en charge inadaptée et moins satisfaisante des fournisseurs de soins. Une complexité de déterminants différencie même les femmes entre elles, depuis que dans la population en général, « 10 et 15 % des femmes chez qui on diagnostique le cancer du sein développent le triple négatif, chiffre qui atteint les 30 %, soit le double, en ce qui concerne les femmes afro descendantes [3]. » Les afro descendantes, plus vulnérables, héritent d'un triple désavantage (sexe, âge et ethnicité africaine), ce qui affecte leur survie. C'est une observation fac-

tuelle, somme toute déstabilisante qui interpelle particulièrement dans le cas des concitoyennes en Haïti où l'accès aux soins et l'offre de services, précisément avec la problématique du cancer du sein, sont déjà en inadéquation. Ce constat préoccupant motive notre discussion dans cet article.

Le cancer du sein étiqueté le fléau silencieux au féminin, dans sa forme CSTN frappe les femmes afro descendantes d'une manière plus fulgurante que les femmes caucasiennes et les ethnicités asiatiques et autres. La documentation scientifique rapporte qu'avec l'âge, 40 ans et moins, la détection du CSTN est souvent tardive et, conséquemment, la prise en charge se fait à un stade parfois avancé et même déjà métastasé. Ce cancer insoupçonné n'étant associé à aucune manifestation somatique, ni facteur de risque particulier, le sujet atteint est relativement en bon état de santé. C'est donc, encore sous le choc, en déni et naviguant dans un processus de deuil que la femme atteinte, nouvellement diagnostiquée, affronte un éventail d'investigations et de traitements agressifs liés au protocole d'une prise en charge accélérée. En effet, ce type de cancer du sein assez agressif, est plus fréquent chez les femmes de moins de 40 ans mais affecte les femmes noires de manière disproportionnée. Le CSTN, contrairement aux deux autres types de cancer du sein plus fréquents, se propage rapidement et attaque les organes vitaux, entraînant un taux de mortalité plus élevé que tout autre type de cancer du sein [2, 3]

Selon ce qui est rapporté des explications de Florence Coussy, gynécologue et oncologue à l'Institut Curie (Paris), les trois principaux sous-types de cancer du sein, se définissent par la présence ou l'absence de récepteurs à la surface des cellules cancéreuses. Pour le plus fréquent des cancers du sein (70-75%), le cancer RH+, c'est la présence de récepteurs hormonaux (RH) aux œstrogènes et à la progestérone. Le 2^{ème} sous-type, le cancer du sein HER2+ (15 à 20%), est défini par la surexpression du HER2 et, le moins fréquent, le cancer du sein triple négatif n'exprime aucun de ces récepteurs (10% (20% chez les femmes jeunes)) [4].

Le cancer du sein triple négatif (CSTN)-

Le fonctionnement des tissus mammaires des seins est harmonieusement maintenu grâce à la présence des récepteurs cellulaires : les récepteurs des hormones féminines (les œstrogènes et la progestérone) ainsi que les récepteurs de la protéine régulant la multiplication cellulaire (HER2). Ces mêmes récepteurs sont aussi présents sur certains types de cellules cancéreuses ce qui n'est pas le cas de tous les cancers [4]. Et, comme indiqué antérieurement, les cancers triples négatifs n'expriment aucun de ces récepteurs.

L'hérédité semble être un facteur associatif dans 30% des cas de mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 et ces cas de tumeurs sont les plus agressifs. De plus, en

2012, les études dirigées dans un laboratoire à l'Université McMaster par la biologiste Dr^e Juliet Daniel portant sur le cancer du sein triple négatif (CSTN) ont permis de découvrir que le gène « Kaiso », préalablement identifié en 1999, par la chercheuse, est plus fortement exprimé dans les tissus de cancer du sein des femmes noires que chez les femmes blanches. Les femmes avec une forte expression de ce gène ont moins de chances de survivre au cancer du sein, car Kaiso favorise la propagation et la survie des cellules cancéreuses [3]. Néanmoins, la réponse de ces tumeurs est plus favorable à certains agents de chimiothérapie [4].

L'identification du type triple négatif se fait par analyse microscopique du tissu prélevé lors de la biopsie de la tumeur. Le fait que les cancers du sein "triple négatif" soient issus de cellules n'exprimant aucun récepteur hormonal aux œstrogènes et à la progestérone et d'une absence de surexpression du facteur de croissance HER-2, leur profil clinique est plus défavorable. Ce qui présente, un haut risque de métastases précoce, vu le caractère agressif de ces tumeurs, de leur réponse partielle à la chimiothérapie et de l'absence de cible thérapeutique, permettant de proposer un traitement spécifique. Une étude publiée dans la revue JAMA Oncology révèle que les femmes noires diagnostiquées avec ce sous-type ont 28% plus de risques d'en mourir que les femmes blanches ayant reçu le même diagnostic [3].

Avancées scientifiques et l'approche thérapeutique

Diverses études scientifiques sur la corrélation entre l'ascendance africaine et le CSTN portent sur la composante génétique. Cela implique des essais cliniques avec des sujets d'afro-descendance. Cette population n'est pas manifestement enthousiaste à s'enrôler bénévolement dans pareilles avenues d'autant plus que trop souvent devant faire face à des barrières de tout ordre et autres impondérables. On ne peut sous-estimer que les croyances culturelles et autres facteurs sont souvent des freins à leur participation. Les comportements de santé et les habitudes acquis face à la maladie favorisent peu la fidélisation aux investigations et traitements. Le manque de représentation des femmes noires au Canada et au Québec, porte à se tourner de l'autre côté de la frontière [3].

On est enclin à observer les tendances et les données des États-Unis tout en tenant compte des limites structurelles d'accès aux soins et des disparités socioéconomiques inhérentes à au système de santé américain. Toutefois, aux États-Unis, des recherches ont mis en évidence des différences au niveau de l'ADN entre les femmes noires et blanches. Ces études montrent que les femmes noires sont plus souvent touchées par le type de cancer du sein le plus agressif, le « ER+ », et ont 42 % de probabilité en plus de mou-

rir de ce cancer que les femmes blanches. Une tendance qui semble justifier certaines recherches internationales menées aux États Unis et au Canada [2]. Toutefois, il est important de noter que le système de santé aux États-Unis est moins égalitaire qu'en Belgique. Dans cette étude, les chercheurs ont analysé les données de 415 277 femmes, en tenant compte de leur origine ethnique et de leur âge. Pour les femmes d'une quarantaine d'années, le taux de mortalité est de 27 pour 100 000 chez les femmes noires, contre 15 pour 100 000 chez les femmes blanches. (Cancer du sein : Les femmes afro-descendantes sont-elles plus à risque ? - ONCOSTAR)

Cependant, au Canada, dans la Gazette des femmes, on indique qu'en 2023, le Centre Interdisciplinaire pour la Santé des Noir(e)s (CISN) de l'Université d'Ottawa a révélé qu'il n'existe aucune donnée sur les communautés noires au Canada pour 15 des 20 cancers les plus courants. La méta-analyse montre aussi que les personnes noires au Canada sont moins susceptibles de passer des tests de dépistage du cancer du sein. On y retient également, au Canada, en outre les travaux sur le gène "Kaisa" menés à l'Université McMaster par la biologiste Dr^e Juliet Daniel. Cependant, il faudra compter sur une présence plus significative des femmes noires et poursuivre pendant le temps requis des essais cliniques menant à des traitements ciblés i.e. plus efficaces et spécifiques à ces sous-types de CSTN [3].

En l'occurrence, les travaux de l'équipe du Dr Jean-Jacques Lebrun au Centre universitaire de santé McGill en 2021, propose des avenues encourageantes avec la découverte de nouvelles voies de signalisation cellulaires impliquées dans le développement des tumeurs du CSTN et une polythérapie ciblée prometteuse [4]. Ce problème de recherche constaté de l'association du CSTN à un taux élevé de récurrence et de métastases, ainsi qu'à une résistance aux traitements classiques, entraînant un pronostic défavorable et des taux de survie faibles, justifie cette nouvelle étude à l'IR-CUSM. En effet, on a débuté un nouvel essai clinique randomisé de phase 3, TROPION-Breast03, d'envergure internationale, s'adressant aux femmes atteintes du CSTN ou atteintes de cancer du sein précoce avec les récepteurs hormonaux (RH) bas/HER2-négatif qui n'ont pas encore reçu de traitement. Ces travaux sont dirigés localement par le Dr Jamil Asselah, oncologue et chercheur du Programme de recherche sur le cancer à l'IR-CUSM et aussi président du comité scientifique du Groupe McPeak-Sirois [5,6]. Au Québec, au niveau de la prévention et de la sensibilisation à la détection précoce, des initiatives sont aussi menées afin de pallier le manque de représentation des minorités dans les recherches. Leur participation étant fondamentale

fondamentale à la compréhension de leur « make up » génétique et particularités afin, d'adapter les outils de sensibilisation et, aussi, de développer des traitements ciblés efficaces et spécifiques à leur risque diversifié. On soulignera les partenariats établis dans cette poursuite entre outre, de certains organismes de cette province et de l'Ontario avec des groupements de femmes des diasporas. Cette stratégie entend sensibiliser la population noire dans sa diversité culturelle à l'importance de participer aux recherches scientifiques. L'objectif est d'acquérir une meilleure connaissance du portrait réel du cancer du sein dans cette population afro-descendante. L'organisme haïtien, *Audace au Féminin*, collaborant activement à la recherche en cours, à travers une approche humoristique Tétons Ben Drôles, tente de démystifier certains tabous afin de sensibiliser à l'importance de participer aux recherches scientifiques [3]. Ce nouveau partenariat des organismes est en réponse à la *tièdeur*, des femmes des minorités visibles face aux programmes et autres initiatives de santé publique de prévention et de sensibilisation à la lutte contre le cancer du sein. La mammographie de dépistage, du Programme Québécois de Dépistage du Cancer du sein (PQDCS) connaît peu de succès dans la diversité, alors même que l'offre semble accessible mais se révélant non adaptée.

L'approche thérapeutique est autant que possible personnalisée et est optimisée dans le cas d'une détection précoce ainsi qu'une prise en charge immédiate rapide et intégrée. Ce qui n'est pas souvent la situation, dans les cas de cancer insoupçonnés et particulièrement le CSTN, plutôt atypique chez une jeune femme de moins de 40 ans. Des avancées scientifiques ont mené à des modalités de traitements satisfaisants dans certains types de tumeurs. Pour les cancers HER2 positifs, les thérapies ciblées sont le traitement de référence qui ont amélioré significativement les taux de survie des patientes. Dans les cas de cancers hormono-dépendants, le traitement hormonal est la principale approche thérapeutique (Tamoxifen, Nolvadex, Femara, Arimidex...). En revanche, les cancers triple négatifs, ne présentant ni récepteurs hormonaux ni surexpression de HER2, posent un défi thérapeutique particulier, car peu réceptifs à un traitement par immunothérapie ou aux thérapies ciblées. L'approche conventionnelle incluant le traitement hormonal et la thérapie ciblée anti-HER2 n'est pas indiquée avec ces types de tumeurs. Le traitement proposé pour ce type de tumeur englobe la chimiothérapie, à laquelle il semble mieux répondre. En plus de la chimiothérapie, ces cancers peuvent bénéficier d'options thérapeutiques comme l'immunothérapie, les inhibiteurs de la poly (ADP-ribose) polymérase (PARP) pour les cas de mutation des gènes BRCA1

ou BRCA2, ou les anticorps conjugués. En plus, la chirurgie et la radiothérapie sont aussi considérées [7, 8, 9]. On en déduit, de ce qui est indiqué dans ces dernières sources de documentation que les modalités thérapeutiques en dépit de leur sophistication semblent moins efficaces et performantes pour une moitié des cas de ces tumeurs qui ne répondent pas à cette combinaison. Cependant, les recherches se poursuivent!

La réalité en Haïti

Cette réalité ne nous étant pas accessible, on se porte à l'induire par rapport aux considérations de la réalité des Haïtiennes de la diaspora au Canada, voire aux États-Unis puisque l'élément clé principal est l'ascendance africaine. Et, à la question : « Les femmes afro-descendantes sont-elles plus à risque de développer un cancer du sein? », la réponse comprend plutôt une nouvelle interrogation de trois volets complémentaires sur lesquels un débat est proposé.

- *Les concitoyennes en Haïti sont-elles plus à risque que celles de ces diasporas d'être affectées par cette maladie compte tenu de leur afro descendance?*
- *Quelle est l'incidence estimée de ce sous-type de cancer dans la population féminine au pays (aussi, tous les types inclus)?*
Comment en dépit de la crise sanitaire contextuelle peut-on envisager, des stratégies pour sensibiliser les groupes de femmes principalement, celles autour de la quarantaine et les femmes en général à la problématique multiforme du cancer du sein?

On a tendance à s'alarmer et à s'indigner, tenant compte que les traitements contre le cancer du sein sont plus efficaces et mieux tolérés lorsqu'ils sont commencés tôt et suivis jusqu'au bout. Et, aussi, du fait que les difficultés d'accès à l'offre de service font souvent l'objet de frustrations et de commentaires désolants et justifiés entre les professionnels de la santé sur le terrain. Les données indicatives du profil des femmes atteintes font résonance surtout dans le contexte aggravant en Haïti. La donnée la plus ahurissante réfère à l'incidence d'environ 10 % à 15 % de cancer triple négatif, le plus difficile à soigner, des cas de cancer du sein chez les femmes de moins de 40 ans, et non ménopausées, et des femmes d'origine asiatique ou africaine. L'hérédité semble dans certains cas y être associée. Ces femmes dont la survie est menacée au quotidien. La vigilance doit être renforcée si on comprend que même avec la mammographie programmée, une détection peut survenir dans l'intervalle. Cette radio des seins n'étant pas à la portée de toutes les femmes au pays, alors que ce type de cancer a une progression fulminante. Les données factuelles et les indications pertinentes et observations sur la réalité au pays, ne sont pas vrai-

ment connues. Nos démarches de consultations n'ont pas été vraiment fructueuses, mais nous sommes très sensibles aux priorités des experts. Le statu quo des femmes, des programmes, des ressources en place ne nous fut pas accessible. On peut présumer que les risques pour les femmes au pays et pour celles de la diaspora dans une certaine mesure, sont les mêmes. Et, cela, sur de nombreux aspects, entre outre la génétique africaine, s'il faut le simplifier de cette manière et l'élément culturel.

Conclusion

Le constat alarmant d'une survie peu probable et de récurrence chez les femmes atteintes du cancer du sein CSTN est assez problématique si l'on considère qu'en 2022, le cancer du sein a provoqué 670 000 décès dans le monde. De plus, environ la moitié des cancers du sein apparaissent chez des femmes qui ne présentent aucun facteur de risque spécifique autre que le sexe et l'âge.

En Haïti, des initiatives fructueuses se maintiennent en dépit de la crise sanitaire à la suite de laquelle nombre des institutions sanitaires demeurent inopérantes. Aussi, on ne peut qu'encourager et reconnaître le leadership des cliniciens en oncologie, les oncologues et autres spécialistes ainsi que les professionnels de la santé qui gardent le phare. Ce qui atteste de leur habileté d'initiative et d'engagement pour desservir une population à risque. La détection du cancer du sein est la porte d'entrée de la prise en charge et peut être, plus facilement à la portée, si on y travaille tous ensemble. Cependant, des enjeux majeurs en lien avec l'approche et la disponibilité de protocoles thérapeutiques adéquats et une prise en

charge globale, fragilisent autant la population cible, que ces femmes atteintes, les suivis des survivantes, les centaines d'autres en cours d'investigation. Dans le contexte actuel d'insécurité, de survie menacée, de limites des ressources et de priorisation, des perspectives d'amélioration et de changement ne sont certes pas facilement envisageables. On pourrait s'imaginer des avenues possibles dans une volonté commune de stratégies d'éducation sanitaire, de sensibilisation populaire, d'information sur la santé des femmes, au niveau des adolescentes, dans les classes terminales, dans les familles, entre amies, réseau via les media. Ces perspectives se justifient par une commune afro-descendance car, oui les données probantes sont évidentes, le risque de 10 % à 15% nous concerne toutes et aussi tous.

Références

- 1- *Cancer du sein – OMS – 13 mars 2024*
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Vue%20d'ensemble,et%20avoir%20une%20issue%20fatale.>
- 2- *BBC News Afrique- Le cancer du sein agressif frappe davantage les femmes noires – 27 octobre 2022*
<https://www.bbc.com/afrique/monde-63404564>
- 3- *Mélina Nantel - Cancer du sein : un risque différencié chez les femmes noires – Une lutte contre le cancer et ses disparités – 10 Octobre 2024*
<https://gazettesdesfemmes.ca/24718/cancer-du-sein-un-risque-differencie-chez-les-femmes-noires/>
- 4 *Fabienne Landry - Cancer du sein triple négatif : Une nouvelle étude ouvre la voie à un traitement novateur - Source: IR-CUSM - 2 juin 2021*
Cancer du sein triple négatif : Une nouvelle étude ouvre la voie à un traitement novateur | Centre universitaire de santé McGill

- 5 *Fabienne Landry Cancer du sein triple négatif : une nouvelle étude clinique ouvre des perspectives thérapeutiques novatrices et prometteuses - 27 novembre 2023*
Cancer du sein triple négatif : L'IR-CUSM inscrit les premières patientes à un essai clinique international de phase 3 | Centre universitaire de santé McGill
- 6- *Cancer du sein triple négatif : une nouvelle étude clinique ouvre des perspectives thérapeutiques novatrices et prometteuses - 27 novembre 2023*
- 7- *Fiche Info Roche : L'essentiel sur les cancers du sein triple négatifs –*
<https://assets.roche.com/f/173873/x/c8a4ade54d/fiche-info-cancer-sein-triple-negatif.pdf>
- 8- *Auréli Blaise - Cancer du sein HER2 : positif, négatif, traitement, c'est quoi ? - Journal des femmes en sante - 21 10 22*
Cancer du sein HER2 : positif, négatif, traitement, c'est quoi ?
- 9- *ELSAN - Cancers du sein hormono-dépendants et statut Her2 – 20 10 24*

Bibliographie

1. *Peggy Cardin-Changizi - C'est quoi un cancer du sein triple négatif ? Survie ? Journal des Femmes en santé – 04/03/24*
2. *Pronostic et survie pour le cancer du sein | Société canadienne du cancer- Dernière révision médicale : août 2023*
3. *Oncostar - Cancer du sein : Les femmes afro-descendantes sont-elles plus à risque ? - ONCOSTAR – 3 juillet 2024*
4. *Alexandra Wargny Dreighe - Cancer du sein triple négatif : "L'épigénétique nous ouvre beaucoup d'espoirs" – 19/10/24*

2. Offre des services de santé à la population haïtienne dans le contexte de la crise actuelle

ASSOCIATION DE SANTÉ PUBLIQUE D'HAÏTI



Présentation de l'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPCHA)

La mission

L'Association de Santé Publique d'Haïti (ASPCHA), créée en Août 1980 dans la mouvance de la première réforme sanitaire nationale de 1975, s'est donnée pour Mission de : "travailler en collaboration avec les organismes chargés de promouvoir, d'améliorer et de maintenir la santé de la population haïtienne"

Les objectifs poursuivis par l'ASPCHA sont de :

1. travailler activement au développement de la santé publique en Haïti ;
2. provoquer et maintenir la participation de la communauté dans la solution aux problèmes de santé publique ;
3. favoriser la recherche dans le domaine de la santé publique ;
4. rompre l'isolement en créant et en entretenant un cadre favorable aux échanges d'idées ;
5. veiller à l'amélioration des performances de tout travailleur de santé au moyen de la formation continue.

