

UNIVERSITE DE PARIS DESCARTES
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE PARIS

Année 2012-2013

N°

THESE

pour l'obtention du Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

M. Azriel BISMUTH

Le 30 Octobre 2013

**ETUDE SUR L'ACCES ET L'UTILISATION DES DERIVES MORPHINIQUES DE
PALIER 3 EN HAÏTI**

JURY

Professeur Jérôme PEIGNE, Président du jury
M. Olivier BOURDON
Mlle. Joy COHEN

REMERCIEMENTS

Merci à tous les membres du jury d'avoir accordé de votre temps pour la soutenance de ma thèse : Mr Jérôme Peigné, Mr Olivier Bourdon et Mlle Joy Cohen.

Un grand merci à ma famille qui m'a suivi pendant toutes ces années : ma mère et mon père, Yehouda pour ton humour bien fou, Rachel pour ta gentillesse et ton écoute, Hanna pour ta bonne humeur et Elyahou d'avoir eu la force de changer. Les cousins pour ces moments partagés, à mes tantes pour nos virées en soirée et à mes oncles pour leur compréhension.

Un grand merci à tous mes amis avec lesquels j'ai partagé tant de choses : Seb, Jouss, Yo, Marie, Tita, Dam, Charlie, Rom, Tom, uds, Guy, buc, ai, Vlad, les Annes, Bast... (je n'ai plus d'encre)

L'équipe de la pharma, toujours une petite blague entre deux ventes de doliprane.

Bien sur un grand merci pour ceux qui étaient présents en Haïti avec moi : Nadia lezard souris, lolo lux, lola, gesner, joel, sophia, rach, christophe.

Merci à Monsieur BLEAS pour ce mois de formation à Caen et qui m'a été très utile tout le long de ma mission en Haïti.

Merci à Monsieur Kasra MOFARAH, directeur général de PAH, pour son écoute et pour m'avoir soutenu tout le long de la mission en Haïti.

Merci Hélène du temps que tu a accordé pour cette thèse.

Merci à tous ceux qui m'ont encouragé dans mes choix et qui m'ont accompagné pendant ces années.

Une pensée pour tous ceux qui sont absents aujourd'hui.

« Soyons réalistes, exigeons l'impossible »
Che Guevara

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
Liste des abréviations par ordre alphabétique	7
1. Introduction	8
2. Contexte Haïtien	10
2.1 Contexte géographique et socio-économique.....	10
2.2 Le système de santé Haïtien	13
2.2.1 Le système public.....	13
2.2.1.1 Programme de Médicaments Essentiels (PROMESS).....	13
2.2.1.2 Les CDAI	14
2.2.1.3 Les structures sanitaires publiques	15
2.2.2 Les acteurs du systèmes privés de distribution et d’approvisionnement.....	15
2.2.2.1 Les grossistes importateurs/ distributeurs.....	15
2.2.2.2 Les pharmacies privés	16
2.2.2.3 Les structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif.....	16
2.2.3 Les autres acteurs impliqués dans les systèmes d’approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti (partenaires financiers et techniques)	16
2.2.4 Le marché informel	17
2.2.5 Représentation du système de santé Haïtien	18
2.2.5.1 La pyramide sanitaire	18
2.2.6 Le contrôle des morphiniques en Haïti	19
2.2.6.1 Organe Internationale de Contrôle des Stupéfiants (OICS).....	19
2.2.6.2 La Direction de la Pharmacie, des Médicaments et de la Médecine Traditionnelle	20
2.2.6.2.1 Norme et procédures des narcotiques en Haïti	21
2.2.6.2.1.1 Demande d’importation de narcotiques	21
2.2.6.2.1.2 Distribution des Narcotiques.....	22
2.2.6.2.1.3 Méthodes de contrôle de distribution des narcotiques	22
2.2.6.2.1.4 Transmission de rapports des narcotiques.....	22
2.2.6.2.1.5 Importation des précurseurs	23
2.2.6.2.1.6 Prescription de narcotique.....	23
2.2.6.2.1.7 Les procédures du Service de Narcotique	23
2.2.6.2.1.8 Besoins en narcotiques.....	24
2.2.6.2.1.9 Prévision annuelle en narcotiques pour l’OICS (quota national)	25
2.2.6.2.1.10 Procédures de contrôle d’importation et d’utilisation de narcotiques	25
2.3 Quelques chiffres sur la consommation de morphiniques	25

2.4	Douleurs et morphiniques	28
2.5	Définition de la douleur	28
2.6	Signes cliniques	29
2.7	Traitement	30
2.8	Douleurs d'origine nociceptive	30
2.8.1	Les morphiniques	31
2.8.2	Douleurs d'origine neurogène	32
2.8.3	Douleurs d'origine mixte.....	33
2.8.4	Douleurs chroniques	33
2.8.5	Co-antalgiques	33
3.	Etude sur la disponibilité des morphiniques en Haïti : Résultats et recommandations	34
3.1	Contexte de l'étude	34
3.2	Réalisation.....	34
3.3	Matériels et méthodes.....	35
3.3.1	Bénéficiaires.....	35
3.3.2	Méthodologie.....	36
3.3.2.1	Les limites de l'étude	40
3.3.3	Déroulement du projet	41
3.4	Résultat	42
3.4.1	Structures hospitalières publics et privés	42
3.4.2	Agences d'importation et de production	56
3.4.3	Officines.....	58
3.4.4	Oncologues	59
3.4.5	ONG.....	60
3.4.6	Programme de Médicaments Essentiels (PROMESS).....	63
3.5	Discussion	63
3.5.1	Analyses des contraintes	63
3.5.1.1	Barrières liées au marché des morphiniques en Haïti.....	64
3.5.1.2	Barrières liées à l'utilisation des morphiniques par les professionnels de santé.....	66
3.5.1.3	Barrières géographiques	67
3.5.1.4	Barrières liées à l'enregistrement, l'importation et le contrôle.....	67
3.5.2	Recommandations	68
3.5.2.1	Recommandations sur la disponibilité de stupéfiants.....	68
3.5.2.2	Recommandations sur l'utilisation appropriée	69

4. Conclusion.....	72
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	74
ANNEXES	76
Annexe 1 : Posologie des antalgiques chez l'enfant et l'adulte	76
Annexe 2 : Les grilles d'entretiens	77
Annexe 3 : Objectifs et indicateurs	81
Annexe 4 : Convention unique de 1971.....	83
Annexe 5 : Convention unique de 1961.....	84
Annexe 6 : Directives rédigées par l'OMS.....	85
LISTE DES FIGURES	89
LISTE DES ILLUSTRATIONS PHOTOGRAPHIQUES	94
LISTE DES TABLEAUX.....	94
FICHE SIGNALÉTIQUE	95

Liste des abréviations par ordre alphabétique

AGPCO : Agence d'Approvisionnement des Pharmacies Communautaires
AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
CDAI : Centre Départementale d'Approvisionnement en Intrants
CTC : Centre de traitement du choléra
CTU : Unité de traitement du choléra
CMM : Consommation mensuelle Moyenne
DCI : Dénomination Commune Internationale
DPM/MT : Direction de la Pharmacie et du Médicament / Médecine traditionnelle
DSF : Douleurs sans Frontières
FAO : Food and Agriculture Organization
HCR : Hôpital Communautaire de Référence
HIV : Human Immunodeficiency Virus
HUEH : Hôpital Universitaire d'Etat d'Haïti
INCB : International Narcotics Control Board
IV : Intraveineux
MNU : Médicaments Non Utilisés
MSF : Médecins Sans Frontières
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
OICS : Organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS : Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PROMESS : Programme de Médicaments Essentiels
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNC : Système Nerveux Central
SRO : Soluté de Réhydratation Orale
SSPE : Services de Santé de Premier Échelon
UCS : Unité Communale de Santé
UNICEF : United Nations Children's Fund
UNFPA : United Nations Population Fund
USAID : United States Agency for International Development

1. Introduction

Pendant de nombreuses années, la consommation mondiale de stupéfiants et de substances psychotropes a été inférieure aux niveaux requis pour les traitements les plus élémentaires. Grâce à la prise de conscience de plus en plus aiguë de la valeur thérapeutique des substances placées sous contrôle et aux efforts déployés par la communauté internationale, elle a pu être sensiblement augmentée. Toutefois, si elle l'a été dans plusieurs régions du monde, elle est intervenue pour l'essentiel dans un nombre limité de pays, notamment de trois régions: Amérique du Nord, Europe et Océanie. Dans certains pays ou régions, elle a stagné, voire reculé. Aussi longtemps que ces drogues resteront inaccessibles à une grande majorité de la population mondiale, les patients ne pourront jouir des droits que leur confère la Déclaration universelle des droits de l'homme en matière de santé.

La plupart des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues sont indispensables dans la pratique médicale. Les analgésiques opioïdes tels que la codéine et la morphine, ainsi que les opioïdes semi-synthétiques et synthétiques, sont des médicaments essentiels pour le traitement de la douleur. Les préparations pharmaceutiques contenant des substances placées sous contrôle international jouent un rôle essentiel dans le traitement médical de la douleur et de la souffrance.

Les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues restent très efficaces pour prévenir le détournement de drogues des circuits licites vers les marchés illicites et protéger la société des conséquences de la toxicomanie. Toutefois, de nombreux pays n'attachent pas la même importance à l'autre objectif des traités, qui est d'assurer une disponibilité suffisante des substances placées sous contrôle. Les mesures prises par les gouvernements pour prévenir l'usage illicite et le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes ne doivent pas entraver l'usage qui en est fait à des fins médicales. Les gouvernements doivent répondre au double objectif des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, à savoir prévenir le détournement et l'usage illicite des substances placées sous contrôle international et assurer leur disponibilité à des fins légitimes. Cet équilibre devrait se traduire dans les lois et réglementations nationales relatives au contrôle des drogues.

Pour améliorer l'accès à ces drogues essentielles à des fins médicales et scientifiques, il faut d'abord recenser les obstacles rencontrés, qui sont nombreux. Si les considérations

économiques peuvent jouer un rôle en ce qui concerne le coût élevé des médicaments, il existe des préparations peu onéreuses, et les pays qui utilisent ces dernières prouvent qu'il est possible de surmonter des obstacles d'ordre économique. Des problèmes d'ordre systémique ou réglementaire peuvent aussi être à l'origine d'une disponibilité insuffisante des substances placées sous contrôle.

Si des mesures ne sont pas prises de toute urgence pour remédier à la situation, le fossé qui existe entre les pays à forte consommation et les pays à faible consommation risque de se creuser, ce qui continuera d'infliger inutilement de la douleur et de la souffrance dans de nombreux pays.

En Haïti, la gestion des substances sous contrôle se fait par la Direction de La Pharmacie et du Médicament via le Service des narcotiques qui a pour rôle principal le contrôle de ces substances. Il n'existe pas au sein du ministère un service qui permet la promotion de l'utilisation des dérivés morphiniques.

Douleurs Sans Frontières (DSF) Organisation Non Gouvernementale française est présente en Haïti depuis le tremblement de terre.

Afin de prendre en charge les douleurs des patients suite au tremblement de terre, DSF a mis en place la Clinique d'évaluation et de traitement de la douleur dans l'hôpital de la capitale, à Port-au-Prince. Mais le manque cruel de morphinique sur le sol Haïtien, Haïti est classé dernier dans les Amériques en ce qui concerne la consommation des morphiniques, ne permet pas de dispenser un traitement efficace au patient.

Il est nécessaire d'étudier la disponibilité des morphiniques en Haïti afin de comprendre le circuit des morphiniques et d'améliorer par la suite la prise en charge de la douleur par les antalgiques de palier 3.

2. Contexte Haïtien

2.1 Contexte géographique et socio-économique

Haïti est un État situé dans la partie occidentale de l'île d'Hispaniola, la plus grande des îles des Antilles après Cuba, bordée au nord par l'Atlantique, au sud par la mer des Caraïbes et séparée de Cuba à l'ouest par le canal du vent. La République dominicaine occupe la partie Est de l'île. Le pays est constitué principalement de chaînes montagneuses entrecoupées de deux grandes vallées et bordées de plaines côtières. La partie centrale, le long de la frontière dominicaine, forme un grand plateau d'altitude. Le principal fleuve est l'Artibonite.

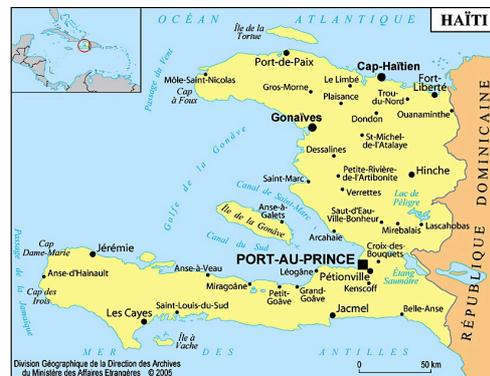


Figure 1 : Carte de la République d'Haïti

Les langues sont le créole (langue parlée par la majorité de la population) et le français (langue d'apprentissage scolaire et des médias)

La superficie de la république d'Haïti est de 27 750 km² avec une population d'environ dix millions d'habitants. Elle est constituée de 10 départements.

La capitale d'Haïti est Port-au-Prince avec 3 millions d'habitants.

Depuis la constitution de 1987 le Président, actuellement Michel Martelly, est élu pour 5 ans au suffrage universel direct. Il ne peut exercer deux mandats consécutifs ni en briguer un troisième. Il désigne le Premier ministre, actuellement Laurent Lamothe, dont la nomination doit être ratifiée par le Parlement. Le gouvernement est responsable devant le Parlement.

Haïti, le pays le plus pauvre des Amériques, seul État du continent à faire partie du groupe des Pays les moins avancés (PMA), est classé 161^e par le Programme des Nations Unis pour le développement (PNUD) en termes de développement humain (sur 182 États). Les trois quarts de la population vivent dans la pauvreté (78% avec moins de 2 US\$/jour/personne), la moitié de la population survivant même dans un état d'indigence avec moins de 1 US\$/jour. Plus d'un Haïtien sur quatre est sous-alimenté et Haïti fait partie de la vingtaine de pays identifiés par la Food and Agriculture Organization (FAO) comme particulièrement vulnérables dans ce domaine.

En ce qui concerne la santé materno-infantile c'est le problème sanitaire le plus préoccupant. En effet, la mortalité infantile en Haïti est la plus élevée de la région des Amériques, 59 décès pour 1000 naissances en vie (entre 2007 et 2012) contre 20,44 pour la République Dominicaine et la mortalité maternelle demeure parmi les plus élevées du monde, 350 pour 100 000 naissances vivantes, Haïti est classé au 33^e rang sur 183 pays en développement. D'autre part, peu de femmes en âge de procréer ont accès à des méthodes contraceptives modernes (31% avec 18,5% de pilule). Parmi les autres problèmes majeurs de santé en Haïti, on peut citer les infections respiratoires aiguës (taux de croissance de 5,94% en 2010), les diarrhées (dont le choléra), la malnutrition, le paludisme (incidence de 6,17% en 2010). La dengue, la typhoïde et à un degré moindre le VIH (prévalence de 1,96% en 2010).

Le 12 janvier 2010 à 16h58, heure locale¹, Haïti est dévastée par un tremblement de terre d'une magnitude de 7.0 sur l'échelle de Richter. La secousse, dont l'épicentre est situé à environ 15 km à l'ouest de la capitale haïtienne, touche durement Port-au-Prince, mais aussi les villes avoisinantes de Carrefour, Jacmel et Léogane qui sont détruites à 80%. Selon les données recueillies après ce séisme le plus violent qu'ait connu Haïti depuis 200 ans, il a provoqué la mort de plus de 200 000 personnes et en a blessé plus de 300 000 autres, dont un nombre considérable ont dû subir une amputation. Après cette catastrophe on a compté environ 1,3 million de personnes déplacées et sans abri dispersées dans plus de 1 350 sites à travers la capitale. Aux pertes en vies humaines s'ajoute le très lourd bilan de l'impact sur les infrastructures avec plus de 105 000 résidences détruites et 208 000 autres endommagées. Ce sont aussi 1 300 écoles, 50 hôpitaux ou centres de santé et 30 000 immeubles commerciaux qui ont disparu dans le gravier et la poussière. La majorité des bâtiments abritant les ministères et l'administration publique, y compris le Palais présidentiel, le Palais de justice et les postes de police, ont été partiellement ou entièrement détruits.

¹ Ministère des affaires étrangères françaises. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/haiti/presentation-de-haiti/> Consulté le 17 Juillet 2013

En Octobre 2010 suite aux déversements de latrine par les casques bleus népalais dans le fleuve de l'Artibonite, Haïti fut infesté par le choléra. Au mois de Juillet

Tableau 1 : Evolution du choléra en Haïti

	5 ans et +		Tout âge	
	Cumulatif jusqu'à la date sélectionnée	Journalier	Cumulatif jusqu'à la date sélectionnée	Journalier
Cas Vus	576395	69	665845	86
Cas Hospitalisés	328917	47	368840	53
Exécutés	324175	46	363600	52
Décès Institutionnels	4742	1	5240	1
Décès Communautaires	2806	0	2943	0
Décès Totaux	7548	1	8183	1
Létalité Hospitalière	1.4%	2.1%	1.4%	1.9%
Létalité Globale	1.3%	1.4%	1.2%	1.2%

2013, le Ministère de la Santé Public et de la Population (MSPP) a dénombré 665 845 cas infectés et 8183 décès du au choléra depuis le début de l'épidémie.

Haïti est l'un des pays les plus vulnérables à l'impact des catastrophes naturelles en raison de sa position géographique, son contexte géologique et de la fragilité de son environnement. Le pays est localisé sur la trajectoire des ouragans de l'Atlantique et est exposé à des tempêtes importantes de juin à novembre.

Dans le domaine agricole, l'année 2012 en Haïti a été marquée par une succession de catastrophes naturelles et crises qui ont eu un impact négatif sur la production agricole et la sécurité alimentaire des ménages dans les zones affectées par la sécheresse due à des manques de pluie d'environ 45 jours en fin de printemps mai et juin, la tempête tropicale Isaac le 25 aout 2012 et l'Ouragan Sandy le 25-26 octobre 2012.

2 MSPP : *Rapport journalier du choléra en Haïti Juillet 2013*

http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120&Itemid=1 Consulté le 18 Juillet 2013

2.2 Le système de santé Haïtien

2.2.1 Le système public

2.2.1.1 Programme de Médicaments Essentiels (PROMESS)

PROMESS est la principale agence d'approvisionnement en Médicaments Essentiels et matériel médical de la République d'Haïti. PROMESS a été créée en 1992 pendant la période de l'embargo, suite à la faillite du précédent système d'approvisionnement des pharmacies communautaires (AGAPCO).

PROMESS a été fondé grâce aux contributions financières de la Banque Mondiale, de Coopérations bilatérales (France, Suisse, Hollande, USAID, Canada) et multilatérales (UNICEF, UNFPA, Commission Européenne), autant de partenaires qui se regroupèrent au sein du Conseil de Gestion présidé par le Ministre de la Santé Publique.

Depuis 1992, PROMESS est géré comme un projet de l'OPS/OMS en Haïti. Sa mission a été d'assurer la disponibilité d'un choix sélectif de médicaments et consommables de qualité pour les institutions médicales publiques et privées à but non lucratif en Haïti.

Il approvisionne les 13 Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI).

Le tremblement de terre du 12 Janvier 2010 n'a que peu affecté la structure physique de PROMESS. Seuls deux murs de l'entrepôt principal se sont effondrés, mais PROMESS est resté opérationnel. Il a tout de suite été décidé de mettre à disposition (gratuité) les stocks existants à l'ensemble des intervenants impliqués dans les opérations de secours, qu'il s'agisse des structures de soins publiques, privés à but lucratif ou non, des Organisations Non Gouvernementales Internationales ou Nationales, des différents organismes de coopérations multi ou bilatérales. Près de deux millions cinq cents milles dollars de stocks³ ont ainsi été distribués à environ 250 organisations différentes entre le 12 Janvier et fin Février, ce qui représente près de 450 livraisons, plus de 350 000 unités de conditionnement.

³ DPM/MT : *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti ; Haïti ; Mars 2012*

Ce système est resté en vigueur jusqu'au 9 Février 2010, date à laquelle il a été décidé avec le Ministère de la Santé de rationaliser l'offre.

Depuis le début de l'épidémie de choléra le 21 octobre 2010, les médicaments et consommables médicaux destinés au traitement du choléra, ainsi que les produits wash, destinés à la désinfection et à l'assainissement, ont été distribués gratuitement par PROMESS.

En 3 mois, des intrants médicaux pour une valeur de 1,8 million US\$ ont été distribués (dont 1.3M de sachets de Soluté de Réhydratation Orale (SRO) et 600.000 Ringer), soit directement aux acteurs de santé (institutions, ONG) agissant dans les centres de traitement du choléra (Centre de Traitement du Choléra et Unité de Traitement du Choléra (CTC, CTU)) soit indirectement par des pré positionnements dans les 10 départements du pays.

2.2.1.2 Les CDAI

Le secteur public compte 13 CDAI⁴ (certaines Directions Sanitaires Départementales disposant de plus d'un CDAI), ces CDAI représentent les dépôts pharmaceutiques au niveau départemental. Elles sont le lien entre la centrale d'achat PROMESS et les institutions sanitaires publiques et mixtes des différents départements (Pharmacies institutionnelles, ONG).

Les CDAI constituent un maillon extrêmement important dans la chaîne de distribution des médicaments, mais ne jouissent d'aucun statut légal qui garantirait leur autonomie pour une gestion plus saine. Très peu sont gérés par un pharmacien et ont la capacité logistique pour s'approvisionner en médicaments à PROMESS et livrer leurs clients. Au point de vue infrastructures, les espaces de stockage sont limités et ne facilitent pas une gestion optimale des stocks. Le personnel des CDAI est en majorité contractuel et payé le plus souvent avec les revenus de l'institution. Les dépenses pour le fonctionnement des CDAI sont peu élevées et couvrent les salaires des contractuels, les frais de transport et de déplacement, la manutention, le carburant et la location de camion de transport. La marge de profit réalisée varie d'un CDAI à l'autre allant de 10% jusqu'à 25%. Les CDAI devraient s'approvisionner prioritairement auprès de PROMESS mais en cas de rupture, elles peuvent s'approvisionner dans une autre structure de distribution.

