

ÉCHANGES MÉDICAUX À MADAGASCAR

JEREMI RHÔNE-ALPES / JEREMI TOAMASINA

14 AU 27 NOVEMBRE 2004



Photo S.Cancade, J.N. Bally

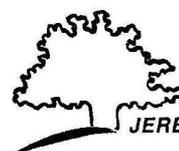
La préparation et le déroulement de ces échanges ont été marqués par les convictions des anciens et les attentes des nouveaux, par l'engagement de chacun. Echanges associés à leur lot habituel de premiers constats, de premières impressions mais au delà, chacun est revenu marqué par les difficultés auxquelles sont confrontés nos collègues malgaches et par la qualité de leur exercice sur le plan clinique.

Ce rapport, ou plutôt ce récit, emmène le lecteur à Toamasina, au coeur de notre action, mais aussi dans sa région, à Ambatondrazaka, la ville du riz, et à Fenoarivo et Maroantsetra, sur la route de la vanille. Il lui fait rencontrer des associations humanitaires comme l'ASA et MEDICAP, ou professionnelles comme la SOMAPED dont nous avons beaucoup à apprendre.

Celui ou celle qui le suivra jusqu'au bout est prêt à partir avec nous. S'il renonce en cours de lecture, qu'il vienne aux réunions rassemblant chaque premier mercredi du mois les partants de novembre et ceux d'avril : nous lui raconterons l'histoire « des JEREMI » et le convaincrons de nous rejoindre.



Clinique du Val d'Ouest-Vendôme
Gereme



JEREMI RHONE-ALPES



Somaped

ÉCHANGES À TOAMASINA (TAMATAVE)

Avec les médecins libres

Blandine Gerbay, Jean Noël Bally, Sam Cancade : respectivement rhumatologue, médecins généralistes ; Arnaud Gerbay, Blaise de Pury respectivement pédiatre et gynéco-obstétricien ainsi qu'échographistes ; Martine Perga et Jacques Bessy, dentistes.

Accompagnés de Gérard Fayette et du Dr. Fidolin Andrianasolo pour MEDICAP

Principes de la formation médicale

Le souci d'une meilleure interactivité est souhaité par l'ensemble des membres de l'association depuis que les rencontres médicales ont débuté à Toamasina en 1999. Ainsi en sommes nous arrivés cette année à restreindre les présentations formelles à type d'exposés magistraux. Avant notre arrivée un programme détaillé de 5 jours a été mis au point avec, pour principal objectif, celui d'échanger dans les cabinets médicaux autour de patients venus en consultation le matin. La fin d'après-midi était consacrée à des réunions dans les locaux de la Croix-Rouge pour discuter de cas particuliers en présence ou non des patients.

Des exposés plus théoriques ont été consacrés à l'échographie (Arnaud Gerbay, Blaise de Pury) à la lecture d'une radio osseuse (Blandine Gerbay, Isabelle Imbert), aux traumatismes dentaires (Martine Perga, Jacques Bessy) et à la présentation de la ventilation non invasive et des extracteurs d'O2 (Charles Bernard, Rabezanahary Adriamihaja ou «Docteur Haja »)

Des séances de formation pratique à l'échographie, en ville et à l'hôpital, se sont articulées sur ce programme sous la responsabilité des échographistes.

Programme de la formation

Lundi 15 novembre 2004



*En atelier d'écho. Blaise de Pury et Michel Livao
Photo S.Cancade, J.N. Bally*

L'accueil dès notre arrivée à Toamasina, organisé par JEREMI Toamasina sur la terrasse de l'hôtel Joffre, a fait la preuve du dynamisme du bureau de l'association et de ses membres avec présence massive de médecins, dentistes et paramédicaux malgaches, et distribution d'un programme écrit très précis pour la semaine :

- Blandine Gerbay, Jean Noël Bally et Sam Cancade travaillent en consultation avec les médecins d'exercice libéral le matin et en début après-midi ;

- Arnaud Gerbay et Blaise de Pury pour l'échographie se partagent entre le cabinet de Michel Laivao et les services du CHR : en pédiatrie avec Jeannine Razariarino, à la maternité avec le Docteur Anderson et en radiologie.

Une séance plénière réunit tous les participants en fin d'après-midi avec des consultations de patients amenés par les médecins eux-mêmes et des topos plus théoriques.