Au cours de ses 44 années d'existence, l'ASPCHA, membre de la Fédération Mondiale des Associations de Santé Publique a rempli un rôle de leader confirmé dans le développement de la santé publique dans le pays, en influençant la définition de politiques publiques de santé et le renforcement du système sanitaire. Par ses différentes interventions, l'ASPCHA a permis l'identification de plusieurs problèmes majeurs de santé publique, stimulant ainsi la mise en œuvre de stratégies adaptées par le ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) pour les contrôler. Citons quelques-uns :

À l'occasion des élections de 2015, ASPCHA en partenariat avec l'OPS/OMS, a étendu son action à la sensibilisation des leaders politiques sur l'importance des engagements pris par le pays pour atteindre en 2030, les Objectifs de Développement Durable (ODD), en tenant compte des défis qui ont empêché l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM)

qui étaient fixés pour 2015. De plus, au dernier congrès de l'Association, fut traité la Thématique : l'Accès Universel aux Soins, un défi majeur à relever par le système national de santé à l'horizon 2030.

Récemment ASPCHA vient de lancer dans une lettre ouverte son plaidoyer en faveur de l'hypertension artérielle et ses complications, cette tueuse silencieuse qui frappe toutes les couches de la population, sans épargner nos jeunes.

Le contexte actuel du secteur santé

Notre système de santé qui avait connu dans le passé, des avancées significatives, aujourd'hui, ne peut plus fournir les services nécessaires à la satisfaction des besoins de la population.

En témoigne l'évolution de certains de nos indicateurs :

- la mortalité infantile estimée à 208 / 1000 NV en 1975 est passée à 57 / 1000 entre 2005 – 2006 et en 2015 – 2016 elle est à 59 / 1000, donc une tendance à l'augmentation (réf EMMUS IV);
- La mortalité néonatale entre 2005 – 2006 à 25 / 1000 NV est passée entre 2016 – 2017 à 32 / 1000 NV (réf EMMUS VI);
- La mortalité liée à la grossesse estimée à 1000 pour 100,000 NV en 1975 est passée à 457 /100,000 N.V en 1995. À partir de 2000, cet indicateur suit une tendance à la hausse. Soit : entre 1995 - 2000 : 523 /100000 NV, entre 2000 – 2006 : 630; enfin entre 2009 – 2017 : 646 (Réf Enquête EMMUS);
- La couverture vaccinale qui atteignait les 85 à 90 % dans les années 90, avec l'élimination de certaines pathologies; selon l'Enquête EMMUS VI (2015 – 2017), elle oscille entre 41 et 54 % suivant le type de vaccin. Les statistiques de 2016 du MSPP mentionnent une couverture entre 54 et 66 % (référence : publication du MSPP);
- Depuis 2006 la pandémie du SIDA s'est stabilisée au pays. Mais, en dehors du Continent africain, Haïti a le chiffre le plus élevé et seulement 67.7% des patients ont accès aux médicaments (OMS);
- Haïti et la République Dominicaine sont les seuls pays de la région où le paludisme existe à l'heure actuelle (OMS);
- Haïti fait partie des trois (3) pays de la région où la tuberculose est encore un problème de santé publique.

Face à cette situation de crise socio-politique avec des répercussions sur l'économie, l'ASPCHA se sent interpellée, car elle trahirait sa mission si elle gardait le silence. À ce carrefour de la vie nationale où des efforts importants doivent être consentis pour l'amélioration

de la qualité de vie des Haïtiens et Haïtiennes, l'ASPCHA soumet une nouvelle fois à l'attention de toutes les personnes concernées ce document de cadrage, dans le souci d'apporter comme d'habitude sa modeste contribution au relèvement de ce secteur vital :

La santé étant le moteur du développement et la mise à la disposition de la population des services de santé de qualité une exigence constitutionnelle.

(Réf : Article 19 et 23 de la Constitution haïtienne de 1987)

Les conditions de l'offre de services

En matière d'offre de services de santé, à la population haïtienne, il a toujours fallu prendre en compte différents types de barrières, dont, la barrière institutionnelle, la barrière géographique, la barrière économique et la barrière culturelle.

Depuis plus de vingt (20) ans, la violence et l'insécurité se sont ajoutées aux susdites barrières. Comment oublier 2003/2004 quand le système de santé était frappé de plein fouet. Deux hôpitaux universitaires de la zone métropolitaine: la maternité Isaïe Jeanty fermée et l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti totalement dysfonctionnel pour cause de violence. Dans certaines villes de province, c'étaient des médecins cubains sur place qui apportaient des soins à domicile aux malades. Après un temps d'accalmie, en raison des efforts faits de 2004 à 2006, le système de santé a pu être fonctionnel comme dans le passé.

En 2018, la descente aux enfers a repris. ASPCHA, conformément à sa mission, a poussé un cri d'alarme et a soumis deux cahiers de charge aux autorités du pays: l'un au Président de la République en 2016 et l'autre au Premier Ministre en 2018.

Malheureusement, le cri de la ASPCHA n'a pas été écouté. Ainsi s'est poursuivie la descente aux enfers du secteur santé pour nous amener aujourd'hui là où nous sommes. Un système de santé pratiquement inexistant; une population aux abois.

Voyons maintenant en détail les différents problèmes ou barrières auxquels fait face le secteur santé.

1. Barrière institutionnelle

Depuis quelques années, la majorité des institutions sanitaires publiques étaient devenues peu fonctionnelles par manque de ressources de tous ordres : humaines, matérielles et financières. Cette situation s'est aggravée avec la crise sociopolitique qui s'est installée au cours des dernières années. Plusieurs institutions privées, de leur côté, ne sont pas mieux pourvues. Pour obtenir les soins en cas de maladie beaucoup d'haïtiens sont souvent obligés de laisser le pays. Pire c'est que certaines personnes et même les autorités du pays se rendent à l'étranger pour un bilan de santé.

2. Barrière géographique

Depuis l'objectif santé pour tous en l'an 2000 (SPT), adopté à Alma Ata en 1978, il a été défini, à l'échelle internationale, que toute personne vivant à plus d'une heure de marche d'une institution de santé fonctionnelle est considérée comme n'ayant pas accès aux soins. La norme d'accès fixée par Haïti était que la personne soit à moins d'une heure de marche d'une institution fonctionnelle et/ou d'un agent de santé. De ce fait, de nouvelles institutions avaient été construites à travers les quatre régions sanitaires du pays en vue d'éliminer cette barrière et rendre les services disponibles pour tous les Haïtiens.

3. Barrière économique

Selon EMMUS VI (2016), 58 % des personnes interrogées disent ne pas fréquenter une institution de santé parce que les soins sont trop chers. D'un autre côté, les institutions étatiques ne peuvent pas répondre à l'attente de la population qui doit tout payer. Pire, une carte d'assurance privée ou publique en main, on n'est pas reçu dans certaines institutions privées. Il faut du cash.

Le budget de santé est loin d'être en adéquation avec les besoins de santé de la population. De ce fait, plusieurs beaux bâtiments étatiques, dons de nos amis internationaux, sont des coquilles vides avec du personnel trop restreint, mal payé et parfois même peu qualifié; matériels et équipements inadéquats. Le budget de fonctionnement est inexistant pour les institutions de l'État. Un patient est obligé de tout payer dans une institution publique de santé quand cette dernière est fonctionnelle. Être malade aujourd'hui c'est comme un arrêt de mort pour un Haïtien même à revenu moyen.

3. Barrière culturelle

Les choses ont évolué. Des études ont montré que la barrière culturelle a reculé. Prenons le cas de la santé de la reproduction. Il est prouvé que les femmes enceintes savent très bien que l'accouchement à l'hôpital comporte peu de risque, mais elles n'ont pas d'argent. Cependant, cette barrière n'est pas complètement éliminée. On a encore en mémoire l'épidémie de choléra qui avait provoqué dans la Grand'Anse l'assassinat de plusieurs serviteurs vodu.

Toujours sur le plan culturel, nous pouvons souligner l'influence négative de certaines religions qui invitent des patients chroniques à abandonner leur traitement sous prétexte qu'ils sont guéris par miracle. C'est aussi un problème très sérieux à prendre en compte.

La crise socio-politique

Avec cette crise tridimensionnelle, marquée par l'insécurité généralisée et la violence aveugle, durant ces derniers temps, les institutions de santé ne sont

pas seulement dysfonctionnelles, plusieurs d'entre elles ont été vandalisées et pillées. Certains bâtiments sont même occupés par des bandits sans foi ni loi. Plus encore, les institutions privées lucratives ou non lucratives, comme les publiques, n'ont pas été épargnées.

Plusieurs zones de la région métropolitaine du Nord au Sud, de l'Est à l'Ouest sont prises en otage et déclarées zones de non droit. Par conséquent, les institutions qui s'y trouvent, quand elles seraient fonctionnelles, sont d'accès impossible pour le personnel. Il en est de même pour la libre circulation des patients à travers le pays et même les urgences et les références médicales ne sont pas épargnées.

Sur le plan économique, c'est la catastrophe. Beaucoup de familles ont tout perdu et se retrouvent en grande difficulté pour survivre, même la nourriture leur manque. Comment peuvent-ils payer des soins de santé?

Sur le plan social, des patients chroniques TB, VIH, vivant à la belle étoile, rencontrent des difficultés pour conserver leurs médicaments. Leur maison ayant été détruite par la violence, certains n'ont pas eu le temps de récupérer leurs médicaments. D'un autre côté, certains médicaments essentiels manquent dans les institutions, par suite de rupture de stock à l'échelle nationale. Ce fut le cas des drogues anti tuberculeuses il y a de cela un à deux mois.

Enfin, nous constatons avec tristesse, l'exode de nos ressources humaines qualifiées fuyant l'insécurité. Ce qui rendra très difficile la relance de notre système de santé.

En résumé, voici la situation à laquelle le secteur santé haïtien fait face. Pour apporter les services de santé à la population, il faudra prendre les dispositions nécessaires pour contrecarrer tous ces obstacles. En particulier, ceux qui sont liés à la crise sociopolitique et qui ont aggravé les anciennes barrières traditionnelles. C'est en fonction de ce sombre tableau que nous avons formulé les recommandations suivantes :

Recommandation 1

Il faudra une volonté politique éclairée pour faire de la santé une priorité nationale tout en dépolitisant le secteur. Dans ces situations de chaos, la santé s'est toujours révélée un secteur fort moyennant qu'il soit technique et libéré de toutes contraintes politiques partisans pour se mettre au service réel de la population sans aucune discrimination.

Recommandation 2

Il faut de toute urgence établir un diagnostic exhaustif du secteur incluant les institutions de santé tant publiques que privées, lequel diagnostic tiendra compte de toutes les conséquences des dernières violences qui n'ont épargné aucune catégorie d'insti-

tution. Si la priorité sera accordée à la région métropolitaine la plus touchée, tout le pays doit être pris en compte.

Recommandation 3

À partir de ce diagnostic, faire une planification rationnelle des actions à entreprendre pour revitaliser le secteur. Les actions doivent être classées par ordre de priorité à : court, moyen et long terme. Pour le diagnostic comme pour la planification, l'idéal consiste à inclure le sous-secteur privé et certaines instances de la société civile, dont certaines associations.

Recommandation 4

À partir de cette planification, faire en toute transparence un appel à l'action à l'échelle nationale et internationale en vue de mobiliser des fonds pour pouvoir supporter les actions planifiées par un budget adéquat. Pour mener à bien cette action le MSPP pourra solliciter l'accompagnement de la représentation de l'OPS/OMS et de certaines entités nationales. Les stratégies de mise en œuvre de ces actions peuvent se concevoir à court, moyen et long terme :

a) à court terme

Des soins primaires et urgents devront être apportés aux personnes déplacées par la violence et l'insécurité au niveau de leur site d'hébergement au moyen des cliniques mobiles qui seront rattachées à une institution publique ou privée qui l'accepte. Cette action devra bénéficier de l'appui des agents de santé et/ou des collaborateurs volontaires. Compte tenu des dimensions économique et sociale de la crise et l'aspect transversal de la santé, il serait souhaitable qu'en plus des soins de santé aux malades, des éléments tels que l'eau potable et des produits alimentaires soient fournis aux populations déplacées. Enfin l'État doit se pencher sur les moyens de mieux relocaliser ceux/celles qui ont perdu leur petite maison et qui sont en difficulté.

Toujours dans le court terme, les institutions publiques fonctionnelles devront offrir des soins gratuits à la population pour une durée qui sera déterminée par les autorités comme dans tous les cas de catastrophes naturelles. De même, les institutions privées non lucratives devront bénéficier d'un appui financier du MSPP pour leur permettre d'accueillir gratuitement durant cette même période tous les patients qui ne peuvent payer les soins.

a) à moyen terme

La réhabilitation de l'ensemble des institutions touchées par la violence et l'insécurité en vue de les rendre fonctionnelles pour augmenter l'offre de soins à la population. Cette action doit prendre en compte les institutions publiques et les privées qui en ont besoin. Moyennant un accord formel entre le MSPP et

le Responsable de l'Institution privée. De même seront poursuivies certaines actions de court terme. Telles que les cliniques mobiles.

b) à long terme

La reconstruction des institutions détruites et la construction de nouvelles pour combler tout déficit de couverture, puisqu'en raison du déplacement anarchique de la population les données de couverture peuvent changer. Enfin, il faut toujours essayer de transformer un malheur en opportunité, à savoir, inclure le relèvement de certains hôpitaux départementaux au niveau universitaire en vue de satisfaire les besoins en formation des jeunes professionnels de la santé.

Recommandation 5

Fort des expériences du passé et en accord avec les prescrits constitutionnels, nous recommandons pour une gestion efficace et rationnelle des actions, l'adoption de la stratégie de décentralisation :

- a) décentralisation de l'autorité administrative et décentralisation du budget par département. Tout cela soutenu par une forte implication des communautés bénéficiaires.
- b) Décentralisation qui nécessitera l'adoption de plusieurs mesures, dont la définition de normes et procédures en accord avec les exigences d'une bonne gestion et la mise en application de politiques publiques touchant les différents aspects relevant du domaine de la santé.

Compte tenu aujourd'hui de l'importance du sous-secteur privé de santé, un partenariat franc et sincère entre l'État haïtien et le secteur privé lucratif et non lucratif de santé se révèle obligatoire si nous voulons revitaliser le secteur et apporter un soulagement réel à l'ensemble de la population. L'existence de l'Association des Hôpitaux Privés doit pouvoir faciliter les choses.

Enfin, il est recommandé de renforcer les actions communautaires par la formation et la mise en fonction de nouveaux ASCP et aussi des collaborateurs volontaires, avec pour mission essentielle la sensibilisation de la population et l'accompagnement des familles déplacées et du personnel de soins. Cette action vise aussi à faciliter la pénétration du personnel de soins dans les zones d'accès difficiles.

La législation

Certains diront qu'il faut un soutien légal. À ceux-là nous disons qu'une loi ne sera pas de trop. Cependant une simple loi sans ces actions préalables ainsi qu'une volonté politique ne sera qu'un document de plus dans les tiroirs du MSPP. Elle n'aura aucun effet bénéfique sur la fourniture de soins. Nous avons en exemple l'assurance des agents de la fonction publique qui n'est acceptée nulle part.

CONCLUSION

Si nous voulons avancer dans le sens du respect des prescrits de notre constitution selon les articles (19 et 23), face à ce sombre tableau que nous venons de décrire, Nous, les associations de santé, il ne suffira pas de répéter les vains mots : CUS, sécurité sociale, fourniture de soins, assurance en santé, offre de services, réforme sanitaire! Nous devons nous mettre ensemble comme un seul homme pour accompagner le ministère de la Santé en vue de l'orienter dans la bonne direction et dire :

NONI NONI NONI À L'INACCEPTABLE.

ANNEXE

Un témoignage émouvant

En 2004, moins de 24 heures après ma prise de fonction comme ministre de la Santé, j'ai pris la route de la maternité Isaïe Jeanty pour tenter de rouvrir la plus grande maternité du pays, un hôpital universitaire fermé pour cause de violence. Le lendemain, moins de 48 heures, j'étais au cœur de Cité Soleil à CHOSCAL, accompagnée de trois amis, tous ces déplacements sans agent de sécurité.

À CHOSCAL, j'ai rencontré un groupe que l'un de mes amis avait convoqué. Il leur a dit : voici la personne que j'avais promis de vous amener, c'est le ministre de la Santé. Après leur avoir parlé l'un d'entre eux m'a dit : « minis se premye fwa yon minis vinn chita pale ak nou, epi ou vini san sekirite. A pati jodia nou se sekirite w ». C'est ainsi que nos relations avec Cité Soleil en pleine opération Bagdad ont étonné tout le monde.

Toutes les institutions étaient remises en fonctionnement et j'ai décrété la gratuité des soins pour une durée de six mois.

En 2006, c'est à CHAPI, Cité Soleil, que nous avons lancé la semaine de vaccination des Amériques avec la participation de tous nos amis internationaux OPS/OMS, UNICEF etc. Voilà pourquoi j'ai dit qu'il faut dépolitiser la santé. Cité Soleil était l'une des zones les plus hostiles au gouvernement de transition.

Pour la ASPHA :

Dre Josette BIIJOU, M.D
josette.bijou@yahoo.com
Experte en Santé Publique
Présidente et membre fondatrice
30 août 2024

1. Soutien psychologique et méthode mère kangourou : une approche de soins humanisés à l'unité de néonatalogie de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH)

Lefranc DORELUS¹, Sherly CIVIL¹, Linda M. SÉVÈRE², Marc-Félix CIVIL³, Ronald ÉVEILLARD⁴, Dodley SÉVÈRE⁵

¹ Psychologue, Unité de néonatalogie, PMK

² MD, MPh, MSc, PMK

³ MD, MSc., PhD : Gynécologue-obstétricien, Psychologue, docteur en philosophie spécialisé en éthique, soins et santé.

⁴ MD, Chef de Service de Pédiatrie HUEH, PMK

⁵ MD, Chef de Département de Pédiatrie UEH, PMK

RÉSUMÉ

La méthode mère kangourou (MMK), mise sur pied pour accueillir et accompagner les mères et leurs progénitures de faible poids, est la toile de fond du *Pwogram Manman Kangourou* (PMK). À l'Unité de néonatalogie de l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH), depuis plus de dix ans, grâce à ce programme, une attention particulière et incontournable est apportée aux nouveau-nés de faible poids. Le PMK comprend une équipe composée de Médecins, Infirmières, Psychologue et Agents communautaires. Cet article met en exergue la place et le rôle du psychologue au sein de l'équipe. L'expérience de son inégalable contribution dans la qualité des soins et dans l'encadrement du binôme mère-enfant en fait un exemple à répliquer.

Mots-clés : Pwogram manman kangourou ; Néonatalogie ; Méthode Mère Kangourou ; Prise en charge psychologique.

INTRODUCTION

L'Unité de néonatalogie, située au cœur de la maternité de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH), prend en charge les nouveau-nés présentant une détresse vitale. La population hospitalisée dans cette unité comprend les nouveau-nés, nés prématurés ou à terme ; tout nouveau-né avec un poids inférieur à 2 000 grammes y reçoit une attention particulière. Donner la vie, prodiguer des soins et raviver l'espoir de survie sont des défis quotidiens auxquels les professionnels de ce secteur sont confrontés. Pour répondre à ces défis, les praticiens de l'Unité de néonatalogie ont recours à la méthode mère kangourou (MMK), introduite en Haïti

depuis juillet 2011 par le Dr Dodley Sévère dans le cadre du « Pwogram manman kangourou » (PMK).