⁴ DPM/MT : *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti* ; Haïti ; Mars 2012

2.2.1.3 Les structures sanitaires publiques

Les structures sanitaires publiques dispensent les médicaments et produits sanitaires aux patients. Ils devraient s'approvisionner exclusivement auprès des CDAI.

En Aout 2011, le MSPP a dénombré 106 hôpitaux dont 45 en public.

2.2.2 Les acteurs du système privé de distribution et d'approvisionnement

En 2012-2013, le secteur privé d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti est constitué de :

- 3 laboratoires privés de production locale, mais ne couvrant qu'une faible part du marché.
- 41 Agences d'importation et de distribution dont 1/3 sont situées à Port-au-Prince
- 158 pharmacies privées enregistrées à la DPM/MT

Les établissements pharmaceutiques ne satisfont pas toujours aux normes de bonnes pratiques de stockage et de distribution. De plus, en Haïti, dans le système d'importation, les agences de produits pharmaceutiques sont des représentants exclusifs d'un ou plusieurs laboratoires et assurent à la fois la promotion, l'importation, et la vente en gros des produits fabriqués par les laboratoires qu'ils représentent. Ce système crée un monopole sur les médicaments qui handicape la disponibilité des médicaments dans le pays.

2.2.2.1 Les grossistes importateurs/ distributeurs

Les grossistes importateurs/distributeurs agréés en Haïti assurent essentiellement l'approvisionnement des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif en médicaments génériques ou sous nom de marque. Les conditions d'ouverture et d'exploitation des grossistes sont régies par la DPM/MT, l'autorisation d'exploitation est conditionnée par la présence obligatoire d'un pharmacien dont le nom doit figurer dans la demande d'autorisation.

Les grossistes sont tenus d'approvisionner les structures légalement ouvertes et de garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques nécessaires à la prise en charge des pathologies prédominantes en Haïti. Les grossistes doivent tenir un registre client accessible lors des inspections pharmaceutiques effectuées par la DPM/MT pour la vérification de l'identité et du statut des clients.

2.2.2.2 Les pharmacies privés

Les officines pharmaceutiques dispensent les médicaments et produits sanitaires aux patients. Elles s'approvisionnent principalement chez les grossistes importateurs/distributeurs. Il existe plus de cinq cent pharmacies dans la région métropolitaine. Seulement 158⁶ sont autorisées sur tout le territoire. L'autorisation de fonctionnement accordée par la Direction de Pharmacie est d'une année renouvelable. Les pharmacies privées s'approvisionnent au niveau des agences et des laboratoires locaux.

2.2.2.3 Les structures sanitaires privées à but lucratif et à but non lucratif

Les structures sanitaires privées à but lucratif (Polycliniques, cliniques, cabinets médicaux) et à but non lucratif (confessionnels, ONG) dispensent les médicaments aux patients. Elles s'approvisionnent auprès des grossistes importateurs/distributeurs et à PROMESS.

En Aout 2011 le MSPP a dénombré 38 hôpitaux privés et 23 hôpitaux mixtes.

2.2.3 Les autres acteurs impliqués dans les systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti (partenaires financiers et techniques)

En plus des secteurs public et privé d'approvisionnement et de distribution, d'autres acteurs sont impliqués ou peuvent intervenir dans les systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques.

Parmi ces partenaires, on compte :

- 9 ONG
- 6 partenaires multilatéraux,
- 1 partenaire bilatéral,
- 1 partenaire privé

Bien que généralement les partenaires aient un rôle de financeur et/ou d'appui technique (et non de substitution), on constate que 10 partenaires jouent le rôle d'agence d'approvisionnement. Ils assurent donc l'achat et l'importation des produits pharmaceutiques pour Haïti. Ainsi, 10 partenaires se substituent aux systèmes nationaux d'approvisionnement

6 MSPP : *Liste des établissements pharmaceutiques autorisés 2012-2013* ; Haïti. 2012

(PROMESS et/ou aux grossistes importateurs privés) pour l'achat/importation des produits pharmaceutiques en Haïti (non alignement selon la Déclaration de Paris).

Huit partenaires stockent et gèrent les médicaments. Ils se substituent donc aux structures sanitaires publiques.

2.2.4 Le marché informel

Depuis une quinzaine d'années, le marché illicite des médicaments a pris un essor considérable. Au début, il ne s'agissait que de détournements de médicaments non utilisés (MNU) qui transitaient par des milliers d'associations peu soucieuses des législations pharmaceutiques des pays pauvres. Sous couvert d'aide humanitaire, et avec la bénédiction des autorités des pays riches, l'exportation de MNU est devenue monnaie courante.

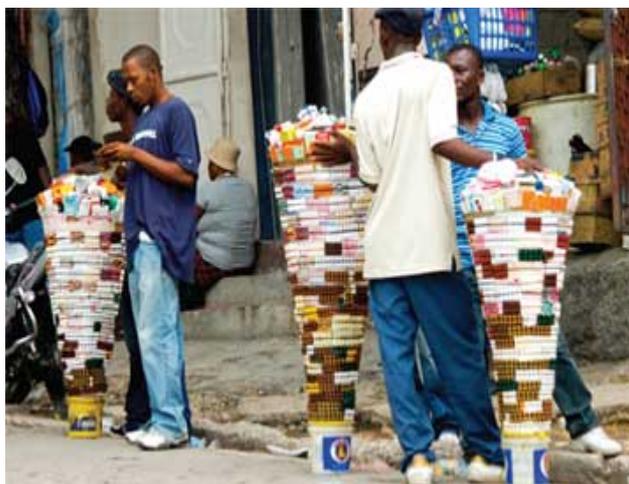


Illustration 1 : Vendeurs ambulants de médicament

Une véritable manne pour de nombreux petits vendeurs de rue qui avaient enfin trouvé un « métier » très rémunérateur pour faire vivre leurs familles : vendeur de médicaments, tout à la fois médecin prescripteur et pharmacien, alors que 80% d'entre eux ne savent pas lire. Les populations n'ayant pas d'alternative, le marché ne pouvait que prospérer. Un marché où la demande continuait cependant à excéder l'offre et qui attira bientôt l'attention de requins bien plus voraces. Des laboratoires clandestins spécialisés en faux et en contrefaçon se sont développés alors un peu partout dans le monde avec des réseaux organisés et protégés par des personnages influents. Au cours des années 90⁷, et sous le regard passif et peu concerné des pays riches, le trafic de médicaments a explosé dans tous les pays pauvres où il se taille désormais une part de marché de plus de 25%, voire même dans certains pays de 80%.

7 Le matin : les médicaments en vente libre en Haïti : <http://www.lematinhaiti.com/contenu.php?idtexte=30286> Consulté le 21 Juillet 2013

L'utilisation de ces médicaments peut entraîner un échec thérapeutique ou l'apparition d'une résistance ; elle peut aussi tout bonnement être mortelle.

En 1995, un sirop contre la toux a provoqué 89 décès d'enfants en Haïti.

La vente des produits pharmaceutiques à travers les rues d'Haïti représente un danger pour la population. Cependant, cette pratique devient coutume dans le pays. Dans les rues, dans les marchés publics et dans le transport en commun, ces marchands écoulent régulièrement leurs produits. C'est leur gagne-pain. Ils vendent tous types de médicaments. Comprimés, sirops, des produits naturels, tout y est.

Sous les yeux indifférents, et même parfois complices, des autorités gouvernementales, ces détaillants prescrivent des médicaments que personne n'a contrôlés et dont on ignore l'origine. Parfois, ils affirment avec fierté les avoir composés eux-mêmes.

En Haïti, parmi les vendeurs itinérants, il y a ceux qui écoulent des médicaments volés, notamment des analgésiques pour la douleur, devenus introuvables après le séisme.

Il y a pénurie d'analgésiques et de narcotiques en pharmacie. Et souvent, les hôpitaux sont situés trop loin pour les malades ou les blessés qui ne peuvent se déplacer. Des enfants atteints de la malaria ou de la fièvre typhoïde souffrent dans les camps. Leurs parents sont incapables de trouver des médicaments pour atténuer leurs symptômes. D'autres, gravement blessés lors du tremblement de terre, ont dû aussi tolérer la douleur.

Parallèlement à cette situation, il y a un véritable marché noir de médicaments à Port-au-Prince et dans les différents départements. «Les grands analgésiques à base de codéine, ce sont des substances contrôlées qu'on n'arrive pas à trouver maintenant en pharmacie. C'est plus probable de les trouver en milieu hospitalier. Nous savons très bien qu'il y a des médicaments qui circulent en ville et qui ont été volés», affirme Carl Frédéric Villard⁸, propriétaire d'une pharmacie à Pétion-Ville.

2.2.5 Représentation du système de santé Haïtien

2.2.5.1 La pyramide sanitaire

Le système de santé haïtien est organisé selon une pyramide de soins constituée de trois

⁸ Altermonde : Médicaments contrefaçon et marché illicite
<http://altermondes.org/spip.php?article418> Consulté le 21 Juillet 2013

niveaux :

- Le niveau primaire, base de la pyramide, est constitué d'institutions de proximité, ainsi que de cabinets médicaux et de soins organisés au sein des Unité Communales de Santé (UCS) subdivisé en deux échelons :
 - Le premier échelon, composé d'institutions de base offrant les services de santé prévus par le paquet minimum de services. Ces offres de service comprennent des activités de promotion, de prévention et de soins curatifs délivrés essentiellement en ambulatoire. Ce sont les Services de Santé de Premier Échelon (SSPE). Les cabinets médicaux et de soins concourent à la fourniture des SSPE.
 - Le deuxième échelon, représenté par l'hôpital Communautaire de Référence ou HCR, institution de premier recours au sein de l'UCS pour toutes les institutions du premier échelon. Elle dispose de 4 services de base: médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie
- Le niveau secondaire représente des institutions comme les hôpitaux départementaux ainsi que des cabinets médicaux de spécialité permettant un recours à des soins spécialisés.
- Le niveau tertiaire, sommet de la pyramide, est constitué par les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés

2.2.6 Le contrôle des morphiniques en Haïti

2.2.6.1 Organe Internationale de Contrôle des Stupéfiants (OICS)

Le Conseil international de contrôle des stupéfiants (OICS) est l'organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire pour l'application des conventions relatives au contrôle international des drogues des Nations Unies.

Il a été créé en 1968 conformément à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédents traités relatifs au contrôle des drogues dès l'époque de la Société des Nations.

Du 8 au 11 Avril 2013, une mission de l'OICS a eu lieu en Haïti, avec l'objectif principal d'examiner l'abus de drogues et la situation du trafic dans le pays ainsi que le respect par le gouvernement avec les dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. En particulier, la mission a demandé des informations sur les progrès réalisés dans la

ratification de la Convention de 1971, ainsi que les réalisations dans la lutte contre la toxicomanie et la régulation des marchés informels de substances réglementées. La mission était dirigée par l'ambassadeur (à la retraite) David Johnson membre de l'OICS, accompagné de M. Ronan O'Laoire, agent de contrôle des drogues associé au secrétariat de l'OICS. La dernière mission dans le pays était en 2001. Les conclusions de la mission seront examinées par le Conseil et seront reflétées dans le rapport annuel de l'OICS pour 2013, qui sera publié au début de 2014.

Tableau 2 : Principaux opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 et buprénorphine

Principaux opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 et buprénorphine^a

<i>Alcaloïdes naturels</i>	<i>Opioïdes semi-synthétiques</i>	<i>Opioïdes synthétiques</i>
Morphine	Dihydrocodéine	Dextropropoxyphène
Codéine	Éthylmorphine	Diphénoxylate
Thébaïne	Héroïne	Fentanyl et analogues
Oripavine	Hydrocodone	Cétobémidone
	Hydromorphone	Méthadone
	Oxycodone	Péthidine
	Pholcodine	Tilidine
	Buprénorphine	

^a La buprénorphine est placée sous contrôle en vertu de la Convention de 1971.

2.2.6.2 La Direction de la Pharmacie, des Médicaments et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT)

La Direction de la Pharmacie, des Médicaments et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT) a pour mission la conception, l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie, du médicament et de la Promotion de la Médecine Traditionnelle en Haïti.

A ce titre, elle est chargée :

- De traduire la politique pharmaceutique du Gouvernement en programmes de développement du secteur pharmaceutique
- De mettre en place les mesures nécessaires en vue de la définition de la politique nationale en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles
- De coordonner, avec le Programme des Médicaments Essentiels, la Direction de la Santé de la Famille, la Cellule d'Appui à la Décentralisation Sanitaire,

l'approvisionnement suffisant en médicaments essentiels correspondant aux besoins sanitaires du pays

- D'élaborer et de diffuser la réglementation et les normes en matière de pharmacie et d'analyses de biologie médicale
- D'assurer la promotion du rôle de la Pharmacie au sein du système national de santé
- de contrôler la qualité des médicaments importés sous forme générique ou de spécialité à travers le système d'enregistrement
- D'assurer le plaidoyer auprès des autorités nationales pour la mise en place des mesures politiques et financières en vue de faciliter l'accessibilité des médicaments, notamment aux plus démunis
- De promouvoir des activités de recherche dans le domaine de la Médecine traditionnelle
- D'assurer le suivi et l'évaluation de la consommation nationale en médicaments essentiels.

2.2.6.2.1 Norme et procédures des narcotiques en Haïti⁹

2.2.6.2.1.1 Demande d'importation de narcotiques

Pour faire une demande d'importation de produits narcotiques une institution doit :

- Etre enregistrée à la DPM/MT.
- Avoir un quota de médicaments narcotiques pour l'année en cours.
- Soumettre une demande d'importation en 3 originaux au service des narcotiques de la DPM/MT avec une cotisation de 200 gourdes.

Pour toute exception justifiée et autorisée par la Haute Direction du Ministère de la Santé Publique, la DPM/MT peut accepter une demande d'autorisation d'importation de narcotiques à une institution reconnue par le MSPP ne disposant pas d'un quota; dans ce cas, la quantité commandée est déduite de la réserve de l'état.

⁹ Normes et procédures de la direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle : Juillet 2008

2.2.6.2.1.2 Distribution des Narcotiques

Les agences, centres départementaux d'approvisionnement en intrants (CDAI), pharmacies institutionnelles, pharmacies privées, médecins, centres de santé, hôpitaux sont autorisés à distribuer les produits narcotiques selon les normes établies par la DPM/MT.

2.2.6.2.1.3 Méthodes de contrôle de distribution des narcotiques

Mise à la disposition des institutions concernées des carnets de ventes.

- Le carnet de distribution (vert) pour la vente au niveau des agences
- Le carnet pour les prescriptions (rose)

Les pharmacies doivent avoir une autorisation valide de la DPM/MT avant tout achat de produits narcotiques.

Une autorisation d'achat valable pour un mois est préparée par le service des narcotiques de la DPM/MT pour les pharmacies désireuses de faire l'acquisition de produits auprès d'une agence autorisée.

Pour les pharmacies de province l'autorisation d'achat est préparée par le pharmacien Départemental du département concerné.

Les pharmacies doivent conserver les prescriptions pour faire la conciliation des narcotiques et préparer un rapport de distribution avant chaque demande.

2.2.6.2.1.4 Transmission de rapports des narcotiques

L'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS) dont le siège se trouve à Vienne fait parvenir régulièrement au ministère de la santé de tous les pays différents formulaires à remplir. Ces formulaires dont la liste est mentionnée ci-après sont disponibles à la DPM / MT. Ils sont remplis par le service des narcotiques, supervisés, signés par le/la Directeur (rice) de la DPM/MT et transmis à l'OICS et aux autres institutions concernées. Les copies sont gardées au secrétariat de la DPM/MT.

2.2.6.2.1.5 Importation des précurseurs

Les agences de produits pharmaceutiques, importateurs de produits chimiques, laboratoires d'analyse, usines de transformation et toute autre entreprise utilisant les produits chimiques sont tenus de faire une demande d'autorisation d'importation auprès de la DPM/MT.

Pour faire une demande d'importation de produits précurseurs une institution doit :

- Fournir une lettre d'information sur l'utilisation du produit chimique à importer
- Avoir un quota valide
- Soumettre une demande d'importation en trois originaux au service des narcotiques de la DPM/MT du MSPP
- Payer des frais de 200 gourdes.

Le permis d'importation est délivré par la DPM/MT après analyse par le service des Narcotiques

2.2.6.2.1.6 Prescription de narcotique

La prescription des narcotiques est rédigée dans le carnet à souche d'ordonnance, préparé à cet effet et disponible à la DPM/MT ou sur des ordonnances séparées.

Présentation d'une prescription de narcotiques :

- En-tête avec le nom du médecin ou de l'institution
- Adresse
- Nom du patient
- Date
- Nom du produit, forme et concentration
- Posologie et durée du traitement
- Signature lisible du prescripteur
- Sceau du médecin ou de l'institution

Au cours de l'exécution d'une prescription de narcotique, le pharmacien garde la prescription.

2.2.6.2.1.7 Les procédures du Service de Narcotique

Mode opératoire

Evaluation de la demande

L'évaluation de la demande du permis d'importation est réalisée par le service des narcotiques de la DPM/MT qui vérifie pour chaque produit narcotique l'accord entre la quantité demandée et la valeur disponible en gramme du produit en question pour l'institution.

Pour les précurseurs, le service des narcotiques vérifie le besoin d'utilisation du produit en question par l'institution demanderesse.

La demande d'importation de narcotiques est agréée par la DPM/MT après évaluation.

Si la forme est bien remplie, la quantité demandée pour une molécule est inférieure ou égale au quota prévu pour l'institution.

Pour les précurseurs, l'institution doit justifier la quantité demandée. Puis le permis d'importation de narcotiques est préparé par la DPM/MT.

Le formulaire du permis d'importation est présenté au service des narcotiques en trois originaux remplis par l'intéressé.

Le service des narcotiques, après analyse, complète le formulaire en apposant les signatures autorisées.

Un dossier comprenant les documents suivants est envoyé à la Direction Générale pour signature:

- les formulaires de permis d'importation,
- un mémorandum en trois originaux signé par la Direction de la DPM/MT,
- un mémorandum en trois originaux préparé par le service des narcotiques devant être signé par la Direction Générale du MSPP pour l'institution demanderesse.
- un exemplaire des formes soumises revêtues des signatures usuelles est gardé à la Direction Générale pour les besoins des archives et le reste retourné à la DPM/MT.

Un exemplaire du dossier est envoyé à l'institution demanderesse pour les suites nécessaires.

Un exemplaire est conservé au niveau du service des narcotiques de la DPM/MT.

Le permis d'importation est valable pour six mois. Une prolongation de trente jours peut être accordée sur demande dûment justifiée de l'institution demanderesse

2.2.6.2.1.8 Besoins en narcotiques

Mode opératoire

La prévision en narcotiques pour l'année à venir doit être soumise au plus tard le 31 janvier de l'année en cours à l'OICS. A la première semaine du mois de septembre de l'année en

cours, la Direction de Pharmacie envoie une lettre de rappel d'envoi de quota qui prendra effet dans les 15 mois à venir. Les importateurs sont tenus de faire parvenir leur quota à la DPM/MT au plus tard le 30 novembre

2.2.6.2.1.9 Prévission annuelle en narcotiques pour l'OICS (quota national)

La DPM/MT transmet un rapport annuel concernant les narcotiques à l'OICS.

2.2.6.2.1.10 Procédures de contrôle d'importation et d'utilisation de narcotiques

Mode opératoire

Contrôler l'importation au niveau des agences à partir du permis d'importation et de l'autorisation de dédouanement.

Faire la conciliation entre l'importation et la distribution en utilisant les rapports trimestriels des agences, des laboratoires avec leurs stocks et les rapports mensuels des Institutions suivantes :

- pharmacies
- centres de Santé
- hôpitaux
- cliniques
- ONG
- autres établissements utilisant des narcotiques

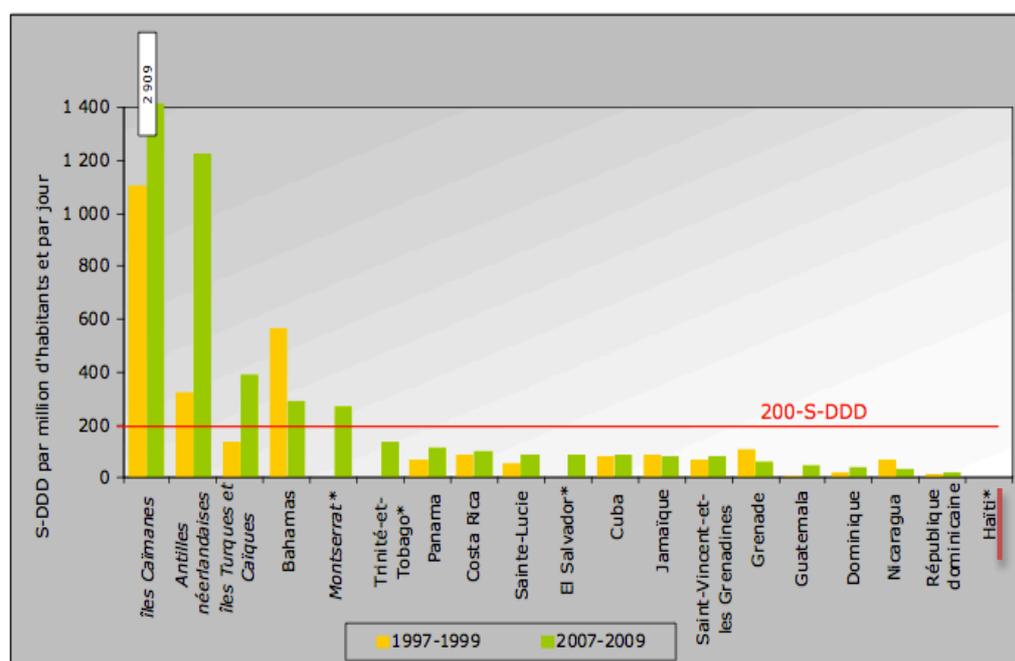
2.3 Quelques chiffres sur la consommation de morphiniques

Selon une enquête faite par l'OICS dans la période de 2002-2004 sur la consommation moyenne d'opioïde médicale dans le monde, 12 pays consomment plus de 10000 doses par million d'habitant alors que 146 pays consomment moins de 1000 doses par million d'habitant,

Tableau 3 : Consommation médicale moyenne d'opioïdes placés sous le contrôle de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, dans la période 2002-2004, exprimée en doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques(S-DDD), par million d'habitants et par jour.

