



60^{ème} Congrès Annuel

Association Médicale Haïtienne

(AMH)



Thème :

*« Défis, Enjeux et Perspectives de
la Pratique Médicale en Haïti »*

Hôtel Montana, Pétion-Ville

4, 5 et 6 Juin 2012

« Ce qu'on n'a jamais mis en question n'a point été prouvé ! »

DIDEROT Denis

EDITORIAL

L'association Médicale Haïtienne (AMH) toujours fidèle à sa tradition, a réalisé son 60^e congrès annuel autour du thème **Défis, Enjeux et Perspectives de la pratique médicale en Haïti**. Différents membres des sociétés médicales et chirurgicales, d'autres collègues qui œuvrent dans le secteur de la Santé et également d'autres professionnels y ont pris part activement et ont largement contribué à enrichir les débats.

Dans le cadre de ces échanges scientifiques et dans un souci de partage d'informations, l'AMH s'associe à Info-CHIR, revue officielle de la Société Haïtienne de chirurgie, pour mettre en exergue, à côté des ACTES DU CONGRES, des réflexions et des informations à caractère chirurgical, qui éveilleront l'attention sur certains problèmes importants du secteur autour desquels les réflexions peuvent se poursuivre afin de trouver des solutions qui peuvent tendre vers un meilleur avenir de la chirurgie en Haïti, surtout au niveau des urgences.

Est-ce pourquoi l'AMH soutient cette heureuse initiative de mise en commun qui ne fait que resserrer les liens devant exister entre Elle, les Sociétés Médicales Spécialisées, et tout le corps médical. Ceci témoigne de la volonté de l'AMH de prendre des décisions constructives pour qu'ensemble, les professionnels de la santé, travaillent pour arriver à une pratique médicale plus moderne, plus performante en HAÏTI.

L'AMH souhaite du succès continu et longue vie à Info-Chir qui accomplit un excellent travail dans le monde médical. Cet effort consenti demande beaucoup d'engagement et de détermination. Les spécialistes du secteur chirurgical peuvent se réjouir de cette œuvre scientifique d'une si bonne facture, mise au service de la communauté médicale toute entière.



Dr Marie Ginette RIVIERE LUBIN
Président de l'AMH

Sommaire

	page
EDITORIAL	2
ARTICLES :	
1- Défi, Enjeux et perspectives de la prise en charge du cancer en Haiti	4
E. M. Chalumeau,MD	
2- Recommandations pour une meilleure prise en charge du cancer en Haiti	7
D.J. Cantave, MD	
3- Prise en charge d'une urgence venant de la province.	9
Y. Chrisostome, F. Bijoux, B. Brutus, G. Thybulle, MD	
4- Défi, Enjeux et perspectives de la Chirurgie générale en Haiti,	12
L.F. Telemaque, MD	
5- Defi, Enjeux et perspectives de la chirurgie cardiaque en Haiti,	17
A. M. D'Alexis, MD	
6- Pratique de la medecine sportive en Haiti,	20
B. Nau, MD	
7- Hopital Bernard Mevs : Expérience dans le milieu,	23
J. et M. Bitar, MD	
8- La délégation de compétences médicales, stratégie efficace pour une accessibilité accrue aux soins de santé,	25
G. Beauvoir, MD	
10- L'expérience ORLO clinique : une solution de survie pour la pratique médicale haitienne	27
F. Roccourt, MD	

LE CANCER - PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE.

*EXPERIENCE de l'UHO - SM - HUEH et PERSPECTIVES

**Elsie METELLUS CHALUMEAU, MD, 2012

Le Cancer est une maladie d'installation chronique, évoluant à bas bruit et souvent, déjà bien avancé, au moment du diagnostic. Selon Cabarrot, Lagrange et Zucker (Masson 2002), la palpation d'un nodule tumoral exige un volume de 1 cm³. Ceci correspondrait à l'existence de 10¹² cellules cancéreuses; la 1^{ère} cellule cancéreuse étant apparue plusieurs années auparavant (parfois, par exemple 10 ans ou plus pour un cancer du col). Au moment du diagnostic, la maladie est déjà à un stade avancé; non seulement, le pronostic est alors sérieux et la prise en charge thérapeutique, même multi disciplinaire et en milieu spécialisé, risque d'être moins efficace. Par contre certains cancers sont d'installation aigue, avec, en général, un pronostic d'emblé sérieux. Exemple : les leucémies aigues, les cancers inflammatoires du sein.

En Haïti, le **DIAGNOSTIC**, est le plus souvent tardif et le pronostic sérieux. Du fait même des contraintes (économiques entre autres) nos patients ne s'inquiètent pas de l'apparition d'un nodule ou de certains signes cliniques, même persistants et inexplicés. Il faut aussi considérer les difficultés d'accès, voire l'inaccessibilité aux soins de santé d'une grande partie de la population. En matière de Cancer, le **DIAGNOSTIC PRÉCOCE** améliore le pronostic et facilite la prise en charge thérapeutique. Pour certains cancers, le **DÉPISTAGE** est même recommandé, permettant le diagnostic à un stade sub clinique, c'est-à-dire, chez des sujets tout à fait asymptomatiques. Le dépistage améliore le pronostic et facilite la prise en charge thérapeutique. Nous pouvons citer, en particulier, le cas de cancers fréquents tels ceux du sein (avec des facteurs génétiques bien connus les gènes BRCA1, BRAC2, BRCA3) - les cancers du col (avec l'étiologie virale prouvée, le Papilloma virus et donc sexuellement transmissible) - le cancer du colon auquel on reconnaît aussi des facteurs héréditaires.

En fait, existe-t-il des signes cliniques pathognomiques de Cancer? A vrai dire, Non, en dehors du syndrome tumoral, souvent évident, par son aspect, quand il est présent. Cependant, certains signes cliniques fonctionnels méritent une attention particulière, tels :

- a) une perte de poids, inexplicée, surtout si elle dépasse les 10% du poids initial en 6 mois ou moins,
- b) une fièvre inexplicée, persistante au-delà des limites de l'acuité,
- c) une formation nodulaire, quelle qu'en soit la localisation, surtout si elle dépasse 1cm de diamètre ou si elle augmente de volume progressivement,
- d) une altération de l'état général, ou
- e) une douleur persistante, sans cause évidente.

Ces signes sont considérés suggestifs, en tenant toujours compte de l'âge du patient (surtout si > 50ans) et du contexte général, (antécédents familiaux et personnels du patient).

L'ÉVALUATION CLINIQUE comportant interrogatoire et examen physique complet, sera complétée d'un bilan biologique, comportant le bilan inflammatoire (Hémogramme Complet - Vitesse de Sédimentation - si nécessaire, l'évaluation du métabolisme du FER - Electrophorèse des Protéines Sériques)...

Et bien sûr, les tests spécifiques, en rapport avec les données cliniques de chaque patient. Exemples : une endoscopie digestive haute, en cas de brûlures épigastriques ; une mammographie à la recherche, ou pour la confirmation d'une tumeur du sein ; cet examen montrera également des signes en faveur d'une maladie maligne (par ex. des micro calcifications regroupées). Une anémie hypochrome et microcytaire, chez un patient de la cinquantaine ou plus, indique la recherche de sang occulte dans les selles et une colonoscopie, à la recherche d'une néoplasie du colon...

Les Marqueurs Biologiques de Cancers, sans avoir une valeur diagnostique absolue, donnent tout de même une idée de la localisation du cancer (CA 153 pour le sein - CA 125 pour le cancer des ovaires - Ca 19,9 pour le cancer du pancréas - une hyperglobulinémie monoclonale pour la Maladie de Kahler ou de Waldenstrom - PSA pour le cancer de la Prostate)... Ils ont une valeur pronostique dans le suivi pré, per et post-thérapeutique des patients, du moins quand ils sont positifs.

La CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE :

- a) La biopsie à l'aiguille fine d'une tumeur, quelle qu'elle soit, n'a qu'une valeur diagnostique relative (et, seulement quand elle est positive ; négative, la BAAF n'a aucune valeur)
- b) Le DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE, demeure indispensable à la confirmation du diagnostic de CANCER dans 100% des cas. Il faut absolument l'évidence de « DESTRUCTION de l'ARCHITECTURE NORMALE d'une ADÉNOPATHIE ou de n'importe quel TISSU.

Et, depuis quelques années, l'anatomo-pathologie doit être complétée d'analyses immuno-histochimiques, pour une meilleure preuve diagnostique (ex : lymphomes), ou l'établissement de critères pronostiques précis (ex : cancer du sein).

L'EXTENSION

Une fois le diagnostic de Cancer établi, l'IMAGERIE jouera un rôle capital dans l'établissement de l'extension du syndrome tumoral local, loco-régional ou métastatique. Le bilan d'extension peut comporter, selon le contexte (symptômes fonctionnels ou diagnostic obtenu) :

- a) Une tomo densitométrie du Cerveau, du thorax, ou de l'Abdomen,
- b) Une IRM (résonance magnétique) du système nerveux central, des parties molles musculaires ou de la région latéro-pelvienne,
- c) Une Scintigraphie des Os ou de la Thyroïde....

Le DIAGNOSTIC de l'EXTENSION permet d'établir le PRONOSTIC et influence le CHOIX THÉRAPEUTIQUE.

Le **TRAITEMENT** sera local, loco-régional ou systémique, selon le Diagnostic d'Extension.

Tout ce qui a été dit jusqu'ici implique des démarches diagnostiques ou thérapeutiques dispendieuses, ou carrément non disponibles dans notre milieu.

L'EXPÉRIENCE de l'UNITÉ d'HÉMATO-ONCOLOGIE du SERVICE de MÉDECINE INTERNE de l'HUEH montre que le DIAGNOSTIC est, en général TARDIF, ce qui implique que le STADE est AVANCÉ, le PRONOSTIC SÉRIEUX et, la PRISE en CHARGE THÉRAPEUTIQUE compliquée.

La Revue des dossiers des 95 patients accueillis entre JANVIER 2011 et DECEMBRE 2011, montre ce qui suit :

- a) 65 % de Cancers du Sein, dont 1 cas chez un homme.
- b) 33 % de différents cancers : lymphomes - carcinomes ano-rectaux - carcinome des ovaires - myélome multiple...
- c) 2 % de tumeurs révélées bénignes

Il nous faut préciser que les patients admis à la consultation sont, en principe, munis de leurs résultats anatomo-pathologiques, confirmant le diagnostic de malignité. Il s'agissait donc de femmes atteintes de cancers du sein :

- a) Elles étaient âgées de 27 à 92 ans, avec une prédominance entre 40 et 60 ans,
- b) 24 % d'entre elles avaient déjà une maladie au stade IV ; 30% étaient au stade III B

Ceci signifie que, dans plus de 50% des cas, la chimiothérapie était indiquée, et chez celles référées en pré-opératoire, une chimiothérapie néo-adjuvante et adjuvante (en sandwichs) est appliquée. Soit, en moyenne 8 cures de poly-chimiothérapie, avec entre drogues : une anthracycline ou, si possible une taxane (drogues anti-néoplasiques, réputées efficaces, mais d'un coût élevé, au-dessus des moyens économiques de notre population). En dehors de périodes exceptionnelles où certains médicaments ont pu nous être procurés par la Direction Exécutive et/ou Administrative de l'HUEH, la plupart du temps, les patients doivent eux mêmes se payer tests de laboratoire, imagerie, médicaments et, parfois même les solutés...

En conséquence, nous expérimentons des abandons de traitement : Entre Janvier et Décembre 2011, 35% d'abandons avant initiation de la 1^{ère} cure ; autant de patientes ont du également le traitement au bout de 2 ou 3 cures... L'expérience est à peu près la même depuis Septembre 2005 que notre Unité existe.