Image 1 Maternité de l'HUEH (photo d'archives)

La MMK, initialement développée en Colombie par les Drs Edgar Rey Sanabria et Hector Martinez en 1978, a été conçue pour compenser le manque d'incubateurs dans les contextes à faibles ressources et améliorer la survie des nouveau-nés de faible poids [1]. Cette méthode implique un contact peau à peau entre le nouveau-né et sa mère, permettant de recréer un environnement sécurisant et favorable au développement du bébé. Elle repose sur la théorie de l'attachement de John Bowlby, qui affirme que la relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement de l'enfant que les nutriments nécessaires à sa croissance [2].

La MMK s'appuie également sur l'approche humaniste de Jean Watson, qui met l'accent sur l'importance des soins centrés sur l'humanisation et la relation interpersonnelle entre le soignant et le patient [3]. Ce modèle de soins a permis de diminuer la mortalité et la morbidité chez les nouveau-nés prématurés [4]. Il vise à promouvoir une prise en charge globale où l'aspect émotionnel et le soutien psychologique jouent un rôle aussi essentiel que les soins médicaux et techniques et favorisent la naissance et le renforcement du lien émotionnel entre la mère et son bébé [5].

En Haïti, l'adjonction du psychologue au personnel soignant dans les services de pédiatrie n'est pas courante. Cette disposition serait un terreau fertile pour de nombreux actes de soins [6] : l'accompagnement parental, l'accompagnement dans des situations particulières, le besoin d'une attention particulière aux bébés, pour ne citer que ces points. Cet article vise à décrire l'intégration d'un psychologue au sein de l'équipe de soins néonataux dans le cadre de l'approche MMK du PMK, en mettant en lumière l'accompagnement psychologique des mères, les défis rencontrés, ainsi que la perception des mères vis-à-vis de cette méthode.



Image 2 : Service de Pédiatrie HUEH janvier 2010 (archives)

Lors du séisme de 2010, le Service de pédiatrie générale de l'HUEH avait subi d'importants dégâts. Grâce aux efforts de restructuration menés par le Dr Dodley Sévère, l'Unité de néonatalogie a été relocalisée au sein de la maternité de l'HUEH et a priorisé la prise en charge des nouveau-nés prématurés et de faible poids. L'unité dispose actuellement de 35 lits, répartis dans quatre salles dédiées aux nouvelles admissions, aux soins continus pour les bébés stables et à l'application de la Méthode Mère Kangourou (MMK).

La période néonatale, définie comme les 28 premiers jours de vie, est marquée par une grande vulnérabilité des nouveau-nés. Cette vulnérabilité justifie la présence d'une équipe pluridisciplinaire, composée de médecins, d'infirmières, de psychologues et d'agents communautaires, travaillant en synergie pour répondre aux besoins hospitaliers ou ambulatoires du binôme mère-enfant [7]. Pour être efficaces, ces professionnels ont besoin de conditions de travail garantissant la continuité des soins ; or l'HUEH fait souvent face à des mesures de délestage d'électricité, ce qui rend les incubateurs et les tables chauffantes dysfonctionnels. D'où la nécessité de se tourner vers l'adoption de pratiques alternatives comme la MMK.



Image 3 : Secteur de soins kangourou (photo d'archives)

La MMK : principes et application

Les trois composantes principales de la MMK sont la position kangourou, la nutrition kangourou et le suivi clinique [8] :

Le positionnement :



Image 4 : nouveau-née en position kangourou P

La méthode mère kangourou consiste à établir un contact peau à peau prolongé entre le nouveau-né et sa mère. Le nouveau-né est placé en position ventrale, verticale, tête entre les seins de sa mère, vêtu uniquement d'une couche et d'un bonnet et maintenu ainsi le plus longtemps possible au cours de la journée.

Nutrition kangourou :

La MMK favorise la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Toutefois, en cas d'indication, le recours aux préparations commerciales pour nouveau-né prématuré et aux suppléments vitaminiques peut être proposé.

Suivi clinique :

Les patients bénéficient d'un suivi régulier au sein de l'Unité, pendant au moins la première année de vie. Au-delà de cette période, les contacts sont maintenus à travers le volet communautaire du PMK.

Une revue Cochrane et une méta-analyse récentes ont montré que la MMK chez les nouveau-nés stables de ≤ 2000 grammes est associée à une réduction de la mortalité [9, 10], des infections [9, 10], de l'hypothermie [9, 10], de l'hypoglycémie [10] et de la durée de séjour [9] par rapport aux soins conventionnels. La MMK a des avantages physiologiques, psychologiques, comportementaux et cognitifs avérés [11]. Ces bénéfices lui ont valu d'être reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme une pratique essentielle pour les nouveau-nés prématurés dans les pays en développement [12].

Le PMK à l'HUEH

Circuit du couple mère-nouveau-né :

Après admission à l'Unité de néonatalogie, la mère du bébé de faible poids est accueillie par l'équipe des soins infirmiers, qui l'introduit aux différentes facettes du PMK. Le Médecin-Résident affecté au secteur effectue les évaluations cliniques et rédige les ordonnances quotidiennes. Après le retour à domicile, le volet communautaire du programme prend en charge la mère et son bébé, assurant ainsi la continuité de l'interaction avec tous les bénéficiaires de la méthode.

Conditions d'accueil :

Les soins kangourou peuvent être adoptés chez le nouveau-né en détresse vitale présentant des difficultés respiratoires, des troubles digestifs ou des problèmes infectieux. Il est recommandé de les mettre en route le plus tôt possible, mais ils doivent être retardés chez le nouveau-né présentant des troubles neurologiques, notamment les convulsions, qui nécessitent une observation continue et méthodique.

Rôle du psychologue du PMK dans l'Unité de néonatalogie

Place du psychologue dans l'Unité de néonatalogie

Les parents des nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie sont sujets à des taux élevés d'anxiété et de dépression [13]. La dépression maternelle affecte négativement les interactions mère-enfant chez les nouveau-nés prématurés [14]. L'intégration du psychologue dans l'Unité de néonatalogie est essentielle, non seulement pour assurer le bien-être émotionnel des mères, mais également pour soutenir l'équipe médicale dans la gestion de situations complexes [15]. En effet, les soins psychologiques ne se limitent pas à une simple écoute, mais se rapprochent d'une forme d'attention profonde, rappelant celle qu'une mère peut accorder à son enfant. Cette attention se manifeste par des interventions basées sur l'empathie, la contenance et un soutien émotionnel permettant de stabiliser la mère dans un moment de grande vulnérabilité. La prise en charge psychologique se définit ainsi comme un ensemble d'actions orientées vers l'altérité, favorisant la construction d'un environnement de confiance et de sécurité pour la mère et l'enfant.

Complexité de l'intervention psychologique en milieu néonatal

Le contexte néonatal se caractérise par un rythme soutenu et une prise en charge souvent marquée par l'urgence. Les soins médicaux exigent rapidité et précision, tandis que le soutien psychologique requiert du temps, de la patience et une approche personnalisée. Ces deux modalités, bien que paraissant opposées, sont complémentaires. Le psychologue doit s'adapter à cette dynamique d'urgence tout en maintenant un espace d'écoute et de dialogue, ce qui est indispensable pour instaurer un lien de confiance avec la mère. Cette complémentarité entre soins médicaux et psychologiques contribue à créer un environnement global de soins, propice à la survie et au bien-être du nouveau-né.

Accompagnement personnalisé des mères

Le psychologue du PMK est la porte d'entrée au niveau de l'Unité de néonatalogie, pour les parents ou particulièrement pour la mère, lorsqu'elle est présente au moment de l'hospitalisation. Il accueille cette mère (ou les autres membres de la famille), dès l'admission, en informant sur les conditions générales du bébé,

particulièrement sur son déficit pondéral et les particularismes de sa prise en charge. Son rôle s'articule autour de plusieurs fonctions spécifiques. Dès l'admission de l'enfant, il évalue le niveau de compréhension et d'acceptation de la mère et des proches présents. L'objectif est d'amorcer une relation de confiance, facilitant ainsi la coopération et la participation active des parents au processus de soin. Ce moment d'accueil est fondamental, car il permet de réduire le choc émotionnel initial et de préparer la mère à un engagement positif dans la prise en charge de son enfant [16].

Toutefois, il n'est pas rare que des obstacles à cette coopération émergent, notamment en raison de la précarité économique, du stress ou d'un manque de compréhension des consignes médicales. Le psychologue doit donc utiliser des stratégies adaptées pour sensibiliser la mère et l'inciter à s'impliquer activement, tout en respectant son rythme et ses limites. Une fois cette relation de confiance établie, le psychologue travaille de concert avec le personnel infirmier pour renforcer les actions éducatives et thérapeutiques, notamment en facilitant l'adhésion à la méthode mère kangourou. Ce lien avec ces mères transcenderait le séjour hospitalier à travers un dialogue au cours de la surveillance clinique post hospitalisation et à travers le suivi communautaire.

Temps d'écoute et identification des besoins psychologiques



Image 5 : le psychologue du PMK en visite à domicile d'un patient avec hydrocéphalie

Le temps d'écoute offert à la mère constitue un moment clé pour exprimer ses émotions, ses peurs et ses doutes. Le psychologue invite la mère à verbaliser son vécu, depuis la grossesse jusqu'à la naissance prématurée de son enfant, tout en identifiant les difficultés d'ordre cognitif (pensées négatives sur la viabilité de l'enfant), émotionnel (peur de perdre l'enfant) et relationnel (distance émotionnelle ou évitement) [17]. Ces moments d'échange permettent d'adopter une approche individualisée et de mettre en place des stratégies pour soutenir la mère dans son processus d'acceptation et de renforcement de la relation avec son bébé.

Ce processus d'écoute se termine souvent par des exercices de relaxation, tels que la cohérence cardiaque, pour aider à la gestion de l'anxiété et du stress post-traumatique, fréquemment observés chez ces mères. L'objectif est de leur permettre de retrouver une stabilité émotionnelle, essentielle à la construction d'une relation mère-enfant de qualité [11].

Adaptation aux contextes spécifiques des mères

La clientèle du psychologue en néonatalogie est diversifiée, chaque profil maternel présentant des besoins psychologiques et des enjeux différents [18]. Le degré d'attention à apporter à une mère adolescente, par exemple, est distinct de celui requis par une mère multipare. La jeune mère est souvent confrontée à la confusion et à un sentiment de solitude. L'accompagnement doit donc inclure un soutien intensif pour l'aider à s'approprier son rôle maternel et à se projeter positivement dans la prise en charge de son enfant. La situation sera aussi délicate pour cette maman multipare qui confronte sa première naissance prématurée. Il s'agira de la déculpabiliser et de la porter à accepter sa progéniture comme elle a eu à le faire pour les naissances antérieures.

Pour les mères souffrant de maladies chroniques (hypertension, VIH, etc.) ou présentant des signes de dépression post-partum (baby blues), le soutien doit être renforcé pour tenir compte de leur condition de santé globale. Dans ce contexte, il ne s'agit pas seulement de soutenir la relation mère-enfant, mais aussi de répondre à des besoins psychologiques plus complexes, souvent liés à l'acceptation de leur propre condition médicale [18].

Suivi post-hospitalisation et continuité des soins

Après la sortie de l'hôpital, les mères sont encouragées à ramener leur enfant pour des consultations de suivi régulier. La fréquence de ces rendez-vous est déterminée en fonction du poids et de l'état de santé général du nouveau-né au moment de la sortie. Ces consultations constituent non seulement une occasion d'évaluer la croissance et le développement de l'enfant, mais elles offrent également un espace de dialogue entre les mères et le psychologue. Ce suivi post-hospitalier permet de maintenir et de renforcer le lien initialement créé durant l'hospitalisation, tout en offrant aux mères un lieu pour partager leur vécu et recevoir des conseils adaptés à leurs besoins spécifiques.

Le retour régulier à l'Unité permet aux mères de démontrer leur maîtrise des soins acquis et de renforcer leur confiance en elles en tant que principales responsables du bien-être de leur enfant. À travers ces interactions, les mères peuvent exprimer les défis auxquels elles sont confrontées et obtenir des réponses personnalisées, facilitant ainsi une continuité

de soins centrés sur le bien-être global du duo mère-enfant.

Perception des mères des soins centrés autour de la MMK à l'Unité de néonatalogie de l'HUEH

Groupes de parole : partage d'expériences et soutien entre pairs

Durant les visites de suivi, le psychologue organise des séances de groupe entre les nouvelles mères inscrites dans le PMK et les mères plus expérimentées, appelées les « anciennes mamans kangourous ». Ces séances de guidance sont des espaces de partage, où les mères qui ont déjà traversé les étapes complexes de la prise en charge d'un nouveau-né de faible poids témoignent de leur expérience et présentent leurs enfants ayant atteint un poids normal et une santé stable.

Les témoignages de ces « anciennes mamans » deviennent des sources d'inspiration et de motivation pour les nouvelles mères, particulièrement lorsqu'elles s'inquiètent du rythme lent de prise de poids de leur enfant ou de l'absence de progrès immédiats. Ce processus de mentorat informel aide à réduire les angoisses liées à la stagnation pondérale et à inculquer la patience nécessaire pour persévérer dans l'application de la méthode kangourou. En outre, ces échanges constituent une forme de soutien communautaire puissant, car ils montrent que les efforts déployés par les mères portent leurs fruits à long terme.

Un certain nombre de mères décidaient de discontinuer la prise en charge kangourou lorsque les résultats escomptés tardaient à apparaître, en raison du stress et de l'épuisement psychologique. La mise en place des groupes de parole contribuait de manière significative à inverser cette tendance. La possibilité pour les nouvelles mères de voir des exemples concrets de succès (les enfants des anciennes mères) et d'entendre les stratégies qu'elles ont employées pour surmonter les périodes de stagnation pondérale permettait d'éliminer les cas de désistements du PMK. Le partage d'expériences positives entre mères crée un sentiment d'appartenance à une communauté, ce qui renforce leur détermination à poursuivre malgré les difficultés initiales.

Impact du PMK sur la fréquence des abandons

Historiquement, des nouveau-nés, particulièrement ceux de faible poids, étaient abandonnés par leur mère. Ces dernières, sous la pression de proches, ou prenant en considération la conception du grand public qui considère le nouveau-né prématuré comme étant un être non viable, saisissaient la première occasion pour s'enfuir de l'hôpital. Avec l'instauration du PMK et les interventions du psychologue, ces cas d'abandons ont disparu.

Adaptation et révision des interventions du psychologue

Les réactions, commentaires et inquiétudes exprimés par les mères au cours des sessions de groupe de parole, fournissent également des informations précieuses au psychologue. En observant les interactions et en écoutant les témoignages, il est en mesure d'identifier les aspects de la prise en charge qui pourraient nécessiter des ajustements, que ce soit au niveau de la communication avec les mères, de l'accompagnement émotionnel ou de l'application pratique de la MMK. Cette dynamique de rétroaction continue permet d'affiner les stratégies de soutien, d'adapter les outils pédagogiques et d'assurer que les interventions demeurent pertinentes et efficaces.

Témoignage des mères

Les groupes de parole et le suivi post-hospitalisation offrent une opportunité unique de créer un cercle vertueux où les mères, à travers leurs récits, contribuent à la co-construction d'un environnement de soins plus empathique et mieux adapté à leurs réalités. En témoignent ces commentaires recueillis lors des groupes de parole, qui renforcent la conviction de l'humanité qui se dégage de cette relation mère-enfant :

Patient A :

Mwen kontan jan bebe vin ye a. Pou mwen metòd la bon, li efikas nan sans sa'a. Sèlman mwen twouve' gate timoun yo ; Yo vin renmen kenbe nan men an twòp.

« Je suis contente de voir comment mon bébé a évolué. Pour moi, la méthode est bonne, elle est efficace dans cette situation. Seulement, je trouve que les enfants sont trop gâtés ; ils aiment trop être portés dans les bras. »

Patient B :

MMK an bon, se vre ! Li degoutan nan plede kenbe a men an. Men li ede'm anpil pou bebe te ka pran pwa epi gwosi.

« La MMK est bonne, c'est vrai ! C'est fatigant de les porter tout le temps. Mais ça m'a beaucoup aidée pour que le bébé prenne du poids. »

Patient C :

Mwen twouve metòd la bon anpil. Paske, lè bebe te fèt li te piti anpil. Se gras ak kangourou a li rive pran pwa. Epi'm twouve metòd la ede'm anpil avè', lè lap kriye pou'm kalme'.

« Je trouve la méthode très bonne. Parce que, quand le bébé est né, il était très petit. Grâce au kangourou, il a réussi à prendre du poids. Et je trouve que la méthode m'aide beaucoup à le calmer quand il pleure. »

Certaines mères expriment toutefois des réserves sur le contact prolongé avec leur bébé, qu'elles perçoivent parfois comme contraignant. Cependant, ces sentiments s'estompent face à la satisfaction de voir leur enfant prospérer grâce au programme.

DÉFIS ET PERSPECTIVES

L'intervention du psychologue dans un contexte de soins néonataux reste un défi, particulièrement dans des environnements à ressources limitées comme l'Haïti. La difficulté réside dans la conciliation entre les besoins urgents des nouveau-nés et le temps nécessaire à l'accompagnement psychologique. Cependant, l'expérience de l'Unité de néonatalogie de l'HUEH est de nature à montrer qu'une approche intégrée et multidisciplinaire, où le psychologue joue un rôle important, permet d'améliorer la qualité des soins, de promouvoir une meilleure coopération des parents et de favoriser le développement harmonieux de l'enfant. Les défis résident également dans la parcimonie des ressources et les besoins en formation du personnel.

CONCLUSION

La méthode mère kangourou constitue une approche efficace et économique pour la prise en charge des nouveau-nés de faible poids dans les contextes à faibles ressources. L'accompagnement psychologique des mères est un complément essentiel qui permet de répondre aux besoins émotionnels des familles et de favoriser une prise en charge centrée sur le bien-être global de l'enfant et de sa mère. Cette expérience d'intégration d'un psychologue à l'équipe de soins néonataux à l'HUEH est aussi un champ prometteur de recherches quantitatives et qualitatives qui viendront documenter

les effets bénéfiques de cette approche dans un contexte local. Les résultats de ces études favoriseront la promotion d'une humanisation des pratiques néonatales pour une prise en charge optimale. Ainsi, l'institutionnalisation du rôle du psychologue dans les unités de néonatalogie pourrait constituer un modèle pour d'autres centres hospitaliers.

Références

1. Grayson, C. E. (2018, April 11). Kangaroo mother care [Embryo Project Encyclopedia]. Arizona State University. School of Life Sciences. Center for Biology and Society. <https://hdl.handle.net/10776/13060>
2. Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
3. Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care*. Appleton-Century-Crofts.
4. Lawn, J. E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B. L., Barros, F. C., & Cousens, S. (2010). Kangaroo mother care to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*.
5. Caetano, C., Pereira, B. B., & Konstantyner, T. (2022). Effect on the practice of the kangaroo method on the formation and strengthening of the mother-baby bond: a systematic review. *Revista Brasileira de Saúde*.
6. Bernadette Bailleau; Hélène Pirc. (2008). Interventions du psychologue en prévention périnatale. *Journal des psychologues*, 32-36.
7. Tallandini, M. A., & Salembra, C. (2006). Kangaroo mother care and mother-premature infant dyadic interaction. *Infant Mental Health Journal*.
8. Tessier, R., Cristo, M. B., Velez, S., Giron, M., ... (2003). Kangaroo mother care: A method for protecting high-risk low-birth-weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behavior and Development*.
9. Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;23:CD002771.
10. Boundy E, Dastjerdi R, Spiegelman D, Wafaie W. Kangaroo Mother Care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137:e20152238
11. Charpak, N., Gabriel Ruiz, J., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., ... (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica*.
12. World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. *Reproductive Health*.
13. Kong, L. P., Cui, Y., Qiu, Y. F., Han, S. P., Yu, Z. B., & Guo, X. R. (2013). Anxiety and depression in parents of sick neonates: A hospital-based study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1163-1172.
14. Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., & Lapinleimu, H. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(6), 724-730.
15. Hynan, M. T., Steinberg, Z., Baker, L., Cicco, R., Geller, P. A., & Lassen, S. (2015). Recommendations for mental health professionals in the NICU. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S14-S18.
16. De Vriendt-Goldman, C., & Durieux, M.-P. (2005). Réflexions quant à l'accompagnement psychothérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale. *Devenir*, (1), 5-13.
17. San Rafael-Gutiérrez, S., García, P. E... (2020). Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: A qualitative phenomenological study. *The Turkish Journal of Pediatrics*.
18. Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: A qualitative interview study. *BMC Psychology*.