Nombre de S-DDD	Nombre de pays/territoires
> 10 000	12
1 000-9 999	32
< 1 000	146
Données non disponibles	20

En Amérique centrale et dans les Caraïbes, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes sont restés relativement faibles entre 1989 et 2009. Plus de la moitié des pays de la région ont signalé des niveaux inférieurs à 100 S-DDD par million d'habitants et par jour entre 2007 et 2009. Seules les Îles Caïmans et les Antilles néerlandaises ont signalé une consommation supérieure à 1 000 S-DDD par million d'habitants et par jour. Haïti¹⁰ a signalé une consommation moyenne de 2 S-DDD par million d'habitants et par jour. Aucune consommation d'analgésiques opioïdes n'a été signalée à Anguilla, à Antigua-et-Barbuda, à Aruba, à la Barbade, au Belize, au Honduras, aux îles Vierges britanniques et à Saint-Kitts-et-Nevis.



* Données non disponibles, le pays ou territoire n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999

Figure 2 : Amérique centrale et Caraïbes : Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes : 1997-1999 et 2007-2009

10 INCB : Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international. Vienne ; 2010

Selon le rapport annuel de l'OICS de 2010¹¹ concernant la consommation de stupéfiant, Haïti se classe au dernier rang au niveau des Caraïbes et au 35^e rang au niveau des Amériques

Tableau 4: Amérique du Nord, Amérique du Sud, Amérique central et Caraïbes : Consommation moyenne de stupéfiant 2007 à 2009.

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour

Classement régional	Classement dans les Amériques	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
Amérique centrale et Caraïbes												
1	4	29	îles Caïmanes	18	1 465	181	32	89	714	408	2	2 909
2	5	41	Antilles néerlandaises	-	1 080	-	-	82	2	20	45	1 229
3	7	54	îles Turques et Caïques	2	133	-	-	10	151	57	39	392
4	10	58	Bahamas	8	8	-	-	40	96	140	-	292
5	11	59	Montserrat	223	<<	-	-	14	-	35	-	272
6	14	76	Trinité-et-Tobago ^a	-	17	-	-	42	-	78	-	137
7	15	79	Panama	-	104	-	-	7	-	8	-	119
8	16	83	Costa Rica	-	41	-	-	61	-	2	-	104
9	17	84	Sainte-Lucie	29	1	4	-	21	-	36	-	91
10	18	85	El Salvador	-	48	3	-	4	19	16	-	90
11	19	87	Cuba	-	44	-	-	36	-	6	2	88
12	20	89	Jamaïque	2	14	-	-	30	-	40	-	86
13	21	91	Saint-Vincent-et-les Grenadines	1	5	-	-	30	-	49	-	85
14	24	103	Grenade	7	4	-	-	14	-	31	7	63
15	28	114	Guatemala	-	16	21	-	4	4	3	<<	48
16	29	115	Dominique	-	1	-	-	7	-	38	-	46
17	30	118	Nicaragua	-	30	-	-	7	2	<<	-	39
18	32	129	République dominicaine	-	15	-	-	8	1	<<	-	24
19	35	165	Haïti	<<	1	-	-	1	-	<<	-	2
Moyenne régionale: Amérique centrale et Caraïbes				<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
Moyenne: Amériques				31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320

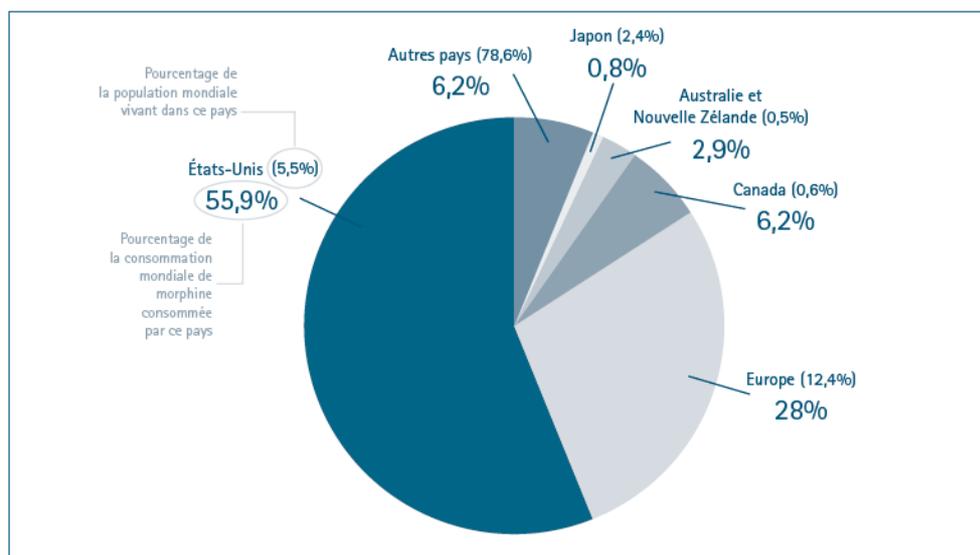
Notes: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Au 1^{er} novembre 2010, le territoire ci-après d'Amérique du Nord n'avait pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives considérées: *Bermudes*; les huit pays et territoires ci-après d'Amérique centrale et des Caraïbes n'ont ni soumis de formulaire statistique ni de données relatives à la consommation pour les trois années consécutives considérées: *Anguilla*, *Antigua-et-Barbuda*, *Aruba*, *Barbade*, *Belize*, *îles Vierges britanniques*, *Honduras* et *Saint-Kitts-et-Nevis*.

^a Le calcul se fait sur la base de données portant sur deux années seulement.

11 INCB : *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international*. Vienne ; 2010

Selon une étude faite par l'OICS en 2009 sur la répartition de la consommation mondiale de la morphine, les pays représentant 21,4 % de la population mondiale représentent 93,8% de la consommation de morphiniques



Les pourcentages indiqués entre parenthèses correspondent à la part de la population mondiale (c'est-à-dire la population totale de tous les pays concernés par le rapport). Source : OICS.

Figure 3 : Répartition de la consommation de morphiniques en 2009

La consommation de dérivés morphiniques en 2010 transmis par l'OICS n'est pas représentative étant donné que la majorité des stupéfiants présents sur le marché Haïtien provenait de don d'ONG suite à au séisme du 12 Janvier 2010.

Sur la consommation de morphinique en 2012, le rapport de l'OICS montre que Haïti se situe à 8 doses par million d'habitant.

2.4 Douleurs et morphiniques

2.5 Définition de la douleur

La douleur est un motif fréquent de consultation. Elle correspond à des processus pathologiques variés. C'est une sensation subjective exprimée différemment selon le patient, à son âge, sa culture. Une démarche diagnostique rigoureuse permettra d'en retrouver la cause dans la plupart des cas. Les notions de douleur aiguë et de douleur chronique sont

fondamentales car elles n'impliquent pas la même démarche thérapeutique vis-à-vis du malade. Il est toutefois essentiel de traiter l'un et l'autre.

2.6 Signes cliniques

– Evaluation de la douleur

- Intensité : l'évaluation régulière de l'intensité de la douleur est indispensable pour établir un traitement efficace. Utiliser une échelle d'auto-évaluation (verbale, visuelle analogique ou numérique) ;
- Circonstances de survenue : brutale, subaiguë ou chronique ; au repos, la nuit, lors d'un mouvement ;
- Localisation : céphalées, thoracique, abdominale, lombaire, articulaire, etc. ;
- Type : brûlure, crampe, spasme, pesanteur, irradiations, etc. ;
- Facteurs aggravants, facteurs de soulagement, etc.

– Examen clinique complet

- De l'organe ou de la région où est localisée la douleur ;
- Recherche de signes spécifiques d'une pathologie sous-jacente (toux, diarrhée, vomissements, brûlures urinaires, etc.) et examen des différents appareils ;
- Signes associés (fièvre, amaigrissement, etc.).

– Synthèse

La synthèse des informations recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique permet de préciser la cause et d'orienter le traitement. Il est important de distinguer :

- Les *douleurs d'origine nociceptive*, par excès de stimulation : il s'agit le plus souvent de douleurs aiguës et la relation de cause à effet est en général évidente. La douleur peut revêtir différentes formes mais l'examen neurologique est normal (ex: douleurs aiguës post-opératoires, brûlures, traumatisme, coliques néphrétiques, etc.). Leur traitement est relativement bien codifié.
- Les *douleurs d'origine neurogène*, dues à une lésion nerveuse (section, élongation, ischémie) : il s'agit de douleurs le plus souvent chroniques. Sur un fond douloureux permanent à type de paresthésie, brûlure, ruissellement, plus ou moins systématisé, se

greffent des composantes paroxystiques à type de décharges électriques, fréquemment accompagnées de troubles neurologiques (anesthésie, hypo ou hyperesthésie). Ces douleurs surviennent dans les infections virales atteignant directement le Système nerveux Central (SNC) (herpès, zona), les compressions tumorales, les douleurs après amputation (membre fantôme), les paraplégies, etc.

- Les *douleurs d'origine mixte* (cancers, HIV) dont le traitement requiert une approche plus globale.
- Les *douleurs d'origine psychogène* sont évoquées après avoir éliminé toutes les causes fonctionnelles possibles : elles répondent en général au traitement de la pathologie psychiatrique sous-jacente (hypochondrie, dépression masquée, etc.).

2.7 Traitement

Le traitement dépend de la nature de la douleur et de son intensité. Il est à la fois étiologique et symptomatique lorsque qu'une cause curable est retrouvée. Il devient uniquement symptomatique dans les autres cas (étiologie non retrouvée, pathologie non curable).

2.8 Douleurs d'origine nociceptive

L'OMS a classé les antalgiques agissant sur ces douleurs en 3 niveaux d'intensité :

Niveau 1 : analgésiques non opioïdes représentés par le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont l'aspirine. Pour les douleurs de faible intensité, de 0 à 3 sur l'échelle numérique.

Niveau 2 : analgésiques opioïdes faibles représentés par la codéine, le dextropropoxyphène et le tramadol. Leur effet est potentialisé par l'association à un antalgique de niveau 1. Pour les douleurs d'intensité modérée, de 4 à 6 sur l'échelle numérique.

Niveau 3 : analgésiques opioïdes forts, dont le chef de file est la morphine. Pour les douleurs sévères, intensité supérieure à 6 sur l'échelle numérique.

Leur utilisation est basée sur quelques concepts fondamentaux :

- Préférence pour les formes orales.
- Administration systématique à heures fixes (et non à la demande).

– Association de plusieurs médicaments.

– Adaptation de la classe thérapeutique et des doses à l'intensité de la douleur (utiliser une échelle d'auto-évaluation).

- Commencer par un antalgique de **niveau 1** en adaptant la dose, si besoin jusqu'au maximum recommandé. L'association paracétamol + Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien (AINS) est plus efficace que le paracétamol ou l'AINS seul.
- Si c'est insuffisant, ne pas changer pour un antalgique de même niveau. Ajouter sans délai un antalgique de **niveau 2** au paracétamol ou à l'association paracétamol+ AINS.
- Si c'est toujours insuffisant, remplacer sans délai l'antalgique de niveau 2 par un antalgique de **niveau 3**.
- Lorsque la douleur est aiguë et sévère, commencer d'emblée par le niveau présumé efficace (ex : antalgique de niveau 3 associé au palier de niveau 1 d'emblée en cas de fracture du fémur).

Le choix du traitement et de la dose est guidé par la réponse du patient qui peut être extrêmement variable selon les individus (annexe 1).

A moins d'impossibilité majeure, le patient est seul apte à évaluer l'intensité de sa douleur

2.8.1 Les morphiniques

La morphine est le traitement efficace d'un grand nombre de douleurs. Ses effets indésirables ont été souvent exagérés et ne doivent pas être un obstacle au traitement.

L'effet indésirable majeur des morphiniques est la dépression respiratoire, qui peut parfois mettre en jeu le pronostic vital. Elle est rare et ne survient qu'en cas de surdosage. C'est pourquoi il est important d'augmenter progressivement des doses. La dépression respiratoire est précédée par un état de somnolence qui doit mettre en alerte et conduire à vérifier la fréquence respiratoire (elle doit rester supérieure à 10 cycles par minute). Un patient en dépression respiratoire doit être fortement stimulé verbalement et physiquement. Si c'est insuffisant, utiliser la naloxone pour antagoniser les effets respiratoires. Dans ce cas, l'effet antalgique sera également antagonisé.

Pour la douleur chronique d'une maladie à un stade évolué, il peut être nécessaire

d'augmenter les doses au fil des mois (cancers, HIV, etc.). Ne pas hésiter à administrer les doses nécessaires et efficaces.

La morphine provoque toujours une constipation. En cas de traitement ≥ 48 heures, prévenir systématiquement la constipation en administrant¹² :

- un laxatif osmotique (lactulose à 66,5% : enfant < 1 an : 5 ml/jour ; enfant de 1 à 6 ans : 5 à 10 ml/jour ; enfant de 7 à 14 ans : 10 ml/jour ; adulte : 10 à 25 ml/jour),
- Ou avec un laxatif stimulant chez l'enfant de plus de 6 ans et l'adulte (bisacodyl : enfant > 6 ans : 5 mg/jour ; adulte : 10 mg/jour).

Les nausées et vomissements sont fréquents en début de traitement, associer métoclopramide (adulte : 15 à 30 mg/jour en 3 prises).

Pour la morphine et la péthidine, l'effet analgésique est dose-dépendant. La buprénorphine, la nalbuphine et la pentazocine possèdent un effet plafond, il est inutile, voire néfaste (majoration des effets indésirables) de dépasser la dose maximale recommandée : l'effet antalgique n'augmentera pas.

La buprénorphine, la nalbuphine et la pentazocine s'opposent aux effets antalgiques de la morphine, de la péthidine, du tramadol, du dextropropoxyphène

Tableau 5 : Prise en charge de la douleur chez la femme enceinte

Niveau de la douleur	Douleurs légères à modérées			Douleurs moyennes	Douleurs intenses
	paracétamol	aspirine	ibuprofène	codéine	morphine
1 ^{er} trimestre	premier choix	éviter	éviter	possible	possible
2 ^{ème} trimestre	premier choix	éviter	éviter	possible	possible
3 ^{ème} trimestre	premier choix	contre-indiqué	contre-indiqué	possible mais durée brève*	possible mais durée brève*
Terme	premier choix	contre-indiqué	contre-indiqué	possible mais durée brève* (risque de sevrage pour le nouveau-né)	possible mais durée brève* (risque de sevrage ou d'imprégnation : surveillance +++ du nouveau-né)

* inférieure à 10 jours si possible

2.8.2 Douleurs d'origine neurogène

12 MSF : *Guide clinique et thérapeutique* ; ISI ; Paris. Novembre 2007

Ces douleurs sont peu, voire insensibles, aux antalgiques usuels et aux anti- inflammatoires.

Leur traitement repose sur l'usage des médicaments d'action centrale :

– **amitriptyline**, lorsque la douleur continue en est la composante majeure. Chez l'adulte : commencer par 10 à 25 mg/jour en une prise le soir puis augmenter graduellement pour atteindre la dose efficace sans dépasser 150 mg/jour en une prise le soir. Réduire la dose de moitié chez les sujets âgés.

– **carbamazépine**, efficace dans la composante fulgurante des douleurs neurogènes. Chez l'adulte : commencer par 200 mg/jour en une prise le soir pendant une semaine, puis 400 mg/jour à diviser en 2 prises (matin et soir) la semaine suivante, puis 600 mg/jour à diviser en 3 prises.

2.8.3 Douleurs d'origine mixte

Dans les douleurs mixtes à forte composante nociceptive, telles celles des cancers ou du sida, la morphine per os est le médicament de choix lorsque les médicaments des paliers inférieurs se sont montrés insuffisants. Elle est associée à des antidépresseurs ou des antiépileptiques.

2.8.4 Douleurs chroniques

Contrairement à la douleur aiguë, le traitement médical, à lui seul, ne permet pas toujours d'obtenir une analgésie suffisante dans la douleur chronique. Une approche pluridisciplinaire faisant appel à la kinésithérapie, la psychothérapie, aux soins d'hygiène, est souvent nécessaire, à la fois pour soulager le patient et pour lui permettre de mieux gérer sa douleur.

2.8.5 Co-antalgiques

L'association de certains médicaments peut être utile, voire essentielle dans la prise en charge thérapeutique de la douleur : antidépresseurs, antiépileptiques, myorelaxants, anxiolytiques, antispasmodiques, corticoïdes, anesthésiques locaux, etc.

3. Etude sur la disponibilité des morphiniques en Haïti : Résultats et recommandations

3.1 Contexte de l'étude

Douleurs Sans Frontières (DSF) intervient en Haïti depuis 2010, et plus spécifiquement à Port-au-Prince, pour l'amélioration de l'accès à la prise en charge de la douleur. Le programme d'appui au dispositif douleur, de l' HUEH (Hôpital Universitaire d'Etat d'Haïti), a démarré en septembre 2012 et s'articule autour de 3 axes :

- La formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- L'appui technique et financier auprès du service d'évaluation et de traitement de la douleur de l'HUEH ;
- La sensibilisation des acteurs du système de santé et de la société civile.

L'accès aux dérivés morphiniques est un problème récurrent dans la prise en charge de la douleur en Haïti. L'intervention de DSF sera donc limitée, si elle n'est pas accompagnée d'un meilleur accès aux dérivés morphiniques.

Deux constats essentiels ont conduit Douleurs Sans Frontière à émettre l'hypothèse d'une grande difficulté dans l'accès aux morphiniques :

- Après le séisme, un manque cruel de dérivés morphiniques afin de traiter la douleur des patients accidentés, notamment les amputations et les douleurs post opératoires.
- Un stock insuffisant de fentanyl et de morphine à l'HUEH, hôpital de référence d'Haïti, qui se ressent surtout dans les services : de prise en charge de la douleur, d'oncologie et de chirurgie.

3.2 Réalisation

L'objectif général de l'étude est de mettre à la disposition du service de prise en charge de la douleur de l'HUEH et de la Direction de la pharmacie et du Médicament et de la Médecine Traditionnelle (DPM / MT) du Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP), des données qualitatives et quantitatives récentes sur l'utilisation et la disponibilité des morphiniques. Cela permettra d'envisager des pistes pour améliorer l'accès des morphiniques à la population Haïtienne.

Les résultats de cette étude aideront à deux niveaux :

1. Le service de prise en charge de la douleur et pour DSF :

- Mettre en évidence des solutions pour améliorer et pérenniser l'approvisionnement en morphiniques du service d'évaluation et de traitement de la douleur.
- Connaître les opportunités et les limites des systèmes actuels d'accès à la morphine pour orienter les activités de formation, de sensibilisation, et défendre cette cause auprès des institutions.

2. Au niveau national :

- Déterminer les différents circuits d'approvisionnement et de distribution ;
- Déterminer les contraintes d'accès : réglementation, financement, culture et leurs importances respectifs.
- Déterminer si les professionnels de santé sont aptes à utiliser les différents produits.
- Mettre en évidence les risques et les opportunités liés à l'amélioration de l'accès.

3.3 Matériels et méthodes

3.3.1 Bénéficiaires

Les groupes ciblés par le projet sont :

- Les patients du service de prise en charge de la douleur de l'HUEH, sur l'ensemble du département de l'Ouest, ils représentent 3 664 620 habitants¹³.
- La population de la république d'Haïti, soit 10 413 211 habitants,¹⁴ qui bénéficieront potentiellement des effets indirects de cette étude, qui garantira une meilleure disponibilité des intrants morphiniques.

¹³ Institut Haïtien de statistique et d'Informatique Mars 2009

¹⁴ Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique 2012

3.3.2 Méthodologie

En Haïti on dénombre :

- 3 Laboratoires de productions
- 41 Agences d'importation et de distribution
- 158 pharmacies privées enregistrés à la DPM/MT
- En Aout 2011, 106 hôpitaux ont été dénombrés dont 45 en public, 38 en privé et 23 sont mixtes

Avant de débiter l'étude, DSF a rencontré les autorités responsables des narcotiques au sein de la DPM/MT, Mr Junior Antoine chef du service des narcotiques, et l'administrateur de l'HUEH, Mr Guy Laroche, pour une meilleure collaboration.

Deux méthodes ont été utilisées afin de connaître la réalité du terrain :

- Les entretiens physiques pour les hôpitaux de Port-au-Prince et ses environs, les pharmacies privées, les agences d'importations, les agences de production et les ONG.
- Les entretiens téléphoniques pour les hôpitaux départementaux et leurs Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) et cela dans le but d'obtenir un échantillon représentatif du pays.

Dans les hôpitaux spécifiquement les pharmacies, les services : de chirurgie, de médecine interne et d'oncologie ont été ciblés.

4 types de structures sont visés par cette étude :

Les structures Publics

Hôpitaux départementaux de référence	
Communes	Nom de hôpital
Gonaive	La providence
Hinche	Sainte Thérèse
Miragoane	Sainte Thérèse
Jérémie	Saint Antoine
Cap Haïtien	Justinien
fort liberté	Fort liberté
Jacmel	Saint Michel
Port de paix	Immaculé Conception
Cayes	HIC
Port-au-Prince	HUEH dont l'oncologue Dr Chalumeau

Les Hôpitaux des environs de Port-au-Prince :

- Eliazar Germain
- OFATMA
- Isaie Jeanty

Les CDAI des communes suivantes :

- Gonaïves
- Hinche
- Jérémie
- Cap Haïtien
- Fort liberté
- Port de paix
- Cayes

- Jacmel
- Miragoane

DSF a aussi rencontré l'oncologue du MSPP Dr Cornelly qui est responsable du projet de rétablissement en ce qui concerne la radiothérapie.

Les structures privées et mixtes

Les hôpitaux privés et mixtes suivants ont été rencontrés :

- Français d'Haïti
- Espoir
- Foyer Saint Camille
- Saint Damien dont l'oncologue Dr Gassant
- Adventiste d'Haïti
- Hôpital de la Communauté Haïtienne
- Médimax
- Bernard Mevs
- Isaie jeanty

Deux oncologues ont été rencontrés dans des cabinets privés :

- Centre de prévention médical : Dr Cauvin
- Centre médical chirurgical de Christ Roi : Dr Cantave

En ce qui concerne les agences, DSF a rencontré des agences importatrices de morphiniques et d'autres non habilitées à les importer dans le but de déterminer les raisons pour lesquelles ils ne commercialisent pas ces dérivés et des laboratoires de productions.