Le petit groupe (25 % en moyenne) qui parvient à poursuivre jusqu'au bout (6 à 8 cures), revient pour le suivi post-thérapeutique recommandé, à savoir une Évaluation Clinique et Biologique tous les 3 mois la 1^{ère} année, puis tous les 6 mois au cours des 4 prochaines années. Toute anomalie à la clinique ou la biologie, indique des investigations supplémentaires (imagerie ou autre, selon le cas). La découverte d'une anomalie iconographique unique, chez un patient antérieurement soigné pour un cancer, nécessite une nouvelle preuve anatomo-pathologique.

Le Cancer du Sein étant le plus fréquent, nous l'avons choisi comme référence. La réalité est à peu près la même pour les autres tumeurs diagnostiquées, également à un stade avancé. Il demeure évident que les LYMPHOMES, aussi bien Hodgkiniens que NON HODGKINIENS sont des tumeurs chimio sensibles qu'elle qu'en soit l'extension. Les Syndromes Myélo prolifératifs et Lympho prolifératifs également. Quand aux Leucémies Aigues Lymphoblastiques et Myéloblastiques, nous ne leur

assurons qu'un traitement roboratif : transfusions de concentrés globulaires - traitement des infections bactériennes... La chimiothérapie de ces leucémies devant impliquer l'obtention d'une aplasie médullaire, ne peut être dans notre milieu, faute de moyens adéquat (environnement stérile, réanimation transfusionnelle, antibiothérapie basée sur antibiogramme...) pour assurer la survie de ces patients jusqu'à leur sortie d'aplasie.

LES PERSPECTIVES, pour une prise en charge adéquate de nos patients cancéreux passent évidemment par :

- a) L'EDUCATION, visant le dépistage et le diagnostic précoce, en vue de mesures thérapeutiques efficaces.

- b) La MISE en PLACE, dans le secteur public, de STRUCTURES DIAGNOSTIQUES et THERAPEUTIQUES ADÉQUATES.

**UHO - SM - HUEH et PERSPECTIVES
Unité d'héματο Oncologie – Service de Médecine Interne
de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haiti*

*** Elsie METELLUS CHALUMEAU, MD, 2012
Spécialisée en Médecine Interne et Héματο-Oncologie
Chef de Service de Médecine Interne - HUEH*

Comité central

Comité de direction

Jean Alouidor, Éditeur
Geissly Kernisan, Rédacteur
Jean Marie Eustache, Trésorier
Eunice Dérivois Merisier, Secrétaire
Sosthène Pierre, Relations publiques
Louis-Franck Télémaque, Coordonateur

Comité scientifique

Adrien Paul, Membre
Demes Adrien, Membre
Joëlle Mc Intosh, Membre

Comité de lecture

Alix Elie, Membre
Claude Paultre, Membre
Denise Fabien, Membre
Georges Beauvoir, Membre
Claudine Jolicoeur, Membre
Frédéric Barau Déjean, Membre

RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU CANCER EN HAÏTI

D. Jean CANTAVE *, 2012

I- PREVALENCE DU CANCER EN HAÏTI

En Haïti, nous devons avoir un taux de prévalence du cancer autour 9.000 à 10.000 nouveaux cas par an, à la lumière des informations disponibles, même quand nous n'avons pas encore un Registre National du Cancer.

La majorité de ces tumeurs ne sont pas diagnostiqués ou arrivent à un stade très avancé (III et IV) dans les rares centres hospitaliers du pays (fig. 1 à 10). Nous avons essayé d'analyser les différents facteurs qui pourraient expliquer cette situation et avons constaté que :

- Des malades ne savaient pas qu'ils avaient un cancer et restaient dans l'expectative en faisant des traitements empiriques.
- D'autres s'étaient rendus aux centres hospitaliers à un stade précoce et avaient été pris en charge, dans la majorité des cas, d'une façon inappropriée.
- D'autres encore arrivaient très tard aux centres hospitaliers ;
- L'absence d'institution spécialisée dans la prise en charge de cancer en Haïti était une réalité.



Fig. 1: Ca du sein gauche au stade IV



Fig. 2: Ca du sein gauche au stade III-C



Fig. 3: Ca inflammatoire du sein droit avec Lymphoedème membre supérieur droit



Fig. 4: Tumeur de Burkitt



Fig. 5 et 6 : Deux cas de Lymphome

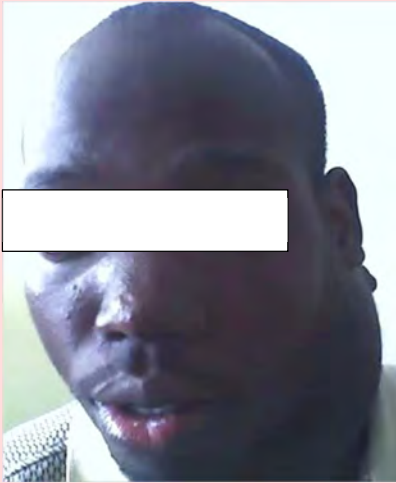


Fig. 7: Lymphome non Hodgkinien



Fig. 8: Sarcome de la hanche



Fig. 9 : Ca du col utérin



Fig. 10: Ca du col récidivant dans la paroi abdominale

II- RECOMMANDATIONS

MISE EN PLACE DE SUPERSTRUCTURES ET D'INFRASTRUCTURES

A.- Superstructures

La formation de ressources humaines, en quantité suffisante, dans ce domaine, est d'importance avec une forte implication de la société civile. Il est également suggéré de nombreuses formations :

- a) cours de cancérologie dans le curriculum de toutes les facultés de Médecine et école des Infirmières du pays,
- b) cours de cancérologie dans les programmes de résidence hospitalière du pays (bourses de spécialisation en cancérologie).
- c) cours de formation continue pour les médecins pratiquants.

De plus, des programmes devraient être élaborés :

- a) Programme national de lutte contre le cancer (prévention, dépistage, prise en charge et investigation) en mettant l'accent sur l'éducation, la motivation et la sensibilisation,
- b) Programme de spécialisation en cancérologie,
- c) Incitation à la formation d'association civile pour la lutte contre le cancer,
- d) Conventions avec des universités étrangères et sociétés de lutte contre le cancer.

B.- Structures

La réelle prise en charge du cancer en Haiti est utopique sans :

- a) L'implantation de 3 grands centres oncologiques dans le pays, à Port-au-Prince, au Grand Nord et au Grand Sud,
- b) Le renforcement des structures au niveau des Hôpitaux départementaux et communaux avec une implantation de service d'oncologie,
- c) Le partenariat avec des Instituts Oncologiques à l'étranger,
- d) La création du Registre National du Cancer (RNC).

* *Chirurgien /Cancérologue*
Professeur de Pathologie chirurgicale et cancérologie de Base
FMP/UEH
Membre certifié de la American Society of Clinical Oncology
(ASCO)
Président Société Haïtienne d'Oncologie
(SHONC)

PRISE EN CHARGE D'UNE URGENGE EN PÉRIPHÉRIE

*Yvrose J. CHRYSOSTOME, MD, **Frantz BIJOUX, MD;
Bernard BRUTUS, MD; *Gina T. GEORGES, MD;
2012.

* Anesthésiologiste et Gestionnaire en Santé

** Chirurgien Général

***Urologue

**** Anesthésiologiste

Faut-il remettre en question la capacité de notre système de santé à assurer une prise en charge opportune et efficace des urgences traumatiques surtout dans les provinces ?

Un adolescent d'une quinzaine d'années, tombé d'un manguier à Pandiassou, fera un périple de 15 jours, baladé entre plusieurs centres de santé de la capitale et de la province avant de pouvoir résoudre ses problèmes de santé.

Qu'offre le système de santé aux différents échelons de la pyramide sanitaire ? La population est-elle informée de l'offre de services ? Les acteurs évoluant au niveau du système de santé connaissent-ils la configuration et le mode de fonctionnement du réseau ? Comment est l'accessibilité géographique dans le Plateau Central ? Autant de questions qui interpellent et qui feront l'objet de discussions au cours de cet article.

HISTOIRE DE CAS

Un adolescent de 15 ans chute de 2 mètres à Pandiassou. Transporté le lendemain au Centre de Santé (CS) privé philanthropique de la zone (ONG)

L'évaluation clinico-biologique effectuée plaide en faveur d'une suspicion d'une double fracture de l'avant-bras gauche. Pas de radiographie. Hémoglobine : 11,5 gm. Le tout, sur fond d'hématurie totale et de douleurs au flanc gauche.

La décision des responsables du CS est de transférer le patient muni d'une perfusion de D/S 0,45% accompagné d'un proche, en utilisant un véhicule de l'Institution. La référence est faite à un médecin orthopédiste affilié au même réseau que le Centre de santé.

Les motifs de la référence sont les suivants : Pas de X-ray pour investiguer la fracture. Pas d'urologue disponible dans les institutions de la zone (600.000 habitants).

A Port- au- Prince, l'orthopédiste prend en charge la fracture puis réfère le patient à un urologue. La sonographie abdomino-pelvienne objective une contusion rénale gauche. Un cathéter vésical est posé à demeure. Le patient bénéficie d'une contre-référence à Cerca Carvajal pour suivi au Service de Santé Premier Echelon (SSPE).

EVOLUTION

Au CS de Pandiassou : On note une aggravation de l'état général de l'enfant, caractérisé par une inappétence, une dysurie et une accentuation de l'hématurie. Le taux d'hémoglobine chute à 5,5 gm. L'abdomen revêt un tableau chirurgical. La décision du médecin traitant, treize (13) jours après l'accident, est de référer à nouveau l'enfant à Port-au-Prince.

A Port au Prince, le patient est pris en charge par une équipe chirurgicale composée d'un chirurgien généraliste, d'un urologue et de deux anesthésiologistes réanimateurs et du personnel infirmier. Le taux d'Hg est à 5 gm. Le groupe sanguin est B⁺. Une seule pochette de sang disponible. L'ASA est à 4.

Les trouvailles per opératoire sont importantes : a) Amputation traumatique de la moitié supérieure du rein gauche, avec fibrose cicatricielle rétro péritonéale b) entaille du bassinet gauche c) vessie remplie de caillots de sang d) contusion de la face inférieure de la rate (en voie de régression) e) méga appendice contenant 7 à 8 fécalomes.

L'intervention a consisté en : a) Néphrectomie totale gauche, impérative en raison du diagnostic et de la prise en charge tardifs b) Cystotomie de décaillotage c) appendicectomie. Une deuxième pochette de sang fut administrée en fin d'intervention. Durée : 3 heures.

L'évolution est satisfaisante : Malgré l'absence de salle de soins intensifs, le post-opératoire immédiat fut bien supporté. La néphrectomie d'urgence fut salvatrice. L'anapathologie confirma la lésion traumatique du rein. Le patient fut exéaté au 10^e jour de post-op. L'état général continua à s'améliorer lors de ses visites post-op aux 14^e et 22^e jours.

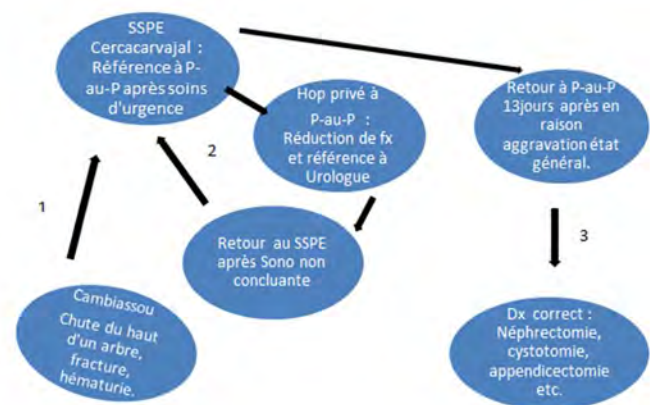


Schéma 1: Parcours du patient

QUESTIONNEMENT ET DISCUSSIONS

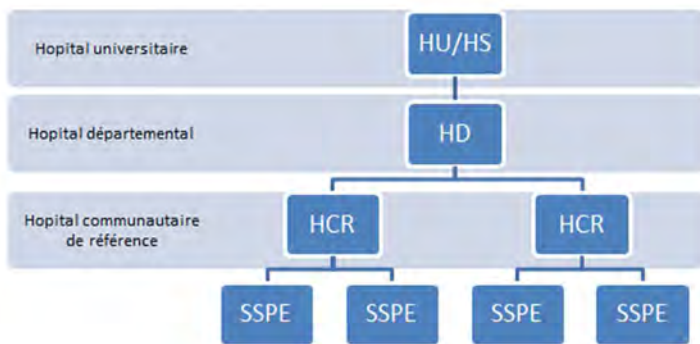
Qu'est ce qui explique cette prise en charge tardive et inefficace du cas de cet enfant ? Présentons le modèle théorique du système de sante haïtien (schéma 2).