Hb 201

HemoCue® 201 Systems:Hb and Glucose

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

HemoCue® HbA1c System

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



HbA1c

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

www.hms.ht



HOSPITAL & MEDICAL SUPPLIES S.A.
VOTRE PARTENAIRE SANTÉ
Depuis 1963



2. Respect de sommeil du patient hospitalisé

Berteline Beaulieu, INF. bachelière,
Spécialisée en Relation d'AIDE.

Certifiée en Pédagogie. Diplômée en gestion des affaires

« Le sommeil est une fonction de l'organisme, au même titre que la respiration, la digestion, ou l'immunité. Il joue également un rôle clé pour l'état de bien-être dans la journée » [1]. Dormir c'est donc satisfaire un besoin physiologique important pour la bonne santé de tout être humain. Promouvoir le respect du sommeil du patient hospitalisé découle de la démarche des soins visant la satisfaction des besoins, ce qui est inhérent à la dimension infirmière. Le but de cet article est de sensibiliser le personnel soignant et d'informer la population de l'impact du manque de sommeil sur le malade hospitalisé.

Le sommeil est une fonction de l'organisme dont la connaissance biologique fait ressortir deux rôles importants : le rôle réparateur et le rôle récupérateur. Il existe deux types de sommeil : le sommeil lent et profond et le sommeil paradoxal dont les composantes ne font pas l'objet de la discussion dans cet article. Selon la littérature scientifique, le sommeil d'avant minuit, « le sommeil réparateur constitue le temps réparateur du sommeil ». Durant cette étape, l'organisme met au repos certaines fonctions somatiques avec une baisse de la consommation du glucose et d'oxygène de certains organes comme le cerveau. Ce sommeil profond favorise la sécrétion hormonale comme la sécrétion de l'hormone de croissance, la somatotropine, la testostérone, la neurostéroïde et la mélatonine. L'efficacité des défenses immunitaires est renforcée ainsi que l'ancrage des informations dans la mémoire. C'est-à-dire l'association des nouvelles informations à des éléments déjà présents dans la mémoire, ce qui permet de les mieux mémoriser [2].

Durant le sommeil paradoxal, favorable aux rêves, « le corps est au repos, tandis que le cerveau, en éveil, organise des informations. Cette phase joue aussi un rôle important dans la maturation du système nerveux et dans la consolidation des processus de mémorisation » [3]. Aussi il importe aux soignants de prendre des dispositions pour faciliter aux malades, un sommeil reposant en quantité suffisante. En général, les données scientifiques s'accordent pour recommander un besoin de 6 à 8 heures de sommeil par jour pour les adultes dont 3 à 4 heures de sommeil avant minuit. La réparation et la récupération de l'organisme se déroule durant l'alternance des cycles des types de sommeil. On comprendra que le besoin et les habitudes de sommeil varient selon l'individu et sont souvent associés aux modes de vie et à la géné-

rique. Néanmoins, il n'est pas superflu de mentionner la quantité de sommeil pour chaque tranche d'âge, vu qu'il est important que le personnel soignant soit conscient de l'importance de la quantité et de la qualité de sommeil du malade. Ce rappel lui permettra de saisir l'impact du manque de sommeil sur le physique et le psychique du patient pour chaque tranche d'âge. Celui-ci se place entre les mains du soignant et par présomption attend de lui sa protection à tous les niveaux.

D'abord le nourrisson en venant au monde doit apprendre à dormir à cause de l'immaturation de son système nerveux. De 0 à 6 mois il dort 16 heures par jour avec des périodes de 3 à 4 heures. De 6 mois à 1 an, il dort 15 heures par jour avec des périodes plus prolongées la nuit. Progressivement, les périodes de sommeil deviennent plus longues chez les trotteurs de 1 à 3 ans et la durée du sommeil s'échelonne sur 10 à 13 heures par jour.

Les enfants d'âge préscolaire de 3 à 5 ans dorment pendant 10 à 12 heures par jour. La poussée de la croissance de l'adolescent requiert 9 à 10 heures de sommeil par jour, surtout pour les filles au moment de la puberté.

Le besoin de sommeil chez l'adulte est de 6 à 8 heures par jour et ce besoin ne change pas pour les personnes âgées, cependant, il y a une modification de leurs phases de sommeil, car elles prennent plus de temps à se rendormir quand elles se réveillent la nuit.

La satisfaction du besoin de sommeil est nécessaire à toutes les personnes mais elle est encore plus importante pour les malades afin de les aider à parvenir à leur guérison, car les soins de santé sont avant tout un ensemble de tentatives de réponses à des constants besoins de l'humain pour qu'il arrive à vivre ou parvenir à bien mourir. L'ensemble des rappels visent à motiver les soignants à se pencher sur le sommeil des patients. Dorment-ils assez, si non pourquoi et quelles mesures peuvent être prises pour corriger cet inconfort ?



La fonction réparatrice et récupératrice du sommeil est en relation avec la quantité et la qualité de sommeil pour favoriser la guérison, et le personnel

soignant a le pouvoir de faciliter le besoin de sommeil des patients. Ainsi il s'agit de réduire toutes les sources d'excitation à l'heure du coucher du patient. De plus, le personnel soignant doit éviter de pointer la lumière dans les yeux du patient. Car la partie antérieure du cerveau ; la zone de l'Hypothalamus permet de détecter la lumière. Quand elle pénètre dans les yeux, elle jaillit dans le cerveau et engendre un stress capable de déclencher l'activation de cortisone. L'apport de la cortisone est nuisible au sommeil.

Dans l'actuel principe des soins, la pathologie préoccupe toutes les catégories de personnel soignant lesquels si centrés sur ce qui ne va pas chez le malade risquent de négliger le côté holistique des soins. Ceux-ci semblent accorder au patient un rôle mineur dans son propre rétablissement, comme s'ils étaient les seuls responsables de la guérison du patient. En ce sens Florence Nightingale affirme : « On croit souvent que la médecine est le processus curatif. Ce n'est pas le cas : la médecine n'est que la chirurgie des fonctions au même titre qu'une chirurgie à un membre ou à un organe. L'un comme l'autre ne peut rien faire d'autre que d'enlever les obstacles, aucune ne peut guérir : seule la nature guérit... Et dans les deux cas, les soins infirmiers ne font que réunir pour le patient les meilleures conditions qui permettent à la nature de faire son travail. » [4].

À l'instar de Florence Nightingale, Laurie N. Gottlieb, Professeur École des sciences infirmières Ingram, Université McGill, affirme que la capacité d'une personne, à se rétablir d'une maladie ou d'un traumatisme réside en elle-même et le rôle de tous les professionnels de la santé est de mettre en place les conditions pour favoriser le processus naturel de guérison. Gottlieb, toujours dans le même ordre d'idée, déclare que : « Si les nouvelles technologies ont considérablement amélioré notre capacité de rétablir la santé du patient, les infirmières qui se fient trop à ces technologies risquent de perdre de vue la personne [5] ». Ainsi les travailleurs de la santé peuvent distinguer la pathologie à partir des signes et symptômes, alors ils s'évertuent à traiter le patient.

De son côté, le malade manifeste des comportements passifs qui le placent sous le contrôle des prestataires de soins. Il parle seulement de ses signes et symptômes, mais il ne parle pas de ses besoins aux médecins et aux infirmières. Il en résulte parfois, entre le malade et les soignants une relation centrée sur l'évolution de la pathologie, alors, les soignants accordent dans ce cas peu d'intérêt à l'impact du manque de sommeil sur le physique et le psychique du malade.

De nouvelles perspectives de soins holistiques commencent à inclure le sommeil du patient au rang des traitements, malheureusement cette pratique est

encore timide chez nous. En général, les malades haïtiens n'ont pas la culture d'établir un mouvement d'autonomisation pour stimuler le système hospitalier à tenir compte du respect de leur sommeil, ceci porte à demander :

Qui doit être responsable du respect du sommeil du patient ?

Le personnel soignant

En premier lieu, par leur proximité auprès des patients, de leur famille et dans leur dynamique de collaboration interprofessionnelle, les infirmières peuvent exercer un rôle de facilitateur, d'éducateur, de protecteur, de leader dans le milieu aux défis de toute sorte et aux enjeux structureaux internes et externes, et autant, à une culture évidente de non-respect du sommeil du patient hospitalisé.

Les constructeurs des hôpitaux publics.

En 2024, La plupart des hôpitaux publics conçus sur le modèle d'hôpitaux d'après-guerre sont encore fonctionnels. Les lits sont placés l'un à la suite de l'autre dans un espace semblable aux dortoirs. Souvent, il n'y a pas de rideaux permettant l'intimité des patients. Quand les soins par le personnel, nécessitent de l'éclairage la nuit, ce sont tous les autres patients de la salle qui, perturbés dans leur sommeil par le déplacement du personnel et les soins mortuaires sont réveillés et souvent ne peuvent plus retrouver leur sommeil : l'anxiété les terrifiant.

La Municipalité !

On trouve quelquefois à proximité d'un hôpital, un ou plusieurs clubs de danse qui s'arrangent pour fonctionner chaque jour dès 9 heures du soir, comment s'expliquer qu'un hôpital fonctionne dans une telle condition. Où est le responsable de la mairie ?

Le ministère des Cultes

Le plus inouï, il arrive qu'une église protestante voisine d'un hôpital commence à fonctionner dès 8 heures du soir avec son service de veille de nuit jusqu'à 4 heures du matin. La cohorte religieuse prend la relève à 6 heures et utilise le support d'appareils de musique pour amplifier les chants et les prières des fidèles. L'inacceptable est accepté puisque tout le monde se contente de se plaindre sans réagir.

Les responsables des institutions de santé eux aussi ont un rôle à jouer pour faire respecter le sommeil du patient dans leur hôpital. Il n'est pas rare d'entendre le personnel de ménage qui travaille la nuit, commencer dès 5 heures et demie leur travail en s'interpellant à haute voix, pendant qu'ils manipulent les chariots. Ils peuvent continuer leurs conversations ponctuées d'éclats de rire ou de dispute jusqu'à la chambre du malade, sans tenir compte que leur com-

portement nuit au sommeil du patient. Il serait opportun de leur demander de ne pas commencer le ménage sitôt, car certains malades, obligés de se réveiller très tôt, même quand ils ont peu dormi, commencent leur journée sous une note négative.

Les responsables des hôpitaux !

Certains hôpitaux modernes des pays étrangers tendent à écarter les visiteurs et les familles, ils sont à peine tolérés. Les visiteurs gênent plus qu'ils n'aident et le personnel soignant les considère comme un

obstacle. Mais en Haïti, la famille est présente avec le patient surtout la nuit et participe aux soins des patients. Cette pratique rassure le malade, il sait qu'il y a quelqu'un pour aviser l'infirmière au besoin quand le système de cloche est absent ou fait défaut. Cependant, il arrive à certaines familles de s'éloigner de la chambre de leur malade pour discuter à proximité d'autres chambres, sans tenir compte du fait qu'ils nuisent au sommeil des occupants. Il appartient donc aux responsables de fixer des règles pour protéger le sommeil des patients, de faire appliquer ces règles et de faire de la formation en cours d'emploi pour le personnel de surface.



Le ministère de la Santé Publique !

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a le pouvoir et le devoir de veiller au respect du sommeil des malades. Leur mission est de : «Garantir à tous les citoyens sans distinction, le droit à la vie, à la santé et leur procurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé.» MSPP [7]. Ce ministère a un rôle crucial à jouer dans le respect du sommeil des malades et ce rôle passe par la modernisation des hôpitaux.

En conclusion, les choses ne changent en rien du fait que nous les observons, que nous en parlons et les analysons d'une manière superficielle. Le comportement des gens capables d'influencer le sommeil du malade va changer quand les familles, les malades et le personnel soignant vont agir pour forcer les dirigeants à prendre une loi en rapport avec le respect du sommeil des malades. Il leur faut aussi prévoir des sanctions pour les contrevenants. Car le

bien-être de tous les citoyens, spécifiquement des malades, fait partie de leur mission. La résolution du problème de manque de respect du sommeil des patients hospitalisés est l'affaire de tous : le personnel soignant, les parents des malades et les anciens malades. Quand la population comprendra l'importance du sommeil des malades, la place qu'il occupe dans leur guérison, alors elle adoptera un comportement positif à l'égard de leur bien-être. Aussi, il est souhaitable que tous participent en initiant des activités de sensibilisation et d'éducation populaire ; telles des conférences, des interventions dans les médias et autres tribunes en parallèle avec

l'application de mesures et règlements de la part des responsables des institutions sanitaires pour faire respecter le sommeil des malades hospitalisés.

La technologie du comportement peut atténuer ce désagrément quand les gens refusent de subir et réagissent. Au bout de compte, l'éducation transpersonnelle évolue en valeurs quand la loi forge le sentiment de la communauté nationale. Ainsi on peut surmonter les inévitables conflits consécutifs au manque de respect du bien-être des autres. Car le changement ne consiste pas seulement en un acquis de connaissances, mais aussi dans la prise de conscience. En attendant une éventuelle loi, le personnel soignant devrait commencer à mettre en pratique des stratégies afin de promouvoir le respect du besoin de sommeil des malades.

Références

- 1- Pileje - *Votre revue santé Sommeil. Le sommeil à quoi ça sert?*
<https://www.pileje.fr/revue-santé/sommeil-utilité>
- 2- Nadège LB. *MSC- Sommeil : rythme, bienfaits et cycles du sommeil-Santé sur le net* -20 septembre 2017, <https://www.santé sur le net.com/neuro-psy/troubles-du sommeil/sommeil/>
- 3- Danielle Prévost-L'ancrage *q u'est-ce que c'est? – Étape zen.* - 12 aout – 28 septembre 2022
www.etapezen.fr/lanfrage-quest-ce-que/
- 4- Florence Nightingale . *Notes on Nursing, What it is, and what it is not.* London. 1859. Harrisson, 59 Pall Mall. Brookseller to the Queen.
- 5- Ministère de la Santé Publique et de la Populatio. *Noemes pour la pratique des soins infirmiers en Haïti.* Novembre 2012
- 6- Laurie N GOTTIELBE, Inf.Ph.D. avec la collaboration de Bruce GOTTELB, Ph. D. *Les Soins Infirmiers Fondés sur les Forces.*Éditionou Renouveau Pédagogique (ERPI) 2014.

Bibliographie

- France DUPUIS, Linda MASSÉ, Jocelyne TOURIGNY. *Soins Infirmiers Pédiatrie, Direction Scientifique.* Yvon BRASSARD, Direction Pédagogique. Chenelière Éducation 2014
- Comité de Rédaction et de l'Éditorial. *LU pour vous. Info Gazette Médicale Vol 3 N° 41 Juillet 2024*
- Les Docteurs DUFOURNET. *Vidéo :Ne saccager pas votre sommeil! Partie 1 YOUTUB*

3. Sécurité de l'administration des médicaments : notre réalité haïtienne

Pierre Hugues SAINT-JEAN, Pharm-MPH
 Enseignant de Pharmacie Hospitalière-UEH-UNDH
 Président de l'Association des Pharmaciens d'Haïti (APH)
 Directeur Médico- Technique, Hôpital Saint Damien, NPFS

Cet article est tiré de la 52^e conférence FMC qui a eu lieu le 23 octobre 2024

INTRODUCTION

La sécurité d'administration médicamenteuse se réfère à l'ensemble des pratiques, procédures et systèmes mis en place pour garantir que les médicaments sont administrés de manière correcte et sécurisée aux patients. (fig. 1)



Fig. 1 : Importance d'appliquer les procédures pour prévenir les risques d'erreurs médicamenteuses
https://web.facebook.com/OPSOMSHaïti/photos/a.1043392692348869/5655205637834195/?_rdc=1&_rdr

Selon une étude publiée dans le Journal of Patient Safety en 2016, environ 7 % des médicaments administrés dans les hôpitaux entraînent des erreurs d'administration, ce qui représente des millions de cas par an [1]. Les chercheurs, dirigés par l'expert en sécurité des patients, Dr. John T. James, ont analysé l'ampleur des erreurs médicales liées à l'administration de médicaments dans les établissements de santé, notamment aux États-Unis. Ils ont compilé des informations provenant de plusieurs études cliniques, rapports d'incidents, bases de données d'événements indésirables et autres sources documentées. Les chercheurs ont extrapolé ces données pour estimer le pourcentage d'erreurs médicamenteuses à l'échelle nationale. Les données des hôpitaux spécifiques n'ont pas été publiées en détail dans l'article, mais des données de plusieurs études précédentes ont été utilisées pour formuler des estimations globales. La sécurité médicamenteuse englobe l'ensemble des mesures visant à prévenir, détecter et gérer les effets indésirables des médicaments, ainsi que les erreurs liées à leur utilisation.

La sécurité d'administration médicamenteuse concerne spécifiquement le processus d'administration des médicaments, y compris la prescription, la préparation, la délivrance et l'administration au patient,

Une étude de l'Institute of Medicine, en 2006, estime que les erreurs de médication causent au moins 1,5 million de dommages aux patients chaque année aux États-Unis, et environ 7 000 décès [2]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), des études montrent que les erreurs de médication peuvent toucher jusqu'à 10% des patients dans les pays en développement, y compris Haïti. (OMS - Rapport sur la sécurité des médicaments) [3]. Moins de 50 % des établissements de santé en Haïti disposent de conditions correctes pour assurer la sécurité des patients, ce qui peut augmenter les risques liés à l'administration des médicaments. (Banque mondiale, Études et rapports sur l'accès aux soins de santé et la sécurité médicamenteuse en Haïti) [4].

La sécurité d'administration des médicaments en Haïti est fortement affectée par la problématique de la contrefaçon. Une proportion significative des médicaments sur le marché haïtien est contrefaite ou de mauvaise qualité. Cela augmente le risque d'effets indésirables et de traitement inefficace.