Agences d'importation rencontrés : Naco, Reinbold, commercial service, Profarma

Laboratoires de production rencontrés : Pharval, farmatrix, Laboratoire 4 C

Pour finir quelques pharmacies de ville enregistrées à la DPM/MT ont été interrogées :

- Pharmacie du Coin
- Pharmacie Castera

- Pharmacie De Turgeau
- Pharmacie Giant
- Pharmacie Villejoint
- Pharmacie Ciska

Les ONG :

Nous avons sélectionné les ONG susceptible de distribuer des morphiniques. Les structures retenues sont :

- Les Zanmi de la santé
- GHESKIO
- Médecins Sans Frontières (MSF) France Drouillard

Pour résumer DSF s'est entretenu avec :

- 13 hôpitaux publics et 9 CDAI dont 12 anesthésistes, 8 chirurgiens, 7 internistes et 12 pharmaciens
- 8 hôpitaux privés dont 5 anesthésistes, 5 chirurgiens, 4 internistes et 7 pharmacies et un hôpital mixte dont DSF s'est entretenu avec le pharmacien Dr Elie Martin.
- 3 agences de productions
- 4 agences d'importation et PROMESS
- 6 officines
- 5 oncologues dont un du MSPP coordonnateur du projet de radiothérapie
- 4 ONG dont une n'a pas pu être rencontré (Gheskio)

En ce qui concerne la rédaction des grilles d'entretien (annexe 2), nous avons mis en place des objectifs et des indicateurs (annexe 3) en fonction de chaque acteur de l'étude : Médecins, pharmacien, agence de production et d'importation.

Ces grilles d'entretiens contenaient des questions fermées et ouvertes.

Puis les résultats obtenus ont été traités sur Excel.

3.3.2.1 Les limites de l'étude

Malgré la planification de cette étude plusieurs problèmes ont été rencontrés :

- DSF, pour des raisons financières et de manque de temps, n'a pas pu rencontré physiquement toutes les structures surtout au niveau départemental mais pour avoir une étude représentatif au niveau national des entretiens se sont tenus par téléphone.
- Les entretiens téléphoniques ont aussi été effectués lorsque les professionnels de santé de Port-au-Prince ou de ses environs étaient absents.
- Lors des entretiens, la barrière de la langue et les termes scientifiques étaient un frein à la bonne compréhension des questions d'où la nécessité de reprendre les entretiens avec les participants.
- Certains professionnels de santé par peur de répondre « mal », ne donnaient pas de réponses exactes d'où la nécessité de regrouper les informations.
- Difficulté d'accès pour certaines institutions du au mauvais état des routes : Hôpital Foyer Saint Camille
- Un hôpital privé, l'hôpital de Canapé Vert n'a pas voulu rencontrer DSF car le MSPP n'avait pas délivré de feuille de route.
- A partir de la 7^e semaine de l'étude, la Directrice nationale de DSF et moi même avons remarqué que les informations récoltées auprès des professionnels de santé devenaient redondants nous avons donc décidé d'arrêter les entretiens.

Ce phénomène est appelé phénomène de saturation.

En revanche de manière générale, DSF avait une facilité d'accès pour les différentes institutions privées ou publics et le personnel médical était généralement disponible pour répondre aux entretiens.

3.3.3 Déroulement du projet

L'étude a débuté le 01 Avril 2013 et a pris fin le 29 Mai 2013.

ACTIVITES	INDICATEURS	Avril13					Mai				Remarques
		14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Objectif global : Améliorer la prise en charge de la douleur par les dérivés morphiniques en Haïti											
<i>Consolidation du projet</i>											
<i>Pré étude</i>											
Rédiger le projet	Les grilles d'entretien sont rédigées, les structures sont ciblées et les rdv sont pris										
Rencontrer les autorités de l'hôpital											
Rédiger les grilles d'entretiens (agences, Hôpitaux, pharmacie, ONG, CDAI)											
Rencontrer la DPM											
Cibler les différentes structures à rencontrer											
Cibler les différentes structures pour un entretien téléphonique											
Rechercher les contacts											
Contacteur les structures pour les RDV											
<i>Planification des activités</i>											
<i>Etude</i>											
Entretien	Les structures sont rencontrés										
Entretien téléphonique											
Etude complémentaire											
Contacteur l'OMS	Recherche d'études complémentaires										
Contacteur l'OICS											
Contacteur le service du Dr Malebranche											
<i>Post étude</i>											
Rédiger le rapport	Le rapport est rédigé										
<i>Présentation du projet</i>											
Présenter le projet à la DPM et à l'HUEH	Les partenaires sont choisis et l'étude est présentée										

3.4 Résultat

3.4.1 Structures hospitalières publics et privés

13 hôpitaux publics et 8 hôpitaux privés ont été rencontrés

- Disponibilités en dérivés morphiniques

Concernant les structures hospitalières voici les résultats obtenus sur la disponibilité des dérivés morphiniques

- Utilisation hospitalières des dérivés morphiniques en intraveineux

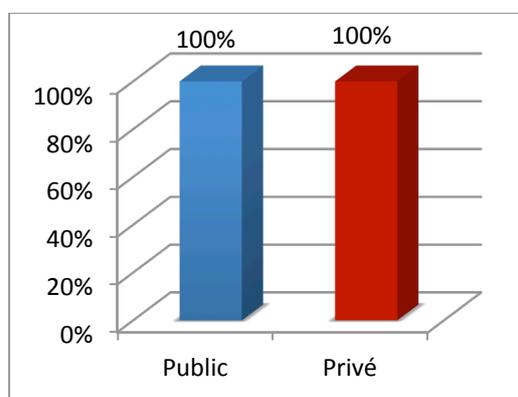


Figure 4 : Pourcentage d'hôpitaux publics (n=13) et privés (n=8) interrogés ayant déjà utilisés des dérivés morphiniques en intraveineux

100 % des hôpitaux publics et privées ont déjà utilisé les dérivés morphiniques

- Utilisation hospitalières des dérivés morphiniques per os

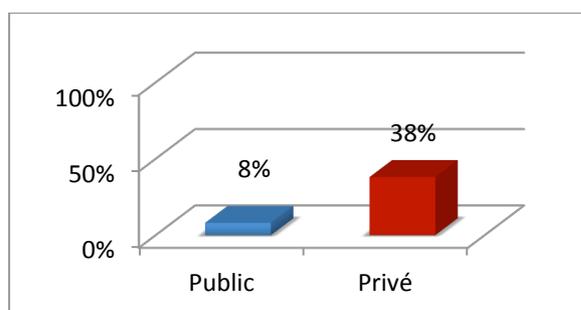


Figure 5 : Pourcentage d'hôpitaux publics (n=13) et privés (n=8) interrogés ayant déjà utilisés des dérivés morphinique par voie orale

La forme orale n'est commercialisée par aucune agence haïtienne.

Les hôpitaux s'approvisionnent soit à l'étranger soit par des dons d'Organisation Non Gouvernementale (ONG)

- Utilisation dans le mois de dérivés morphiniques

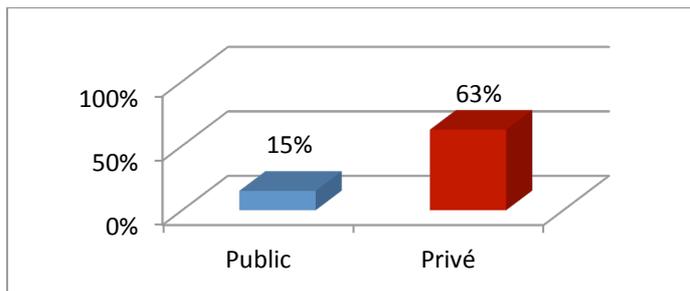


Figure 6 : Pourcentage d'hôpitaux publics (n=13) et privés (n=8) interrogés ayant utilisés des dérivés morphinique dans le mois précédant l'entretien

Comme on voit sur le graphique l'utilisation des morphiniques se fait surtout en privé

Lors de rupture de stock en dérivés morphiniques les hôpitaux peuvent :

- Annuler l'intervention
 - Référer le patient à un autre hôpital
 - Faire des anesthésie loco régional par un « cocktail anesthésique » : Tramadol-Diclofénac-Antiémétique
- **Services médicaux**
- Utilisation des dérivés morphiniques IV par service

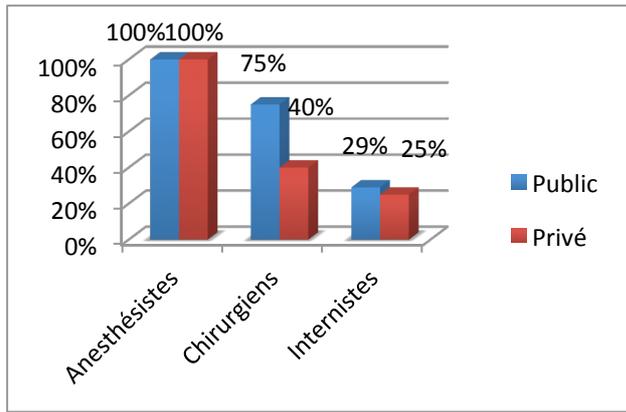


Figure 7 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés ayant déjà utilisés des morphiniques en intraveineux dans leurs services

L’utilisation des morphiniques est centralisée en anesthésie et en chirurgie.

- Présence de plus d’une Dénomination Commune Internationale (DCI) de dérivés morphiniques par service

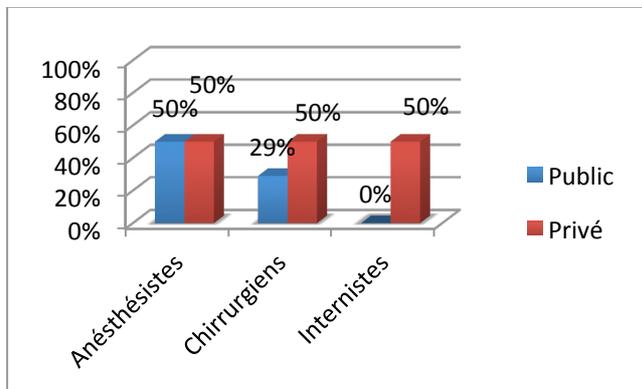


Figure 8 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés ayant plus d’une DCI par dérivés morphinique

Malgré que 100 % des hôpitaux utilisent les dérivés morphiniques, seulement la moitié des services hospitaliers ont plus d’une DCI par dérivés morphinique

- Utilisation de dérivés morphiniques par service dans le mois

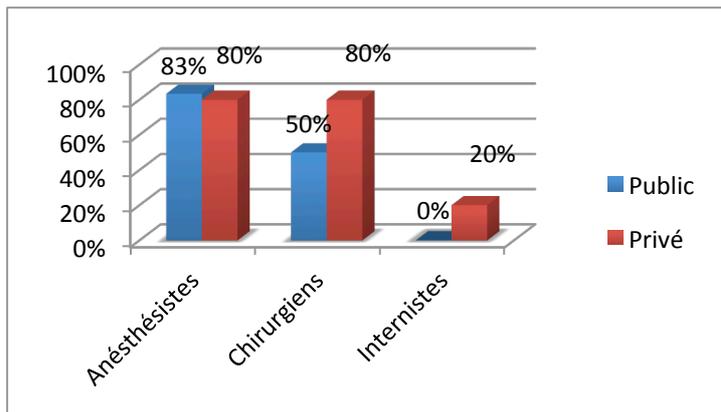


Figure 9 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés ayant utilisés des morphiniques dans le mois précédant l’entretien

Comme le montre ces graphiques, certains services des hôpitaux n’utilisent pas de morphinique dans le mois.

Comme ce qu’on a vu précédemment l’utilisation des morphiniques sont bien centralisés en anesthésie et en chirurgie. .

- Compétence et prescription des professionnels de santé sur l’utilisation des morphiniques
- Professionnels de santé ayant reçu une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

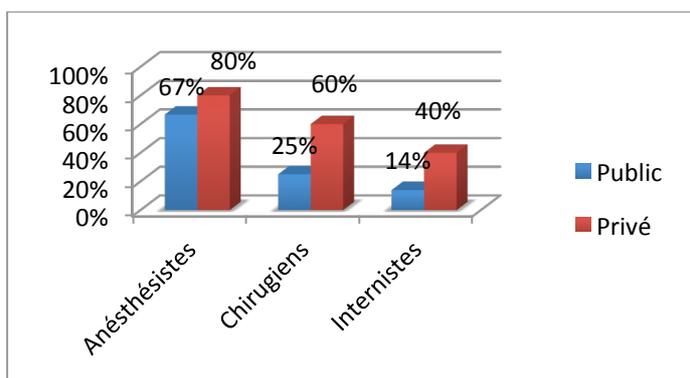


Figure 10 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés ayant reçu une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

En privé comme en public ce sont principalement les anesthésistes qui ont suivi une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur par les dérivés morphiniques.

- Connaissance des professionnels de santé et prescription

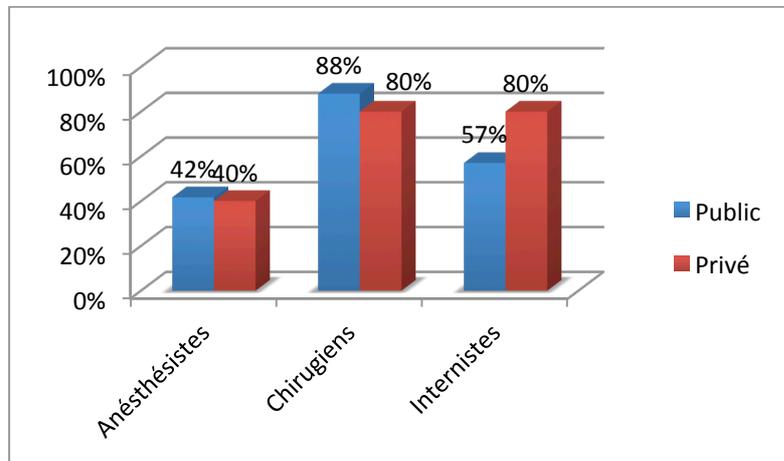


Figure 11 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés ne prescrivant pas de dérivés morphinique par manque de connaissance

Le manque de formation est un obstacle à la prescription des morphiniques par les professionnels de santé.

- Intérêt à développer des formations

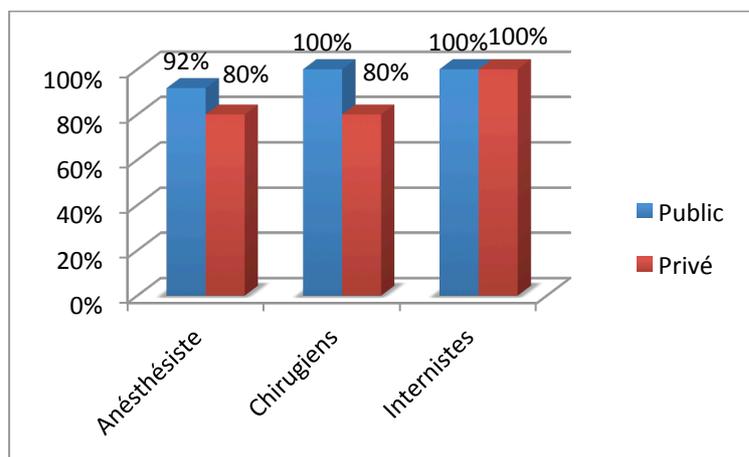


Figure 12 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4), dans le secteur public ou privé interrogés, exprimant l’intérêt de développer des formations sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

En public et en privé, environ la majorité des professionnels de santé ont répondu qu’il faut développer les formations sur la prise en charge de la douleur.

- Patients

- Consultation de la médecine traditionnelle par les patients

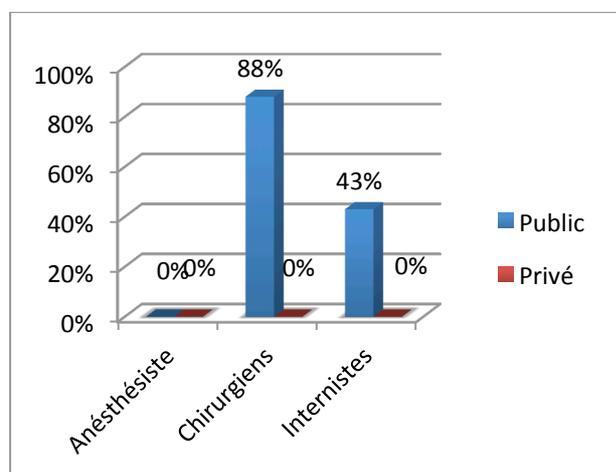


Figure 13 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d’abord la médecine traditionnelle.

Ces graphiques montrent que la médecine traditionnelle n’est pas un obstacle à la disponibilité des morphiniques étant donné que les patients en consultent très peu.

- Expression de la douleur

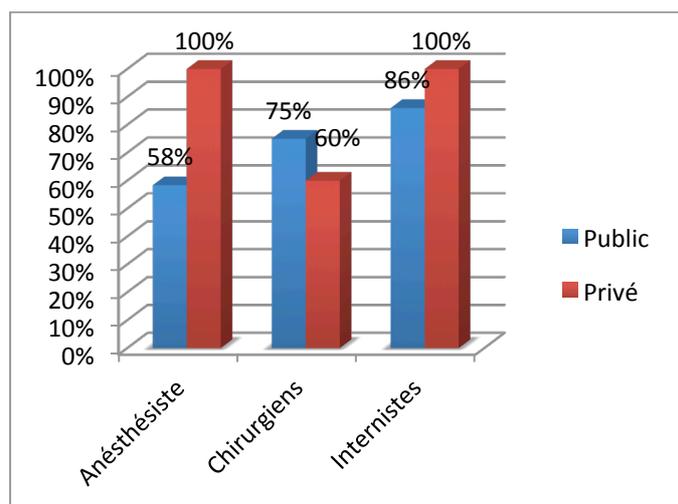


Figure 14 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d’abord la médecine traditionnelle.

En ce qui concerne l'expression de la douleur au niveau des patients, ce facteur n'est pas un obstacle à la disponibilité des morphiniques car la majorité des professionnels de santé ont répondu que les patients expriment leur douleur.

- Refus de dérivés morphiniques par les patients

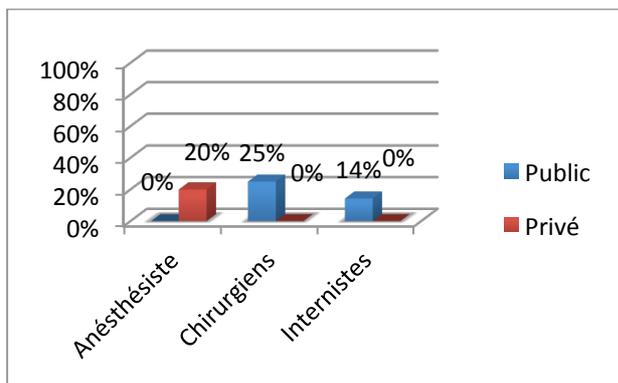


Figure 15 : Pourcentage d'anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d'internistes (n public = 7 et n privé = 4), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients refusaient d'être traités par les morphiniques

D'après ces différentes analyses le « patient » n'est pas un obstacle à l'accessibilité des morphiniques.

- Contraintes

A la question aux professionnels de santé « quelles sont les contraintes à l'accès des morphiniques » les principales réponses données :

- Problème financier
- Manque de personnels qualifiés sur l'utilisation des dérivés morphiniques
- Amélioration des procédures de contrôles et de commandes des morphiniques
- Faibles prescriptions des médecins par manque de connaissance, par peur des effets indésirables
- Mise en place de politique de santé améliorant la disponibilité des intrants morphiniques

- Intérêt à développer l'accès aux dérivés morphiniques

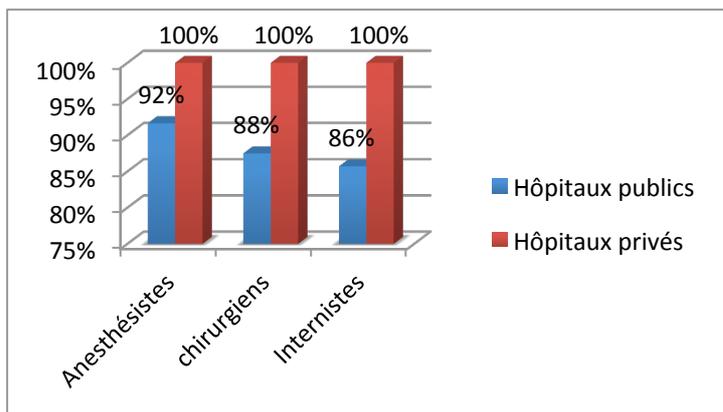


Figure 16 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) dans le secteur public ou privé interrogés exprimant la nécessité de développer l’accès aux dérivés morphiniques à Haïti

- Manque de personnel qualifié

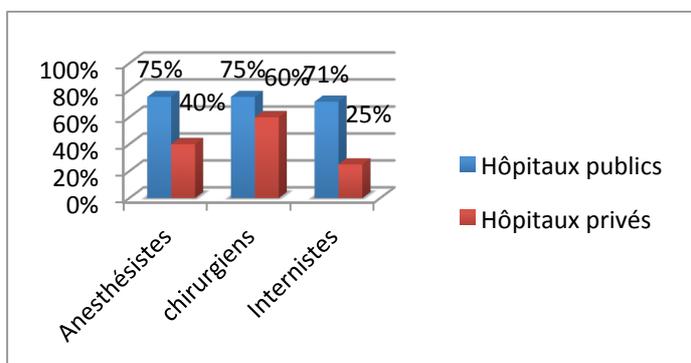


Figure 17 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) interrogés, dans le secteur public ou privé exprimant la nécessité de former le personnel de santé à la prise en charge de la douleur par les morphiniques.