*« La goutte de lait », siège de la Croix-Rouge de Toamasina
Photo S. Cancade, J.N. Bally*

Mardi 16 novembre 2004

Consultations en cabinet chez Séraphin Dinh Van (SOS médecins) où plusieurs salles d'examen permettent de nous répartir et chez Anicet Andrianandrasana (Centre Médical ANF). Une consultation programmée au Centre de Santé de Base (CSB) d'Ankirihiry n'a pas pu se dérouler en l'absence de l'autorisation du médecin inspecteur. La séance plénière à la Croix-Rouge est consacrée à une séance de consultation des sites médicaux sur le web et à la présentation de notions générales sur l'échographie.



*Devant le cabinet de Séraphin Dinh Van.
Photo J.N. Bally*



Centre médical ANF



Jean-Noël Bally et Séraphin Dinh Vandevant le web.
Photo S. Cancade

Mercredi 17 novembre



Michèle Mangazay.

Photo S.Cancade, J.N. Bally



Lala Ranaivoson.

Photo S. Cancade, J.N. Bally

Consultations en cabinet chez Hantarisoa Michèle Mangazay et Ravao Narivoarisoa Lala Ranaivoson. Séance plénière à la Croix-Rouge : discussions sur les pathologies rencontrées en consultation : BPCO et asthme, HTA et insuffisance cardiaque, IST et paludisme, cancer du sein et polyneuropathies. Discussions renforcées par la présence de patients : comment ne pas réfléchir à des solutions de parrainage pour des prises en charge chirurgicales devant ce nourrisson présentant une imperforation anale avec fistule recto-vaginale relevant d'une chirurgie très spécialisée pour espérer un pronostic fonctionnel favorable. Une demande de poches pédiatriques de stomie est alors réitérée.

Jeudi 18 novembre

Consultation chez Jean Marie Andriamanonga et chez Ginette Sahondrahrintsoa. Séance plénière autour de patients à la Croix-Rouge à propos d'infections cutanées récidivantes, de diabète non insulino-dépendant, d'hypercholestérolémie. Intervention des dentistes à propos des traumatismes dentaires.



Jean-Marie Andriamanonga et ses assistants.
Photo S. Cancade, J.N. Bally



Ginette Sahondrahrintsoa, secrétaire et « cheville ouvrière » de JEREMI Toamasina. Photo S.Cancade, J.N. Bally

Jeudi 25 novembre

EPU de rhumatologie - Centre de la Croix Rouge de Toamasina (Isabelle Imbert et Blandine Gerbay)

Une séance d'interprétation de radiographies osseuses simples a été organisée au profit des médecins de l'association JEREMI Toamasina (médecins de l'hôpital Be et médecins libres), grâce à une sélection de clichés sur CD-ROM. Cette séance a permis d'insister sur l'intérêt des clichés simples pour le diagnostic de nombreuses pathologies ostéo-articulaires, sous réserve d'exigences de qualité, comme en témoignent plusieurs exemples vus à l'hôpital Be.

Proposition : renouveler ce type d'enseignement pratique à partir de radiographies issues de cas cliniques colligés pendant l'année à Toamasina, sur demande exprimée par les médecins de l'association.

Les résultats

En termes d'organisation

Le planning prévu par nos confrères malgaches a été parfaitement respecté en dehors de la visite du CSB. Six cabinets médicaux ont été concernés par les échanges sans perte de temps puisque nous étions pris en charge dès le matin pour être conduits directement sur les sites concernés et invités à midi avec ou chez nos amis : occasions d'élargir ou de compléter les débats.

L'expérience semble convenir à tous : on peut l'optimiser en répartissant les médecins de JEREMI Rhône-Alpes dans un plus grand nombre de cabinets médicaux, les réunions plénières de l'après-midi étant faites pour essayer de mettre à plat tous les problèmes relevés par nos confrères.

En termes de contenu

Ces échanges ont été l'occasion de confirmer notre admiration pour le travail de nos confrères malgré leurs difficultés techniques, un manque cruel de moyens d'investigations et des difficultés d'ordre moral : manque de moyens thérapeutiques et, lorsqu'ils existent, manque de moyens financiers des patients. On rappelle que les médicaments sont toujours à la charge des patients et que bien rares sont les malades « remboursés ».

Constats

Problème de certains cabinets pour installer des points d'eau logiques, proches de la salle d'examen et alimentés !

Utilisation inégale des moyens diagnostiques : dextrostix, bandelettes urinaires, microscopie.

Absence de certains gestes cliniques systématiques : TR par exemple.