CIRCUITS DES MÉDICAMENTS ET SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE

La corrélation entre la sécurité d'administration médicamenteuse et la sécurité médicamenteuse est étroite, car elles se complètent mutuellement pour garantir la protection des patients. (fig. 2)

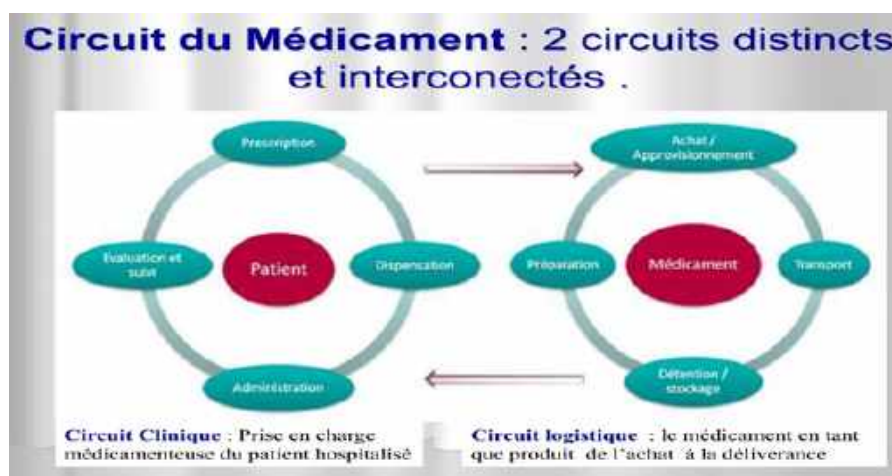


Fig. 2

Fig. 2 : Connexion entre les deux circuits des médicaments dans un système de santé.
<https://www.slideshare.net/slideshow/securite-du-circuit-du-medicament-a-l-hopital/67211926>

LES ENJEUX DE LA SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE

Les enjeux de la sécurité médicamenteuse sont multiples :

- 1- Prévention des erreurs médicamenteuses : Les erreurs de prescription, de dispensation ou d'administration peuvent entraîner des effets indésirables graves. La mise en place de systèmes de vérification et d'outils numériques est essentielle pour réduire ces erreurs.
- 2- Surveillance des effets indésirables : La pharmacovigilance permet de suivre les effets des médicaments après leur mise sur le marché. Cela aide à identifier rapidement les risques et à prendre des mesures correctives. (fig. 3)



Fig. 3 : besoin de surveiller à la loupe les effets indésirables.
https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-verite-sur-les-effets-secondaires-des-vaccins-anti-covid_176354

- 3- Accès aux médicaments Sûrs et Efficaces : Assurer l'accès à des médicaments de qualité est fondamental. Les inégalités d'accès, notamment dans les pays en développement, posent un risque pour la sécurité des patients.

- 4- Lutte contre les médicaments Contrefaits : Les médicaments contrefaits représentent un danger sérieux pour la santé. Des efforts doivent être faits pour renforcer les régulations et la traçabilité des médicaments.
- 5- Éducation et sensibilisation : La formation des professionnels de santé et la sensibilisation des patients sont essentielles pour garantir une utilisation appropriée des médicaments.
- 6- Réglementation et politique de santé [5]. Des politiques de santé robustes et des régulations claires sont nécessaires pour encadrer la production, la distribution et la prescription des médicaments. Une politique pharmaceutique nationale (PPN) est un engagement pour un but et un guide pour action ; une partie intégrante de la politique nationale de santé ; des orientations politiques relatives au secteur pharmaceutique ; un cadre pour la coordination des activités du secteur pharmaceutique ; une expression des priorités et objectifs visés par le Gouvernement pour le secteur pharmaceutique et identification des stratégies pour les atteindre.

Médicaments contrefaits : menace omniprésente pour la sécurité médicamenteuse en Haïti

Dix pour cent (10 %) des médicaments sont contrefaits dans le monde ; 30 % à 40 % dans certains pays comme Haïti selon l'OMS. Le chiffre d'affaires généré par la contrefaçon est estimé à au moins 10 % à 15 % du marché pharmaceutique mondial, soit 100 à 150 milliards de dollars, voire 200 milliards, selon une étude du Forum économique mondial, 2018 [6].

Le business de la contrefaçon des médicaments arrive en tête des trafics illicites, affirme Geoffroy Bessaud, directeur de la coordination anti-contrefaçon de Sanofi. Un investissement de 1.000 dollars peut rapporter jusqu'à 500 000 dollars alors que pour le même investissement, le trafic d'héroïne rapporte 20 000 dollars. »

Comme toutes les activités criminelles (fausse monnaie, trafic de drogue ou d'armes, proxénétisme, trafic d'êtres humains ou d'organes), le trafic de contrefaçon de médicaments s'enracine là où le terrain est le plus propice grâce à des appareils législatifs inadaptés, une population mal informée, une pénurie de médicaments, une complexité des chaînes d'approvisionnement, un manque de structures de régulation et de moyens de contrôle, une corruption et une porosité des frontières.

Des cas de mortalité et de morbidité dus à l'usage de faux médicaments sont déjà enregistrés en HAÏTI

Ils sont dus à la modification de la date d'expiration, du changement d'étiquette et de la production artisanale. De nombreux exemples ont été rapportés, par exemple :

1. Les premières victimes à la suite de la consommation d'un antidiabétique frauduleusement étiqueté « Clarithromycine » ont été documentés par un médecin affecté à l'hôpital public de Saint-Marc, l'hôpital Saint-Nicolas en 2019. Un groupe de patients qui suivaient un protocole de traitement pour ulcère ont développé des convulsions et ont présenté des signes d'hypoglycémie après la consommation du faux médicament [7].
2. Une alerte sanitaire du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), datée du 23 février 2024, et signée par le ministre Alex Larsen, avise la population et les professionnels de santé qu'il circule actuellement à travers le pays un médicament contrefait vendu sous le nom de « Citrato de Cafeina ». L'utilisation de ce médicament peut entraîner des risques graves pour la santé [8].
3. En octobre 2018, un faux phénobarbital injectable a été impliqué dans la mort d'un garçonnet dans le département de l'Ouest (Association des Pharmaciens d'Haïti, 2018) de même qu'il aurait été administré en mars 2019 à un enfant pour des crises convulsives à l'hôpital Saint-Nicolas de Saint-Marc alors qu'il s'agissait d'une ampoule de gentamicine frauduleusement étiquetée phénobarbital [9].
4. Le faux Viagra est en vente libre à la place du vrai Viagra. (fig.4)



Fig. 4 : vrai et faux Viagra

Aujourd'hui, le trafic de faux médicaments a atteint une ampleur sans précédent en Haïti. La population haïtienne continue à être victime de la cupidité de criminels organisés en réseaux. Un mois ne se passe sans qu'un cas de contrefaçon ne soit rapporté sur les forums de l'APH.

Les risques de falsification de produits pharmaceutiques nous forcent à prendre conscience qu'un médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres. Tout défaut dans sa

qualité peut entraîner des dommages graves et même la mort du patient. À grande échelle, les risques sanitaires sont considérables.

« On ne meurt pas de porter des faux sacs à mains ou T-shirt. En revanche, les contrefaçons de médicaments peuvent tuer. »

La rentabilité du trafic

Le trafic de médicaments falsifiés est un marché extrêmement lucratif et beaucoup plus rentable que toutes les autres activités criminelles. Pour exemple : le trafic d'héroïne est vingt-cinq fois moins rentable ; la contrebande de cigarette est cinq fois moins rentable [10].

Face à ces dispositifs et à la complexité des produits contrefaits, les acteurs de terrain en mesure de lutter contre ce trafic (médecins, pharmaciens, douaniers, policiers, etc.) bénéficient rarement de moyens équivalents.

La corruption

Les pays les plus exposés aux risques de corruption politique et bureaucratique sont souvent les pays dans lesquels les activités du crime organisé sont les plus florissantes. Les personnels de santé ou les fonctionnaires chargés de réprimer le trafic sont sous-payés et donc plus sensibles à la corruption.

La corruption étant par définition un phénomène caché, il est, faute de données brutes disponibles, impossible de produire des statistiques objectives permettant de la mesurer. Cependant, dès 1995, Transparency International (TI) a imaginé se fonder sur des enquêtes d'opinion – et donc des perceptions

– pour tenter d'évaluer les niveaux de corruption. Chaque année, TI publie l'Indice de perception de la corruption, devenu le principal indicateur mondial de la corruption dans le secteur public. L'indice note 180 pays et territoires du monde entier en fonction de leur niveau de perception de la corruption dans le secteur public, en utilisant des données provenant de 13 sources externes, dont la Banque Mondiale, le Forum Économique Mondial, des sociétés privées de conseil et de risque, des groupes de réflexion et autres. (fig. 5)



Fig. 5 : score des pays contre la corruption

Risques associés à l'administration des médicaments

Les risques associés à l'administration des médicaments sont variés et peuvent entraîner des conséquences graves pour les patients :

1) Erreurs d'administration

Selon une étude publiée en 2009 dans le *British Medical Journal*, environ 1 patient sur 10 reçoit un médicament de manière incorrecte dans les hôpitaux [11]. L'OMS indique que les erreurs liées à l'administration des médicaments sont l'une des principales causes d'effets indésirables évitables. Elles sont responsables d'une proportion significative de l'ensemble des erreurs médicamenteuses, qui sont une cause importante de préjudices aux patients [12].

2) Effets indésirables médicamenteux

Environ 10 à 20 % des patients hospitalisés souffrent d'effets indésirables liés aux médicaments, selon l'OMS [13]. Ces effets peuvent être causés par des erreurs de dosage, des interactions médicamenteuses ou des sensibilités individuelles.

3) Médicaments contrefaits

Environ 10 % des médicaments vendus dans le monde sont contrefaits, ce qui augmente le risque d'effets indésirables et de traitements inefficaces, selon l'OMS [14].

4) Interactions médicamenteuses

Une étude [15] a montré que près de 20 % des patients âgés prennent des médicaments présentant des interactions potentielles, ce qui peut compromettre la sécurité d'administration.

5) Inadéquation de la voie d'administration

Des erreurs dans le choix de la voie d'administration (orale, intraveineuse, etc.) peuvent entraîner des complications. Par exemple, des injections intraveineuses inappropriées peuvent causer des infections ou des complications vasculaires.

6) Incompatibilités médicamenteuses :

conséquence de réactions physiques ou chimiques entre plusieurs médicaments, mais aussi entre des médicaments et des solvants ou des adjuvants, ou le matériel utilisé.

Par Exemple Ceftriaxone est incompatible avec Amikacine

7) Les risques infectieux liés à l'administration des médicaments sont un enjeu crucial dans les soins de santé :

- Les infections liées à l'utilisation de cathéters intraveineux sont parmi les risques infectieux les plus fréquents. Les taux d'infection peuvent atteindre 3 à 6 infections pour 1 000 jours de cathéter. Ces infections peuvent être causées par une mauvaise asepsie lors de l'insertion ou du soin du cathéter.
- L'administration de médicaments par voie intramusculaire ou sous-cutanée peut entraîner des infections si les sites d'injection ne sont pas correctement désinfectés. Les infections cutanées peuvent également survenir en raison de l'utilisation de matériel non stérile.
- La manipulation inappropriée de médicaments, notamment des chimiothérapies ou des agents biologiques, peut également entraîner des risques infec-

tieux si des protocoles d'asepsie ne sont pas respectés. Il faut mettre en place des protocoles de surveillance pour détecter rapidement toute infection post-administration et former régulièrement le personnel soignant sur les bonnes pratiques d'administration et les protocoles d'asepsie.

Bonnes pratiques d'administration de médicaments

Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont essentielles pour garantir la sécurité et l'efficacité des traitements.

1) Les sept « Bons » :

- **Bon patient** : Vérifiez l'identité du patient avant l'administration.
 - **Bon médicament** : Assurez-vous que le médicament administré est le bon.
 - **Bonne dose** : Vérifiez la dose prescrite et la dose à administrer.
 - **Bonne voie** : Utilisez la voie d'administration appropriée (orale, intraveineuse, etc.).
 - **Bon moment** : Administrez le médicament au moment prévu.
 - **Bonne fréquence** : Respectez l'heure d'administration des médicaments
 - **Bonne documentation** : Notez heure d'administration, dose administrée, réactions indésirables...
- #### 2) Asepsie et Hygiène
- Utilisez des techniques d'asepsie lors de l'administration, surtout pour les médicaments injectables. Lavez-vous les mains avant toute manipulation de médicaments. L'hygiène rigoureuse des mains avant toute manipulation ou administration est essentielle. Il faut utiliser des techniques d'asepsie strictes lors de l'insertion de cathéters ou d'injections.
- #### 3) Documentation
- Documenter soigneusement l'administration de chaque médicament, y compris l'heure, la dose, et tout effet indésirable observé.
- #### 4) Surveillance
- Surveillez le patient après l'administration pour détecter tout effet indésirable ou réaction allergique.

Adopter des bonnes pratiques d'administration est crucial pour minimiser les risques d'erreurs et assurer une prise en charge efficace des patients

Collaboration interprofessionnelle et sécurité d'administration des médicaments

La collaboration interprofessionnelle est essentielle pour renforcer la sécurité d'administration des médicaments

1) Communication efficace

a) **Échange d'informations** : Assurer une communication claire entre médecins, pharmaciens, infirmiers et autres professionnels de santé sur les prescriptions, les allergies et les antécédents médicaux des patients. Des réunions interprofessionnelles sont organisées régulièrement pour discuter des cas complexes et partager des informations sur les pratiques et protocoles. Une formation conjointe par des sessions de formation peut renforcer la sécurité médicamenteuse, les erreurs d'administration et les pratiques d'asepsie. Des simulations utilisant des scénarios peuvent entraîner les équipes à réagir face à des situations d'urgence ou des erreurs potentielles.

b) **Protocoles collaboratifs** : Il est important de collaborer à l'élaboration de protocoles d'administration standardisés qui incluent les contributions de différentes professions et mettre en place des check-lists interprofessionnelles pour s'assurer que toutes les étapes de l'administration sont suivies.

c) **Rétroaction et Amélioration Continue** : un système de signalement d'erreurs et d'événements indésirables encourage les retours d'expérience de tous les membres de l'équipe de soins, ce qui permet d'analyser les incidents pour en tirer des leçons et améliorer les pratiques collaboratives.

d) **Implication des Patients** : par l'éducation des patients on les implique dans leur propre traitement en les éduquant sur les médicaments, leur administration et les effets indésirables. On les encourage à poser des questions en créant un environnement où ils se sentent à l'aise pour poser des questions sur leurs traitements.

CONCLUSION

Les risques associés à l'administration des médicaments sont significatifs et nécessitent une attention particulière pour améliorer la sécurité des patients.

Des mesures comme la formation des professionnels de santé, la lutte contre la contrefaçon de médicaments, l'utilisation de technologies de prescription électronique et la promotion d'une culture de sécurité sont essentielles pour réduire ces risques.

La sécurité de l'administration des médicaments est fondamentale pour protéger les patients, garantir l'efficacité des traitements et maintenir la confiance dans le système de santé.

En mettant en place des pratiques de sécurité robustes, les professionnels de santé peuvent améliorer la qualité des soins et réduire les risques associés aux médicaments.

RÉFÉRENCES

1. OMS. *Médicaments contrefaits - Guide pour l'élaboration de mesures visant à éliminer les médicaments contrefaits*
2. *Afssaps. Guide à l'usage des pharmaciens. Médicaments et contrefaçons*
3. *Organisation mondiale de la santé (OMS) : Rapports sur la sécurité médicamenteuse. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : Rapports annuels.*
4. *Organisation mondiale de la santé (OMS) : Rapports sur la sécurité des médicaments et des effets indésirables.*
5. *Politique pharmaceutique nationale, pourquoi faire ? (https://slideplayer.fr/slide/458761/)*
6. *British Medical Journal : Études sur les erreurs médicamenteuses dans les hôpitaux.*
7. *Clarithromycine tablets, 500 mg : un faux médicament en circulation, https://lenouvelliste.com/article/199539/clarithromy-cin-tablets-500-mg-un-faux-medicament-en-circulation)*

8. *Alerte sanitaire sur le Citrato de Cafeina, https://www.mspp.gov.ht/dpmmt/documents/alerte/Alerte%20sanitaire_002_2024_MF.pdf*
9. *Médicament contrefait : attention à un faux phénobarbital injectable https://lenouvelliste.com/article/199689/medicament-contrefait-attention-a-un-faux-phenobarbital-injectable*
10. *Les faux médicaments : de la définition à la répression, Quentin Duteil, https://theses.hal.science/tel-03615157v1/file/133086_DUTEIL_2021_archivage.pdf*
11. *Jha, A. K., et al. (2009). "Safe medication practices: Evaluating errors and improving safety in hospital settings." New England Journal of Medicine.*
12. *Organisation Mondiale de la santé (OMS), "Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care" (2016)*
13. *World Health Organization (WHO), "The Safety of Medicines: A Guide to Detecting and Reporting Adverse Drug Reactions" (2002)*
14. *Organisation Mondiale de la santé (OMS), "Substandard and Falsified Medicines" (2017)*
15. *American Geriatrics Society (AGS), "Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults" (2019)*

BIBLIOGRAPHIE

1. *Haïti subit les conséquences des médicaments contrefaits (https://lenouvelliste.com/article/244336/cr-ultime)*
2. *Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : Rapports annuels sur la pharmacovigilance.*
3. *Haute Autorité de Santé (HAS) (France) : Recommandations sur la sécurité des soins et l'administration des médicaments.*
4. *American Nurses Association (ANA) : Standards de pratique en administration des médicaments.*
5. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Royaume-Uni) : Directives sur l'administration des médicaments en milieu clinique.*

4) Une délégation de Zanmi Lasante en mission à Paris (France)

Du 7 au 11 novembre 2024, une délégation de Zanmi Lasante, une organisation de santé haïtienne active depuis plus de 30 ans en Haïti et qui a pour mission d'offrir une option préférentielle pour les personnes vulnérables en matière de santé, a effectué une visite à Paris pour renforcer les liens avec Solidarités CHIV-Haïti, une organisation fondée en 2010 après le tremblement de terre dévastateur en Haïti. Cette mission, dirigée par le Dr Lambert Wesler, directeur exécutif de Zanmi Lasante, et le Dr Jean Alouidor, directeur divisionnaire des soins spécialisés, visait à poursuivre les actions de coopération et à explorer de nouvelles initiatives de renforcement des capacités en matière de santé en Haïti.

Un partenariat solide pour le renforcement du système de santé haïtien

Depuis plus de trois décennies, Zanmi Lasante œuvre en collaboration étroite avec l'État haïtien pour renforcer le système de santé du pays. Ce partenariat durable a permis non seulement de moderniser et d'améliorer les structures sanitaires, mais aussi de former plusieurs centaines de professionnels haïtiens dans des domaines médicaux essentiels. Parmi les spécialités couvertes, on retrouve l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, la médecine interne, la chirurgie, l'anesthésie, les urgences, l'orthopédie, ainsi que la médecine de famille.

L'objectif de Zanmi Lasante est d'améliorer la qualité des soins de santé à travers des actions concrètes et ciblées. Cela inclut, entre autres, la formation continue du personnel soignant à travers ses différentes structures de soins réparties dans plusieurs régions du pays. En effet, l'organisation gère un réseau de 17 sites cliniques situés principalement dans les départements de l'Artibonite et du Plateau Central, où elle offre des soins de qualité à des milliers de patients.

Ce partenariat avec l'État haïtien permet de renforcer non seulement les compétences des professionnels soignants, mais aussi la résilience des établissements de santé face aux défis économiques et structurels rencontrés par le système de santé haïtien. Zanmi Lasante joue ainsi un rôle clé dans l'application des politiques de santé publique définies par les autorités haïtiennes, contribuant à une meilleure prise en charge des populations vulnérables, notamment dans les zones rurales souvent éloignées des grands centres urbains.

Dans le cadre de cette mission à Paris, la rencontre avec Solidarités CHIV Haïti, un acteur important de la diaspora haïtienne, a permis de renforcer cette dynamique de coopération. Solidarités CHIV Haïti, fondée en 2010 après le tremblement de terre dévastateur, œuvre sans relâche pour améliorer les conditions de santé en Haïti. Elle soutient les hôpitaux haïtiens tant sur le plan moral que matériel, en fournissant des équipements médicaux essentiels et en soutenant la formation continue des ressources humaines, tant médicales, paramédicales que médico-techniques.