- Pourcentage de prescription des morphiniques par les médecins

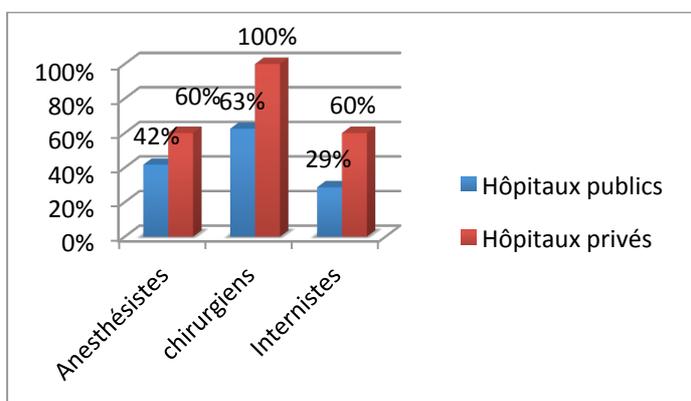


Figure 18 : Pourcentage d'anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d'internistes (n public = 7 et n privé = 4) interrogés, dans le secteur public ou privé exprimant le lien entre les prescriptions et la disponibilité des morphiniques

- Coût d'achat élevé

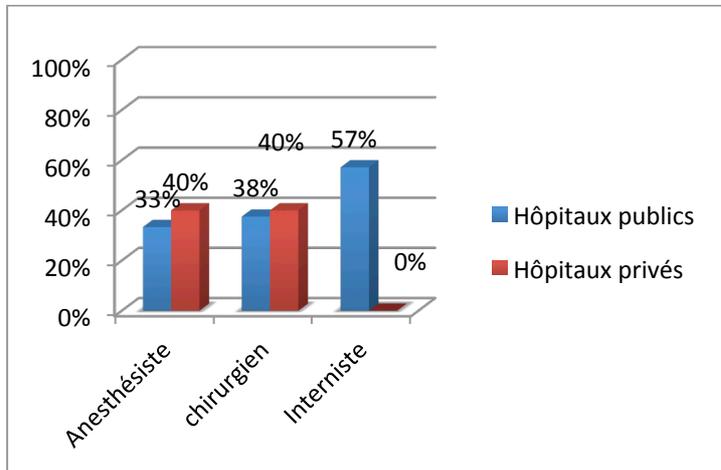


Figure 19 : Pourcentage d'anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d'internistes (n public = 7 et n privé = 4) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que le coût d'achat des morphiniques était un frein à la disponibilité des morphiniques

- Procédure de contrôle contraignante

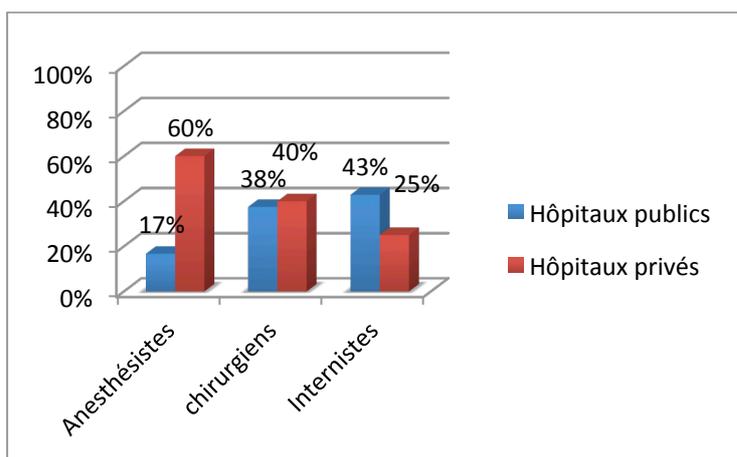


Figure 20 : Pourcentage d'anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d'internistes (n public = 7 et n privé = 4) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que les procédures de contrôle étaient un frein à la disponibilité des morphiniques

- Amélioration des politiques de santé

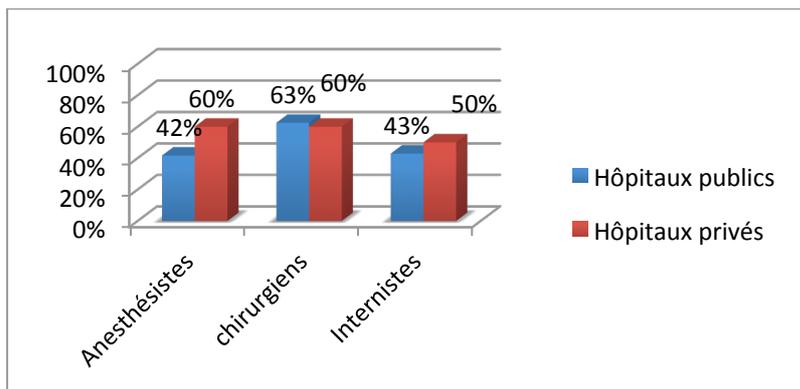


Figure 21 : Pourcentage d’anesthésistes (n public =12 et n privé = 5), de chirurgiens (n public = 8 et n privé =5) ou d’internistes (n public = 7 et n privé = 4) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que le manque de politique de santé dans la prise en charge de la douleur par les morphiniques était un frein à l’accessibilité des morphiniques

- Intérêt à développer les dérivés morphiniques

En public et en privé environ 90 % des personnes rencontrées ont répondu qu’il existe un réel intérêt à développer la disponibilité des dérivés morphiniques

D’après ces graphiques les principales contraintes sont :

- Le manque de formation à l’utilisation des morphiniques par le personnel de santé
- Une demande présente mais non exprimée par les médecins.
- Le budget de l’hôpital insuffisant pour l’achat des morphiniques.
- Les procédures de contrôle et de commande imposées par la DPM/MT
- Le manque de politique de santé au sein du ministère afin d’améliorer l’accessibilité des morphiniques.

- **Services pharmaceutiques**

- Disponibilité et coût d’achat des morphiniques
 - Réquisition et coût d’achat des morphiniques

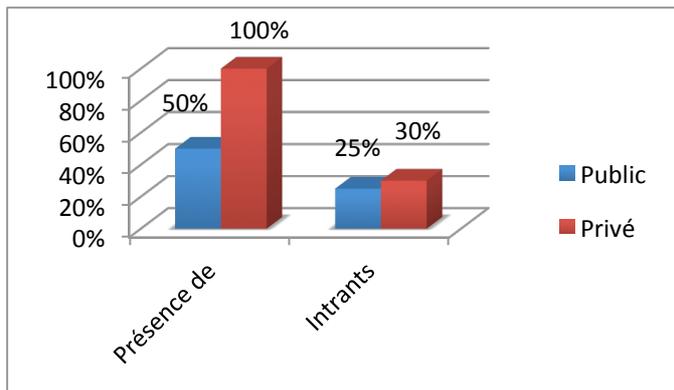


Figure 22 : Pourcentage de pharmaciens (n public = 12 et n privé =7), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils passaient des commandes de morphiniques et que les intrants morphiniques étaient chers.

La moitié des pharmacies hospitalière publiques ne possèdent pas de morphiniques, ceci s'explique par le fait que les anesthésistes commandent des morphiniques directement à l'administration sans passer par le pharmacien.

- Stock en dérivés morphiniques

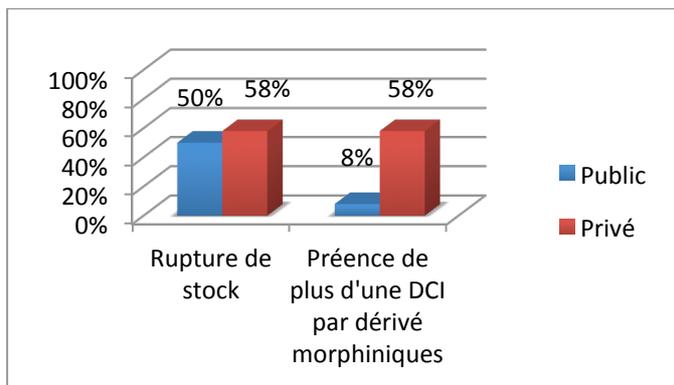


Figure 23 : Pourcentage de pharmaciens (n public = 12 et n privé =7), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils avaient des ruptures de stock et qu'ils possédaient plus DCI par morphiniques.

Dans les pharmacies publics seulement 8% ont plus d'une DCI par dérivés morphiniques parmi les 50% ayant un stock de morphinique

- Gestion de stock

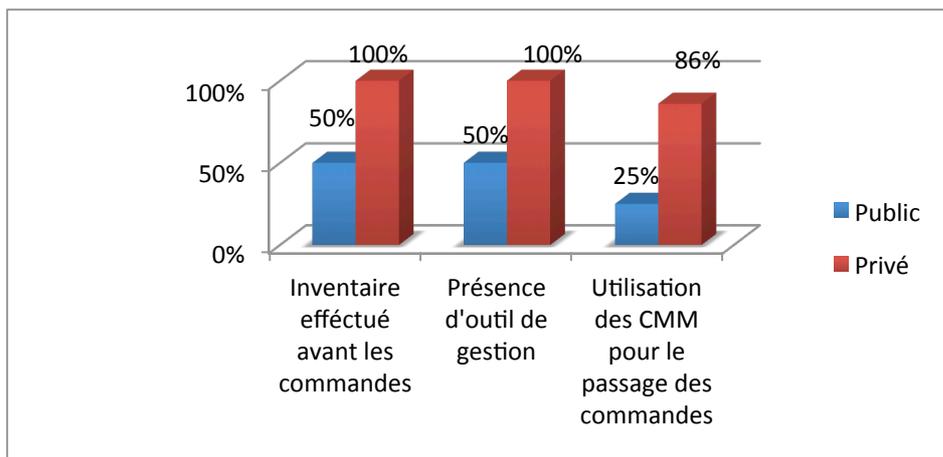


Figure 24 : Pourcentage de pharmaciens (n public = 12 et n privé =7), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation mensuelle moyenne (CMM) pour passer des commandes.

De manière générale en privé la gestion de stock est mieux gérée qu'en public, mais ce facteur est valable pour tous les intrants pharmaceutiques et n'est pas spécifique aux morphiniques.

- Les contraintes à l'accès aux morphiniques

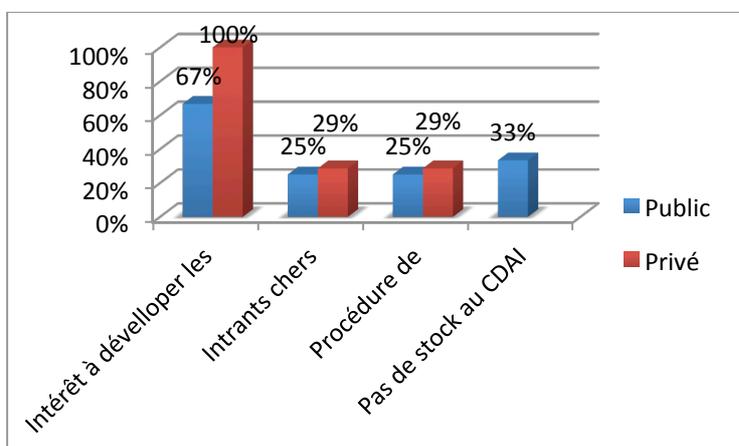


Figure 25 : Pourcentage de pharmaciens (n public = 12 et n privé =7), dans le secteur public et privé interrogés, exprimant un intérêt à développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que les intrants morphiniques, les procédures de contrôle et de commande et l'absence de stock dans les Centres Départementale d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

En public environ 70 % des personnes interrogées ont répondu qu'il existe un intérêt à développer la disponibilité des dérivés morphiniques contre 100 % en privé.

Au niveau des pharmacies les principales contraintes sont les procédures de commande et de contrôle longues et fastidieuses et le faible budget de l'hôpital.

- **CDAI**

- Réquisition et coût d'achat des morphiniques

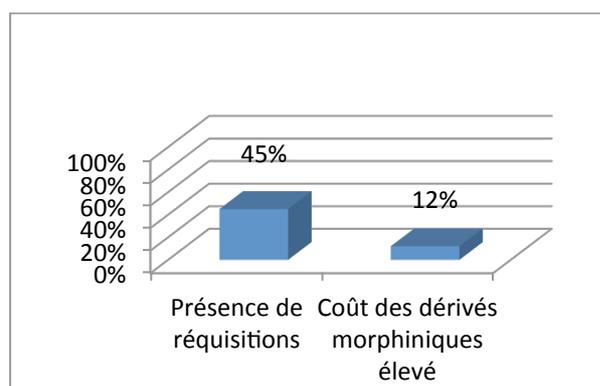


Figure 26 : Pourcentage de responsables des CDAI (n=9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils passaient des réquisitions de morphiniques et que les morphiniques étaient chers.

- **Stock en morphiniques**

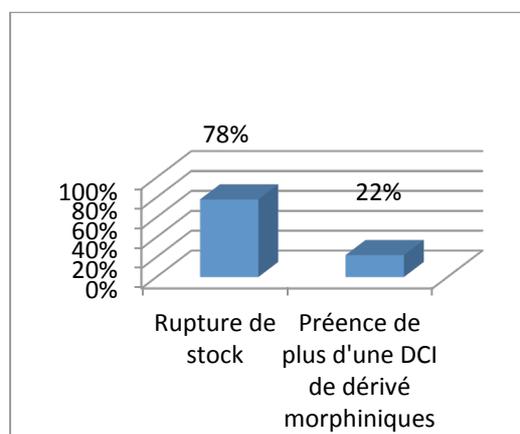


Figure 27 : Pourcentage de responsables de CDAI (n=9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils avaient des ruptures de stock et qu'ils possédaient plus d'une DCI par morphinique.

Seulement la moitié des personnes rencontrées passent des réquisitions de dérivés morphiniques et seulement 20 % ont plus d'une DCI par morphiniques dans leur stock.

- Gestion de stock

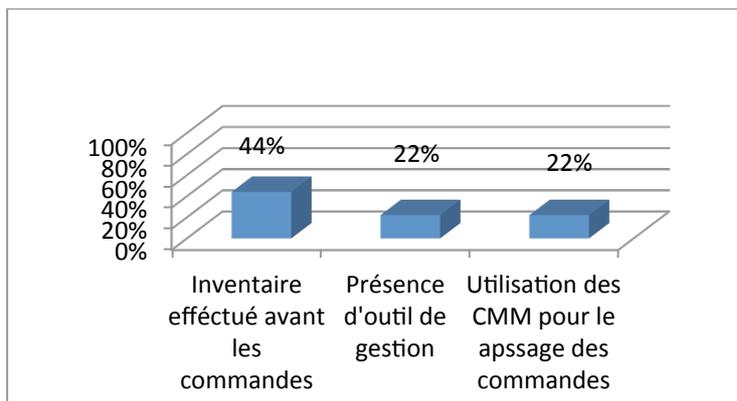


Figure 28 : Pourcentage de CDAI (n = 9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation Mensuelle Moyenne (CMM) pour passer des commandes.

Au niveau des CDAI la gestion de stock est peu respecté seulement 20 % utilisent des outils de gestion spécifiques aux morphiniques.

- Contraintes

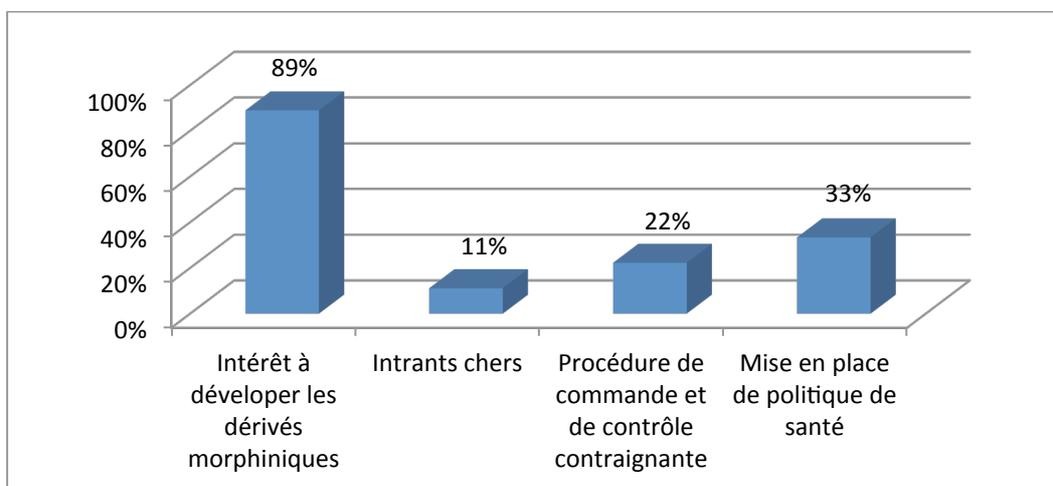


Figure 29 : Pourcentage de CDAI (n =9), dans le secteur public interrogés, exprimant un intérêt à développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que les intrants morphiniques, les procédures de contrôle et de commande et le manque de politiques de santé sur la prise en charge des douleurs par les morphiniques, sont des contraintes à l'accessibilité de ces intrants pharmaceutiques

Environ 90 % des personnes rencontrées ont répondu qu'il existe un intérêt à développer la disponibilité des dérivés morphiniques.

Environ 20 % ont répondu que les procédures étaient contraignantes et 30 % ont répondu que les politiques de santé doivent être améliorées.

3.4.2 Agences d'importation et de production

- **Agences de production**

Il existe 3 agences de production en Haïti, aucunes ne produisent des morphiniques.

- Contraintes

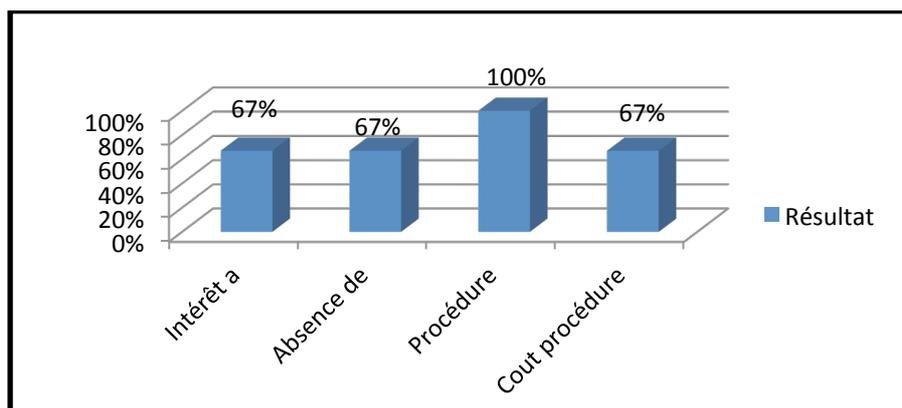


Figure 30 : Pourcentage de responsable d'agence de production (n = 3) dans le secteur privé exprimant l'intérêt à développer les morphiniques en Haïti et ayant répondu que l'absence de demande, les procédures de contrôle et de commande et la rentabilité du marché des morphiniques sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Environ 70 % des personnes rencontrées ont répondu qu'il existe un intérêt à développer l'accès aux morphiniques.

100 % ont répondu que les procédures de production étaient contraignantes et 70 % ont répondu que l'absence de demande et que les coûts de la procédures par rapport à la demande n'est pas rentable au niveau financier

- **Agences d'importation :**

- Disponibilité en dérivés morphinique.

Sur 15 agences importatrices de narcotiques seulement 2 (naco et reinbold) importent des dérivés morphiniques

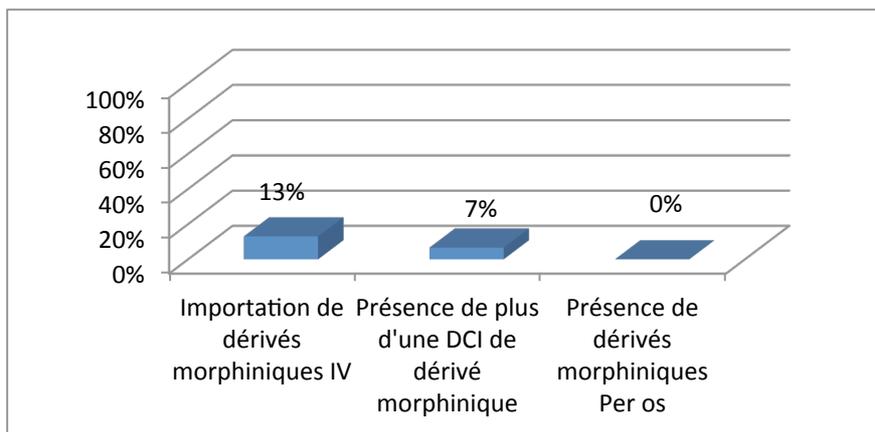


Figure 31 : Pourcentage de responsables d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé interrogés, ayant répondu qu'ils possédaient plus d'une DCI par morphiniques, des morphiniques en IV et en Per os.

Ce graphique montre que seulement une agence a plus d'une DCI par dérivés morphiniques, aucune agences n'importent de dérivés morphiniques per os donc les patients en ambulatoire sont très peu traités.

- Gestion de stock

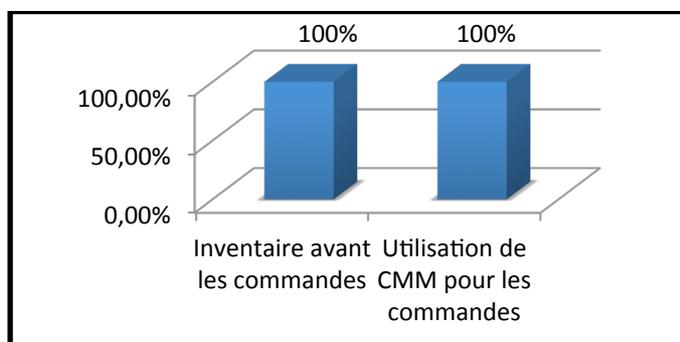


Figure 32 : Pourcentage de responsables d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé interrogés, ayant répondu qu'ils effectuent des inventaires avant les commandes et qu'ils utilisent la CMM pour passer des commandes.

Les 2 agences importatrices de morphiniques utilisent une gestion de stock selon les normes internationales.