Le système de prestation de services de santé est organisé suivant un modèle pyramidal à 3 niveaux :

- Le niveau primaire représenté par les Services de santé de premier échelon (1^{er} échelon) et les hôpitaux communautaires de référence (2^{ème} échelon)
- Le niveau secondaire, représenté par les hôpitaux départementaux, situés dans les villes chefs-lieux des départements sanitaires.
- Le niveau tertiaire, représenté par les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés. Les niveaux sont reliés grâce au système de référence-contre-référence permettant au patient accédant au réseau par son échelon le plus simple de bénéficier des soins les plus sophistiqués disponibles au niveau du système si son cas le requiert.

Modèle théorique :

Schéma 2: Comment fonctionne le système de santé Haïtien ?



Dans le cas de ce garçon, plusieurs accroc peuvent être identifiés par rapport au modèle théorique décrit ci-dessus :

- Absence de HCR fonctionnel (déficiences du réseau).
- Transfert du cas à un prestataire privé évoluant à la Capitale depuis Cerca-Carvajal, court-circuitant ainsi

l'Hôpital départemental où l'enfant pourrait tout au moins bénéficier d'une prise en charge plus opportune de sa fracture et d'une évaluation chirurgicale. (Méconnaissance du système par les acteurs concernés et la population ?)

- Prise en charge inappropriée à la Capitale, où l'enfant présentant une hématurie totale persistante post-traumatique pendant plusieurs jours, a été contre-référé à Cerca-Carvajal sans bénéficier des investigations appropriées. (Manque de formation des RH? Absence de guides, protocoles de soins? problèmes économiques ?)

RECOMMANDATIONS

La prise en charge efficace et opportune des urgences passe par les démarches suivantes :

Le relèvement du niveau d'alphabétisation sanitaire de la population, l'extension de l'accès aux services de santé de premier recours, le relèvement du niveau de soins des établissements de santé et leur mise en réseau effective, l'opérationnalisation du système de référence/contre référence, l'information/sensibilisation des principaux acteurs évoluant au niveau du système. IL faudra :

1- Opérationnaliser le modèle théorique de prestation de services de santé en :

- a) Standardisant l'offre de soins par niveau de complexité.
- b) Standardisant les infrastructures et les équipements.
- c) Dotant adéquatement en ressources humaines (RH) : Elle est possible par une rotation de résidents finissants dans les hôpitaux périphériques, une transparence et une équité dans l'allocation des RH, une politique de rétention des cadres à la périphérie (formation continue, incitatifs matériels et moraux, etc.).
- d) Approvisionnant régulièrement les institutions en biens renouvelables.

2- Rendre fonctionnel le système de référence/contre-référence :

- a) Dotation en ambulances équipées.
- b) Diffusion de la carte sanitaire.
- c) Diffusion des guides et protocoles thérapeutiques.
- d) Information des acteurs évoluant aux différents échelons de la pyramide sanitaire sur le fonctionnement du réseau.

3- Élargir l'offre de soins à l'ensemble de la population en :

- a) Réparant l'injustice sociale faite aux 30-40 % de la population qui n'a pas accès aux services de santé de premier recours.
- b) Garantissant la protection sociale en santé aux couches de la population qui en sont dépourvues. (Plus de 80 %).

Une urgence chirurgicale demeure en Haïti un problème sérieux que l'on soit à la capitale ou en province. Les plaies par balle, par arme blanche, les accidents de la circulation ...sont monnaie courante. Les réponses adressées à ces problèmes par le secteur santé, loin d'être satisfaisantes, ne sont pas à la hauteur des attentes de la population. Ceci explique les nombreuses évacuations par avion ambulance pour le peu qui en a les moyens, les prises en charge inopportunes et les nombreux cas de décès.

CONCLUSION

La prise en charge des urgences devra être repensée non pour offrir des solutions théoriques ou importées qui n'atterriront peut être jamais, mais des solutions plus simples, pratiques et réalisables. Le plan stratégique prévu pour les 10 prochaines années devra en tenir compte. De même, on espère que ce plan comprendra: formation, gestion et déploiement des Ressources Humaines, plateau technique adéquat, moyens diagnostiques valables, financement pour couvrir frais de fonctionnement, une politique de rétention de cadres en milieu éloigné, accessibilité, leadership du MSPP.

Bref tout un programme

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Le PMS
- 2) Manuel de Référence Contre Référence /MSPP
- 3) Les UCS, Concepts et Orientations Stratégiques Henry Claude VOLTAIRE /MSPP
- 4) Guide d'Organisation du SSPE/MSPP
- 5) Guide d'Organisation du HCR/MSPP
- 6) Guide d'Organisation du HD/MSPP
- 7) Direction de Hospitales, Manuel Barquin
- 8) CAMPBELL F. UROLOGY
- 9) MAINGOT Test Book of Surgery
- 10) Précis d'Anesthésie, Gauthier LAFAYE.

Acronymes

PMS : Parquet Minimum de Service
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
SSPE : Service de Santé de Premier Echelon
HD : Hôpital Départemental
HCR : Hôpital Communautaire de Référence
CTS : Centre de Transfusion Sanguine
UCS : Unité Communale de Santé

Savoir ne suffit pas, il faut exercer. Vouloir ne suffit pas, il faut agir. Goethe

« DEFIS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE LA PRATIQUE CHIRURGICALE EN HAÏTI »

Louis-Franck TELEMAQUE, MD, FICS, MSc, Novembre 2012

Le quotidien de la plupart des chirurgiens haïtiens procède de constantes interrogations. Ils sont inquiets du journalier qui ne présage rien de bon pour l'avenir. Aucune concertation entre les sociétés médicales spécialisées et l'Etat haïtien ou simplement entre confrères ne vient poser le problème de fond et chercher les solutions appropriées. Delà à conclure à une quasi acceptation de statu quo, on n'est pas loin.

A l'occasion du Congrès de l'AMH sur le thème « *Défis, Enjeux et Perspectives de la Pratique Médicale en Haïti* », ce tableau préoccupant nécessite qu'on se pose la question : De quoi sera fait l'avenir de la chirurgie en Haïti ? Pour aborder le sujet, l'auteur, proposera dans l'ordre un constat de la réalité, les défis qui se présentent aux chirurgiens, les enjeux auxquels ils doivent faire face, pour terminer par des perspectives opportunes.

I- CONSTAT DE LA REALITE

L'observation couvre la formation académique (FA), l'exercice professionnel libéral (EPL) et l'exercice professionnel associatif (EPA).

A- FORMATION ACADEMIQUE (FA)

Elle précède toute carrière chirurgicale. L'intégration des médecins diplômés en dehors du pays passe par une homologation délivrée par la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de l'Université d'Etat d'Haïti (UEH).

1) Normes en cours

Elles ont été décrétées par le Président Jean-Claude Duvalier et publiées dans le *Moniteur* en 1981¹. Cependant, entre autres choses, l'extension de l'offre en premier cycle d'études (facultés privées) rend obsolètes ces normes toujours en vigueur. Plusieurs propositions de règlements généraux de la résidence en 1989², 1996³, en 2005⁴ et en 2008⁵ voudraient tenir compte des nouveaux facteurs, mais restent en veilleuse. Dépassées ou pas, ces normes cadrent la porte d'entrée du système. Les candidats s'inscrivent pour participer à un concours annuel classant qui détermine la liste des boursiers du gouvernement (+/-150). La répartition dans les spécialités disponibles se fait par ordre de mérite et par choix.

2) Admission dans les Structures

Une liste d'institutions hospitalo universitaires et à vocation universitaire, reconnues par le MSPP, est

présentée aux postulants qui choisissent leur poste d'affectation. Une fois l'affectation ratifiée par le MSPP, il est attendu que le postulant soit intégré dans le service de son choix par le chef de service.

3) Training multipolaire

L'aspirant spécialiste aborde une période de formation spécialisée étendue sur trois à quatre ans dont les objectifs, les programmes et les modes d'évaluation sont, en principe, bien définis dans les institutions. La supervision de l'application de tels programmes à l'échelle nationale est assurée par la Direction de Formation et de Perfectionnement des Sciences de la Santé (DFPSS) du MSPP. La FA est, en principe, dispensée par des encadreurs. Cependant, l'auto enseignement des résidents peut se chiffrer autour de 70% en moyenne.

Il est supposé que les règlements de la Résidence Hospitalière en vigueur et ceux des Institutions de formation définissent les modalités de passage des résidents d'une année à une autre. Appliqués ou pas, le nouveau spécialiste attesté ou certifié est licencié chirurgien par le MSPP.

4) Résultats : Production de spécialistes

Le système produit une nouvelle cohorte de 100 nouveaux spécialistes chaque année. Ce sont des chirurgiens généraux, des obstétriciens-gynécologues, des urologues, des Orl-ophtalmologistes, des anesthésiologistes et des orthopédistes-traumatologistes.

5) Exercice professionnel

Licenciés, ces nouveaux chirurgiens entament leur carrière professionnelle, soumis aux lois du marché.

B- EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL (EPL)

L'ensemble des nouveaux spécialistes participent à l'offre des soins sur le territoire national. Cette offre sera influencée par de nombreux facteurs. Sur le terrain, l'EPL présente quelques caractéristiques spécifiques :

1) Multi Appartenance

Le profil des activités du spécialiste en chirurgie se caractérise par sa potentialité à la diversification et à la multi appartenance. Entrepreneur par nécessité, il va développer une grande capacité d'organisation pour s'adapter et tirer profit du système.

2) Système en place

Une fois spécialisé, le chirurgien n'a plus aucune obligation envers l'Etat qui a payé ses études. Ses activités sont régies par la Loi d'Exercice de la Médecine⁶ qui a le mérite d'exister mais dont l'obsolescence n'est plus à démontrer. La compétition pour les ressources qualifiées formées par le Ministère réalise une mobilisation interne de ressources

humaines qui déprime le MSPP d'un potentiel d'action, particulièrement en périphérie. En pratique privée, une partie des honoraires des chirurgiens est sécurisée par un système d'assurance publique (GSP) et privé qui couvre seulement les employés de la fonction publique. Le concept de plan de carrière n'est pas encore d'actualité. La retraite est volontiers très tardive.

3) D'autres aspects méritent une attention particulière :

Si le chirurgien est responsable et imputable, sa performance est souvent confrontée à l'insuffisance des plateaux techniques et à l'absence de spécialistes pour réaliser ou compléter son œuvre. Ses erreurs de pratique sont absorbées par le système. S'il a grand besoin de fonds pour s'installer, l'accès au crédit bancaire lui sera refusé. La désertion des cabinets, donc le manque de rentrées, est aggravée par le drainage des patients vers les ONG, la tension socio politique et l'insécurité, situations génératrices de changements de profession et de départs pour l'étranger. En activité, le chirurgien s'assure de sa compétence. La FC n'étant pas obligatoire, l'évaluation aussi fait défaut.

C- EXERCICE PROFESSIONNEL ASSOCIATIF (EPA)

Professionnellement, le chirurgien est invité à faire partie de regroupements associatifs. Diverses communautés de chirurgiens de même spécialité, toutes filiales de l'Association Médicale Haïtienne (AMH), animent une vie associative ponctuée de réunions, de congrès, d'activités à caractère social. Il serait opportun d'évaluer le véritable impact de telles associations.