Ainsi, cette collaboration de Zanmi Lasante avec Solidarités CHIV Haïti s'inscrit dans une vision commune d'amélioration des soins de santé en Haïti, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités locales. Les organisations travaillent également à la mise en œuvre de projets ciblés pour développer des formations spécialisées dans des domaines clés de la santé, afin de combler les lacunes en matière de compétences professionnelles, et de soutenir les structures hospitalières locales.



Fig. 1 : la délégation haïtienne et le directeur de Solidarités CHIV-Haïti (De gauche à droite : Dr Jean. Alouidor, Dr Ernst Chavannes et Dr Wesler Lambert)

Rencontres et visites des structures hospitalières

Lors de leur séjour à Paris, la délégation de Zanmi Lasante a eu l'opportunité de rencontrer plusieurs partenaires de Solidarités CHIV, notamment Madame Laurence GARO, directrice générale des Hôpitaux Confluence CHIC (Centre Hospitalier Intercommunal Villeneuve-St-Georges) et le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), accompagnée de Madame Bendecheche Fairouz cadre expert à la direction des soins qui avait remplacé Monsieur Jean-Luc Rhiu, directeur des soins au CHIV, Madame Dorothee Diop chargée de communication, ainsi que des responsables des établissements CHIC. Ces rencontres ont permis de discuter des modalités d'accueil du personnel médical haïtien dans le cadre

d'une mission de formation et de stage, qui pourrait durer d'un à deux ans. L'objectif est d'offrir des opportunités d'apprentissage dans un environnement hospitalier de haute qualité, avec un soutien spécifique à la gestion des urgences, de la réanimation, de la gynécologie-obstétrique, et d'autres spécialités médicales essentielles.

Parmi les autres discussions abordées, il a été question des conditions de logement et de travail pour les stagiaires, du statut de « stagiaire associé » pour le personnel médical haïtien et des possibilités d'élargir l'impact des actions de solidarité, notamment à travers l'envoi de matériel médical et la gestion des stocks.



Fig. 2 : la délégation haïtienne en compagnie de la direction du CHIV/CHIC, du personnel du CHIV et des membres de la direction de Solidarités CHIV-Haïti

Des visites qui marquent les esprits

Lors de cette mission à Paris, la délégation de Zanmi Lasante a eu l'opportunité de rencontrer plusieurs responsables et professionnels de santé dans le cadre d'une série de visites marquantes destinées à renforcer la coopération entre Haïti et la France dans le domaine de la santé. Cette rencontre a permis de discuter sur les besoins en matière de formation continue, notamment pour les cadres hospitaliers et sur les conditions d'accueil des professionnels haïtiens.

Parallèlement à cette rencontre stratégique, la délégation a eu l'opportunité de visiter plusieurs services hospitaliers en France, favorisant ainsi un échange direct d'expertise et de bonnes pratiques avec les équipes françaises. Parmi les moments les plus marquants, la délégation a été guidée par Madame Adele Joss, cadre des urgences aux Hôpitaux Confluence, accompagnée du Dr Riadh Laterem, praticien hospitalier contractuel, du Dr Victor Kamga, praticien hospitalier à temps partiel et d'Edson Alcuis, infirmier aux urgences. Ensemble, ils ont fait découvrir le fonctionnement du service des urgences, offrant à la délégation une perspective enrichissante sur l'organisation des soins dans un établissement de grande envergure. Cette visite a permis de mieux appréhender la gestion des situations de crise et l'optimisation des ressources disponibles dans un environnement d'urgence.



Fig. 3 : la délégation haïtienne en présence du personnel des urgences du CHIV

Les membres de la délégation ont ensuite été conduits dans le service de réanimation où un échange très constructif a eu lieu entre médecins, infirmiers et cadres de santé. Ce fut l'occasion pour les professionnels haïtiens et français de discuter des bonnes pratiques en matière de soins intensifs, notamment sur la gestion des patients en réanimation, les protocoles de soins et les technologies utilisées. Un des moments clés de cette visite a été la rencontre avec Dr Laurent Gabriel, cadre du service de réanimation et Madame Nadine Robquin, responsable du service. Ces échanges ont permis de mettre en lumière des approches innovantes dans le domaine des soins intensifs, ainsi que les défis spécifiques liés à la gestion des unités de réanimation, tant en France qu'en Haïti. Les discussions ont également permis de souligner l'importance de la formation continue pour les équipes médicales haïtiennes, en particulier dans des contextes d'urgence sanitaire. La délégation a pris note des différences dans les protocoles et les pratiques, mais aussi des solutions pratiques qui pourraient être adaptées et appliquées en Haïti pour améliorer la prise en charge des patients en état critique.



Fig. 4 : la délégation haïtienne en présence de l'équipe de réanimation du CHIV

La délégation a également eu l'opportunité de visiter la consultation de gynécologie-obstétrique dirigée par le Dr Julien Ighil, spécialiste reconnu dans ce domaine. Cette visite a permis à la délégation haïtienne de découvrir les pratiques de soins obstétricaux et gynécologiques de pointe mises en place au sein du CHIV, particulièrement en ce qui concerne la gestion des grossesses à risque, les interventions chirurgica-

les en gynécologie, et les approches innovantes pour assurer la santé maternelle et infantile. Le Dr Julien Ighil a guidé la délégation à travers les différentes étapes du parcours de soin des patientes, mettant en lumière l'importance de l'accompagnement multidisciplinaire, notamment dans la prise en charge des complications obstétricales.



Fig. 5 : La délégation haïtienne en présence du Dr Julien Ighil

Par la suite, la délégation a poursuivi sa visite en se rendant dans le service d'infectiologie, où elle a été reçue par Dr Pauline Carraux-Paz, chef de service du CHIV. Le service d'infectiologie est un domaine clé, surtout dans un contexte comme celui d'Haïti, où les maladies infectieuses représentent une part importante des pathologies traitées dans les établissements de santé. Les échanges ont également porté sur la formation des équipes médicales et paramédicales haïtiennes, un domaine dans lequel la délégation a exprimé un vif intérêt.



Fig. 6 : délégation haïtienne en présence de la Dre Pauline Carraux-Paz

Un autre moment clé de cette mission a été la visite du CHU Trousseau, l'un des hôpitaux parisiens les plus réputés dans le domaine de l'anesthésie-réanimation. La délégation haïtienne a été chaleureusement accueillie par la Pre Isabelle Constant, chef du service d'anesthésie-réanimation, dans le cadre des discussions sur la formation conti-

nue des médecins anesthésistes-réanimateurs pédiatriques haïtiens. La délégation a également rencontré Dre Lauren Doval, responsable de la formation continue en chirurgie viscérale pédiatrique, au sein du service du Professeur Sabine Irtan. Lors de cette rencontre, les échanges ont principalement porté sur l'accueil de médecins haïtiens pour des formations spécialisées en anesthésie et réanimation, ainsi que sur la mise en place de missions de stage permettant aux professionnels de santé haïtiens d'acquérir une expérience pratique sur le terrain en France.



Fig. 7 : La délégation haïtienne en présence du Professeur Sabine Irtan et de la Dre Lauren Dorval

Ces échanges ont été particulièrement fructueux, avec un engagement clair des équipes hospitalières françaises pour soutenir la formation des médecins haïtiens et renforcer la coopération entre les deux pays dans le domaine médical.

Formation en gestion hospitalière et renforcement des capacités administratives

Un des points centraux de cette mission à Paris a été la discussion autour de la formation en gestion hospitalière et du renforcement des capacités administratives au sein des établissements de santé haïtiens. Lors de ces échanges, la délégation haïtienne a eu l'opportunité de rencontrer Mme Isabelle Richard-Crémieux, directrice de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) à Paris, une institution de renommée internationale dans le domaine de la santé publique et de la gestion hospitalière.



Fig. 8 : Mme Isabelle Richard-Crémieux

Ce programme de formation en gestion hospitalière sera conçu pour répondre aux besoins spécifiques des administrateurs haïtiens de santé, en leur fournissant des outils pratiques et théoriques pour gérer efficacement les établissements de santé dans un contexte difficile. Il s'agit d'une initiative majeure visant à améliorer la gouvernance hospitalière de ZI en particulier et d'Haïti en général, en formant des cadres capables de prendre des décisions stratégiques éclairées, de gérer les ressources humaines et matérielles de manière optimale, et de garantir une qualité de soins durable au sein des structures hospitalières.

Le programme inclura des modules adaptés aux réalités du système de santé haïtien. Il portera sur plusieurs axes fondamentaux, tels que la gestion financière des hôpitaux, la planification stratégique, la gestion des ressources humaines, ainsi que la logistique hospitalière. Les participants apprendront également à intégrer les normes de qualité et de sécurité des soins, essentielles pour garantir une prise en charge optimale des patients dans un environnement souvent marqué par des contraintes sévères.

Ce programme de formation s'inscrit dans une volonté de professionnaliser la gestion des établissements de santé en Haïti et vise à créer un vivier de leaders capables de répondre aux défis du secteur de la santé. Il contribuera également à la réduction des inégalités d'accès aux soins en Haïti, en permettant une gestion plus efficace et équitable des ressources disponibles. L'un des objectifs sous-jacents est d'assurer la durabilité des efforts de développement dans le secteur de la santé en Haïti, en créant une base solide de gestionnaires compétents qui puissent pérenniser les progrès réalisés grâce à la coopération internationale.

Au-delà de la formation théorique, ce programme prévoit également des stages pratiques et des missions d'échange qui permettront aux administrateurs haïtiens de se confronter aux réalités des systèmes de santé en France, tout en tissant des liens avec des institutions de santé françaises. Cela favorisera l'intégration de bonnes pratiques de gestion hospitalière et renforcera les capacités administratives des hôpitaux haïtiens.

Une fin de mission conviviale et fructueuse

Pour conclure cette mission, la délégation de Zanmi Lasante a été chaleureusement invitée à un dîner au restaurant La Ferme de la Grange à Yerres, par le président Dr Ernst Chavannes, le vice-président Dr Harry Lezeau et la trésorière madame Noémie HARDY, un moment de convivialité et de fraternité qui a permis de renforcer les liens entre les différents acteurs de cette coopération. Ce fut l'occasion idéale de remer-

cier l'équipe de Solidarités CHIV Haïti, pour leur engagement sans faille en faveur d'Haïti et de saluer leur leadership dans la mise en œuvre de projets cruciaux pour le pays. L'ensemble de la délégation a également tenu à exprimer sa reconnaissance envers toute l'équipe pour la programmation impeccable et l'accueil exceptionnel qu'elle a réservé à cette mission. Ces échanges, nourris de respect mutuel et de volonté commune, ont permis de poser des bases solides pour de futures collaborations.

Ce dîner convivial a également permis de revenir sur les moments forts de la mission et de partager des idées pour l'avenir de la coopération en matière de santé entre Haïti et la France. Ce type de rencontres, à la fois professionnelles et humaines, est essentiel pour maintenir une dynamique positive et pour pérenniser les efforts engagés dans le cadre de cette coopération internationale.

Un partenariat prometteur pour l'avenir de la santé en Haïti

Cette mission à Paris a marqué un tournant dans le renforcement des partenariats entre Haïti et la France, particulièrement dans le secteur de la santé. Au-delà des échanges de bonnes pratiques, plusieurs projets concrets ont vu le jour, ouvrant la voie à des initiatives de formation, de soutien matériel et de renforcement des structures hospitalières en Haïti. Ces projets visent à améliorer l'accès aux soins, à perfectionner les compétences des professionnels haïtiens et à soutenir le développement de systèmes de santé durables. Le partenariat avec Solidarités CHIV Haïti, qui est un acteur clé dans ce domaine, sera un levier important pour l'atteinte de ces objectifs.

Grâce à cette mission, Zanmi Lasante et Solidarités CHIV Haïti ont pu tisser des liens encore plus forts, avec la perspective de développer de nombreuses initiatives futures. Parmi celles-ci, des programmes de formation continue pour les professionnels de santé, des missions de stage pour les médecins haïtiens,

ainsi que des projets d'échange de matériel médical et de développement des infrastructures hospitalières. Ces actions, soutenues par un partenariat solide et un engagement partagé, contribueront à renforcer le système de santé haïtien, un secteur fondamental pour le bien-être des populations.

La délégation de Zanmi Lasante repart avec une vision claire et déterminée : la solidarité internationale et la coopération entre les professionnels de santé sont des piliers essentiels pour relever les défis du système de santé haïtien. Ces défis sont nombreux, mais grâce à des partenariats de long terme, à des actions concertées et à un engagement continu, il est possible de contribuer activement à l'amélioration des conditions de santé en Haïti.

Le modèle de coopération, qui s'est intensifié au cours de cette mission, repose sur une approche collaborative où chaque acteur, qu'il soit haïtien ou français, a un rôle clé à jouer. Il est essentiel de maintenir cet esprit de solidarité et de continuer à mettre en place des projets concrets qui auront un impact direct sur la vie des Haïtiens, qu'il s'agisse de formation des soignants, de renforcement des capacités des structures de santé, ou de fourniture d'équipements médicaux nécessaires.

Grâce à ce partenariat renforcé, Haïti peut espérer un avenir plus serein en matière de santé, avec des soins de qualité accessibles à tous et un système de santé qui pourra répondre plus efficacement aux besoins de sa population. Il s'agit de bâtir sur des bases solides pour garantir à chaque citoyen haïtien un avenir en meilleure santé.

Ainsi, cette mission a été un pas de plus vers l'objectif commun de construire un avenir plus sain et plus équitable pour Haïti, en consolidant des partenariats durables et en mutualisant les efforts des différents acteurs de la coopération internationale.

Dr Jean O. Alouidor

Directeur Divisionnaire des Soins
Spécialisés
Zanmi Lasante/PIH



1. Formation ECHO

I- IMPORTANCE DE L'IMPLICATION DES TECHNICIENS DE LABORATOIRE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ EN HAÏTI.

SOUS-VALORISATION DES TECHNOLOGISTES MÉDICAUX EN HAÏTI.

Mme Patricia de Mattéis Rouzier, MT
Consultante Internationale en Renforcement de Capacité en Laboratoire Médical

Au sein d'un système de santé, les techniciens de laboratoire jouent un rôle essentiel dans la chaîne de soins à côté des médecins, des infirmières et des pharmaciens. Cependant, leur métier reste largement sous-estimé et sous-apprécié particulièrement en Haïti. Cette réalité préoccupante nous interpelle au plus haut point. Notre propos sera d'éclairer le rôle des techniciens de laboratoire, de développer les raisons de leur sous-valorisation, de présenter les défis qu'ils rencontrent au quotidien et d'envisager des perspectives de relèvement de leur profession.

Rôle des techniciens de laboratoire dans le système de santé

Du point de vue de l'expertise en diagnostic médical, les techniciens de laboratoire possèdent une formation spécialisée qui leur permet de réaliser des tests diagnostiques précis, essentiels pour déterminer les traitements des patients.

Ils contribuent à la qualité des soins en s'assurant que les résultats des tests soient fiables et interprétables, participant ainsi à la prise en charge appropriée des patients et à l'amélioration globale de la qualité des soins.

Ils sont l'interface entre le médecin et le patient, jouant un rôle crucial en facilitant la communication des résultats entre les médecins et les patients, ce qui est vital pour une compréhension adéquate des diagnostics.

Importance du diagnostic dans les soins de santé

Les laboratoires fournissent des diagnostics précis qui sont fondamentaux pour les décisions médicales, permettant aux médecins de prescrire des traitements adaptés. Les informations fournies par les techniciens de laboratoire sont essentielles pour établir les plans de traitement, garantissant que les patients reçoivent les soins appropriés en fonction de leurs besoins spécifiques. Un diagnostic rapide et précis est clé pour la réduction des complications et des décès liés à

des maladies évitables, soulignant ainsi l'importance capitale du travail des techniciens de laboratoire.

Défis rencontrés par les techniciens de laboratoire

Les techniciens de laboratoire ne bénéficient souvent pas de la reconnaissance qu'ils méritent au sein du système de santé, ce qui peut affecter leur motivation et leur engagement. Ils sont souvent confrontés à des conditions de travail précaires, y compris un manque d'équipements adéquats et des environnements de travail insalubres, ce qui nuit à leur efficacité. L'accès restreint à la formation continue et aux ressources modernes empêche les techniciens de rester à jour avec les avancées technologiques dans le domaine du diagnostic.

Sous-valorisation de la profession en Haïti

1. Perception hiérarchique dans le système médical : Le système médical haïtien, comme dans beaucoup de pays, est marqué par une hiérarchie stricte où les médecins sont souvent perçus comme les principaux décideurs et figures centrales des soins. Les techniciens de laboratoire, bien que indispensables, sont souvent vus comme de simples exécutants ou "support" pour les médecins. Cette perception réduit leur visibilité et leur reconnaissance.
2. Manque de sensibilisation sur leur importance : Beaucoup de personnes, y compris certains professionnels de santé, ne comprennent pas pleinement la complexité et la valeur du travail des techniciens de laboratoire. Leurs analyses, qui représentent environ 70% des décisions médicales, sont souvent considérées comme des tâches routinières, sans reconnaître l'expertise nécessaire pour garantir la précision des résultats.
3. Faiblesse des infrastructures et des ressources : Les conditions de travail des techniciens de laboratoire en Haïti sont souvent très précaires. Ils travaillent souvent avec des équipements désuets, des réactifs limités, et dans des laboratoires sous-équipés. Cela affecte leur capacité à fournir des résultats de qualité et contribue à une perception négative de leur travail.
4. Rémunération insuffisante et conditions de travail difficiles : Les techniciens de laboratoire sont souvent mal rémunérés, ce qui affecte leur motivation et leur moral. Cette faible rémunération, associée à des conditions de travail difficiles, réduit la valorisation de leur profession aux yeux du public et même au sein

du système de santé. Comparés à d'autres professionnels de santé, ils ne reçoivent pas les mêmes avantages ni les mêmes respects

5. Absence de lobbying ou de représentation forte : En Haïti, il n'existe pas de syndicats ou d'associations puissants qui défendent efficacement les droits des techniciens de laboratoire. Contrairement à d'autres professions médicales, les techniciens n'ont pas toujours les moyens de plaider pour de meilleures conditions de travail ou une reconnaissance accrue.
6. Formation et évolution professionnelle limitées : Le manque d'opportunités pour la formation continue et le développement professionnel limite la capacité des techniciens à évoluer dans leur carrière ou à se spécialiser. Ce manque d'évolution professionnelle fait en sorte que leur rôle semble statique, renforçant l'idée qu'ils ne jouent qu'un rôle de soutien technique.
7. Manque de reconnaissance dans les structures hospitalières : Dans les hôpitaux haïtiens, les techniciens de laboratoire ne sont souvent pas inclus dans les prises de décisions cliniques ou dans les réunions d'équipe médicale. Leur travail est considéré comme une simple tâche de soutien aux médecins, ce qui renforce la perception qu'ils ne sont pas des acteurs majeurs du processus de soins.
8. Sous-financement du système de santé : Le système de santé haïtien est chroniquement sous-financé, et cela affecte tous les niveaux de personnel, y compris les techniciens de laboratoire. Ce manque de financement se traduit par des salaires bas, des laboratoires mal équipés et une pénurie de personnel, ce qui dévalorise davantage leur contribution.
9. Pression du secteur informel : En Haïti, certaines analyses de laboratoire sont souvent effectuées de manière informelle, parfois par des personnes sans qualification professionnelle adéquate. Cela nuit à l'image de la profession de technicien de laboratoire, qui se retrouve mélangée à des pratiques non professionnelles.