Difficulté à garder une identité médicale propre et à rester dans une logique de santé publique, les patients venant chercher chez les libéraux une autre réponse thérapeutique que celle proposée par la médecine territoriale avec des risques de déviance, notamment de développement des résistances au *plasmodium*.

Informatisation des cabinets médicaux débutant pour le web, le courrier électronique, le traitement de texte, en l'absence de fichier patients géré par des logiciels médicaux.

Discussion

La pratique médicale ne peut hélas toujours pas se greffer sur les données actuelles de la science. Elle doit prendre en compte les préférences d'un patient qui souvent ne peut ni ne veut payer trop cher les médicaments ; se limiter à la clinique avec par exemple l'impossibilité de suivre les effets biologiques d'un traitement anti-hypertenseur. Nos confrères développent donc une démarche probabiliste tentant de dégager des priorités diagnostiques et thérapeutiques.

L'importance des problèmes de santé publique reste une préoccupation majeure en termes de prévention : IST, hépatites, tuberculose... et en termes thérapeutiques : HTA, diabète... Face à ces problèmes une bonne relation avec les institutions en place paraît indispensable. Leur connaissance du terrain, des spécificités locales et des priorités de santé publique du pays, est une source d'orientation fondamentale.

La Direction Provinciale de la Santé (DPS) et la Coopération

Française devraient toujours être consultées dans la mesure de leurs possibilités. Ainsi toutes les informations concernant la prévalence des principales infections en particulier celle de l'hépatite B qui serait de 16 % et les études épidémiologiques sur la résistance à la chloroquine du *plasmodium falciparum* pourraient nous aider à relayer des messages importants auprès de nos confrères libéraux.

Quelques indicateurs concernant Madagascar en 2003

• PNB (en \$ par habitant)	260*
• Taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans (pour 1000)	141
• Proportion des enfants de 0 à 59 mois malnutris vus en consultation (%)	15,3
• Taux de prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes (%)	1,1
• Taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes (%)	8,2
• Taux de couverture vaccinale en DTC3 des enfants de moins de 1 an (%)	73,3
• Pourcentage de la population ayant un accès direct à une source d'eau potable (%)	29,4
• Taux de desserte en eau potable (%) en milieu rural	12,74
• Taux de desserte en eau potable (%) en milieu urbain	63,02
• Taux d'alphabétisation (% de personnes âgées de 15 ans et plus qui savent lire et écrire)	57,0
• Taux de pauvreté (en % de la population pauvre/population)	73,6

* par comparaison, le PNB est de 12 060 \$ par habitant à l'île de la Réunion.

Rapport de mise en œuvre. Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), juillet à décembre 2003. République de Madagascar. Rédaction 26/02/2004

La volonté de nos confrères d'améliorer la prise en charge de leurs patients est évidente. Nous sommes tous conscients de l'importance d'une formation continue adaptée. Transposer à Madagascar nos référentiels tels quels serait un non sens tant nos conditions d'exercice sont différentes. Il paraît plus intéressant de travailler collectivement à des référentiels applicables à Toamasina. Ils devraient être mis à jour régulièrement en fonction des progrès envisageables.

A titre d'exemple deux pathologies fréquentes, l'asthme et l'hypertension artérielle, pourraient faire l'objet de consensus mis au point d'une session à l'autre en fonction de la réalité du terrain : présentations semiologiques, démarches diagnostiques et thérapeutiques tenant compte des exigences scientifique et des réalités socio économiques.

Un travail en groupe type « groupe de pairs » peut être un bon moyen de formation interactive à développer : nous nous engageons à fournir les données des sites de l'ANAES et de l'AFSSAPS. A partir de ces données nos confrères doivent se réunir, travailler sur ce qu'ils jugent possibles ou non et proposer des attitudes diagnostiques et thérapeutiques cohérentes.

Réunion des médecins

Elle a rassemblé des médecins et des paramédicaux de JT représentant la médecine libérale, la médecine hospitalière et la médecine territoriale (PMI).

Points positifs

Action de JRA inscrite dans la durée.

Extension de l'association aux paramédicaux, aux médecins

territoriaux et aux médecins hospitaliers.

Amélioration des relations interindividuelles par l'intermédiaire de :

. JEREMI Toamasina,

. TOP RESEAU association créée sous l'égide du PSI (Population Service International) : organisation de « commercialisation sociale » pour le prise en charge des IST et du SIDA ;

. l'Association des Médecins Libres de Toamasina (AMELITO)

. et grâce à la mise en place de l'échographie, qui est indéniablement un élément fédérateur, bien que centré sur un seul cabinet.