II- DEFIS

Ce constat, pour le moins préoccupant de la réalité de la vie chirurgicale, génère de nombreux défis qui vont interpeller le chirurgien aux différentes étapes de sa carrière.

A- FORMATION ACADEMIQUE

Des questions sérieuses se posent au sujet du deuxième cycle d'études.

- 1) Comment recruter de bons futurs chirurgiens ?
- 2) Comment organiser la formation ?
- 3) Quelle est la réalité de la formation ?
- 4) Comment adapter la formation aux besoins de la population ?
- 5) Quelle est la valeur de la formation ?

6) Comment assurer la diversité des spécialités ?

B- EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL (EPL)

- 1) Une régulation de l'EPL est-elle nécessaire ?
 - a. Une supervision de l'EPL est -elle obligatoire ?
 - b. Comment répartir équitablement les ressources ?
- 2) Comment utiliser tous les cadres et les retenir ? Comment garantir la sécurité de l'emploi ?
 - a. Comment assurer que l'EPL respecte les normes éthiques et déontologiques ?
- 3) Quels sont les recours en cas de litige ?
- 4) Comment assurer la FC ?
- 5) Comment garantir une retraite digne ?

B- EXERCICE PROFESSIONNEL ASSOCIATIF (EPA)

L'un des impacts du regroupement associatif en vue de l'EPA se situerait dans une collaboration à l'organisation de l'EPL. En plus du caractère simplement communautaire, l'association peut œuvrer dans le développement de la spécialité, favoriser la formation continue de ses membres et les aider à se valoriser. L'association devrait-elle être obligatoire ? Quelle est la vie réelle des associations ? Quelle devrait être le rôle de l'EPA sur l'EPL ?

III- ENJEUX

Comment les chirurgiens peuvent-ils concevoir des pistes de résolution des nombreux problèmes qui jalonnent leur parcours depuis la résidence hospitalière jusqu'à leur retraite ? Comment relever tous les défis sus mentionnés ? Quels sont les enjeux d'une telle disposition ?

A- FORMATION ACADEMIQUE (FA)

La FA, en de nombreux points, mérite d'être repensée pour s'adapter et pour gérer l'avenir. Les normes en cours inadaptées entretiennent une situation très complexe et explosive qui évolue par à coups et dans laquelle les acteurs concernés adoptent des décisions ponctuelles politiques, décompressives, repoussant à l'avenir les véritables dispositions régulatrices tant attendues et nécessaires. S'il convient d'apprécier certains acquis non négligeables, beaucoup reste à faire. Que devons-nous gagner et à quelles conditions ?

1) GAIN

a) Un Plan stratégique national de l'organisation du 2^{ème} cycle. Les nouveaux règlements

devraient au moins statuer sur des questions telles que :

a) le comité permanent de la résidence hospitalière (CPRH); b) les critères d'éligibilité au concours d'admission; c) l'Inscription unique à la DFPSS (recrutement); d) le Concours national (examen d'admission); e) le développement des spécialités; f) l'organisation à l'échelle nationale du 2^{ème} cycle.

b) Une adéquation aux besoins de la population et Standardisation de la formation.

c) Une amélioration et expansion des structures de formation

d) L'introduction des nouvelles technologies dans l'apprentissage (plateau technique moderne, bibliothèque numérique et télé conférence (VYDIO, CISCO).

e) Un financement adéquat

Une des limitations du programme actuel de la résidence hospitalière est son financement limité aux frais alloués aux résidents et à quelques responsables de formation. La qualité de la FA a un coût incontournable.

2) PERTE

L'essor de la FA, comme il est présenté plus haut, va dépendre de l'adhérence à cette vision et aussi d'une ferme volonté politique de la réaliser et de surmonter de nombreuses difficultés, comme l'organisation inefficace du système, la résistance au changement et le sous financement chronique.

B- EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL

Nous avons vu que « l'ordre » apparent ne résiste pas à la simple analyse de la situation et soulève de nombreux défis majeurs. Qu'apporterait une organisation de l'EPL et quel en serait le prix ?

1) Gain

a) D'abord une règlementation. Une prise en charge normative de l'EPL, supportée par une planification au niveau des différents processus, ne peut qu'être favorable.

b) Ensuite, un rehaussement global et individuel du niveau de compétence, du fait de la supervision et de l'évaluation périodique, et une standardisation du coût des services (CODE MEDICAL ?)

2) Perte

Ne pas organiser l'EPL équivaldrait à maintenir le statu quo et particulièrement « l'hémorragie interne » des ressources formées par l'Etat au profit du secteur privé (Translocation).

C- EXERCICE PROFESSIONNEL ASSOCIATIF (EPA)

1) Gain

Une association bien structurée, bien organisée et idéalement productive ne peut que favoriser l'EPA. Bien encadrés dans leur corporation, les chirurgiens sont imprégnés de la culture de leur association et adoptent les valeurs et représentations qu'elle promeut. Leur participation est honorifique et ils adhéreront spontanément aux principes établis tant à l'intérieur de l'organisation qu'à l'extérieur. Le milieu associatif se trouvera renforcé par l'apport de chacun et aura des répercussions positives sur le comportement individuel et général du groupe.

2) Perte

Le non adhérence à un milieu associatif est « démocratique » dans la mesure où elle n'est pas illégale. Si elle ne signifie pas forcément déviance et incompétence, les chirurgiens non associés devraient chercher d'autres moyens pour se faire valoir auprès de leurs patients et de leurs confrères.

IV- PERSPECTIVES

Comment donc concrétiser ces enjeux pour relever tous les défis qu'affronte la profession chirurgicale ? Nous sommes fortement convaincus que le flou artistique confusionnel en vigueur ou l'auto régulation doivent être gérées par des Institutions renforcées ou créées justement pour encadrer et mener le système.

A- FORMATION ACADEMIQUE (FA)

1) Création d'un nouvel organisme qu'on pourrait appeler « **SYSTEME NATIONAL ORGANISE DE LA RESIDENCE HOSPITALIERE OU DU 2^{EME} CYCLE (SNOC)** ou encore de la **FORMATION ACADEMIQUE (SNFA)** (Tableau 1). Cet organisme d'Etat est placé sous la supervision du MSPP et de sa Direction dévouée à la Formation et au Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS), et au dessus du monde hospitalo universitaire public et privé. Sa mission sera de gérer tous les aspects de la FA (éligibilité, inscription, examen d'Etat, affectations, programmes, évaluation,

certification, etc.) et d'en rendre compte aux Instances supérieures.

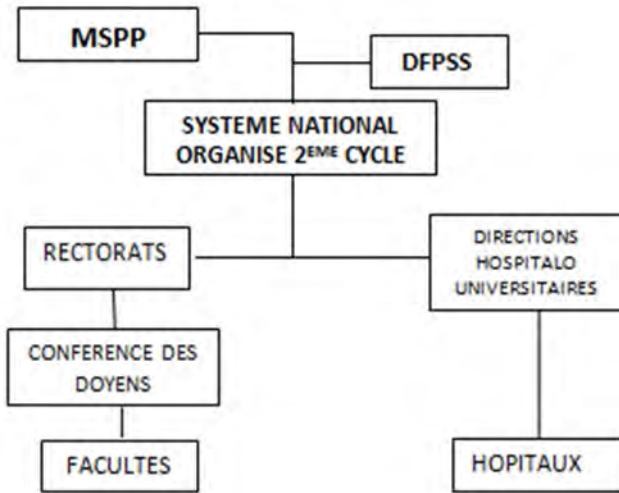


Tableau 1 : Organigramme de la SNFA

2) Création de nouvelles structures hospitalo universitaires. Le nombre de places pour formation offertes actuellement est nettement insuffisant par rapport au nombre croissant de médecins venant des facultés locales et de l'étranger. Il est impératif de créer des nouvelles structures qui pourraient contribuer à :

- a) Accroître le nombre de places de formation ;
- b) Développer de nouvelles spécialités ;
- c) Introduire et développer des nouvelles technologies ;
- d) Favoriser le recyclage périodique et la formation continue des encadreurs ;
- e) Renforcer la compétitivité du chirurgien haïtien.

B) EXERCICE PROFESSIONNEL LIBERAL (EPL)

a) Création d'un nouvel organisme central qu'on pourrait dénommer « **Haut Conseil National de Santé (HCNS) ou Haute Autorité de Santé et de la formation continue (HAS)** (Tableau 2). Cet organisme d'Etat est placé sous la supervision du MSPP et de sa Direction dévouée aux ressources humaines (DRH), et au dessus du monde des praticiens chirurgiens évoluant dans le secteur public ou dans le secteur privé, associés ou pas. Sa double mission serait de gérer tous les aspects de l'EPL, d'organiser et de superviser la FC. Des objectifs précis seraient fixés.

b) Elle travaillera de concert avec le Conseil de

l'ORDRE (CDO) auquel il soumettra les problèmes de litige et toutes les situations qui requièrent une référence au Code d'Ethique et de Déontologie.

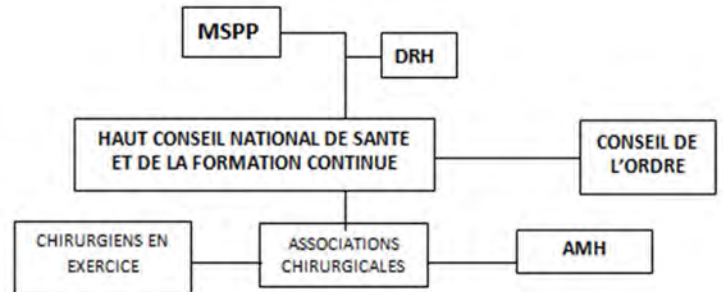


Tableau 2 : Organigramme du HAS

1) Création du CONSEIL DE L'ORDRE (CDO) ⁷. Annoncé et attendu, le CDO ratifiera les normes éthiques et de déontologie et veillera à leur application ⁸. Il travaillera sur les dossiers soumis par le HAS. Il sera utile particulièrement en cas de recours, de litiges et plus spécifiquement dans les situations intéressant la procréation médicalement assistée et l'interruption de la grossesse.

C) EXERCICE PROFESSIONNEL ASSOCIATIF (EPA)

Une montée en valeur des associations et de leur rôle ne peut qu'être profitable aux associations elles-mêmes et à leurs adhérents.

1) Renforcement du statut associatif actuel

Le développement de structures associatives actuelles et la création de nouvelles, si nécessaire, est une voie pour matérialiser des réalisations concrètes communes, gagner de la représentativité et un poids politique, se défendre contre les aléas et préparer un meilleur avenir pour les membres.

2) Corporatisme actif !

Participation active, intégration, solidarité, émulation, vénération des aînés sont des concepts qui devront être pratiqués par les chirurgiens associés. Ces dispositions sont idéales pour une meilleure préparation à une retraite productive et honorable.

CONCLUSION

La profession chirurgicale se sent menacée. Le constat de la réalité vécue objective les éléments déterminants de l'instabilité et du manque de certitude pour l'avenir. Les défis sont nombreux mais les enjeux laissent percevoir énormément de possibilités d'amélioration de la situation. Finalement, les perspectives résident dans la structuration du plasma dans lequel baigne le chirurgien.

L'avenir résiderait dans :

- Un système régulateur national du 2^{ème} cycle et de la formation continue,
- Le développement de véritables structures hospitalo universitaires,
- La sauvegarde de toutes les spécialités,
- L'introduction et la pratique des nouvelles technologies,
- La redistribution des ressources à l'échelle nationale,
- L'encadrement professionnel par une HAS ou le CDO,
- L'associativité dynamique,
- La garantie d'une retraite digne.

La question de l'avenir de la profession chirurgicale, prise dans son sens large nécessite la tenue des **ETATS**

GENERAUX DE LA CHIRURGIE ! C'est une URGENCE, une NECESSITE, une OBLIGATION !