Comparaison avec d'autre rôle de professionnel de soins de santé

Les médecins et les infirmiers bénéficient souvent de plus de reconnaissance et de soutien, ce qui crée un déséquilibre dans la valorisation des différentes professions de santé. Il y a des disparités significatives dans les opportunités de développement professionnel entre techniciens de laboratoire et d'autres professionnels de la santé. Il convient de renforcer la collaboration entre les techniciens de laboratoire, les

Conditions de travail des techniciens de laboratoire



médecins et les infirmiers pour améliorer les résultats de santé et faciliter un environnement de travail plus intégré.

Initiatives pour renforcer la profession

Il convient de mettre en place des programmes de formation continue pour les techniciens afin de les maintenir à jour sur les nouvelles technologies et pratiques de laboratoire. Des campagnes de sensibilisation sur le rôle essentiel des techniciens dans le diagnostic et les soins peuvent aider à élever leur statut au sein du système de santé. Le développement de partenariat entre le secteur public et le secteur privé est indispensable pour investir dans les laboratoires et améliorer les conditions de travail des techniciens.

Conclusion et appel à l'action

La sous-valorisation des techniciens de laboratoire en Haïti découle de facteurs complexes liés à la structure hiérarchique du système de santé, aux conditions de travail difficiles et à une méconnaissance de leur rôle essentiel. Il est urgent de reconnaître la contribution des techniciens de laboratoire pour renforcer le système de santé en Haïti. Pour redonner à cette profession la reconnaissance qu'elle mérite, il faut appeler à l'instauration de pratiques qui favorisent cette reconnaissance et l'égalité des techniciens de laboratoire au sein de l'équipe de santé ; sensibiliser le public et les autres professionnels de santé, pour améliorer leurs conditions de travail, renforcer la formation et la représentation de ces techniciens ; inviter toutes les parties prenantes à s'engager dans des initiatives concrètes pour améliorer la situation des techniciens de laboratoire en Haïti.

Rôle dans le cadre des politiques de santé

L'intégration des techniciens dans la planification sanitaire leur assurerait une meilleure représentation dans les processus de planification sanitaire pour garantir que leur expertise soit prise en compte. La collaboration avec les autorités de santé améliorerait les politiques de santé et les pratiques de diagnostic. Leur participation à l'élaboration de protocoles de diagnostic et de traitement exploiterait leur expertise pratique.

Rôle dans le cadre des politiques de santé

L'intégration des techniciens dans la planification sanitaire leur assurerait une meilleure représentation dans les processus de planification sanitaire pour garantir que leur expertise soit prise en compte. La collaboration avec les autorités de santé améliorerait les politiques de santé et les pratiques de diagnostic. Leur participation à l'élaboration de protocoles de diagnostic et de traitement exploiterait leur expertise pratique.

Autrice correspondante :

Patricia de Mattéis Rouzier, MT

II- MESSAGE À MES COLLÈGUES TECHNICIENS DE LABORATOIRE D'HAÏTI

Dans le cadre de ma présentation lors de la session ECHO du 7 novembre 2024, j'ai saisi l'opportunité de rédiger une lettre adressée à mes collègues techniciens de laboratoire. Cette démarche, profondément sincère, vise à les encourager tout en soulignant l'importance des efforts nécessaires pour revaloriser l'image et le rôle essentiel de cette profession en Haïti. Mon intention est de rappeler que ce métier n'est pas simplement un « job », mais une véritable vocation, nécessitant un engagement constant et une vision collective pour lui redonner toute sa valeur, son importance et stimuler une dynamique positive au sein de notre communauté professionnelle.

Le 7 novembre 2014

Chers collègues,

Votre rôle dans le système de santé haïtien est crucial, bien qu'il ne soit pas toujours reconnu à sa juste valeur. Chaque jour, vous contribuez de manière inestimable à la qualité des soins prodigués aux patients, en fournissant des analyses précises et des résultats sur lesquels les médecins s'appuient pour prendre des décisions vitales. Vous êtes les gardiens silencieux de la santé publique, travaillant dans l'ombre, mais ayant un impact direct sur le bien-être de la population.

Aujourd'hui, plus que jamais, il est temps de reconnaître et de valoriser votre importance. Il est temps de vous imposer pour faire comprendre à tous – médecins, gestionnaires de santé, décideurs et patients – l'ampleur de votre contribution. Vous n'êtes pas de simples exécutants : vous êtes des experts, des piliers du diagnostic et vous méritez d'être traités comme tels.

Prenez des initiatives pour renforcer votre profession. Arrêtez de vous comporter en techniciens misérables parce que le système vous le fait sentir, participez activement à des formations continues pour rester à la pointe des nouvelles technologies. N'ayez pas peur de vous engager dans des dialogues ouverts avec les médecins et montrez comment votre travail est essentiel à la précision des traitements. Rejoignez ou créez des associations professionnelles pour défendre vos droits, améliorer vos conditions de travail et faire entendre votre voix.

Ne laissez pas la sous-valorisation vous décourager. Vous avez un pouvoir immense : celui de rendre visible l'invisible, de transformer des échantillons en réponses qui sauvent des vies. Soyez fiers de votre métier. Prenez la place qui vous revient dans le système de santé haïtien. Ensemble, en restant unis et déterminés, vous pouvez changer les choses et obtenir la reconnaissance que vous méritez. C'est par votre engagement collectif et individuel que vous parviendrez à faire évoluer les mentalités.

Continuez à œuvrer avec excellence, professionnalisme et dévouement. Vous êtes indispensables et il est temps que cela soit reconnu par tous.

Avec respect et admiration,

Patricia de Mattéis Rouzier

Technicienne de Laboratoire
pdmrouzier@gmail.com

1. Une distinction internationale pour la chirurgie dans les contextes de crise : l'engagement des chirurgiens haïtiens

Du 8 au 12 octobre 2024, s'est tenu à Essen, en Allemagne, le Congrès du Réseau Européen de Chirurgie Globale : « The European Global Surgery Network Congress », un événement réunissant des experts internationaux pour échanger sur l'accès équitable aux soins chirurgicaux. Lors de cette rencontre, les défis de la pratique chirurgicale dans des contextes marqués par des crises socio-politiques, comme en Haïti, ont été abordés.

La présentation sur le thème « Fournir des soins chirurgicaux sécuritaires, accessibles, opportuns et abordables dans un environnement de crise » a particulièrement retenu l'attention de l'assemblée. Elle a mis en lumière les efforts des professionnels de santé haïtiens pour surmonter des obstacles majeurs et garantir des soins de qualité, même dans les situations les plus complexes.

En reconnaissance de cet engagement et de cette résilience, le « Prix : the Next Global Surgery Award » a été décerné à **Dre Laëlle Mangurat**, une jeune chirurgienne Haïtienne, représentant les efforts collectifs pour faire progresser la Chirurgie Globale dans des environnements à ressources limitées. Cette distinction honore non seulement Dre Mangurat, mais également l'ensemble des chirurgiens haïtiens et internationaux qui, malgré des contextes de chaos et de violence, continuent de défendre et de pratiquer la chirurgie au service de leurs communautés.



Le congrès a également été marqué par des ateliers pratiques, tels qu'une formation en laparoscopie adaptée aux ressources limitées, soulignant l'importance de l'innovation et de la formation continue pour améliorer l'accès aux soins chirurgicaux.

Cette reconnaissance internationale met en lumière la valeur inestimable du travail des chirurgiens évoluant dans des contextes difficiles, rappelant que leur engagement contribue de manière significative à l'objectif de la Chirurgie Globale : rendre les soins chirurgicaux accessibles à tous, partout dans le monde.



2. Antênor Miot, pionnier de la chirurgie orthopédique en Haïti

Maxime Coles, MD.



Antênor Miot, MD

Chers lecteur-trice-s,

L'éprouve un énorme respect pour le Professeur Antênor Miot que je voudrais camper dans cet article. Plus que n'importe qui dans ma vie de médecin, il a surgi comme un magicien extravagant qui a fait de moi son "Résident-en-Chef" dès le mois de mars 1977, un peu huit mois après avoir entamé ma résidence hospitalière au Service d'Orthopédie et de Traumatologie de l'Hôpital Universitaire d'Haïti. Je n'ai pas pu lui faire mes adieux quand il a accompli son grand voyage vers l'au-delà parce que je me trouvais en terre étrangère, mais j'ai voulu brosser le parcours du Maître que j'ai connu dans le cadre de nos présentations dans l'infolettre de l'AMHE.

Je n'ai pas pris longtemps à comprendre son amour pour la science Orthopédique et il m'a fait revivre quelques-unes de ses expériences, spécialement celles qui relatent son passage à l'école suisse de "AO". Il m'a inculqué les rudiments de cette science qui a changé les techniques de fixations en Chirurgie Orthopédique. Il était un homme qui vivait dans toute la réalité de la nature. Je lui dois une fière chandelle pour m'avoir inspiré à devenir l'Orthopédiste que je suis de nos jours.

Né de l'union de Verrus Miot et d'Émilie Paulin, Antênor Miot est l'aîné de la famille. Il naît aux Cayes, le 5 novembre 1906. Il devient vite orphelin de mère, à l'âge de deux ans, après la venue au monde de son frère cadet Bricena. Ce frère d'ailleurs qui le quittera aussi prématurément, peu après avoir obtenu son diplôme en Agronomie.

Verrus décide de se remarier à Neiphile Montana-Badoo, jeune femme originaire de New-Orléans, USA qui le protégera et lui imposa une discipline brodée d'un amour maternel où se dégageait affection et tendresse. Elle était très religieuse et a su inculquer aux membres de la famille sa piété et son sens du

devoir. Anténor et son frère bénéficient des instructions de Melle Eugène Pierre, institutrice de renom dans la ville des Cayes. Ils suivent des cours primaires au lycée des Frères de l'instruction chrétienne « Philippe Guerrier ».

Comme tous les enfants de cette époque, il a vécu avec son frère, une période d'instabilité politique ou notre pays a vu se battre sans répit, les Cacos et les Piquets dans une lutte incessante. Les États Unis d'Amérique en profitent pour envahir le territoire haïtien pour saisir les rênes du gouvernement. La présence des troupes américaines a traumatisé cette jeunesse haïtienne qui a grandi sous l'occupation. L'instabilité du pays et les changements de gouvernements éphémères ne permettaient à aucun citoyen de vivre paisiblement. Beaucoup ont cherché refuge à l'extérieur du pays, spécialement à la Jamaïque et aux États Unis.

Dans ces moments chaotiques, les lycées de province fermèrent leurs portes sous le dictat américain et la famille Miot décide de quitter la ville des Cayes pour se rendre dans la capitale de Port-au-Prince. Les jeunes frères sont vite inscrits au Lycée Pétion et Anténor Miot est déjà en classe de troisième, bénéficiant de la tuition des Victor Delbeau, Jean Price Mars, Damoclès Vieux et tant d'autres. Sous peu, il est déjà en classe Terminale et se rend au Baccalauréat d'où il sort Lauréat. Il est ovationné, puis acclamé par ses camarades de classe et reçoit la palme d'honneur.

Il décide de s'inscrire à l'École de Médecine pour subir les examens d'entrée. Il les passe aussi avec brio et est admis à la Faculté de Médecine et de Pharmacie avec plusieurs de ses compagnons de classe comme Lelio Hudicourt, Rulx Léon, Paul Salomon, etc. Il est vite reconnu pour son sens du devoir et pour son assiduité au travail et le 31 Juillet 1931, il est proclamé « Lauréat » de sa promotion. Il reçoit son diplôme de « Docteur en Médecine » des mains du Président Sténio Vincent et, comme d'habitude, un prix est aussi décerné au Lauréat.

Cette année 1931 est aussi une année pivot qui marque la passation de pouvoir du Service d'Hygiène et d'Assistance Publique aux autorités haïtiennes et le début d'une coopération avec la Mission Scientifique Américaine. Cela représentait des débouchés pour nos jeunes licenciés en Médecine et aussi une opportunité pour eux d'obtenir des bourses d'études de spécialisation à l'étranger (USA).

Après l'obtention de son diplôme, Anténor Miot entame provisoirement une résidence en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) à l'Université d'Etat D'Haïti sous la direction du Dr Lelio Hudicourt, alors qu'il attendait de se rendre en province. La première opportunité qui lui sourit, vint à la suite de l'inondation de Desdunes

dans la plaine de l'Artibonite (1931) où il fut dépêché comme responsable d'une mission médicale aux Gonaïves.



Dr Anténor Miot dans les années 30

Bientôt, ce sera Port-de Paix (1932) où il est promu Assistant-Chef du Dr Fontus et c'est là qu'il entame des cliniques rurales hebdomadaires dans différents districts, mais c'est l'actuel Hôpital Justinien (Hospice Justinien) qui, comme le retrace si bien le Dr Raymond Bernardin, a été bâti sur l'emplacement d'une ancienne caserne militaire avec le financement d'un philanthrope Justinien Etienne, qui fait sa visée. Cet hôpital bénéficie aussi de modifications sous l'occupation Américaine. En 1933, il rejoint le personnel et se met au service de l'Hôpital Justinien. Il y restera pendant trois années pour continuer ses cliniques aux côtés des docteurs Rulx Léon et Paul Cicéron Desmangles.

Dr Anténor Miot bénéficia d'une bourse d'études pour participer aux services chirurgicaux des Professeurs Gosset, Mathieu et Padovani à Cochon et à la Salpêtrière, en France. Il aiguisa ses connaissances chirurgicales et ramena au pays des connaissances nouvelles (1936).

À son retour, il est nommé Chirurgien-assistant à l'hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti. Il en profite pour enseigner la pathologie chirurgicale à l'École de Médecine. Ironie du sort, ses services d'urgences sont requis quand le Président Sténio Vincent devient victime d'une hernie inguinale étranglée. Le besoin d'une opération d'urgence s'est fait sentir et il répond à la demande du docteur Rulx Léon, son chef hiérarchique, et prend soin habilement du patient important (1937). La herniorrhaphie s'est avérée être un succès et pour lui montrer sa reconnaissance, le Président Vincent lui offre un poste de chirurgien-en-chef dans le service chirurgical de St Michel de Jacmel. Cet hôpital venait d'être mis en fonction par trois jeunes Jacméliens Alfred Lauture, Edmond Lauture et Auguste Turnier, désireux d'aider la population.

À Jacmel, il décida de prendre résidence et femme. Il épousa Carmen Laraque qu'il avait connu depuis belle lurette, dans sa ville natale des Cayes, le 11 juin 1938. Cette même année, il est aussi honoré par le Président Sténio Vincent par l'Ordre National « Honneur et Mérite ». Sa vie est comblée et il a tout ce dont il avait

besoin pour devenir l'administrateur en chef. Il démontre toutes les qualités d'un leader qui n'a pas froid aux yeux et qui s'impose avec tact et sagesse. Il est intransigeant et tenace dans son désir d'améliorer les soins médicaux dans cette partie de l'île. Sa haute stature et sa personnalité imposante surplombaient une administration qui travaillait d'arrache-pied, avec méthode, dans le respect des autres, pour le bien de l'institution. Il y passera trois années fructueuses avant d'être transféré dans sa ville natale des Cayes. (1941).

L'enfant prodige revenait à ses origines pour prendre logement dans la résidence paternelle. Un retour dans la ville qui révélait l'émotion et la joie d'un nouvel administrateur en chef tenant en mains les destinées de l'hôpital « Immaculée Conception », anciennement connu sous le nom d'Hospice du Bon Sauveur. Sa réputation l'avait précédée alors que beaucoup de travail l'attendait. Il s'y met avec acharnement pour moderniser l'hôpital et améliorer les soins médicaux. Sous son administration, l'hôpital prend une nouvelle expansion, surtout avec l'addition d'un nouveau centre de Maternité. Il réussit grâce à la collaboration du Dr Antonio Larriex dans la réalisation du projet. Dr Anténor Miot appliqua toutes ses qualités d'administrateur et de chirurgien compétent au service de la communauté, attirant des patients de toute part de la péninsule du Sud, à visiter sa ville natale, les Cayes.

Mais, voici que le monde subit les effets de la seconde guerre mondiale et profitant d'une accalmie, Dr Anténor Miot accepte une bourse d'études de la « W.K. Kellogg Fondation » pour se spécialiser. Il saute sur l'opportunité pour s'absenter pendant une année. Il laisse les Cayes pour se rendre à Philadelphie et New-York afin de bénéficier de cette opportunité. Son cœur est déchiré, mais le besoin de spécialisation lui impose ce voyage.

C'était quand-même, pour lui la réalisation d'un rêve, surtout après la forte impression que les leçons des Professeurs Gosset, Mathieu et Padovani lui avait prodiguées en France. Il a maintenant la chance inouïe de travailler avec les Professeurs Paul C. Colonna, Joseph Milgram, J. Buschmann et Barnard Kleiger, une occasion que nul ne saurait sous-estimer. Il se rendit à Philadelphia et apprit les techniques du professeur Colonna qui aussi, le prit en grande estime à l'université de Pennsylvanie. Il œuvra avec lui à l'hôpital Général de Philadelphie et se rendit aussi à « l'hôpital Joint Disease » à New-York. Son séjour, quoique fructueux, est écourté parce que sa femme Carmen allait accoucher de sa fille Kathleen. Il retourna à temps avec des connaissances qui vont révolutionner le monde médical haïtien.

Il est nommé administrateur en chef à l'hôpital Justinien du Cap Haïtien (1945) où il était déjà bien connu dans ce coin du pays. Lui qui considérait le Cap comme sa ville d'adoption, il y comptait beaucoup d'amis. Il s'adonna à la chirurgie générale, couplée de la chirurgie

gynécologique et urologique parce que le besoin se faisait sentir. Il se crée une telle réputation que tout Capois désireux de se faire opérer, trouvait le besoin de voyager jusqu'à l'hôpital Justinien pour une consultation ou pour subir ladite opération.

Il avait un succès fou, mais sa joie résidait dans ce besoin profond de consacrer ses talents uniquement à la chirurgie orthopédique qui n'était qu'en ébauche dans le pays. Il multiplia ses démarches auprès du département de la Santé Publique, mais c'est avec l'ascension de son ami Dr Rulx Léon au Ministère de la Santé Publique et la venue de Mr Antonio Vieux au Ministère de l'Éducation Nationale qu'il trouve l'appui nécessaire pour que son projet puisse prendre pied avec sa présentation au Président Dumarsais Estimé. Un centre d'Orthopédie est un projet d'envergure qui entrait bien dans les plans d'un gouvernement qui planifiait déjà la tenue d'une exposition internationale. Du même coup, le besoin d'un centre moderne qui assurerait des soins aux accidentés de travail, se faisait aussi sentir. Le Docteur Antênor Miot n'a pas eu grande difficulté à imposer ses idées et à convaincre les autorités du besoin de la création de ces deux centres de traitements pour les traumatisés. Port-au-Prince serait donc une cité moderne à la veille de l'ouverture de l'Exposition Internationale qui allait fêter le bicentenaire de la ville de Port-au-Prince.

C'est ainsi que la construction d'un service d'Orthopédie et de Traumatologie débuta en 1948, sur les sites même de l'hôpital Général de l'État d'Haïti et sous les auspices du Ministère des Travaux Publics. Une fois les constructions terminées, la direction du service est confiée à son fondateur Dr Antênor Miot. Une Chaire en Chirurgie Orthopédique est introduite au Curriculum de la Faculté de Médecine pour les étudiants de troisièmes et quatrièmes années.

Le rêve se réalisait par étapes et maintenant, il fallait que le docteur Antênor Miot se trouve des collaborateurs pour le seconder dans sa tâche, capables de faire fonctionner un service de traumatisés. Il fallait aussi qu'il leur transmette cet art et cette expertise qu'il avait acquis autour de ces grands maître-professeurs en France et aux États Unis. Tout prenait un nouveau sens. Je sais de bonne source que l'amour et la dédication à la science orthopédique, devraient être des conditions primordiales à rechercher dans un collaborateur. Le Docteur Miot avait dû suivre ses instincts pour s'assurer d'une aide adéquate dans le nouveau service.