- Contraintes

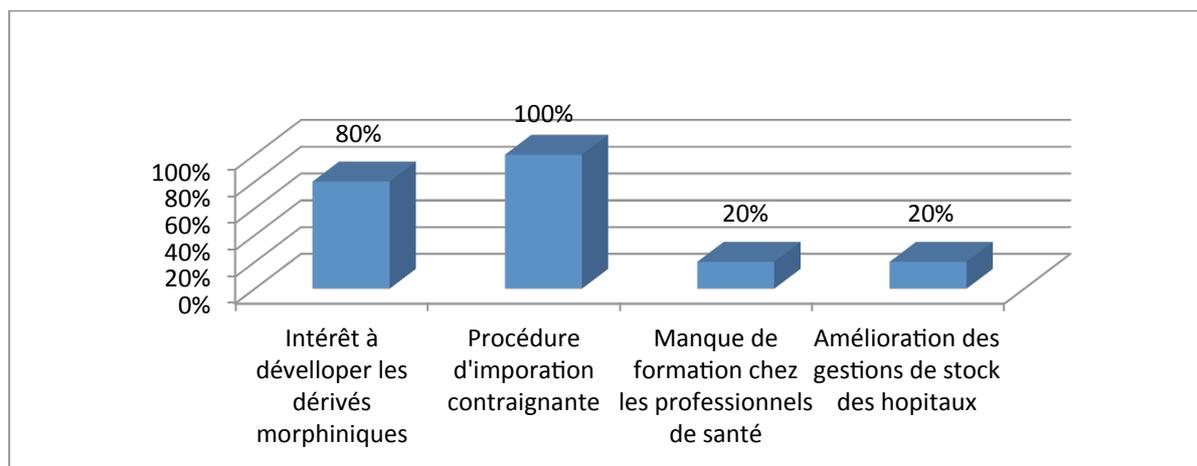


Figure 33 : Pourcentage de responsable d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé exprimant l'intérêt à développer les morphiniques en Haïti et ayant répondu que les procédures de contrôle et d'importation, le manque de formation chez les professionnels de santé et le manque de gestion de stock des hôpitaux sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Environ 80 % des personnes rencontrées ont répondu qu'il existe un intérêt à développer l'accès aux morphiniques.

Tous ont répondu que les procédures d'importation sont contraignantes.

3.4.3 Officines

6 officines ont été rencontrées

Aucune pharmacie rencontrée n'avait en stock de dérivés morphiniques.

- Contraintes

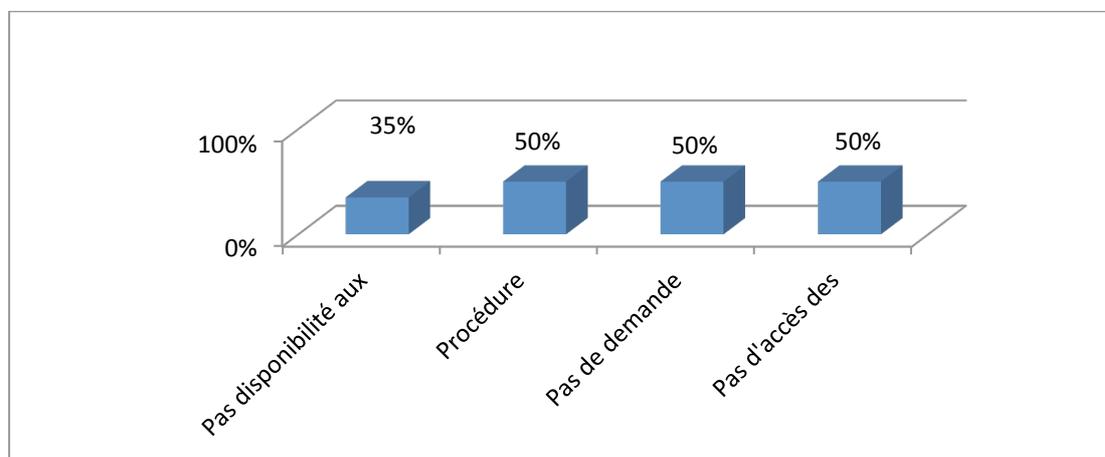


Figure 34 : Pourcentage de pharmaciens de pharmacie privé (n = 4) dans le secteur privé ayant répondu que l'absence de disponibilité dans les agences, les procédures de contrôle et de commande, la faible demande et les restrictions ministérielle sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

La moitié des pharmacies privées ont répondu :

- Les procédures sont contraignantes
- Pas de demande
- Restriction aux permis d'achat

3.4.4 Oncologues

- Disponibilité

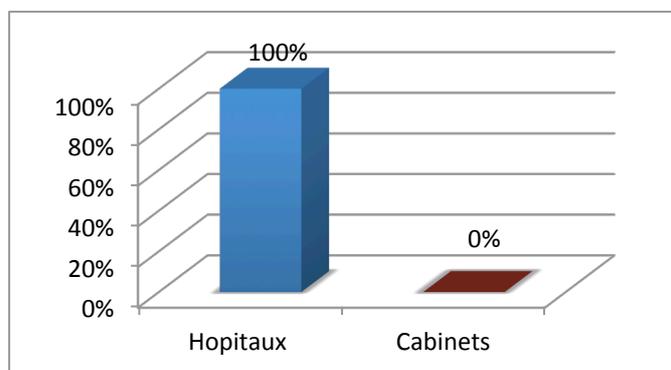


Figure 35 : Pourcentage d'oncologues (n hôpitaux=2 et n cabinet =2) dans le secteur hospitalier et des cabinets interrogés possédant des morphiniques.

Sur 21 hôpitaux rencontrés seulement 2 possédaient un service d'oncologie.

Dans les cabinets, les oncologues n'utilisent pas les morphiniques

Dans les hôpitaux aucun service d'oncologie n'a plus d'une DCI par dérivés morphiniques et ils ont tous des ruptures de stock

- Patients et médecine traditionnelle

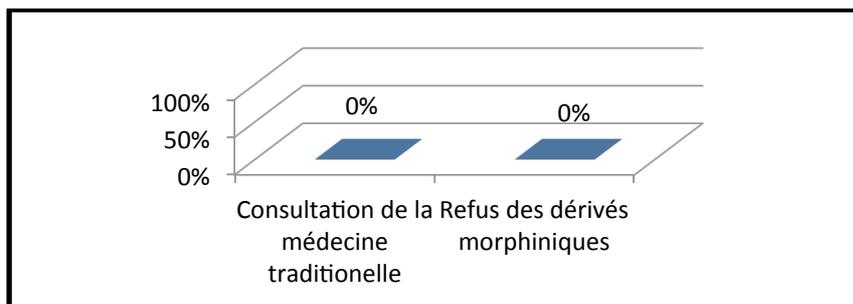


Figure 36 : Pourcentage d'oncologues (n hôpitaux = 2) dans le secteur hospitalier interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d'abord la médecine traditionnelle et qu'ils refusent les dérivés morphiniques.

Le comportement du patient n'est pas un obstacle à la disponibilité des morphiniques dans les services d'oncologies

- Contraintes à l'accessibilité des morphiniques

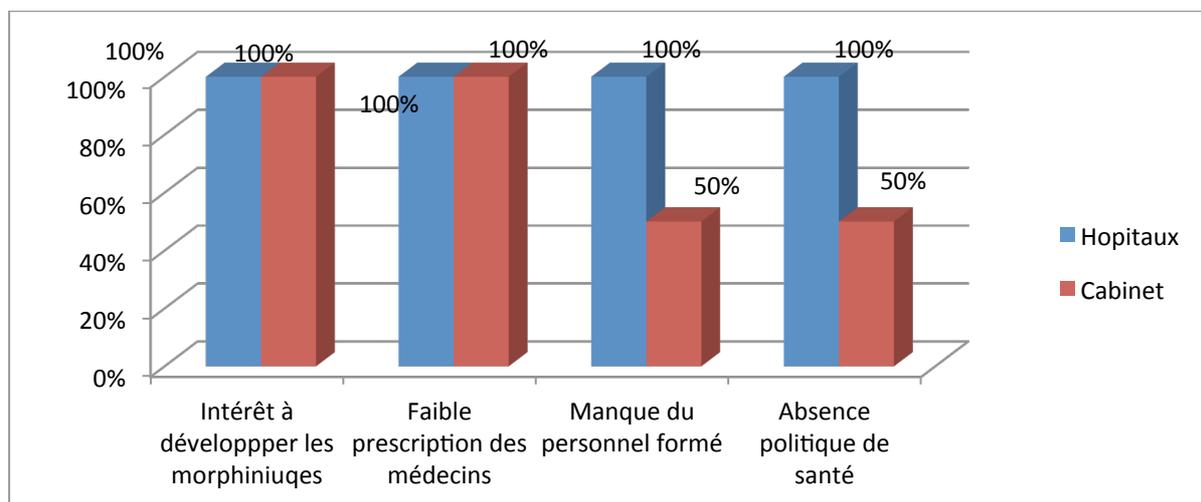


Figure 37 : Pourcentage d'oncologues (n hôpitaux=2 et n cabinet =2) dans le secteur hospitalier et des cabinets interrogés exprimant la nécessité de développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que la faible prescriptions des médecins, le manque de personnel et le manque de politique de santé dans la prise en charge de la douleur par les morphiniques sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Pour tous les oncologues il existe un intérêt à développer les dérivés morphiniques.

Pour les hôpitaux et les cabinets les différentes contraintes rencontrées sont le manque de personnels formés à la prise en charge de la douleur par les morphiniques et l'absence de politique de santé.

3.4.5 ONG

Sur 3 ONG rencontrées, Médecins Sans Frontières et les Zanmi de la santé importent des dérivés morphiniques.

- **Services médicaux**

Seul un service médical a pu être rencontré dans le cadre des entretiens avec les ONG, celui de Médecins Sans Frontières qui est le plus gros importateur national en volume de morphiniques.

- Disponibilité

Au niveau des ONG, le personnel médical utilise la forme IV et per os (MSF).

Présence de plus d'une DCI par dérivés morphiniques

Présence de rupture de stock

- Formations médicales

Formations spécifiques en interne sur la prise en charge de la douleur par les dérivés morphiniques

Pas d'intérêt à mettre en place des formations

- Outils de gestion

Présence d'un inventaire avant les réquisitions

Présence d'outil de gestion spécifique aux morphiniques

Utilisation de CMM, et du stock de sécurité pour le passage des commandes.

- Contrainte

Procédure longue pour l'importation

- **Service pharmaceutique**

- Disponibilité des morphiniques

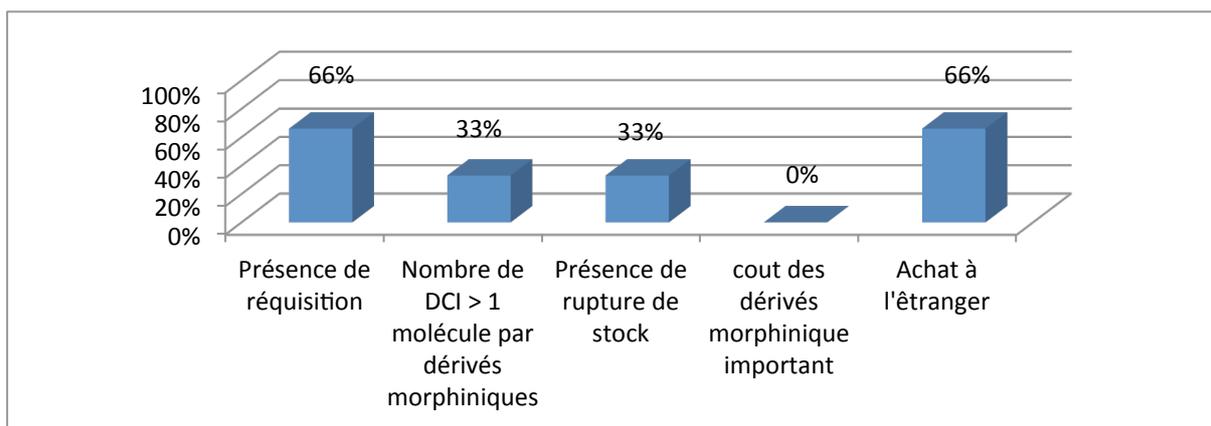


Figure 38 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG (n pharmacien =3) interrogés ayant répondu qu'ils passent des commandes de morphiniques, qu'ils possèdent plus d'une DCI par morphiniques, qu'ils ont des ruptures de stock, que le coût d'achat est élevé et qu'ils achètent à l'étranger.

Les 2 ONG possèdent un stock de dérivés morphinique et achètent à l'étranger
 Seul une ONG possède plus d'une DCI par dérivé morphinique.

- Gestion de stock

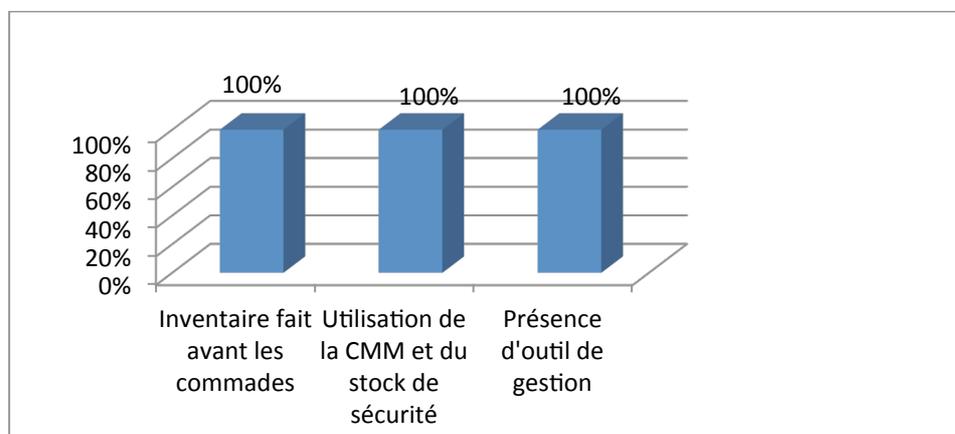


Figure 39 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG (n pharmacien =2) interrogés ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation mensuelle moyenne (CMM) pour passer des commandes.

Pour les 2 ONG il existe une gestion de stock pour les morphiniques.

- Contraintes

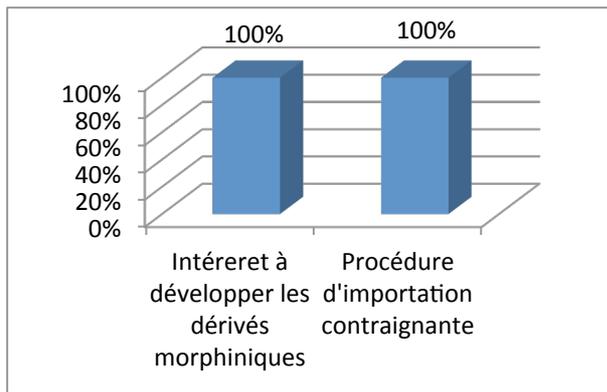


Figure 40 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG (n pharmacien =2) interrogés exprimant qu'il existe un intérêt à développer la disponibilité des morphiniques et ayant répondu que la procédure d'importation est contraignante.

Il existe un réel intérêt à développer les dérivés morphiniques

Les principales contraintes rencontrées sont les procédures d'importation longues

3.4.6 Programme de Médicaments Essentiels (PROMESS)

A PROMESS depuis le séisme il n'y a pas eu d'importation de dérivés morphiniques IV.

PROMESS possède un faible de stock de morphiniques en IV.

PROMESS n'importe pas de forme orale, le stock de morphiniques oraux qu'il distribue appartient à DSF.

Les réquisitions faites par les hôpitaux sont très faibles à PROMESS

3.5 Discussion

3.5.1 Analyses des contraintes

L'OMS estime que des dizaines de millions de personnes souffrent chaque année de maladies, de douleurs modérées à très intenses, et même meurent du fait qu'elles n'ont pas accès aux médicaments sous contrôle, notamment¹⁵ :

- 1 million de patients atteints du VIH/sida en stade final ;

15 OMS : *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*. Genève ; 2011

- 5,5 millions de patients en phase terminale de cancer ;
- 0,8 million de patients souffrant de blessures dues à des accidents ou à des actes de violence ;
- patients atteints de maladies chroniques ;
- patients en cours de récupération après intervention chirurgicale ;
- femmes à l'accouchement (110 millions de naissances chaque année) ;
- patients en pédiatrie ;
- 130 000 nouvelles infections par le VIH qui pourraient être évitées et un nombre inconnu d'autres infections transmises par voie sanguine ;
- 75 000 femmes qui meurent pendant l'accouchement.

Afin d'améliorer l'accessibilité des morphiniques les politiques nationales relatives au contrôle des drogues doivent reconnaître que les médicaments sous contrôle sont absolument nécessaires à des fins médicales et scientifiques.

3.5.1.1 Barrières liées au marché des morphiniques en Haïti

En Haïti seule la forme IV est présente sur le marché local et très en faible quantité, il n'y a pas de forme per os, de patch transdermique.

En effet les patients en ambulatoire n'ont pas accès aux morphiniques pour traiter leurs douleurs dont les analgésiques de palier 1 et 2 sont peu efficaces.

Des patients souffrant de douleurs liées aux pathologies n'ont pas accès aux morphiniques.

Le fait que les officines ne possèdent pas de formes adaptées pour la dispensation est aussi un élément clé concernant la faible disponibilité des patients en ambulatoire.

Il en est de même pour la toxicomanie dont la prise en charge est très faible voire inexistante.

Il est primordial que le Ministère de la santé promeuve l'importation de formes adaptées au niveau des agences et de PROMESS principale agence d'approvisionnement en Haïti.

Comme on a vu précédemment il n'existe pas de production locale, l'état doit favoriser la production afin d'améliorer la disponibilité.

Afin d'augmenter et de promouvoir l'importation de formes galéniques adaptées et de favoriser la production, les acteurs du systèmes des morphiniques : autorités sanitaires, agences, douanes doivent se réunir autour d'atelier ou forum afin d'échanger sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la disponibilité des morphiniques.

Le gouvernement doit inclure la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle pour tous les usages médicaux pertinents dans leurs projets nationaux de politique pharmaceutique. Il doit également inclure les médicaments sous contrôle et les services pertinents dans les programmes nationaux de contrôle de maladies spécifiques et autres politiques de santé publique.

Tableau 6 : Médicaments sous contrôle et programmes de santé nationaux¹⁶

PROGRAMME MALADIE	ARTICLES À INCLURE DANS LE PROGRAMME
Lutte contre le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux analgésiques opioïdes puissants et disponibilité de ceux-ci • Services intégrés en hospice et en soins palliatifs
VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux analgésiques opioïdes puissants et disponibilité de ceux-ci • Services intégrés en hospice et en soins palliatifs • Prévention de la transmission du VIH au moyen de la mise à disposition et de l'accessibilité du traitement aux agonistes opiacés
Santé mentale (abus de substances et syndrome de dépendance)	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de l'abus de substances et du syndrome de dépendance • Traitement du syndrome de dépendance au moyen de la mise à disposition et de l'accessibilité du traitement aux agonistes opiacés
Santé mentale (autres troubles psychiatriques et neurologiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et accessibilité des anxiolytiques, hypnotiques et antiépileptiques.
Santé maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité et accessibilité de l'ocytocine (non contrôlée) ou de l'ergométrine et de l'éphédrine pour les soins obstétricaux d'urgence

16 OMS : *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*. Genève ; 2011

3.5.1.2 Barrières liées à l'utilisation des morphiniques par les professionnels de santé

Au niveau de la formation académique privé ou public des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières) il n'existe pas de module sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques.

Ces modules sont suivis seulement par les anesthésistes, utilisateur principal des dérivés morphiniques.

En effet les professionnels de santé n'ayant pas de formation ont peur des effets indésirables des morphiniques et donc ne les utilisent pas.

Ils prescrivent plutôt des analgésiques de palier 1 et 2 pour les douleurs post opératoires mais qui sont inefficaces pour des douleurs associés à certaines pathologies comme cité ci-dessus.

De plus certains médecins utilisent un cocktail analgésique “ Tramadol, Diclofénac, Antiémétique” qui présente plus d'effets indésirables et un coût plus élevé que les morphiniques.

Les professionnels de santé n'ont pas l'habitude d'utiliser ces intrants pharmaceutiques du fait de leur faible disponibilité.

L'absence de formation sur les morphiniques a pour conséquence l'absence de demande exprimée des morphiniques.

Afin d'augmenter l'utilisation par les professionnels de santé le gouvernement doit promouvoir l'enseignement des connaissances et des compétences sur l'utilisation et les troubles liés à l'utilisation des morphiniques en mettant en place des formations initiale et continue.

Chaque structure de santé doit instaurer des protocoles internes d'utilisation des morphiniques.

3.5.1.3 Barrières géographiques

Les procédures de contrôles au sein des structures de santé de province sont identiques à celles de la capitale.

En effet le responsable des achats se déplace à la DPM/MT pour obtenir l'autorisation d'achat et s'approvisionne aux agences.

Ce processus entraîne des coûts supplémentaires et des ruptures de stock au sein de la structure.

Le Ministère de la Santé doit mettre en place une procédure de contrôle informatisée afin d'éviter les déplacements des responsables d'achat à la capitale.

Il faut améliorer le circuit d'information entre les agences et les CDAI afin de faciliter les achats des responsables.

3.5.1.4 Barrières liées à l'enregistrement, l'importation et le contrôle

Le gouvernement doit réduire au minimum les répercussions négatives des mesures de contrôle et de sécurité afin que les médicaments sous contrôle soient abordables et disponibles à la population.

En effet les procédures de la DPM/MT lentes et fastidieuses sont une contrainte pour les agences d'importations et de production.

Le gouvernement doit rencontrer les agences afin de faciliter ces procédures.

Concernant les pharmacies privées aucunes ne possédaient de morphiniques alors qu'au niveau législatif ils ont le droit d'avoir un stock.

En effet le Ministère afin de sécuriser les morphiniques refuse aux pharmaciens de leur donner le permis d'achat.

Ceci a pour conséquence la non disponibilité pour les patients en ambulatoire.

En cas de rupture de stock dans les hôpitaux la pharmacie de ville pourrait approvisionner les hôpitaux.

3.5.2 Recommandations

3.5.2.1 Recommandations sur la disponibilité de stupéfiants

Le gouvernement Haïtien doit évaluer les besoins réels des systèmes nationaux de soins de santé en ce qui concerne les substances placées sous contrôle international; calculer leurs besoins annuels et communiquer en temps voulu à l'OICS des évaluations des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes. Si les besoins nationaux se situent dans la fourchette inférieure des besoins de la région, le gouvernement pourrait revoir d'un œil critique leurs méthodes d'évaluation des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes à des fins médicales;

Le gouvernement devrait identifier les obstacles (annexe 4) qui entravent la disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes comme cité-dessus :

- Le manque de formation académique et professionnel sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques
- Le manque voire l'absence des politiques de santé sur la prise en charge de la douleur.
- Une réglementation contraignante sur l'importation, la distribution et l'autorisation d'achat des dérivés morphiniques ;

et prendre des mesures concrètes, étape par étape, pour les éliminer.