REFERENCES

- 1-*Le Moniteur : Décret modifiant la législation sur la résidence des médecins en vue de l'adapter aux réalités sociales et économiques du pays. 7 Mai 1981.*
- 2- *MSPP, Règlements Généraux de la Résidence Hospitalière *Des Médecins*, Juillet 1989*
- 3-*MSPP, Résidence Hospitalière – Règlements Généraux, Finalisés par la Commission Nationale de la Résidence Hospitalière, 1996.*
- 4-*Document de refonte des normes de la résidence hospitalière, 2003*
- 5-*Compte rendu de la table ronde comité élargi des Facultés de Médecine reconnues par l'Etat Haïtien, 2008.*
- 6-*Décret-loi du 9 juillet 1940, règlementant l'exercice de la Médecine.*
- 7- *Bijoux Legrand, L'Ordre des Médecins d'Haïti, Association Médicale Haïtienne (AMH), 2009.*
- 8-*Petit Frère Israël, Joseph Marjorie, Henrys Jean Hugues, Le Droit Médical Haïtien, Etat des lieux, Editions Uramel, Décembre 2009.*

DEFIS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE LA PRATIQUE OBSTETRICALE EN HAÏTI.

Michel D'ALEXIS, 2012

Comme le soulignait avec justesse un ingénieur canadien, Mr. Paultre qui, au lendemain du séisme du 12 Janvier 2010, intervenait sur les ondes d'une station de radio de la capitale : « **Le tremblement de terre va mettre à nu les moindres erreurs de votre construction** ». Et c'est ce qui est advenu également du système de santé haïtien, secteur public et secteur privé confondus. Le système n'a pas su résister à cette onde de choc.

Ceci dit, la Pratique de l'Obstétrique en Haïti a connu des remaniements importants au cours de ces soixante dernières années. Rappelons que les premiers médecins spécialistes ont vu le jour vers la fin des années 1920. En 1929, le Dr. Maurice Armand revenait au pays mettre ses compétences au service de la femme haïtienne. Il nous plaît de citer quelques noms célèbres qui ont marqué la pratique de l'Obstétrique des années 50 et 60. Nous voulons parler des Drs. Louis Mathieu, Roger Fils-Aimé, Boucicot, Yvonne Sylvain la première femme haïtienne spécialisée en OB-GYN, et toujours avec nous le Dr. Edouard Viala le Doyen d'âge dans cette spécialité, et j'en passe..... Dès cette époque, une triple préoccupation hantait les esprits :

1. **Le souci d'une pratique moderne et scientifique de l'Obstétrique.**
2. **La capacité d'offrir des soins et services de qualité à la femme haïtienne.**
3. **La nécessité de faciliter l'accès de ces soins et services à toutes les femmes haïennes.**

Les caractéristiques de chaque période de la vie nationale infléchiront ces axes permanents de développement, sans pouvoir les modifier de manière profonde. Ensemble nous allons suivre la progression de ces axes prioritaires à travers la vie de la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie (SHOG), lieu de réflexion et de partage des expériences acquises dans ce domaine.

- 1950 : Création de la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie. La SHOG a pour buts de :
 - Maintenir les rapports humains et scientifiques entre ses membres.
 - Stimuler la recherche et la vulgarisation scientifique en Obstétrique et Gynécologie.

- Protéger et Encourager la pratique de l'Obstétrique et de la Gynécologie en Haïti.
- Travailler à assurer l'éducation continue de ses membres.
- 1960 – 1980 : Suite aux bouleversements politiques de cette période, la SHOG diminue considérablement ses activités.
- 1980 : de nouveaux statuts sont votés et vont régir la vie de la Société jusqu'en 1987. La SHOG ne se limite plus à promouvoir uniquement les intérêts de ses membres et de la spécialité, mais s'ouvre à une action beaucoup plus large en faveur de la santé de la femme. Elle s'engage à :
 - Travailler à assurer l'éducation de ses membres **et de tous ceux qui s'occupent de la santé de la femme.**
 - **Promouvoir la santé de la mère et de la femme.**

Pour donner suite à ces nouvelles orientations, une clinique de consultations prénatales et gynécologiques est érigée du côté de Bolosse, près du Sanatorium de Port-Au-Prince. Elle fonctionnera sur la base du volontariat des membres réguliers de la Société auxquels on adjoindra la participation des résidents juniors de la Maternité de l'HUEH. Désormais, la SHOG gère un volet purement social, ce qui l'habite à solliciter des dons et à rechercher des sources de financement. Une collaboration plus étroite s'établit avec le MSPP. Ces changements marquants nécessiteront un remaniement des statuts.

- 1988 : une fois de plus, la SHOG est doté de nouveaux statuts.
- Vers les années 2000 se construit un partenariat entre la Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie (SHOG), et la Société des Obstétriciens Gynécologues du Canada (SOGC). Ce partenariat devait s'élargir sous peu et inclure le MSPP.
- 2003 : nouvelle révision des statuts de la Société. Cette refonte devait permettre à la SHOG de se lancer dans la gestion de projets relatifs aux soins maternels et à la fourniture de services à la population défavorisée. Cette nouvelle orientation devait culminer dans la prise en charge de la maternité publique de la Croix des Bouquets, avec le soutien de la SOGC, et l'apport des fonds de l'ACDI.

En réalité, qu'en est-il de la pratique de l'Obstétrique en Haïti au cours de cette période? Certaines petites nouveautés imprimeront une orientation nouvelle à la pratique de l'Obstétrique et contribueront certes à améliorer la mortalité maternelle tant en pratique privée que publique. Pour mémoire, signalons :

- 1973-1974 : les premiers programmes de planification familiale à envergure nationale prennent naissance.
- 1976 : Amélioration notable de la prise en charge des pré-éclampsies sévères et des éclampsies grâce à **l'introduction du MgSO₄ et de la Section Césarienne** préventive dans l'arsenal thérapeutique.
- 1976 : Introduction du **Partogramme** dans la prise en charge des accouchements réduisant ainsi les délais de décision et de prise en charge.
- 1977 : **l'Anesthésie péridurale** fait son apparition dans le milieu obstétrical améliorant le pronostic foeto-maternel lors des Sections Césariennes.
- 1980 : Apparition dans la pratique Obstétricale et Gynécologique de **l'Echographie** et du **Monitoring Fœtal**. Le pronostic foetal pendant l'accouchement, s'améliore grandement. Du coup, **l'Accouchement sans douleur sous anesthésie péridurale** devient une réalité.
- On ne saurait passer sous silence un élément fondamental de l'apprentissage de l'OB-GYN au cours de cette période : c'est le **compagnonage en pratique privée**. Le médecin de service, le patron, selon l'appellation de l'époque, prenait un ou deux résident(s) de son choix sous son ombrelle. Ceux-ci l'assistaient lors de ses interventions chirurgicales, et le remplaçaient même, à l'occasion, dans son cabinet médical. A travers ce mode d'apprentissage, le jeune résident acquérait certes une expertise clinique et chirurgicale, mais surtout avait l'occasion de s'initier aux arcanes de la pratique privée, ce qui l'introduisait d'emblée dans les rouages du milieu hospitalier, et le préparait ainsi à l'exercice de sa profession future.

De la fin des années quatre-vingt à nos jours, peu de novations ont été introduites dans la pratique de l'Obstétrique. Cependant certaines orientations stratégiques se sont nettement dessinées. A signaler :

- Les références de plus en plus soutenues aux données épidémiologiques et statistiques loco-régionales (mortalité maternelle – mortalité infantile) comme base d'évaluation de la santé

maternelle et de la pratique de l'Obstétrique au niveau national. A ce sujet, on ne saurait passer sous silence l'impact des enquêtes EMMUS, qui ne manquent d'étaler à nos yeux nos lacunes et déficiences, mais aussi les défis pressants à relever en matière de santé materno-infantile.

- La nécessité d'offrir toute la gamme des soins obstétricaux et gynécologiques à la femme haïtienne, où qu'elle se retrouve. Le savoir-faire des « matrones » a été amélioré. Commencée sous l'occupation américaine, dès les années 1920, la formation d'Infirmières Sages-Femmes haïtiennes avec la supervision d'Infirmières Sages-Femmes américaines, connu des « bonheurs » variables, mais devait finalement se concrétiser par la fondation de l'Ecole Nationale des Infirmières Sages-Femmes en Dans le souci d'offrir des soins de qualité, par un personnel compétent, à l'ensemble de la population féminine, le concept a vite évolué, et actuellement, nous en sommes à la création d'une Ecole des Sages-Femmes, reposant sur un cycle complet de quatre (4) années d'études après l'obtention du Bac II. En ce sens, les objectifs du millénaire s'imposent à nous : réduction de la mortalité maternelle, réduction du seuil de pauvreté...

Suite au séisme du 12 Janvier 2010, de nouveaux paris s'imposent, si nous voulons sortir la pratique de l'Obstétrique de l'enfermement et de la restriction, et la mettre résolument au service de la population haïtienne. Les évidences sont criantes :

- Une clientèle démunie.
- La prolifération des ONG, avec comme corollaire la gratuité relative des soins.
- Des cliniques privées de consultation désespérément vides.

Dans un environnement macro-économique dégradé, comment offrir des services de qualité à la femme haïtienne, et en même temps arriver à vivre décemment de sa profession? L'enjeu est de taille. Redéfinir non seulement « le profil du Médecin Haïtien », mais aussi le cadre de la pratique de l'Obstétrique, ou encore tout simplement le cadre de la pratique de la Médecine en Haïti, demeure l'un des enjeux du futur. D'ores et déjà, certaines orientations semblent se profiler :

- La nécessité de la création d'un Ordre des Médecins, susceptible de veiller au respect des normes de la pratique médicale, au respect des

patientes, et d'influer positivement la politique de santé du MSPP.

- La nécessité de recréer ce lien, cette filiation entre les générations de médecins, et redonner ainsi au « **compagnonage** » ses lettres de noblesse.
- La nécessité d'une pratique de groupe, capable de réunir les professionnels d'une même spécialité (4,5,6 et même davantage...) au sein de cliniques privées de consultations. A première vue vue, les possibilités sont immenses :
 - Multiplicité des services offerts : salle d'échographie – salle de mammographie - salle de counselling et de ré-éducation – salle de relaxation et de gymnastique prénatales – services de Laboratoire et de Pharmacie, et j'en passe
 - Moindres coûts d'investissements. Par exemple, une salle d'Echographie avec 2 unités fonctionnelles, pourrait desservir la clientèle de 5 ou 6 praticiens.
 - Capacité de passer à un autre niveau de fonctionnement en muant cette clinique de consultation en une maternité offrant des soins obstétricaux complets.
 - Capacité de desservir une clientèle plus large et plus variée, à des tarifs raisonnables et adaptés.
 - Capacité de créer ainsi des emplois dans le secteur santé.
 - Capacité de constituer un groupe financier pouvant investir dans des domaines autres que

la santé : immobilier – restauration – production agricole ou animale - loisir etc... etc... suivant les opportunités du moment.

- Capacité de reproduire ce modèle à l'infini suivant les besoins et les spécificités du milieu.
- Capacité de muer le médecin en un véritable agent de développement.

En développant ce modèle de soins, l'Obstétricien assure véritablement la prise en charge de la femme haïtienne et collabore effectivement au renforcement du système de santé haïtien. Ainsi le partenariat public-privé devient réellement efficient, et pourra contribuer à améliorer les différents paramètres de la santé maternelle. Concernant la santé maternelle et infantile, le MSPP a déjà enclenché le pas à travers la création d'unités SONUB gérées par des Sages-Femmes et reliées à des unités SONUC.

Le modèle de groupe proposé devrait également renforcer les structures et le fonctionnement des Sociétés savantes spécialisées, les rendant aptes à proposer au MSPP des politiques de santé issues de ses réflexions. Ainsi le système de santé haïtien pourra être mieux régulé, et les partenariats avec l'Internationale mieux gérés pour le bien-être de la population et des femmes haïtiennes en particulier.