Constats

La nouvelle forme donnée à ces rencontres à la demande de nos confrères malgaches semble pleinement les satisfaire : elle autorise des échanges plus libres et plus faciles. Elle permet de réaliser un travail commun au cabinet en face du patient et débouche sur des exposés théoriques beaucoup plus adaptés à la pratique.

Les problèmes de santé publique, en particulier la prévention et la prise en charge de certaines endémies n'est pas au cœur des préoccupations de nos confrères : on retrouve ici une problématique bien connue en France !

Demandes de JEREMI Toamasina

Essayer d'organiser la biologie sur le modèle de l'échographie.

Adresser du matériel à destination des médecins de J.T dans le prochain container en respectant un équilibre entre médecins libres et médecins hospitaliers avec étiquetage plus clair.

Etendre l'action de formation aux CSB de Toamasina et à ceux de la périphérie.

Projets

Exploiter encore plus largement les nombreux cabinets susceptibles de nous accueillir.

Etablir des référentiels écrits sur des pathologies spécifiques, dont la rédaction revient aux médecins de JT avec deux thèmes fixés, déjà abordés lors de missions précédentes : l'HTA et l'asthme.

Avec les dentistes

Nos confrères malgaches constatent une baisse importante de la fréquentation de leur cabinet dans le secteur libéral et public en raison de l'inflation : 3 patients par jour pour certains d'entre eux. Ces conditions difficiles ont accentué leur déception à l'ouverture du container d'avril 2004 qui ne contenait pas de matériel à leur intention. Il faudrait remédier à cet état de fait et nous concerter avec les praticiens de JRA partant en avril 2005 pour l'approvisionnement du prochain container.

Au cours de ces 4 jours l'emploi du temps préétabli avant notre arrivée a été respecté :

Mardi 16 novembre.

Endo au trioxyde de calcium ; pose d'une couronne résine sur dent antérieure ; démonstration de montage sur articulateur semi-adaptable avec l'aide de matériel emmené dans nos bagages.

Mercredi 17 novembre,

3 cas d'orthodontie dont 2 peuvent être réglés sur place ; pour le troisième, les moulages sont pris et les pistes de planas confectionnées par un prothésiste français et réexpédiées. Le suivi sera assuré par Théodule Totobesola, praticien formé à la technique au cours d'une mission précédente, en liaison permanente avec nous en cas de difficultés.

Jeudi 18 novembre,

Pose des 2 appareils d'orthodontie ; démonstration pratique d'une rééquilibration occlusale (la partie théorique ayant été traitée en novembre 2003) ; réunion avec les médecins au local de la Croix-Rouge : exposé sur l'auto transplantation d'une dent avulsée après traumatisme (protocole et contention) afin de sensibiliser les médecins souvent les premiers confrontés au problème.

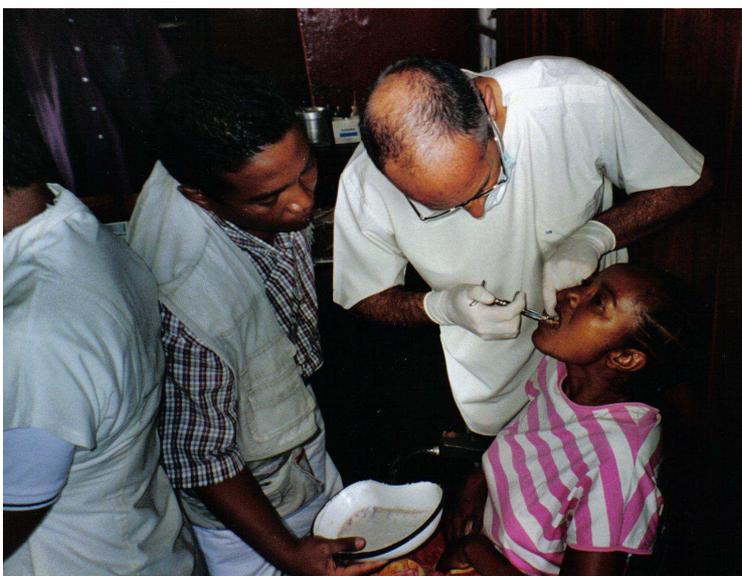
Vendredi 19 novembre

Trois dentistes de JRA et de JT ont pratiqué des extractions de première urgence à la prison de Tamatave sous l'égide de MEDICAP, permettant à Fidolin Andrianasolo, médecin de l'association, de débiter sa formation. Le suivi devrait être assuré par les dentistes volontaires de JT, à équiper le plus rapidement possible en matériel de chirurgie.