Le Ministère de la Santé devrait mettre en place un système de collecte d'informations auprès des établissements médicaux s'occupant de personnes atteintes de maladie mentale, de toxicomanes, de cas chirurgicaux, de patients atteints d'un cancer et d'autres patients, auprès des organismes qui œuvrent pour améliorer l'utilisation appropriée de stupéfiants et de substances psychotropes, et créer des groupes de personnes bien informées pour favoriser l'obtention de renseignements sur l'évolution des besoins médicaux; il devrait en outre utiliser les principes directeurs disponibles pour évaluer les besoins réels en stupéfiants et substances psychotropes de leur pays;

Les établissements de santé connaissent de nombreuses ruptures d'approvisionnement en stupéfiants et en substances psychotropes par suite de retards dans l'importation ou pour d'autres raisons, le gouvernement Haïtien devrait examiner la situation et mettre au point un système pour accomplir dans les délais voulus les étapes nécessaires, comme délivrer des

licences, organiser les modalités de paiement, accomplir les formalités administratives, transporter les médicaments, les dédouaner et les distribuer aux établissements médicaux.

Le MSPP devrait inclure dans leur législation nationales sur les stupéfiants les éléments de la Convention de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, qui tiennent compte du fait que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et la souffrance et du fait que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à ces fins, qu'une responsabilité administrative ait été prévue et qu'il y ait du personnel disponible pour appliquer ces lois;

La DPM/MT devrait établir la liste des restrictions injustifiées faisant obstacle à la prescription et la délivrance de stupéfiants et de substances psychotropes, dans les lois, règlements et politiques administratives nationales sur les stupéfiants concernant le traitement médical nécessaire aux malades à l'aide de stupéfiants et de substances psychotropes, ou à leur disponibilité et à leur distribution à ces fins, et faire les ajustements nécessaires.

La DPM/MT devrait coopérer pleinement avec l'OICS pour assurer une disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes; il devrait examiner leurs besoins médicaux en stupéfiants et en substances psychotropes, ainsi que les obstacles qui entravent leur disponibilité, et informer l'OICS des résultats de cet examen et de l'assistance dont il aurait besoin, l'informer des progrès accomplis et des besoins concernant l'application des présentes recommandations.

3.5.2.2 Recommandations sur l'utilisation appropriée

Il faudrait tout d'abord reconnaître que les médicaments sous contrôle, lorsqu'ils sont utilisés de manière rationnelle à des fins médicales, sont des médicaments sûrs. S'ils sont prescrits conformément à la posologie établie, on sait que les analgésiques opioïdes sont sûrs et qu'il n'y a pas à craindre de mort accidentelle ou de dépendance. Une revue systématique des articles de recherche permet de conclure que seulement 0,43 % des patients¹⁷ sans antécédents d'abus de substances, traités aux analgésiques opioïdes afin de soulager la douleur, ont abusé de leurs médicaments et seulement 0,05 % ont développé un syndrome de dépendance. Cela peut s'expliquer par un hypothétique mécanisme neurobiologique.

17 OMS : *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*. Genève ; 2011

Le contrôle des drogues ne devrait pas être abordé comme un objectif en soi, mais plutôt comme un outil d'optimisation de la santé publique. Il faudrait centrer l'attention, d'une part, sur la prévention des abus et de la dépendance, d'autre part, sur la manière d'éviter les dommages collatéraux. Les résultats doivent être jugés aussi bien par les méfaits liés aux abus empêchés que par le mal causé en raison, notamment, du manque d'accès.

Le gouvernement Haïtien devrait veiller à ce que les professionnels de la santé aient une formation théorique et pratique adéquate et soient informés de la méthode analgésique de l'OMS pour soulager la douleur cancéreuse; il devrait examiner avec les professionnels de la santé les obligations légales applicables à la prescription et à la délivrance de stupéfiants et de substances psychotropes et donner l'occasion de discuter des questions qui les préoccupent.

Si l'augmentation des niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes peut être obtenue plus facilement dans des pays qui, tels la France, disposent de ressources suffisantes pour financer les soins de santé, ce type d'amélioration est également possible dans des pays ayant des ressources plus limitées, comme l'Ouganda¹⁸. Ces 10 dernières années, la consommation de morphine a régulièrement augmenté dans ce pays, grâce au développement d'un programme qui assure aux patients des soins palliatifs à domicile sur toute l'étendue du territoire national. En Ouganda, comme en France, les principaux facteurs de la réussite de cette approche sont notamment la volonté des pouvoirs publics de faire de la prise en charge de la douleur une priorité, et la formation des professionnels de la santé à l'utilisation des opioïdes et aux soins palliatifs. L'adoption de réformes juridiques autorisant le personnel infirmier à prescrire de la morphine représente une autre mesure importante visant à assurer aux patients l'accès à cette substance dans divers contextes de soins. C'est là un exemple du type de redistribution des tâches recommandées par l'OMS en vue de faciliter l'accès aux services de santé en cas de pénurie de personnel soignant. La mise en place de mécanismes garantissant un approvisionnement fiable en morphine et sa disponibilité aux fins d'administration par voie orale, à faible coût, ont également joué un rôle essentiel dans les efforts tendant à élargir l'accès à cette substance. Ici encore, toutes les activités se sont toujours inscrites dans le cadre des conventions internationales.

Le MSPP doit faire en sorte que l'usage illicite de substances et l'usage rationnel de substances psychotropes figurent au programme des facultés universitaires concernées, des

18 OMS : *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*. Genève ; 2011

écoles de médecine et de pharmacie, des instituts de formation en soins infirmiers et autres.

Il devrait aussi stimuler, par des mesures de réglementation et de surveillance, un comportement déontologique en matière de commercialisation des produits pharmaceutiques et garantir des normes professionnelles élevées en matière de thérapie (notamment pour ce qui est de l'établissement du diagnostic, du choix thérapeutique et de la prescription de médicaments).

Le gouvernement Haïtien doit sensibiliser le public à l'usage approprié des stupéfiants et des substances psychotropes, ainsi qu'au recours opportun à la pharmacothérapie conjuguée à d'autres options thérapeutiques et doit à cet effet assurer la participation active des organismes professionnels.

L'appui de la communauté mondiale (annexe 5) est indispensable pour atteindre l'objectif de la disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes dans le monde. Dans les pays qui présentent des niveaux de consommation faibles pour ces substances, comme en Haïti, les progrès sont généralement lents. Les conditions régnant sur les marchés et le régime d'approvisionnement en vigueur ne permettent pas d'assurer la disponibilité des médicaments nécessaires dans les pays à faibles revenus. La situation économique et financière en Haïti et l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire constituent des obstacles qui ne peuvent être surmontés par lui seul. L'on ne pourra progresser que sur la base d'une approche plus humanitaire conforme au régime des traités. Cette approche pourrait comprendre la fourniture d'une assistance en vue d'établir des évaluations de référence plus fiables des besoins médicaux, ainsi que d'une aide dans les consultations avec les fournisseurs éventuels pour obtenir des conditions préférentielles.

4. Conclusion

La douleur est répandue dans presque toutes les spécialités médicales, notamment en pratique générale, en soins palliatifs, en oncologie, en médecine interne, en hématologie et en chirurgie. Parmi les patients touchés, les personnes atteintes de cancer, de drépanocytose, les personnes séropositives, les personnes qui ont subi une intervention chirurgicale ou qui ont eu un accident.

Les patients atteints de cancer peuvent avoir besoin de soulager la douleur à tous les stades de la maladie. Plus de deux tiers des patients cancéreux à un stade avancé et près de la moitié de l'ensemble des patients atteints du VIH/sida à un stade avancé ressentiront des douleurs modérées à très intenses. En soins obstétricaux, les femmes peuvent avoir besoin d'antidouleur pendant l'accouchement et pendant et après une intervention chirurgicale.

Le soulagement de la douleur doit être intégré dans le traitement global chez tous ces patients. Les opioïdes oraux sont des composants clés dans le cadre du traitement de la douleur modérée à très intense et plusieurs d'entre eux sont considérés comme des médicaments essentiels. Le paracétamol (acétaminophène), l'acide acétylsalicylique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) utilisés seuls et les opioïdes faibles (tramadol, codéine) ne sont généralement pas efficaces en cas de douleur modérée à très intense. Les AINS peuvent avoir de graves effets indésirables et il faut les utiliser avec précaution sur une base chronique. Malgré un siècle de chimie pharmaceutique, on n'a pas encore trouvé de substituts appropriés des opioïdes forts pour le traitement de la douleur modérée à très intense.

Si elle n'est pas soulagée, la douleur peut perturber tous les aspects de la vie des personnes et avoir des répercussions sur leur fonctionnement émotionnel, physique et social ; en cas de douleur très intense, les personnes peuvent même en arriver à souhaiter la mort.

Cela fait près d'un siècle que la première convention internationale sur le contrôle des drogues est entrée en vigueur, et les conventions sur le contrôle des drogues établissant la double obligation de garantir une disponibilité suffisante de médicaments sous contrôle et d'empêcher leur mésusage existent depuis presque 50 ans. Pourtant, l'obligation d'empêcher les abus de substances sous contrôle a fait l'objet d'une attention beaucoup plus importante par rapport à l'obligation d'assurer leur disponibilité suffisante à des fins médicales et scientifiques, et cela a entraîné l'adoption par Haïti de lois et de réglementations qui entravent

de manière systématique et grave l'accessibilité des substances sous contrôle.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population doit agir à différents niveaux notamment:

- la législation et les politiques ;
- les formations des professionnels de santé ;
- les aspects économiques

Pour pouvoir améliorer l'accès, il faut que le gouvernement Haïtien travaille en continu sur tous ces aspects afin que les médicaments sous contrôle deviennent disponibles, accessibles et abordables.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- WHO/PSM/QSM : *Accès aux médicaments contrôlés*. Genève ; Février 2007
- OMS : *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle*. Genève ; 2011
- INCB : *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international*. Vienne ; 2010
- MSPP : *Liste des établissements pharmaceutiques autorisés 2012-2013* ; Haïti. 2012
- MSPP : *Liste des institutions sanitaires* ; Haïti. Aout 2011
- DPM/MT : *Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti* ; Haïti ; Mars 2012
- ROSEMOND M. *Normes et procédures de la direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle*. Haïti. Juillet 2008
- MSF : *Guide clinique et thérapeutique* ; ISI ; Paris. Novembre 2007
- De GOYET C. ; Sarmiento J. ; Grünwald F. *La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti : Janvier 2010*; OPS ; Washington ; 2012
- MSPP : *Représentation du système de santé haïtien* ; Haïti
- MSPP : *Politique Nationale de santé* ; Haïti ; Juillet 2012

- Institut Haïtien de l'Enfance, Measure DHS et ICF International. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services - EMMUS-V*. Haïti 2012. Rapport Préliminaire. Septembre 2012

- Ministère des affaires étrangères françaises. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/haïti/presentation-de-haïti/> Consulté le 17 Juillet 2013
- Institut Haïtien de statistique et d'Informatique Mars 2009 : <http://www.ihsi.ht/> Consulté le 28 Juillet 2013
- Banque Mondiale. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haïti/overview> Consulté le 17 Juillet 2013
- Central Intelligence Agency. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/dr.html> Consulté le 18 Juillet 2013
- Central Intelligence Agency. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html> Consulté le 18 Juillet 213

- Central Intelligence Agency. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2223rank.html?countryname=Haiti&countrycode=ha®ionCode=cam&rank=33#wfbtop> Consulté le 18 Juillet 2013
- OMS.Haiti Health Profile
http://www.who.int/gho/countries/hti/country_profiles/en/index.html Consulté le 2 juin 2013
- OCCHA : *HAITI : Une réponse humanitaire extraordinaire pour une crise sans précédent.* <http://www.occah.org/> consulté le 15 Juillet 2013
- MSPP : *Rapport journalier du choléra en Haïti Juillet 2013*
http://www.mspp.gouv.ht/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120&Itemid=1 Consulté le 18 Juillet 2013
- Rapport du 27 Décembre 2012 CNSA : <http://www.cnsa509.org/rapport-devaluation-durgence-des-impacts-du-cyclone-sandy-sur-la-securite-alimentaire/> Consulté le 18 Juillet 2013
- OPS/OMS.
http://new.paho.org/hai/index.php?option=com_content&view=article&id=7006&Itemid=230
Consulté le 19 Juillet 2013
- Haïti : Marché noir du médicament :
<http://fr.canoe.ca/infos/international/archives/2010/05/20100511-221332.html> »
Consulté le 21 Juillet 2013
- Douleurs Sans Frontières. http://www.douleurs.org/138-Haiti-30-novembre--fin-de-la-saison-des-cyclones-pour-lannee-2012-en-Haiti#.Uflr_2R5wZ0 Consulté le 26 Juillet 2013
- Altermonde : Médicaments contrefaçon et marché illicite
<http://altermondes.org/spip.php?article418> Consulté le 21 Juillet 2013
- Le matin : les médicaments en vente libre en Haïti : <http://www.lematinhaiti.com/contenu.php?idtexte=30286> Consulté le 21 Juillet 2013

ANNEXES

Annexe 1 : Posologie des antalgiques chez l'enfant et l'adulte

Niveau	Antalgiques	Enfant	Adulte (sauf femme enceinte)	Remarques
1	paracétamol PO	60 mg/kg/j en 3 ou 4 prises	3 à 4 g/j en 3 ou 4 prises	
	ac. acétylsalicyllique PO	60 mg/kg/j en 3 ou 4 prises	1 à 3 g/j en 3 ou 4 prises	
	diclofénac PO ou IM	PO uniquement : 2 à 3 mg/kg/j en 3 prises	75 mg/j en 1 injection IM (max. 150 mg/j) pendant 2 jours puis relais PO : 150 mg/j en 3 prises	Respecter les CI : ulcère gastro-duodénal, hypovolémie ou déshydratation non corrigées, malnutrition sévère, insuffisance rénale, âge > 60 ans. La durée du traitement doit être la plus courte possible.
	indométacine PO	Ne pas utiliser avant l'âge de 15 ans	50 à 150 mg/j en 3 prises	
	ibuprofène PO	Enfant de plus de 6 mois : 20 à 30 mg/kg/j en 3 ou 4 prises	1200 mg/j en 3 prises	
2	codéine PO	Enfant de 1 à 12 ans : 0,5 mg/kg/prise 3 à 6 fois/jour	30 à 60 mg toutes les 4 à 6 heures	
	dextropropoxyphène PO	Contre-indiqué avant l'âge de 15 ans	65 mg toutes les 6 à 8 heures	
	tramadol PO	Enfant de plus d'un an : 1 à 2 mg/kg, toutes les 6 à 8 heures	50 à 100 mg, toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 400 mg/jour	L'augmentation progressive des doses réduit les nausées et vomissements.
	tramadol SC, IM, IV lente	Enfant de plus d'un an : 1 à 2 mg/kg, toutes les 6 à 8 heures	50 à 100 mg, toutes les 4 à 6 heures, sans dépasser 600 mg/jour	
	morphine PO à libération prolongée	Enfant de plus de 6 mois : 1 mg/kg/j en 2 prises	60 mg/j en 2 prises	
3	morphine PO à libération immédiate	Enfant de plus de 6 mois : 1 mg/kg/j en 6 prises	60 mg/j en 6 prises	
	morphine SC, IM	Enfant de plus de 6 mois : 0,1 à 0,2 mg/kg toutes les 4 heures	0,1 à 0,2 mg/kg toutes les 4 heures	
	péthidine IM, SC ou IV	IM : 0,5 à 2 mg/kg à répéter après 4 h si nécessaire	25 à 100 mg IM, SC ou 25 à 50 mg IV lente à répéter après 4 h si nécessaire	Eviter dans les douleurs chroniques.
	nalbuphine SC, IM ou IV	0,2 à 0,3 mg/kg toutes les 4 à 6 heures	10 à 20 mg toutes les 4 à 6 heures	
	pentazocine SC, IM ou IV lente	Enfant de plus de 3 ans : SC ou IM : 1 mg/kg toutes les 3 à 4 h IV lente : 0,5 mg/kg toutes les 3 à 4 h	30 à 60 mg toutes les 3 à 4 heures	
bupréorphine SC	Enfant de plus de 6 mois : 3 à 6 microgrammes/kg à répéter après 6 à 8 heures	0,3 à 0,6 mg à répéter après 6 à 8 heures En cas de douleur chronique : 0,3 mg toutes les 12 heures	La dépression respiratoire est mal ant agonisée par la naloxone.	

Annexe 2 : Les grilles d'entretiens

- Médecins

Informations sur la structure		
Nom de la structure		
Date		
Contact		
Fonction		
Prescription des services		
Est-ce que vous prescrivez des dérivés morphiniques dans votre cabinet ?	Oui	Non
Comment les patients se procurent-ils les dérivés morphiniques ?		
Si non pourquoi ?		
Est-ce que le service utilise des dérivés morphiniques ?	Oui	Non
Si non pourquoi ?		
Combien de prescriptions de dérivés morphiniques par mois		
Date de votre dernière prescription de dérivé morphinique		
S'il y'a absence de stock de morphiniques, dans quelles structures le patient peut avoir accès ?		
Disponibilité des médicaments		
Présence de ces intrants morphiniques dans le service	Oui	Non
Morphine		
Fentanyl		
Sevredol		
Demerol		
Autres :		
Quelle est la proportion de patient sous morphine ?		
A ce jour le service a-t-il des ruptures de stock ?	Oui	Non
Selon vous, ceci est dû à quoi ?		
Un inventaire est effectué régulièrement ?	Oui	Non
A quelle fréquence ?		
Est-ce que le service possède un stock de contingence ?	Oui	Non
Outils de gestion		
Avez-vous des outils de gestion spécifiques aux morphiniques ?	Oui	Non
Est-ce une contrainte à l'accès aux morphiniques ?	Oui	Non
Conseils et administration aux patients		
Est-ce utile de mettre en place des formations sur la prise en charge de la douleur	Oui	Non
Quels types de formations avez-vous eu sur la prise en charge de la douleur ?		
Quelles sont les modalités d'administration et les précautions d'emplois de la morphine dans le service ?		
Le manque de temps est elle une contrainte à la qualité des soins ?	Oui	Non
Le manque de personnel est-elle une contrainte à la qualité des soins ?	Oui	Non
Quelles sont les réactions des médecins vis-à-vis des dérivés morphiniques ?		
Quelles sont les réactions des patients vis-à-vis des douleurs ?		
Quelles sont les réactions des patients vis-à-vis des analgésiques morphiniques (refus, acceptabilité)?		
Question ouverte		
Pour vous quelles sont les principales contraintes à l'accès aux morphiniques		
Quels sont les intérêts à développer l'accès aux morphiniques		
Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux morphiniques ?		
Autres remarques		

- **Agence de distribution/d'importation**

Informations sur la structure		
Nom de la structure		
Date		
Contact		
Fonction		
Importation		
Avez-vous des commandes de morphiniques ?	Oui	Non
Qui vous passe des commandes de dérivés morphiniques ?		
Si non pourquoi ?		
Responsable des commandes des narcotiques		
Origine des importations?		
Quelle est la procédure d'importation ?		
Est-elle contraignante ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Est-ce que le coût des dérivés morphiniques est important ?	Oui	Non
Distribution		
Pourcentage de la demande en dérivé en morphinique		
Quelle est la procédure de distribution ?		
Est-elle contraignante ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Disponibilité des médicaments		
Présence de ces intrants morphiniques dans l'agence	Oui	Non
Morphine		
Fentanyl		
Sevredol		
Demerol		
Autres :		
A ce jour le service a-t-il des ruptures de stock ?	Oui	Non
Selon vous, ceci est dû à quoi ?		
Un inventaire est effectué régulièrement ?	Oui	Non
A quelle fréquence ?		
Est-ce que le service possède un stock de contingence ?	Oui	Non
Gestion du stock morphinique		
A quel moment est faite la réquisition?		
En fonction du stock de sécurité	Oui	Non
En fonction de la demande	Oui	Non
Autres :		
Question ouverte		
Pour vous quelles sont les principales contraintes à l'accès aux morphiniques		
Quels sont les intérêts à développer l'accès aux morphiniques		
Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux morphiniques ?		
Autres remarques		

- **Laboratoires de production**

Informations sur la structure		
Nom de la structure		
Date		
Contact		
Fonction		
Importation		
Est-ce que vous produisez des dérivés morphiniques ?	Oui	Non
Si non pourquoi ?		
Qui vous passe des commandes de dérivés morphiniques ?		
Responsable des commandes des narcotiques		
Origine des précurseurs?		
Quelle est la procédure d'importation des précurseurs ?		
Est-elle contraignante ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Est-ce que le coût des dérivés morphiniques est important ?	Oui	Non
Distribution		
Pourcentage de la demande en dérivés morphiniques		
Quelle est la procédure de distribution ?		
Est-elle contraignante ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Disponibilité des médicaments		
Présence de ces intrants morphiniques dans l'agence	Oui	Non
Morphine		
Fentanyl		
Sevredol		
Demerol		
Autres :		
A ce jour le service a-t-il des ruptures de stock ?	Oui	Non
Selon vous, ceci est dû à quoi ?		
Un inventaire est effectué régulièrement ?	Oui	Non
A quelle fréquence ?		
Est-ce que le service possède un stock de contingence ?	Oui	Non
Gestion du stock morphinique		
A quel moment est faite la réquisition?		
En fonction du stock de sécurité	Oui	Non
En fonction de la demande	Oui	Non
Autres :		
Question ouverte		
Pour vous quelles sont les principales contraintes à l'accès aux morphiniques		
Quels sont les intérêts à développer l'accès aux morphiniques		
Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux morphiniques ?		
Autres remarques		