Au terme de cet article, je ne saurais passer sous silence l'avancée fantastique que le groupe CHITAI a offert à la pratique de l'OB-GYN en Haïti, avec ces premiers bébés nés par fertilisation in vitro. Compliments à ces amis du groupe CHITAI ! Leur contribution insigne rejailit sur l'ensemble de la Médecine Haïtienne !

LA MEDECINE SPORTIVE EN HAÏTI

Bernard NAU, MD 2012

L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de la médecine sportive qui est intimement liée à une pratique rationnelle du sport, ce qui est inexistant dans notre milieu.

La Médecine Sportive est cette spécialité de la médecine qui s'occupe des différents aspects médicaux liés à la pratique du sport. Contrairement à des idées véhiculées particulièrement dans notre milieu, la médecine du sport n'est pas forcément réservée aux pratiquants d'une discipline sportive. Comme toute spécialité médicale, elle passe par une spécialisation. Elle enseigne des matières comme la physiologie, la biologie du sport, les spécificités de la pratique sportive, la prévention des accidents chez le sportif,... pour ne citer que celles-là

Dans ce texte, nous nous proposons également d'évaluer la problématique relative à la protection de la santé du sportif haïtien. Tout le monde s'accorde sur le fait que la pratique d'un sport est bénéfique aussi bien à la qualité de vie qu'à la santé de tout individu jeune, moins jeune ou vieux. En Haïti, où une forte portion de la population générale est composée de jeunes, aucun cadre légal ne régit l'enseignement, la formation ni la gestion de la médecine et des sciences du sport.

Selon l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI)

- 35 % de la population se situent dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans,
- 58% ont entre 0 et 24 ans,
- Environ 220.000 jeunes des deux sexes atteignent 15 ans chaque année.

A travers ces données, il est pour le moins paradoxal de constater combien l'importance démographique de cette jeunesse contraste avec la faible prise en compte de ses besoins et attentes légitimes. Nous en voulons comme argument que dans le budget de la République alloué au Ministère concerné, il n'existe aucun crédit et/ou investissements destinés à combler ce manquement. Serait-ce alors exagéré de supputer que le constat suivant et pour le moins alarmant puisse en résulter?

- 5,2% des 15-19 ans sont infectés par les IST/VIH-SIDA en 2003 (Rapport Banque Mondiale);
- 59% des 1^{ères} naissances sont enregistrées dans la catégorie des 15 – 30 ans, en 2001;
- Plus de 40% des 15 – 24 ans sont hors du système éducatif haïtien (ECVH-2001);
- 40,6% des jeunes garçons et 54,8% des jeunes filles sont au chômage.

Le Comité Olympique Haïtien (COH) et les Fédérations sportives, entités légalement responsables de l'implémentation des différentes disciplines sportives sont dépourvus de moyens financiers et techniques pour mettre celles-ci à la disposition de la jeunesse haïtienne : d'où une disproportion marquée entre la population active et le nombre de sportifs pratiquants.

Historiquement, le sport en tant que phénomène de société est apparu en Haïti sous sa forme la plus simple en 1904 par la création de l'Union des Sociétés Sportives d'Haïti (4-04-1904). C'est de cette structure que naîtra quelques années plus tard la Fédération Haïtienne de Football Amateur. Il faudra attendre plus de 20 ans pour, en 1924, commencer à engranger les retombées positives de cette nouvelle pratique sociale: le fameux saut de SYLVIO CATOR à Paris, la création du COH suivie de nombreuses participations de délégations haïtiennes aux J.O d'été, le développement et la reconnaissance de nombreuses associations et fédérations sportives haïtiennes.

Une certaine évolution institutionnelle est également observée: en 1938, un Bureau Central d'Education Physique est annexé au Département de l'Instruction publique ; en 1944, ce bureau devient une Direction Générale du Sport et du Scoutisme qui en 1958 se transforme en un Commissariat National de la Jeunesse et des Sports pour aboutir, en passant par une Secrétairerie d'Etat de la Jeunesse et des Sports en 1979, à un Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique en 2006. A ceci il faut ajouter la mise sur pied, par le COH, d'un plan de relance et de développement du sport national en général qui aboutira en août 2013 à la création du COH.

En dépit de cette bonne volonté gouvernementale, le secteur sportif dans son ensemble souffre d'une grande faiblesse en ce qui concerne l'organisation, la régulation et le développement des Activités Physiques et des Sports (APS) et, par ricochet, le développement de la Médecine du Sport dans tout le pays. En effet, les activités physiques, sportives et la médecine du sport sont étroitement liées dans tout milieu qui veut se lancer dans une pratique rationnelle du sport. L'identification des acteurs dans leur rôle respectif nous permettra de mettre en évidence les carences et déficiences structurelles du secteur sportif haïtien et nous amènera à reconnaître le caractère approximatif de la pratique de la médecine sportive dans notre pays.

Le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique représente l'organe de régulation de la pratique des APS. Il est supporté par une Direction Générale et trois Directions Techniques dont la Direction des APS, acteur clé du développement du sport en Haïti. Parmi d'autres difficultés, ce ministère est confronté à des problèmes juridiques et légaux tels l'absence d'une loi organique, d'une loi sur le sport, d'une loi d'application de l'Education Physique et Sportive à l'école et l'absence de volonté pratique sur la mission mutuelle du Ministère de l'Education Nationale (MEN) et du Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC). De plus, il existe un conflit larvé d'attribution entre l'Etat et le mouvement sportif ; il est de même notoire qu'aucune couverture de soins de santé n'est offerte aux sportifs. Le MJSAC fait face à de sérieux problèmes de financements du sport tels : une insuffisance du budget de financement (moins de 1% du budget national), l'inexistence d'un fond national pour le financement du sport, le manque d'investissement publique (et privé) et l'absence de perception d'une taxe affectée au sport. Une grande lacune dans la formation en ressources humaines associée à une carence en infrastructures entrave le fonctionnement de ce ministère dans sa mission première.

Les Fédérations Nationales au nombre d'une vingtaine représentent les cadres opérationnels de la pratique sportive en promouvant les activités sportives nationales

et en encadrant les sélections nationales. Elles sont dépourvues de moyens de toutes sortes et ne comptent que sur la bonne volonté de certaines ambassades accréditées en Haïti, des agences internationales, des commerçants ou des particuliers. Nos jeunes se retrouvent donc dans un état de vulnérabilité chronique, exposés, abandonnés à eux-mêmes : sans soutien, sans idéal, sans références morales, sans modèles sportifs et citoyens, sans espaces sportifs et récréatifs adéquats, sans loisirs sains, sans moyens économiques et sans protection médicale.

Le développement du Sport et, de fait, de la médecine sportive passe par le développement du sport scolaire, universitaire, du sport de masse et de haut niveau. Le sport scolaire et universitaire, qui, il n'est pas superflu de le rappeler, dans sa composante footballistique nous a conduits à Munich en 1974, passe par une reprise de l'éducation physique et sportive obligatoire dans nos écoles, la création d'une entité administrative et technique pour gérer le sport scolaire et universitaire. La création d'un institut de formation de professionnels en APS, pallier à la carence en installations sportives, en équipements et matériels sportifs dans nos enceintes scolaires et universitaires sont autant de mesures indispensables à implanter. Il est important, nécessaire et déterminant de comprendre que toutes ces approches de solutions proposées plus haut ne sauraient être complètes et efficaces sans une couverture médicale adaptée à nos jeunes.

Le sport de masse sera encouragé par des campagnes de motivation entreprises par le MSPP de concert avec le MJSAC vantant l'impact positif des APS sur la santé et le maintien de la forme physique, mentale et morale. Efforts et sacrifices devront être consentis pour harmoniser et coordonner l'action de ces deux intervenants dans ce secteur. La construction d'infrastructures légères de proximité (adaptation des besoins du sport de masse aux réalités locales) facilitera l'exposition des jeunes aux différentes disciplines.

Le sport de haut niveau devra être défini en sélectionnant les sports et les athlètes réservés à cette catégorie. Une collaboration mixte entre l'Etat et le secteur privé serait vu

les contraintes économiques du premier. L'harmonisation des rapports entre les différentes fédérations, le COH et l'Etat apporterait une meilleure dynamique à l'entreprise. Il va sans dire que la construction d'infrastructures sportives également de haut niveau et l'élaboration de programmes de formation, de certification de cadres sportifs sont les corollaires incontournables d'une telle politique. Il y va de même pour tout ce qui touche à la réglementation légale de la pratique de la médecine sportive et à son enseignement dans nos facultés. Une couverture médicale de nos athlètes de haut niveau et la construction d'un institut de médecine et de traumatologie sportive les mettraient en confiance dans la pratique de leurs disciplines sportives

respectives quant à leur prise en charge en cas de traumatisme. L'application et l'implémentation efficace de ces mesures auraient pour aboutissement à moyen et long terme une participation d'abord honorable puis remarquée de nos sélectionnés aux compétitions internationales.

LES RECOMMANDATIONS QUI PRECEDENT DEVRAIENT FAIRE PARTIE D'UNE VERITABLE POLITIQUE NATIONALE DES APS OÙ LA MEDECINE SPORTIVE OCCUPERA UNE PLACE DE CHOIX ET NOUS PERMETTRONT DE BATTRE FINALEMENT LE RECORD NATIONAL DU SAUT EN LONGUEUR DETENU DEPUIS 80 ANS PAR NOTRE SEUL MEDAILLE OLYMPIQUE (BRONZE) M. SYLVIO CATOR.



Humour : l'élève dépasse le maître

L'HOPITAL BERNARD MEWS, PROJECT MEDISHARE. EXPERIENCE DANS LE MILIEU

Jerry Bitar, MD; Marlon Bitar MD ; 2012

Les Programmes. L'hôpital a une capacité de 50 lits répartis dans des programmes différents :

1. Programme de Chirurgie Générale
2. Programme de Chirurgie Laparoscopique
3. Programme de Soins Intensifs
4. Programme de Chirurgie Pédiatrique
5. Programme de Neuro-Chirurgie
6. Programme de Traumatologie Intégrée
7. Programme d'Orthopédie
8. Programme de Prise en charge des Plaies Chroniques (Wound Care)
9. Programme de Pédiatrie
10. Programme d'Urgence Médico-Chirurgicale et de Traumatologie qui fonctionne 24h/j et 7jrs.

Les ressources Humaines. L'HBMPM utilise la compétence de 44 infirmières haïtiennes, 22 Médecins haïtiens et de 70 autres personnes pour le staff administratif et support logistique.

La Consultation Externe comprend :

- Un service de pédiatrie
- Médecine familiale
- Obstétrique-gynécologique
- Dermatologie
- Un service d'infectiologie
- Une unité pour les pansements
- Centre de physiothérapie
- Consultation en chirurgie générale
- Consultation en orthopédie
- Service d'urgence en soins intensifs et de traumatologie.



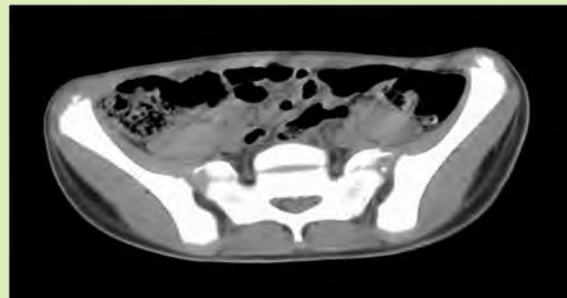
Le Service des Urgences

- Un staff qualifié et équipe pour le triage et la stabilisation des patients critiques
- Un service de soins intensifs disponible pour les cas très critiques
- Le département des urgences travaille 7\7j et 24\24h et comprend 2 sous unités:
 - UCC (Urgent Care Center) pour le triage
 - ED (emergency département) proprement dit pour l'hospitalisation et l'entrée au bloc opératoire si nécessaire.