Le Dr Mathieu Joseph était sans doute le plus fidèle de ses collaborateurs. Il lui a dédié toute sa vie d'Orthopédiste jusqu'à la retraite bien méritée du Dr Miot. Il a pioché coude-à-coude pour le bien-être du service, encore plus, il est resté un ami et un compa-

gnon à ses côtés. Il était aussi méticuleux que son compagnon de longue date. J'en sais long pour avoir œuvré dans plusieurs cas avec lui en salle d'opération.

Le Dr Jean Bourand restera pour une courte période dans le service car il devra rejoindre l'équipe de l'OMS. Les Drs René Thermezy et Pierre Clermont reçoivent leur formation en Orthopédie à l'hôpital général pour rejoindre l'IDASH. Le Dr Vatey Parisien, après une résidence hospitalière en Chirurgie Orthopédique, rentra au pays pour prêter main forte. Il venait d'achever sa résidence à l'hôpital de Joint Disease à New York, dans le service du Professeur Milch et apporta ses connaissances. De même, la Dre Lucie Paultre, fille du docteur Hector Paultre, à son retour d'un séjour dans le service du Dr Jaffe à l'hôpital de Joint Disease renforça le service d'Orthopédie du Dr Antênor Miot. Les Dr Gérard Léon et le Dr Féthière, non-contents d'avoir été résidents dans le service à Port-au-Prince, complétèrent une autre formation à Bellevue Hospital (New-York) avant de rejoindre le staff dans le service du Dr Antênor Miot. Autant de collaborateurs, autant de talents qui ont fait la joie du Dr Antênor Miot dans le Service d'Orthopédie à l'hôpital Général.

Personnellement, j'ai passé trois années de résidence dans ce service et je suis fier d'avoir connu ce géant de la Médecine de chez nous avec qui j'ai discuté à propos de maints cas. Durant ma résidence hospitalière en Orthopédie, de 1976 à 1979, j'ai pu apprécier ses manières d'approcher un patient dans le respect, sa franchise et son sens du devoir. À la fin de ma première année de résidence, il me nomme « Chef-Résident » et me donne les clefs du Service d'Orthopédie, ce qui a brodé ma vie d'homme et m'a rendu plus conscient du monde dans lequel je vivais. J'ai essayé d'émuler ce grand homme qui me considérait comme un autre fils. Certes, nous avons eu nos divergences d'opinion mais toujours une solution jaillissait de nos discussions.

D'autres jeunes orthopédistes qui m'ont précédé au service devaient figurer sur la longue liste de ceux qui ont pris part au service d'Orthopédie du Dr Antênor Miot, comme le Dr Raymond Bernardin avec qui il a toujours été un plaisir de discuter ou d'opérer des cas difficiles. Orthopédiste compétent et méticuleux, il bénéficia d'abord de deux années de résidence dans le service du Dr Miot et se rendit à New-York pour une résidence hospitalière en orthopédie. C'est à son retour au pays que, plein d'un bagage intellectuel, que je le rencontrai dans le service. Je le remercie particulièrement pour la production du « In Memoriam Docteur Antênor Miot » sur lequel je me suis basé pour écrire cette page discutant du parcours de ce géant de la Médecine Haïtienne. Dr Raymond Bernardin a été un des résidents du service qui s'est spécialisé en terre étrangère. Je lui dois une fière chandelle pour m'avoir

guidé à faire le bon choix dans la pratique de cet art. Je l'ai émulé tout comme je l'ai fait avec le Docteur Antênor Miot.

Dr Serge Parisien, Dr Charles Féthière, Dr Jacques Pierre-Pierre, le Dr Ronald Georges et tant d'autres ont prêté main forte au Dr Antênor Miot dans le service d'orthopédie à travers ces années de pratique.



Dr Maxime Coles et Dr Raymond Bernardin

Je voudrais terminer en décrivant le Dr Antênor Miot, comme ce géant à la voix douce mais imposante, doté d'une volonté et d'une ténacité sans pareille. Il a démontré une vie d'intégrité et de compassion à inculquer les principes de médecine à tous ceux qui l'approchaient. Sa passion pour la chirurgie en général mais surtout pour la chirurgie orthopédique, sa ténacité à faire évoluer cette science dans les milieux haïtiens, lui a valu le respect de ses confrères. Son dévouement envers ses étudiants restera gravé à jamais, dans la mémoire de ceux qui l'ont abordé. Il était un éducateur hors pair et un praticien exceptionnel.



Dr Antênor Miot, le Maître

Ce géant au cœur doux, nous a raconté tant d'histoires qui nous ont permis de comprendre les structures osseuses d'un appareil locomoteur, ses défaillances et les différents remèdes nécessaires pour rétablir un structure osseuse saine. Oui, Il était fier d'avoir été l'un des premiers à appliquer la science des Suisses avec leur « AO system » dans l'application de leurs plaques vissées, permettant une compression au niveau de la fracture. Je le vois encore me donnant les instructions sur l'application de ce nouveau système en salle d'opération. Il représentait pour moi, cette source de

lumière qui me permettait de résoudre presque tous les problèmes dans le service d'Orthopédie et de Traumatologie à l'hôpital Général de l'université d'État d'Haïti ou à l'Institut d'Assurances Sociales Haïtien (IDASH).

Le docteur Anténor Miot n'est plus de ce monde, certes, mais je voudrais rappeler la trame d'une vie avant que son souvenir, comme il en sera pour nous tous, ne s'enfonce à jamais, dans la nuit de l'oubli. Cet oubli qui nous suit, cet invincible silence comme disait Chateaubriand, « ce inévitable silence qui s'empare de nos tombes ». Ce rituel satisfait mon devoir de mémoire et simplement me permet de transmettre un « Merci » du fond du cœur à cet homme qui a guidé mes pas comme il l'a fait pour ses propres fils.

Références :

- 1- *Bernardin, R: In Memoriam Docteur Antenor Miot.*
- 2- *Photos empruntées de la Famille Miot*

Maxime J-M Coles MD
Boca
Raton FL (3-22-2024)

3. Éloge du Dr Joseph Debussy Damier



In Loving Memory of
Dr Joseph
Debussy DAMIER

Extrait

Il me revient l'insigne honneur et le privilège de prendre la parole, dans ce dernier acte de la célébration de la vie de notre camarade Vice-président, Dr Joseph Debussy DAMIER. Et je le fais avec beaucoup d'émotion, pour quelqu'un à qui je voue une admiration sans limite, qui remonte aux premiers jours de notre rencontre.

Né un 17 septembre à Maïssade, Joseph Debussy DAMIER a eu le parcours typique de beaucoup de jeunes de son temps. Admis à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Etat d'Haïti, la seule institution d'enseignement supérieur des sciences de la santé à l'époque, il en sortit en 1977, avec le titre de Docteur en Médecine. Il réalisa sa formation spécialisée en chirurgie orthopédique à l'Hôpital de l'Université d'Etat, entre 1977 et 1980, avant de partir à la Faculté de Médecine de l'Université d'Aix-Marseille parfaire sa formation en Traumatologie du Sport. Fils d'instituteur, directeur d'école, devenu Préfet de Belladère, puis Député de Maïssade, Debu gardera toute sa vie une rigueur certaine, et bien évidemment un penchant certain pour la vie politique de son pays.

Celles et ceux qui ont côtoyé Debussy gardent le souvenir d'un homme discret, simple, modeste, généreux, consensuel, loyal, sage, intègre et efficace, « d'une droiture inaltérable ». Ne croyez pas que je suis allé chercher ces qualificatifs pour la circonstance, je les ai retrouvés dans différents témoignages de collègues, camarades, amis de notre cher Debu, qui est aussi un « homme de principes et de solidarité », « engagé envers l'action collective et le bien commun ».

Debussy était un médecin, disciple d'Esculape et d'Hippocrate, cultivant au plus haut point toutes les valeurs de la profession : dévouement, compassion, empathie, protection des faibles, respect de la personne, discrétion, compétence... Les anecdotes sur sa pratique de chirurgien exigeant envers lui-même et ses équipes sont tellement nombreuses que l'on ne pourrait les citer. Permettez cependant que je partage avec vous le témoignage d'une jeune infirmière qui a eu la chance d'assister à des interventions de notre Debu à l'Hôpital Saint François de Sales : « *Il était très propre ! – l'adjectif m'a surpris, je vous l'avoue, mais comprenez le sens de ce mot dans la bouche d'une jeune professionnelle haïtienne d'aujourd'hui - ; il inspectait scrupuleusement la salle d'opération avant chaque intervention et n'acceptait aucun écart de la part des membres de l'équipe chirurgicale, malgré l'ap tije nou ak blag pandan tout operasyon an* ». Sa

générosité en tant que médecin est légendaire. Un confrère de ma promotion se souvient que, jeune orthopédiste affecté à l'Hôpital des Cayes, Debu venait opérer des cas difficiles, *gratis ticheri*, amenant lui-même les instruments manquants et les matériels nécessaires aux interventions programmées.

Connu pour son grand sens de l'humour, Debu était aussi un grand amateur de musique. Les auditeurs de Radio Kiskeya se souviendront encore longtemps de son émission du dimanche, « Dantan prezan ». Debu m'a raconté un jour qu'il avait pris la décision de réaliser cette émission pour noyer le grand chagrin que lui a causé la traversée de sa sœur Emilie, partie trop tôt pour l'éternité.

Plus tard dans sa vie, voulant ajouter une autre dimension à son humanisme, Debu a décidé de devenir avocat, protecteur de la veuve et de l'orphelin.

Je ne saurais ne pas mentionner la carrière d'enseignant de Médecine, Membre du corps professoral de la Faculté de Médecine et des Sciences Infirmières de l'Université Notre Dame d'Haïti, de notre camarade qui avait bien intégré la responsabilité de transmission du savoir aux générations montantes.

Souffrez que je dise enfin un mot du Debu, Homme politique et Homme d'Etat, « un militant infatigable, un patriote engagé et un défenseur des valeurs démocratiques. » Pendant plus de cinquante ans de sa vie, il a été un Militant, Membre du Comité Charlemagne Péralte, Membre fondateur du PANPRA et de la Fusion des Sociaux-démocrates Haïtiens et Vice-Président du Conseil Electoral de 2000. Dans un hommage adressé à la famille éplorée via le Directoire du Parti, son ancien collègue du CEP, Me Emmanuel Charles, a mis en exergue ses apports à la lutte démocratique en Haïti et estime que : « *Joseph Debussy [DAMIER] a laissé une empreinte indélébile au sein de notre institution électorale et mérite un hommage national et, symboliquement, un « Doctorat posthume en sciences politiques » pour son expérience équivalente à un diplôme universitaire. Debussy fut un pilier dans notre quête de justice et de paix électorale.* »

Voici le personnage que nous accompagnons ce matin à sa dernière demeure. Joseph Debussy DAMIER vivra dans nos mémoires comme « *...un homme de culture, de science et de conviction, un modèle de rigueur professionnelle, de patriotisme et de dévouement.* »

Bonne traversée, cher Debu !

Jean Hugues HENRYS
6 novembre 2024

4. Hommage de la Société Haïtienne d'Urologie (SHU) au Dr Déborah Pierre



Nous, de la Société Haïtienne d'Urologie (SHU), nous nous inclinons respectueusement devant la dépouille d'un jeune fleuron de notre spécialité parti trop tôt, lâchement emporté par des balles assassines le 12 novembre dernier !

Comment se faire à l'horrible réalité de nous retrouver en ce jour, en ce lieu pour rendre un hommage posthume à un être si jeune dont l'avenir professionnel augurait de si belles réalisations ?

Deborah s'est signalée à nous au départ par deux faits frappants. D'abord son choix inébranlable de vouloir se spécialiser en urologie. Elle a été la deuxième femme à faire ce choix dans une spécialité à prédominance presque exclusivement masculine en Haïti. Ensuite, sa résilience, sa détermination à vouloir l'être après n'avoir pas été reçue lors de sa première application. Elle s'est alors inscrite en ORL où elle a passé une année avant de postuler une seconde fois pour un poste de résidente en Urologie à l'HUEH.

Dès ses premiers jours dans le Département d'Urologie, elle s'est signalée par son entregent, ses bonnes manières, son désir d'apprendre la spécialité, son dynamisme tempéré, son empathie vis-à-vis des patients. Elle s'était fait remarquer par le personnel médical et infirmier.

Malgré les difficultés à l'enseignement inhérentes aux troubles socio-politiques qui nous accablent depuis trop longtemps, elle a su s'instruire en profitant au maximum de la formation qu'elle recevait dans le service durant ses quatre (4) années de résidence.

Toujours animée du désir de se parfaire, elle a été récemment distinguée en Floride après une formation hyper-spécialisée en urologie sous le leadership du Docteur Angelo Gousse. Rien ne pouvait la détourner de sa volonté de revenir au pays mettre son expertise au service de ses patients et de partager ses nouvelles connaissances avec ses confrères jeunes et moins

jeunes, faisant ainsi preuve d'un noble altruisme. Femme au grand cœur, elle était toujours prête à servir spontanément avec le sourire.

Elle était destinée à un très bel avenir dans la pratique de l'Urologie, mais il a fallu l'intervention absurde des mains criminelles d'un truand sans foi ni loi, inconscient et ignorant de la personne de valeur qu'il ôtait au pays !

Deborah a traversé l'espace de notre spécialité comme un éclair, mais sa marque, son empreinte sont gravées dans nos cœurs et nos mémoires de manière indélébile. Son souvenir perdurera...

Quant à nous de la SHU qui avons eu l'heureux privilège de la connaître, la côtoyer et apprécier tant l'individu que la professionnelle en elle, nous lui sommes reconnaissants de sa grande contribution à notre spécialité en un laps de temps aussi court.

À vous, père, mère, conjoint parents et amis dévastés par ce départ cruel et insensé, la SHU présente ses plus vives condoléances émues. Puissiez-vous un jour trouver apaisement à votre douleur, consolation à votre immense chagrin en sachant que votre fille, votre épouse, votre amie a laissé le souvenir d'une âme noble et généreuse. Elle était déjà une grande dame en dépit de son jeune âge...

Pars en paix Deborah, pars vivre ton éternité dans la béatitude. Ta mission, loin d'être écourtée, continue. L'Ange que tu as été sur terre a regagné le ciel...

Dr. Mitelot Clervil

Président de La Société Haïtienne d'Urologie



LABORATOIRES
FARMATRIX

<https://labfarmatrix.com/>

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 – PANCREAS – 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 : OBN 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.

Ce livre est disponible sur Amazon pour ceux qui souhaitent approfondir leur compréhension de ces enjeux cruciaux. <https://lnkd.in/e/WgAA8J>



HOSPITAL
& MEDICAL
SUPPLIES S.A.

VOTRE PARTENAIRE SANTÉ

Depuis 1962



Maladies des Voies Respiratoires



Nous assurons la prise en charge globale des patients atteints de maladies broncho-pulmonaires et pleurales aiguës ou chroniques.

- Consultations médicales
- Échographie thoracique (pleuro-pulmonaire et diaphragmatique)
- Spirométrie + test de réversibilité
- Test de désaturation à l'effort
- Ponction pleurale échoguidée
- Dépistage et suivi de l'Asthme et de Broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Bilan respiratoire fonctionnel
- Oxygénométrie nocturne
- Bronchoscopie



Horaires de fonctionnement: Mardi-Jeudi-Samedi de 9h à 12h



101, Route de l'Éclaircie @ MedCenter
51, rue Fernand, Canapé-vert



9543-2626 | 3765-1487
4306-3252 | 3793-0912



info@hospitalmedsupplies.com

Adresse : Med Center, Unité 104 : 51, rue Fernand, Canapé-Vert.

Horaires de fonctionnement : Mardi - Jeudi – Samedi : 9h -12h

Services :

- Consultations médicales
- Echographie pleuro-pulmonaire et diaphragmatique
- Spirométrie + test de réversibilité
- Test de désaturation à l'effort
- Oxygénométrie nocturne
- Bilan fonctionnel respiratoire
- Ponction pleurale échoguidée
- Fibroscopie bronchique (bronchoscopie)
- Prise en charge de l'asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive

CLINIQUE DE LA REBECCA : UNE NOUVELLE-NÉE DANS LE PAYSAGE SANITAIRE HAÏTIEN

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



Le PDG du groupe SURGIMED, Dr Wisly Joseph, à gauche en compagnie du PDG de la Clinique La Rebecca, Dr Peterly PHILIPPE.

Le dimanche 17 novembre 2024, sous les projecteurs de la presse, en compagnie d'amis, collègues et parents, des professionnels de la santé, la **Clinique de La Rebecca**, sise à l'angle des rues Rebecca et Darguin, dans la commune de Pétion-ville, a été inaugurée. Fondée sur l'initiative d'un groupe de médecins passionnés, la Clinique de La Rebecca à Pétion-Ville est le fruit d'une collaboration entre des prestataires de soins ayant fait carrière en Haïti et d'autres qui, après s'être formés davantage à l'étranger, ont choisi de revenir pour contribuer à l'amélioration du système de santé local. Inspirés par la volonté de répondre aux besoins sanitaires croissants de la population, ces professionnels ont uni leurs expertises pour créer une structure médicale moderne et accessible. La clinique incarne leur désir d'offrir des services de qualité, à la hauteur des standards internationaux, tout en restant ancrée dans les réalités haïtiennes.

Projet conçu et conduit jusqu'à sa réalisation par la firme de consultation et de mise en place de projets en santé du groupe SurgiMed, la clinique de La Rebecca veut offrir une gamme de services diversifiés : Urologie, Dentisterie, Médecine interne, Chirurgie générale (consultation et chirurgie d'un jour), Neurochirurgie Pédiatrie, Obstétrique/Gynécologie, Ophtalmologie, Psychologie, Orthopédie-traumatologie, Physiothérapie, Imagerie médicale, Électrocardiogramme, Laboratoires d'analyses médicales, Pharmacie.

Axée sur des valeurs comme : professionnalisme, empathie, égalité, la Clinique de La Rebecca ambitionne de jouer un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins en Haïti tout en mettant l'accent sur l'innovation, la collaboration et un profond engagement envers la population haïtienne.



[Dr Ça Me Dit | Port-au-Prince | Facebook](#)

ANN FÈ YON UPDATE SOU LIS LOPITAL KI FÈMEN NAN POTOPRENS

1. Hôpital Général
2. Hôpital Français
3. Hôpital Saint François de sales
4. Médecins sans frontières
5. Hôpital Bernard Mevs
6. Centre Gheskio (Bicentenaire)
7. Hôpital Ephata Nazon
8. Hôpital de la renaissance (Bò Cathédrale)
9. Centre de sante de Portail Léogâne
10. Hôpital DASH Delmas 18
11. HCR de bon Repos
12. Centre de santé la Providence (Poupelard)
13. IDEMI (Femme Pereo Nazon)
14. Hôpital Sanatorium (Carrefour Feuille)
15. Hôpital Saint James (Martissant)
16. le centre de santé Saint-Martin 1,
17. Maternité Isaïe Jeanty de Chancerelles,
18. Centre de santé de la Croix-des-Bouquets,
19. Centre psychiatrique Mars & Kline
20. Centre de Santé Aurore du Bel Air
21. Sanatorium Carrefour Feuilles
22. HCR de Beudet
23. Hôpital psychiatrique de Beudet
24. HÔPITAL Psychiatrique Mars and Kline

<https://www.facebook.com/share/p/15dS8gQVR7/?mibextid=WC7FNe>

24/11/2024

Lancement du site de HUP aujourd'hui



<http://www.chulapaix.ht>