- **Les pharmacies privées**

Informations sur la structure		
Nom de la structure		
Date		
Contact		
Fonction		
Réquisition et contrôle		
Avez-vous des réquisitions de morphiniques ?	Oui	Non
Si non pourquoi ?		
Responsable des commandes des narcotiques		
Origine des achats ?		
Quelle est la procédure des commandes ?		
Est-elle contraignante ?	Oui	Non
Si oui pourquoi ?		
Est-ce que le coût des dérivés morphiniques est important ?	Oui	Non
Disponibilité des médicaments		
Présence de ces intrants morphiniques dans le service	Oui	Non
Morphine		
Fentanyl		
Sevredol		
Demerol		
Autres :		
Quelle est la proportion de morphinique dans votre stock ?		
A ce jour le service a-t-il des ruptures de stock ?	Oui	Non
Selon vous, ceci est dû à quoi ?		
Un inventaire est effectué régulièrement ?	Oui	Non
A quelle fréquence ?		
Est-ce que le service possède un stock de contingence ?	Oui	Non
Gestion du stock morphinique		
A quel moment est faite la réquisition?		
Stock un peu bas	Oui	Non
Stock à zéro	Oui	Non
Autres :		
Comment est faite la réquisition?		
L'inventaire est réalisé avant la réquisition ?	Oui	Non
Feuille de réquisition	Oui	Non
Feuille blanche	Oui	Non
Comment sont calculées les quantités à commander ?		
Comment est assurée la livraison?		
Le service a accès à un véhicule ?	Oui	Non
Avez-vous des outils de gestion spécifiques aux morphiniques ?	Oui	Non
Est-ce une contrainte à l'accès aux morphiniques ?	Oui	Non
Question ouverte		
Pour vous quelles sont les principales contraintes à l'accès aux morphiniques		
Quels sont les intérêts à développer l'accès aux morphiniques		
Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux morphiniques ?		
<i>Autres remarques</i>		

Annexe 3 : Objectifs et indicateurs

- Médecins

Objectif 1	Evaluer la disponibilité des morphiniques
Indicateur	Nombre de prescriptions par mois, Présence d'un stock de morphinique, présence de rupture de stock
Objectif 2	Evaluer les modalités de l'accès aux morphiniques
Indicateur	Procédure de commande évaluée
Objectif 3	Evaluer les compétences des professionnels de santé dans l'utilisation des dérivés morphiniques
Indicateur	Formation sur la prise charge de la douleur par la morphine
	Présence d'une stratégie thérapeutique sur l'utilisation de la morphine
Objectif 4	Evaluer l'intérêt de l'étude et les contraintes sur les disponibilités des morphiniques
Indicateur	Les contraintes sont ciblés

- Pharmacie

Objectif 1	Evaluer le taux de commande en morphine par la pharmacie
Indicateur	Les commandes de morphiniques sont évaluées
Objectif 2	Evaluer le coût d'achat de stock morphinique
Indicateur	Coût d'achat est quantifié
Objectif 3	Evaluer les procédures de commande
Indicateur	Les procédures de commande sont évaluées
Objectif 4	Cibler l'origine des achats de morphiniques
Indicateur	Les fournisseurs sont ciblés
Objectif 5	Evaluer la gestion de stock morphinique
Indicateur	Présence d'outils de gestion
Objectif 6	Evaluer les contraintes aux disponibilités des morphiniques
Indicateur	Les contraintes sont ciblées

- Agence de production

Objectif 1	Evaluer la demande en dérivé morphiniques
Indicateur	La demande est quantifiée
Objectif2	Evaluer le coût de production du stock des morphiniques
Indicateur	Coût de production est quantifiée
Objectif 3	Evaluer les procédures de production
Indicateur	La procédure d'importation est évaluée
Objectif 4	Evaluer les procédures de distribution
Indicateur	Procédures de distribution sont évaluées
Objectif 5	Cibler l'origine des achats de morphiniques
Indicateur	Les fournisseurs sont ciblés
Objectif 6	Evaluer la gestion de stock des morphiniques
Indicateur	Présence de rupture de stock

- Agences d'importation

Objectif 1	Evaluer la demande en dérivés morphiniques
Indicateur	La demande est quantifiée
Objectif2	Evaluer le coût d'importation des morphiniques
Indicateur	Coût d'importation est quantifié
Objectif 3	Evaluer les procédures d'importation
Indicateur	Les procédures d'importation sont évaluées
Objectif 4	Evaluer les procédures de distribution
Indicateur	Les procédures de distribution sont évaluées
Objectif 5	Cibler l'origine des achats de morphiniques
Indicateur	Les fournisseurs sont ciblés
Objectif 6	Evaluer la gestion de stock morphinique
Indicateur	Présence de rupture de stock

Annexe 4 : Convention unique de 1971

PRÉAMBULE

« Reconnaissant que l'utilisation des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée »

Annexe 5 : Convention unique de 1961

ARTICLE 14 BIS

ASSISTANCE TECHNIQUE ET FINANCIÈRE

« Dans les cas où il le juge approprié, l'Organe, agissant en accord avec le gouvernement intéressé, peut, soit parallèlement, soit aux lieu et place des mesures énoncées aux paragraphes 1 et 2 de l'article 14, recommander aux organes compétents des Nations Unies et aux institutions spécialisées qu'une assistance technique ou financière, ou l'une et l'autre à la fois, soit fournie audit gouvernement afin d'appuyer ses efforts pour s'acquitter de ses obligations découlant de la présente Convention, en particulier celles qui sont stipulées ou mentionnées aux articles 2, 35, 38 et 38 bis. »

Annexe 6 : Directives rédigées par l’OMS

Directive 1

Les politiques nationales relatives au contrôle des drogues doivent reconnaître que les médicaments sous contrôle sont absolument nécessaires à des fins médicales et scientifiques.

Directive 2

Les gouvernements doivent respecter leurs obligations légales à l’échelle internationale de garantir la disponibilité et l’accessibilité adéquate des médicaments sous contrôle à toutes fins médicales et scientifiques, par le biais de la législation nationale et des politiques en matière de contrôle des drogues.

Directive 3

Les gouvernements doivent désigner une autorité nationale chargée de veiller à la disponibilité et à l’accessibilité adéquate des médicaments sous contrôle en matière de soins de santé.

Directive 4

Les gouvernements doivent veiller à ce que toutes les autorités impliquées dans le développement et la mise en œuvre de politiques en matière de substances sous contrôle coopèrent et se réunissent en fonction des besoins, pour promouvoir leur disponibilité et leur accessibilité à des fins médicales et scientifiques, ainsi que pour prévenir l’abus, le syndrome de dépendance et le détournement.

Directive 5

Les gouvernements doivent veiller à la mise en place d’un forum permettant aux autorités chargées du contrôle des drogues et à celles chargées de la santé publique de coopérer et de rencontrer en cas de besoin les organisations sanitaires et d’autres parties prenantes, afin de promouvoir la disponibilité et l’accessibilité des médicaments sous contrôle à des fins médicales et scientifiques et de prévenir l’abus, le syndrome de dépendance et le détournement.

Directive 6

Toutes les agences gouvernementales, en fonction de leurs rôles et obligations, doivent faire attention à ne pas entraver, dans l'exercice de leurs fonctions, les politiques en matière de santé et l'accès au traitement légitime avec des médicaments sous contrôle. Les autorités sanitaires doivent fournir aux autorités chargées de l'application des lois en matière de stupéfiants et aux agences concernées les informations opportunes au sujet des principes de traitement.

Directive 7

Les gouvernements doivent inclure la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle pour tous les usages médicaux pertinents dans leurs projets de politique pharmaceutique nationaux. Ils doivent également inclure les médicaments sous contrôle et les services pertinents dans les programmes nationaux de contrôle de maladies spécifiques et autres politiques de santé publique.

Directive 8

Les gouvernements doivent veiller à ce que tous les groupes de population bénéficient de manière égale et sans discrimination de leurs politiques en matière de disponibilité et d'accessibilité des médicaments sous contrôle en vue d'un usage médical rationnel et de prévention du détournement, de l'abus et du syndrome de dépendance.

Directive 9

Les gouvernements doivent examiner leur législation et leurs politiques en matière de contrôle des drogues afin de déceler la présence de dispositions trop restrictives ayant des répercussions sur la prestation des soins médicaux appropriés qui impliquent des médicaments sous contrôle. Ils doivent également prévoir des dispositions visant l'optimisation des résultats de santé et prendre des mesures correctives le cas échéant. Les décisions qui sont, en général, de nature médicale doivent être prises par les professionnels de la santé.

Directive 10

Dans leur terminologie, la législation et les politiques nationales en matière de contrôle des drogues doivent être claires et sans ambiguïté afin de ne pas faire la confusion entre l'usage à des fins médicales et scientifiques des médicaments sous contrôle et le mésusage de ceux-ci.

Directive 11

Les médecins, et, le cas échéant, les infirmiers et autres professionnels de la santé dûment qualifiés et formés, à tous les niveaux des soins de santé, doivent être autorisés à prescrire et délivrer des médicaments sous contrôle, sur la base de leur licence professionnelle générale, de leurs connaissances médicales actuelles et des bonnes pratiques, sans avoir besoin d'autres licences.

Directive 12

Les pharmaciens dûment qualifiés et formés, à tous les niveaux des soins de santé, doivent être autorisés à délivrer des médicaments sous contrôle, sur la base de leur licence professionnelle générale, de leurs connaissances médicales actuelles et des bonnes pratiques, sans avoir besoin d'autres licences.

Directive 13

Les gouvernements doivent promouvoir l'enseignement des connaissances et des compétences en matière de traitement de la douleur, de troubles liés à l'utilisation de substances dans le contexte de l'usage médical de médicaments sous contrôle, et autres états de santé demandant un traitement avec des médicaments sous contrôle dans les facultés de médecine et de pharmacie et dans les écoles d'infirmières.

Directive 14

Dans les pays où les médicaments sous contrôle sont disponibles et accessibles pour la première fois, les gouvernements doivent organiser des initiatives de formation destinées aux professionnels de la santé afin d'assurer leur usage rationnel.

Directive 15

Les gouvernements doivent mettre au point une méthode pratique pour estimer de façon réaliste les besoins médicaux et scientifiques en matière de substances sous contrôle, en utilisant toutes les informations pertinentes.

Directive 16

Les gouvernements doivent fournir à l'OICS des estimations et des évaluations sur les quantités de substances sous contrôle requises pour un usage médical et scientifique légitime (estimations annuelles pour les stupéfiants et pour certains précurseurs ; évaluations au moins une fois tous les trois ans pour les substances psychotropes). Les gouvernements doivent fournir à l'OICS des estimations supplémentaires ou des évaluations modifiées s'il apparaît

que la mise à disposition des substances sous contrôle à des fins légitimes risque de faire défaut, à cause de la sous-estimation initiale de la demande courante, des demandes d'urgence ou à caractère exceptionnel.

Directive 17

Les gouvernements doivent présenter à l'OICS des rapports statistiques sur les stupéfiants et substances psychotropes conformément aux dispositions respectives des conventions internationales relatives au contrôle des drogues et aux résolutions pertinentes du Conseil économique et social.

Directive 18

Les gouvernements doivent veiller, en coopération avec les sociétés et les agences chargées de gérer la distribution, que l'achat, la fabrication et la distribution de médicaments sous contrôle se fassent en temps utile, avec une bonne couverture géographique de façon qu'il n'y ait pas de rupture de stock et que ces médicaments soient toujours disponibles lorsqu'ils sont nécessaires, tout en maintenant les contrôles adéquats afin d'empêcher le détournement, l'abus ou le syndrome de dépendance.

Directive 19

Les gouvernements doivent réduire au minimum les répercussions négatives des mesures de contrôle et de sécurité sur l'abordabilité et la disponibilité des médicaments sous contrôle.

Directive 20

Les autorités chargées du contrôle des drogues doivent avoir conscience de l'existence des directives modèles de l'OMS pour l'approvisionnement international en médicaments sous contrôle dans le cadre des soins médicaux d'urgence, qui proposent une procédure simplifiée pour l'importation et l'exportation de médicaments sous contrôle dans un pays lorsqu'un désastre a perturbé le fonctionnement des autorités chargées du contrôle des drogues. Elles doivent les appliquer lorsque c'est nécessaire.

Directive 21

Les gouvernements qui décident de placer sous contrôle national les médicaments qui ne sont pas contrôlés par les conventions internationales en matière de contrôle des drogues doivent appliquer ces directives de la même manière que pour les médicaments placés sous contrôle national

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la République d'Haïti

Figure 2 : Amérique centrale et Caraïbes : Consommation moyenne d'analgésiques opioïdes : 1997-1999 et 2007-2009

Figure 3 : Répartition de la consommation de morphiniques en 2009

Figure 4 : Pourcentage d'hôpitaux publics et privés interrogés ayant déjà utilisés des dérivés morphiniques en intraveineux

Figure 5 : Pourcentage d'hôpitaux publics (n=13) et privés (n=8) interrogés ayant déjà utilisés des dérivés morphiniques par voie orale

Figure 6 : Pourcentage d'hôpitaux publics (n=13) et privés (n=8) interrogés ayant utilisés des dérivés morphiniques dans le mois précédant l'entretien

Figure 7 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés ayant déjà utilisés des morphiniques en intraveineux dans leurs services

Figure 8 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés ayant plus d'une DCI par dérivés morphiniques

Figure 9 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés ayant utilisés des morphiniques dans le mois précédant l'entretien

Figure 10 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés ayant reçu une formation spécifique sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

Figure 11 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés ne prescrivant pas de dérivés morphiniques par manque de connaissance.

Figure 12 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$), dans le secteur public ou privé interrogés, exprimant l'intérêt de développer des formations sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques

Figure 13 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d'abord la médecine traditionnelle.

Figure 14 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d'abord la médecine traditionnelle.

Figure 15 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$), dans le secteur public ou privé interrogés, ayant répondu que leurs patients refusaient d'être traités par les morphiniques.

Figure 16 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) dans le secteur public ou privé interrogés exprimant la nécessité de développer l'accès aux dérivés morphiniques à Haïti.

Figure 17 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) interrogés, dans le secteur public ou privé exprimant la nécessité de former le personnel de santé à la prise en charge de la douleur par les morphiniques.

Figure 18 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) interrogés, dans le secteur public ou privé exprimant le lien entre les prescriptions et la disponibilité des morphiniques.

Figure 19 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que le coût d'achat des morphiniques était un frein à la disponibilité des morphiniques.

Figure 20 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que les procédures de contrôle étaient un frein à la disponibilité des morphiniques.

Figure 21 : Pourcentage d'anesthésistes ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 5$), de chirurgiens ($n_{\text{public}} = 8$ et $n_{\text{privé}} = 5$) ou d'internistes ($n_{\text{public}} = 7$ et $n_{\text{privé}} = 4$) interrogés, dans le secteur public ou privé ayant répondu que le manque de politique de santé dans la prise en charge de la douleur par les morphiniques était un frein à l'accessibilité des morphiniques.

Figure 22 : Pourcentage de pharmaciens ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 7$), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils passaient des commandes de morphiniques et que les intrants morphiniques étaient chers.

Figure 23 : Pourcentage de pharmaciens ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 7$), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils avaient des ruptures de stock et qu'ils possédaient plus DCI par morphiniques.

Figure 24 : Pourcentage de pharmaciens ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 7$), dans le secteur public et privé interrogés, ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation Mensuelle Moyenne (CMM) pour passer des commandes.

Figure 25 : Pourcentage de pharmaciens ($n_{\text{public}} = 12$ et $n_{\text{privé}} = 7$), dans le secteur public et privé interrogés, exprimant un intérêt à développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que les intrants morphiniques, les procédures de contrôle et de commande et l'absence de stock dans les Centres Départementale d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Figure 26 : Pourcentage de responsables des CDAI (n=9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils passaient des réquisitions de morphiniques et que les morphiniques étaient chers.

Figure 27 : Pourcentage de responsables de CDAI (n=9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils avaient des ruptures de stock et qu'ils possédaient plus d'une DCI par morphinique.

Figure 28 : Pourcentage de CDAI (n = 9), dans le secteur public interrogés, ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation Mensuelle Moyenne (CMM) pour passer des commandes.

Figure 29 : Pourcentage de CDAI (n =9), dans le secteur public interrogés, exprimant un intérêt à développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que les intrants morphiniques, les procédures de contrôle et de commande et le manque de politiques de santé sur la prise en charge des douleurs par les morphiniques, sont des contraintes à l'accessibilité de ces intrants pharmaceutiques

Figure 30 : Pourcentage de responsables d'agence de production (n = 3) dans le secteur privé exprimant l'intérêt à développer les morphiniques en Haïti et ayant répondu que l'absence de demande, les procédures de contrôle et de commande et la rentabilité par rapport à ce marché sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Figure 31 : Pourcentage de responsables d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé interrogés, ayant répondu qu'ils possédaient plus d'une DCI par morphiniques, des morphiniques en IV et en Per os.

Figure 32 : Pourcentage de responsables d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé interrogés, ayant répondu qu'ils effectuent des inventaires avant les commandes et qu'ils utilisent la CMM pour passer des commandes.

Figure 33 : Pourcentage de responsable d'agence d'importation (n = 4) dans le secteur privé exprimant l'intérêt à développer les morphiniques en Haïti et ayant répondu que les procédures de contrôle et d'importation, le manque de formation chez les professionnels de

santé et le manque de gestion de stock des hôpitaux sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Figure 34 : Pourcentage de pharmaciens de pharmacie privé ($n = 4$) dans le secteur privé ayant répondu que l'absence de disponibilité dans les agences, les procédures de contrôle et de commande, la faible demande et les restrictions ministérielle sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Figure 35 : Pourcentage d'oncologues ($n_{\text{hôpitaux}}=2$ et $n_{\text{cabinet}}=2$) dans le secteur hospitalier et des cabinets interrogés possédant des morphiniques.

Figure 36 : Pourcentage d'oncologues ($n_{\text{hôpitaux}} = 2$) dans le secteur hospitalier interrogés, ayant répondu que leurs patients consultent d'abord la médecine traditionnelle et qu'ils refusent les dérivés morphiniques.

Figure 37 : Pourcentage d'oncologues ($n_{\text{hôpitaux}}=2$ et $n_{\text{cabinet}}=2$) dans le secteur hospitalier et des cabinets interrogés exprimant la nécessité de développer l'accessibilité des morphiniques et ayant répondu que la faible prescriptions des médecins, le manque de personnel et le manque de politique de santé dans la prise en charge de la douleur par les morphiniques sont des contraintes à la disponibilité des morphiniques.

Figure 38 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG ($n_{\text{pharmacien}}=3$) interrogés ayant répondu qu'ils passent des commandes de morphiniques, qu'ils possèdent plus d'une DCI par morphiniques, qu'ils ont des ruptures de stock, que le coût d'achat est élevé et qu'ils achètent à l'étranger.

Figure 39 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG ($n_{\text{pharmacien}}=2$) interrogés ayant répondu qu'ils effectuaient un inventaire avant les commandes, qu'ils utilisaient des outils de gestion et la Consommation mensuelle moyenne (CMM) pour passer des commandes.

Figure 40 : Pourcentage des pharmaciens d'ONG ($n_{\text{pharmacien}}=2$) interrogés exprimant qu'il existe un intérêt à développer la disponibilité des morphiniques et ayant répondu que la procédure d'importation est contraignante.

LISTE DES ILLUSTRATIONS PHOTOGRAPHIQUES

Figure 1 : Vendeurs ambulants de médicaments

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du choléra en Haïti

Tableau 2 : Principaux opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 et buprénorphine

Tableau 3 : Consommation médicale moyenne d'opioïdes placés sous le contrôle de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, dans la période 2002-2004, exprimée en doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques(S-DDD), par million d'habitants et par jour.

Tableau 4 : Amérique du Nord, Amérique du Sud, Amérique central et Caraïbes : Consommation moyenne de stupéfiants 2007 à 2009.
(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour

Tableau 5 : Prise en charge de la douleur chez la femme enceinte

Tableau 6 : Médicaments sous contrôle et programme de santé nationale

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : BISMUTH

PRENOM : Azriel

Né le : 27/07/1986

à : PARIS

<p style="text-align: center;">ETUDE SUR L'ACCES ET L'UTILISATION DES DERIVES MORPHINIQUES DE PALIER 3 EN HAÏTI</p>
--

RESUME

Les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues restent très efficaces pour prévenir le détournement de drogues des circuits licites vers les marchés illicites et protéger la société des conséquences de la toxicomanie. Toutefois, de nombreux pays en développement n'attachent pas la même importance à l'autre objectif des traités, qui est d'assurer une disponibilité suffisante des substances placées sous contrôle.

Cette étude a été menée par Douleurs Sans Frontières en partenariat avec le Ministère de la santé.

Pour mener cette étude deux méthodes ont été utilisées, des entretiens physiques à Port-au-Prince et ses environs et des entretiens téléphoniques dans les autres départements.

Différentes structures ont été rencontrées : publiques, privées, mixtes et des ONG.

Sur les 15 agences haïtiennes autorisées à importer des narcotiques, seulement 2 importent des morphiniques.

Il existe 3 agences de production en Haïti, aucune ne produisent des morphiniques.

Dans les hôpitaux privés ou publics, l'utilisation des morphiniques est très faible, en ce qui concerne la voie orale, seulement 8 % des hôpitaux publics rencontrés ont déjà utilisés la forme *per os* contre 38 % en privés.

Concernant les morphiniques dans les services médicaux, l'utilisation est centralisée au niveau des services d'anesthésiologie : 100 % des anesthésistes ont déjà utilisé les morphiniques contre 30 % des médecins en médecine interne.

Dans les pharmacies hospitalières, seulement 50 % des pharmaciens rencontrés en public passent des commandes de morphiniques contre 100 % en privés.

Au niveau des pharmacies de ville rencontrées, aucunes n'avaient en stock des morphiniques, bien que la législation Haïtienne autorise les pharmacies à posséder des morphiniques.

En ce qui concerne les recommandations, il est important que le gouvernement reconnaisse l'utilité thérapeutique des morphiniques dans le traitement de la douleur, évalue le besoin national en morphiniques et établisse les différentes restrictions injustifiées dans les lois et les politiques administratives faisant obstacle à l'accès aux morphiniques.

De plus le Ministère de la santé, devrait mettre en place des formations théoriques et pratiques pour les professionnels de santé et inclure des modules sur la prise en charge de la douleur par les morphiniques dans les facultés concernées.

Assurer aux patients des soins palliatifs à domicile, autoriser le personnel infirmier à prescrire des morphiniques et sensibiliser le public sur le bon usage des morphiniques.

Ainsi dans cet exposé nous verrons ce qu'il en est de la disponibilité de ces substances sous contrôle en Haïti, nous mettrons aussi en évidence les différentes barrières rencontrées par les acteurs de santé présent dans le circuit des morphiniques et enfin, nous proposerons des pistes afin d'améliorer l'accessibilité des morphiniques en Haïti.

Mots clés : Haïti, morphinique, stupéfiant, narcotique, analgésique opioïde, substances sous contrôles, douleur, disponibilité, OICS, DPM/MT.