Radiologie

- Une salle de radiologie comportant :
 - un scanner computerisé de 16 coupes. Les interprétations se font via satellite (système V-rad),
 - un O-arm et un appareil de radiographie traditionnelle.



ICU chirurgical

- Fonctionne 24h\24h et 7\7j
- Comporte 4 lits pour l'hospitalisation surtout des patients chirurgicaux

Service et soins chirurgicaux.

Trois salles d'opération pour la pratique des interventions en :

- Chirurgie générale
- Chirurgie laparoscopique
- Chirurgie pédiatrique
- Orthopédie
- Obstétrique
- gynécologie
- Neurochirurgie



Neurochirurgie

Chirurgie chez les hydrocéphales pratiquée par des équipes de neurochirurgiens attachés à des universités américaines



Chirurgie

- Sélective: 90 cas \ mois comportant la laparoscopie par vidéo assistée (vésicule biliaire, biopsie hépatique), les interventions sur la thyroïde, etc.
- Un programme de chirurgie mammaire en partenariat avec la SHONC (mastectomie à l'HBPM et chimiothérapie néo-adjuvante à la SHONC)
- Une prise en charge intégrée des trauma : réhabilitation, occupational therapy, PT, atelier de prothèses.

Ebauche du programme ophtalmologique

Il a débuté en mai 2012 : 37 patients ont été opérés et 150 consultés.

- En collaboration avec la Société Haïtienne d'Ophtalmologie (SHO).
- Le matériel pour les interventions et les accessoires sont offerts par Alcon Hospital et d'autres hôpitaux.
- Total Patients : Admissions : 160/ mois - Clinique externe : 2600/ mois - Urgences : 940/mois.



Service tertiaire

- Les examens d'anapathologie sont réalisés aux USA chaque mois disponibles dans moins de 5 jours.

Formation et Education

- Formation du staff local (Haïtien) en traumatologie, soins intensifs et réhabilitation.
- Participation à la formation d'étudiants haïtiens (mois)
30 étudiants en Nursing
13-15 étudiants en Médecine
2-5 résidents.



CONCLUSION

L'hôpital n'est pas auto suffisant et nécessite des subventions. Elles proviennent d'organismes non gouvernementaux tels: American Red Cross, Food for the Poor, Rotary International, Knights of Columbus. On utilise aussi les donations privées et les revenus propres de l'hôpital via les frais payés par les patients.

On est encore très loin du niveau d'excellence, bien que nos efforts sont consentis pour augmenter, jour après jour, la qualité des soins de nos patients.

On espère bien qu'un jour l'Etat Haïtien pourra mettre sur pied le vrai partenariat Public-Privé et pourra participer dans le plan de sustainabilité des hôpitaux privés pour lesquels la devise première est le 'Non for profit'.

LA DELEGATION DE COMPETENCES MEDICALES. UNE STRATEGIE EFFICACE POUR AUGMENTER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE.

Georges Beauvoir, MD. 2012

INTRODUCTION

Il n'est point de territoire au monde où la couverture universelle en santé puisse être proclamée. Dans certains pays cependant, le défaut d'accessibilité aux soins constitue un grave problème de santé publique. Haïti est du nombre. Selon le rapport EMMUS IV, 47% des nos compatriotes n'avaient en 2006, aucun accès au système de santé. Les statistiques se révèlent plus accablantes encore lorsque l'on considère la situation dans les zones rurales et suburbaines défavorisées.

Si les causes de cette dramatique situation sont nombreuses, les mesures à envisager pour y remédier le sont encore davantage. Il serait illusoire de vouloir toutes les entreprendre à la fois. Nous avons donc priorisé une composante de cette problématique : le déficit en personnel soignant, plus spécifiquement, le manque de médecins. Avec 2,6 médecins pour 10 000 habitants, dans le secteur public, Haïti exhibe une démographie médicale voisine du seuil critique (2,5) défini par l'OMS.

Pour une population d'environ 10 millions, la production annuelle de médecins en Haïti, tourne autour de 350₂, dont un fort pourcentage quitte le pays, à la recherche de conditions de travail et de vie plus clémentes. De plus, la répartition territoriale de ceux qui restent est au désavantage des zones rurales défavorisées. Quelle stratégie adopter pour parvenir à une augmentation du nombre de soignants, à une meilleure accessibilité aux soins?

METHODOLOGIE

Des ouvrages de chercheurs de l'Université de Montréal nous ont offert les préceptes de base du cadre conceptuel, duquel a découlé l'hypothèse suivante : *“Si les soins chirurgicaux d'urgence, en zone rurale, étaient assumés par des soignants intermédiaires compétents, les médecins se trouveraient libérés pour des tâches de spécialité, l'accessibilité aux soins de qualité en serait augmentée et les indicateurs sanitaires seraient améliorés”*.

Afin de vérifier cette hypothèse, un cadre de recherches plus restreint fut défini, qui mit à jour une abondante documentation scientifique, disponible sur le sujet et accessible en ligne. Parmi les publications consultées, les plus remarquables nous ont conduit à correspondre personnellement avec des scientifiques nord-américains et africains, qui nous ont généreusement communiqué certains de leurs documents de travail.

LA DELEGATION DE COMPETENCES MEDICALES

Pour palier à leur déficit en médecins, des pays aux statistiques similaires à celles d'Haïti ont recours à la délégation de compétences médicales. Elle consiste, dans le domaine sanitaire, en la formation spécifique de professionnels de niveau intermédiaire, pour des tâches complexes, habituellement réservées à des spécialistes plus hautement qualifiés. Dovlo a étudié la typologie des délégations de compétences. L'une d'elles, qu'il a appelé *la délégation directe*, préconise la formation de non médecins, à des tâches médico-chirurgicales. Cette formule a retenu notre attention.

Sur 47 pays d'Afrique subsaharienne concernés par la problématique du manque de soignants, 25 font appel aux services “d'officiers de santé” et 12 recourent à la délégation de tâches médicales. Mais, on n'en compte que 5, à autoriser la délégation de compétences chirurgicales. Nous nous sommes intéressés au modèle adopté par le

Mozambique, pays très engagé dans cette stratégie et où les résultats sont parmi les plus probants. La réforme du secteur santé y remonte à 1975. Mais, la formation et le déploiement des *“tecnicos de cirurgia”* s'y effectue depuis 1984¹.

POINTS FORTS DE LA STRATEGIE DE DELEGATION DE COMPETENCES MEDICALES

Parmi les multiples avantages de cette politique, on peut citer :

Une plus grande rétention des personnels soignants. - Il n'est pas que les états en dessous du seuil critique de démographie médicale qui soient en manque de main d'œuvre soignante. Voilà pourquoi certains pays industrialisés ont adopté la délégation de compétences (physician assistants et nurse practitioners aux USA, par ex.) et s'ouvrent à l'immigration de médecins. L'attrition

de ces professionnels, préparés à grand frais, dans des pays moins fortunés, aggrave encore les indicateurs sanitaires de ces états⁷. Or, ces techniciens en médecine et en chirurgie ont une moindre "mobilité internationale", que les médecins. Leur déploiement constitue donc un facteur de rétention.

Une meilleure répartition géographique.- La distribution asymétrique des professionnels de la santé dans les territoires, représente une autre barrière à l'équité dans la dispensation des soins de santé. En Haïti par exemple, 80% des médecins sont concentrés dans les villes, alors que plus de 65% de la population vit dans les zones rurales ou suburbaines. Préparés en fonction des besoins spécifiques du milieu rural, ces substituts médicaux s'y trouvent dans leur élément et tendent à y demeurer. Au Mozambique, en 1992, tous les diplômés en médecine avaient laissé le pays huit ans après leur formation, tandis que 90% des "tecnicos de cirurgia", de la même promotion, servaient encore dans leur région d'affectation⁹.

Une formation accélérée.- La durée du curriculum des soignants intermédiaires est de deux à trois années moins longue que celle des médecins. Leur rythme de formation entraîne qu'ils soient beaucoup plus nombreux à boucler leurs études que ne peuvent l'être les diplômés en médecine. Ils sont donc déployés beaucoup plus précocement dans les régions⁹. Mc Cord écrit qu'en 1963, ils étaient 5000 "clinical officers", à opérer en Tanzanie¹⁰.

Un coût plus accessible.- L'aspect économique présente également un argument de poids en faveur de la délégation de compétences chirurgicales dans les pays à faible revenu. Il a été calculé que la formation d'un chirurgien exigeait de l'état au Mozambique un débours 3 à 4 fois plus élevé que, celle d'un "tecnico de cirurgia". De plus, les coûts de déploiement et de fonctionnement ne sont pas comparables. En effet, le salaire d'un soignant intermédiaire s'élève à 38,87 dollars, celui d'un chirurgien à 144,1 dollars pour une charge de travail comparable⁹.

Une plus grande accessibilité aux soins de qualité.- Ce programme offre l'opportunité de combler un vide dans les milieux défavorisés, pour les urgences obstétricales, chirurgicales et traumatologiques. Déjà en 1999, Fernando Vaz a effectué l'évaluation des activités des "surgical officers" au cours de l'année 1995⁸. Il a relevé la grande variété d'interventions assumées, avec succès, dans les hôpitaux ruraux du Mozambique. Ils ont pratiqué en urgence : césariennes, hydrocélectomies, herniorraphies,

appendicectomies, poses de fixateurs externes sur fractures ouvertes, trépanations, amputations, et tant d'autres actes chirurgicaux salutaires, dans des régions jadis dépourvues d'assistance médicale.

FAIBLESSES DE LA STRATEGIE DE DELEGATION DE COMPETENCES MEDICALES

Partout où la politique de délégation de compétences chirurgicales a été implantée, des voix se sont élevées pour s'opposer à sa mise en œuvre. Ce sont en tout premier lieu les universités et les organisations corporatives du domaine sanitaire qui réagissent négativement. Leurs objections se justifiaient par l'anticipation d'une baisse de la qualité des soins. Mais, les recherches ont établi que ces craintes n'étaient pas fondées.

Sur 7080 interventions, pratiquées en urgence ou en sélectif par les "tecnicos" et révisées par le professeur Vaz⁸, il a été relevé des taux de mortalité remarquablement bas, soit respectivement de 0,4% et 0,1%. En 2011, D. Wilson¹⁰ a publié une révision de six études quantitatives de cohorte, publiées entre 1989 et 2009, comparant les résultats de chirurgies pratiquées par des obstétriciens et des soignants intermédiaires. Les différences de performance furent statistiquement non-significatives.

Des problèmes surviennent cependant quand l'encadrement de ces professionnels n'est pas adéquat. Situation qui prévaut, lorsque l'état et le monde médical les laissent à l'abandon. Il faut une sélection rigoureuse des candidats, une préparation scientifique et éthique et un accompagnement adéquat.

STRATEGIES POUR UNE REFORME REUSSIE

La difficulté à déployer et à retenir les soignants dans les zones rurales défavorisées a un effet des plus pernicieux sur les systèmes de santé des pays à faible revenu. Lehmann et ses collaborateurs⁷, ont trouvé que bien plus que les bas salaires, ce sont les mauvaises conditions de travail, le manque de supervision, la carence en équipement et en infrastructure qui sont à l'origine des défections des professionnels qualifiés. Elle a préconisé, pour leur rétention, les stratégies suivantes :

- Un recrutement ciblé de candidats ayant complété leurs études classiques, issus des régions ou y ayant travaillé dans le domaine sanitaire, engagés à servir leur localité ;
- Un entraînement adapté aux besoins du service rural ;

- Des salaires plus substantiels et des incitatifs, en zone reculée ;
- L'amélioration des conditions de travail ;
- La mise en oeuvre d'un programme d'éducation continue ;
- Une supervision rigoureuse ;
- L'amélioration des conditions générales de vie dans les régions.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Haïti a besoin d'une réforme sanitaire profonde, pour aboutir à l'amélioration notable de ses indicateurs de santé. L'un des volets de cette réforme visera inévitablement l'augmentation du nombre des soignants et une répartition plus équitable de ces professionnels sur le territoire. Moultes options sont envisageables. Ce texte en propose une : la *délégation directe de compétences médicales*.

Eprouvée dans certains pays d'Afrique depuis des décennies, cette stratégie de création cèle de soignants intermédiaires doués de compétences médico-chirurgicales, a montré son efficacité. Il est évident que l'implantation de cette politique dans le milieu haïtien nécessitera une étude de faisabilité préalable aux fins d'évaluer l'opportunité.

La volonté politique, un cadre légal, la création et la mobilisation de ressources adéquates, ainsi que le support de l'Université et des sociétés savantes sont des atouts incontournables, à rechercher à tout prix, par un plaidoyer opiniâtre. En outre, pour connaître le succès, un tel programme se devra d'être accepté par le monde rural, supporté par celui des soignants, adéquatement planifié et financé, puis, rigoureusement contrôlé et évalué par les responsables nationaux de santé.

REFERENCES

1. Dubois CA, Brunelle F, Rousseau C : *Analyse et Projection: Recensement des Ressources Humaines en Santé en Haïti*. (PARC, 2007).
2. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z: *L'évaluation Concepts et Méthodes: Presses de l'Université de Montréal*, 2009.
3. Champagne F, Contandriopoulos AP, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H : *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*.
4. Dovlo D : *Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health* 2004, 2(7). 23.
5. Mullan F, Frehywot S : *Non physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. Lancet* 2007; 370: 2158–63.
6. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T: *Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Services Research* 2008, 8:19.
7. Vaz F, Bergström S, Luz Vaz M, Langa J, Bugalho A : *Training medical assistants for surgery. Bulletin de l'OMS* 1999, 77 (8).
8. Kruk M, Pereira C, Vaz F, Bergstrom S, Galea S: *Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007, 114:1253-1260.
9. McCord C, Mbaruku G, Pereira C, Nzabuhakwa C, Bergstrom S: *The quality of emergency obstetrical surgery by assistant medical officers in Tanzanian district hospital. Health Affairs* 2009, 28(5).
10. Wilson A, Lissauer D, Thangaratnam S, Khan KS, MacArthur C and Coomarasamy A: *A comparison of clinical officers with medical doctors on outcomes of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. BMJ* 2011; 342: d2600.

L'EXPERIENCE ORLO CLINIQUE : UNE SOLUTION DE SURVIE POUR LA PRATIQUE MEDICALE HAITIENNE

Marie-Maud NAZON, MD ; Brigitte HUDICOURT, MD ; Françoise ROCOURT, MD ; 2012

La Clinique ORLO S.A. est une société anonyme composée de 7 médecins, non satisfaits de la pratique traditionnelle médicale en Haïti, qui ont décidé de se mettre ensemble pour travailler en équipe. Elle est constituée de 5 ophtalmologues : Brigitte Hudicourt, François Romain, Claudette Carré, Mike Maingrette, Françoise Rocourt ; et de 2 Oto Rhino laryngologues chirurgiens cervico-facial : Patrick Jean-Gilles et Marie-Maud Nazon.

Le personnel administratif comprend : un comptable, une infirmière, une auxiliaire, cinq secrétaires, un chauffeur, et quatre membres du personnel de soutien.

Historiquement, la Clinique ORLO a pris naissance en juillet 2002 à l'ancienne clinique Georges Hudicourt, avec quatre ophtalmologues et un ORL. En 2004, un autre ophtalmologue a rejoint le groupe et en octobre de la même année, la parution de l'article créant la société dans Le Moniteur a fait de la ORLO S.A. une réalité. Enfin, en 2006, un autre ORL s'est joint aux actionnaires réalisant ainsi un total de 7 médecins.

Pourquoi ORLO S.A. ?

Tout d'abord, « ORLO » pour **O**to **R**hino **L**aryngologie et **O**phthlalmologie, deux branches médicalement et traditionnellement liées. De plus, une société anonyme parce que c'est le seul cadre légal qui permet de séparer totalement les biens personnels des actionnaires de ceux de la société proprement dite.

En fait, ORLO S.A. représente une société anonyme, offrant des services médicaux, mais enregistrée au Ministère du Commerce. C'est une innovation en Haïti.

Pourquoi choisir de travailler en équipe ? Cette formule nous permet :

- De nous assurer d'une certaine sécurité financière avec un plus gros volume de patients,
- D'acquérir une meilleure expérience professionnelle avec plus de cas cliniques,
- De faire de grands investissements à moindre coût personnel et à plus grande rentabilité,
- De faciliter les échanges scientifiques et les discussions de cas,
- De suivre des modules de formation continue et de développement personnel de façon régulière,
- De participer à la formation de médecins et d'assistants,

- De pouvoir diversifier nos activités,
- Enfin et surtout **d'améliorer la qualité des soins offerts et l'accessibilité à un plus grand nombre.**

C'est en pratiquant la médecine que nous avons compris que notre formation avait certaines failles : elle ne nous avait pas du tout préparé à gérer une entreprise, ni à la considérer comme un commerce qui doit nous être profitable tout en accomplissant la tâche première de tout médecin : celle de soulager la souffrance humaine.

Nous devons pouvoir vivre de notre profession. Nous vendons nos compétences: nos connaissances académiques, notre capacité de communiquer, notre habileté chirurgicale, notre temps, notre expérience.

Nous devons également créer des structures et des conditions sans lesquelles la pratique de la médecine devient difficile comme : un environnement propre et adéquat, une source d'énergie stable et de bonne qualité, un personnel bien formé pour l'accueil, la prise en charge, l'assistance au médecin, un système de communication fonctionnel, une structure de gestion bien rodée, un système de comptabilité performant, des moyens de locomotion fiables. En plus, l'investissement de base en équipement (surtout dans ces deux spécialités) est lourd.

Cependant, l'investissement le plus important reste le médecin lui même :

Tout médecin du 21^{ème} siècle a 10 à 15 ans de formation post scolaire, doit maîtriser les nouvelles technologies, doit suivre une formation continue pendant toute sa carrière professionnelle avec pourtant une durée de vie professionnelle limitée (surtout chirurgicale).

Tout ceci représente une charge financière importante et les services offerts sont souvent trop coûteux par rapport au pouvoir d'achat de la population, ce qui contribue à une diminution du nombre de patients et la perte de l'habileté chirurgicale du médecin.

Nous ne voulions pas d'une médecine au rabais ni une qui ne pourrait nous permettre de desservir qu'une petite portion de la population haïtienne. Nous avons donc décidé d'utiliser la puissance d'un levier : le travail en équipe. Cette manière de fonctionner nous apporte l'avantage de frais fixes réduits: espace (local) - entretien

- secrétariat - matériel de bureau - personnel, d'amortissement plus rapide avec utilisation avant dépréciation de l'équipement et des plateaux chirurgicaux, des prix préférentiels lors de l'achat du matériel médical et chirurgical à usage unique en gros, de la couverture des frais de la clinique ainsi, la possibilité de faire de nouveaux investissements.

En plus des avantages scientifiques et économiques, la pratique en groupe permet d'avoir une présence régulière de médecins à la clinique et une diminution du temps d'attente des patients.

Elle rend possible la collaboration avec d'autres partenaires comme CBM, Handicap International, Orbis, et nous permet de donner un crédit aux assurances: GSP, Multimed.

Enfin, elle permet une diversification du travail avec déplacements des médecins en d'autres lieux.

Le bilan après 10 ans.

I- C'est d'abord ce que nous offrons comme

Services:

- Tests paracliniques spécialisés disponibles : Champ visuel - Auto réfraction - A-scan - Audiométrie - Tympanométrie - Naso laryngoscopie.
- Une salle d'opération à la clinique ORLO pour les cas sous anesthésie locale,
- Le matériel et l'équipement chirurgical spécialisés à la salle C du Canapé Vert pour les cas sous anesthésie générale ou les cas majeurs sous anesthésie locale
- Concept du "one stop shopping" avec la disponibilité de la majeure partie des médicaments spécialisés prescrits, des verres correcteurs et, bientôt, les prothèses auditives,
- Service à la communauté avec : Prix préférentiel pour des institutions caritatives comme : Nos Petits Frères et Sœurs - Missionnaires de la charité - FHADIMAC -GHESKIO - MSF - CBM ... Et même la gratuité des soins pour des institutions comme la Société Haïtienne d'Aide aux Aveugles...
- Formation gratuite d'assistants en Ophtalmologie,
- Support à la recherche (UNDH) et aux programmes d'éducation de la population (avec interventions régulières dans certains médias).

II- Nos **statistiques** de mai 2011 à avril 2012 :

- total de patients vus : 14 219
- total de nouveaux patients : 5 753 soit 40 % du total
- en moyenne : 1 185 patients / mois et 480 nouveaux cas / mois
- consultations : 80 % = adultes > 16 ans et 20% = enfants < 16 ans
- consultations : ORL = 30 % Ophtalmologie = 70 %
- SOP ORL à ORLO = 5 cas SOP ORL hors de ORLO = 42 cas
- SOP Ophtalmo à ORLO = 292 cas SOP Ophtalmo HCV (Canapé Vert) = 28 cas

III- Le bilan comprend également **les leçons** durement apprises comme : la gestion de nos cliniques, la pratique d'une médecine adaptée aux réalités de notre environnement, la connaissance de la fiscalité et du code du travail, la création d'un système de statistiques et d'auto évaluation.

La leçon la plus importante a été de comprendre que la survie de l'institution doit être basée sur la communication et la consultation constante grâce à des réunions administratives hebdomadaires, des règlements internes bien définis, l'accent sur les relations humaines entre médecins, employés, patients et, finalement, une évaluation annuelle du travail accompli avec remise en question et remise en perspective de la vision à long terme.

L'avenir, mais déjà un présent : La fondation ORLO pour nous permettre d'atteindre certains buts, tels, de desservir toutes les couches socio-économiques, renforcer l'Institution avec augmentation et amélioration des services et des capacités de formation et établir des cliniques satellites en dehors de Port-au-Prince.

En fin de compte, pour nous, les clés du succès du travail en équipe sont de :

- Définir clairement la vision commune à long terme
- Apprendre à maîtriser chaque étape du parcours
- Apprendre à dépasser les intérêts immédiats pour se concentrer sur le but final
- **Savoir surtout que l'on doit rendre à la communauté une partie de ce que l'on en a reçu.**

TECHNOLOGIE

Fig. 1 : Naso laryngoscopie



Fig. 2: Auto refraction



Fig. 3 Champ visuel



Fig.5: Examen de l'oeil

CONSULTATIONS

Fig. 4: Fond d'oeil



FACILITES

Fig. 6 Lunetterie



Fig. 7 Salle de consultation



Fig 8 Salle de conférence



Groupe Santé Plus



L'assurance d'un service de qualité !



Notre compagnie de distributions de produits pharmaceutiques a été créée en 1955 par Marcel et Betsy Villedrouin. Depuis 1973, elle fonctionne sous le nom commercial M. Villedrouin & Co. Succrs.

La Mvco assure la distribution des produits pharmaceutiques et nutritionnels des Laboratoires Européens et Américains notamment Alter Farmacia, AstraZeneca, IREX, Mead Johnson Nutrition, Pfizer et SevenSeas. Elle possède les compétences et agréments nécessaires pour prendre en charge tout type de produits. Elle est dotée d'une infrastructure informatique performante pour une communication accrue avec tous ses partenaires.

Notre personnel commercial et logistique assure une prestation de très haute qualité auprès du corps médical, des pharmacies, des hôpitaux, des épicerie et des grossistes.

Mvco, une entreprise engagée pour l'amélioration de la santé et pour la promotion de la recherche.

M. Villedrouin & Co. Succrs. Siège social : 83 rue Capois
Comptoir de vente : 9 Rue Marcelin
Port-au-Prince, Haiti HT 6110
Email: Clientele.mvco@gmail.com