Tous les dentistes de JT étaient présents à l'assemblée générale de l'association (& suivant). Nous avons insisté sur le problème d'approvisionnement du container qui doit mobiliser plus de volontaires et nécessite un adressage plus précis afin d'éviter la mésaventure d'un envoi adressé par un Lion's club de la région parisienne et destiné à Antsirabe, toujours stocké (et sécurisé) chez un confrère de Toamasina après maintes discussions quant à sa destination !

Matériel fourni : 2 articulateurs, fraises broches tire-nerfs, matériel d'examen, résine auto ODF et prothèse, meulettes prothèse, 4 coffrets entiers de dents prothétiques, coffrets de disques à polir.

En conclusion, les praticiens pratiquent plus volontiers les soins et l'endo et deux d'entre eux se mettent à l'ODF. Un esprit de groupe se met en place tout doucement. Il est cependant réel que les difficultés économiques limitent sérieusement leur activité.



Extraction dentaire à la prison de Tamatave. Début de la formation en chirurgie dentaire du médecin de MEDICAP
Photo M.Perga

Au sein de l'association

Assemblée Générale de l'Association JEREMI Toamasina

L'association se développe depuis 1999 avec cette année l'adhésion de para médicaux : 24 médecins, 13 dentistes et une infirmière en 2000 ; 97 cotisants malgaches dont 39 médecins, 18 dentistes, 11 para médicaux et 29 cotisants JEREMI Rhône-Alpes en 2004.

Comme nous l'avons dit lors de l'assemblée générale :

« *Quel chemin parcouru depuis 1999 où nous courrions toute la ville pour finaliser les statuts de l'association qui passe le cap des 5 ans : années d'activités avec des moments d'enthousiasme, de doute, de scepticisme parfois. Aujourd'hui force est de constater que les adhérents sont plus nombreux, plus soudés, plus dynamiques, plus communicants et plus performants. Cela ne s'est pas fait en un jour : il a fallu apprendre à se connaître, à se faire confiance, confiance mutuellement méritée avec des signaux très positifs et de sérieux encouragements à poursuivre notre action de formation. Ces signaux, ressentis lors d'échanges auprès des patients, concernent vos efforts d'équipement en matériel et en moyens de communication. Si les téléphones portables sont devenus légion, on dénombre actuellement 5 équipements Internet contre 2 l'an passé. Nous ne parlons plus de missions JEREMI mais d'échanges. Chacun ici est à l'écoute de l'autre : il n'y a pas de relation enseignant-enseigné. Nous vivons tous le même doute médical et avons tous à apprendre les uns des autres. Nous parlons d'enthousiasme parce que l'association a créé des liens entre praticiens de tous horizons, sensibles à différents apports, au matériel donné et au container envoyé : à cet égard l'appareil d'échographie semble être un catalyseur pour tous.* »

Nous avons fait les propositions suivantes :

- . associer l'adhésion à JT à un label qualité comme pour l'association TOP RESEAU ;
- . poursuivre la collaboration des médecins et des dentistes au sein d'une seule association ;
- . encourager les personnes qui profitent du travail de l'association à s'inscrire à JT, en particulier à Sainte-Marie et à Ambatondrazaka ;
- . poursuivre l'envoi de matériels à usage unique et de matériels plus spécifiques pour l'usage desquels une formation peut être nécessaire, par exemple en échographie ;
- . effectuer un colisage plus clair dans le prochain container ;
- . clarifier le mode de réversion des actes échographiques à l'association.

A plus long terme :

- . le développement de la biologie en médecine libérale peut être prévu sur un site différent de celui de l'écho, certaines techniques simples demandant à être généralisées dans les cabinets médicaux : VS et CRP, bandelettes urinaires et dextrostix, examens en microscopie optique : culot urinaire, goutte épaisse, KOP sur les selles... ;
- . l'Internet peut constituer un support à des référentiels diagnostiques et thérapeutiques adaptés ;
- . le travail de groupe, comme les séances plénières à la Croix-Rouge, doit être développé ;
- . la tradition de l'écrit doit être poursuivie : compte-rendus des réunions de JT et bilans financiers ;
- . les soutiens logistiques politiques doivent être développés.

Le projet d'une maison médicale JEREMI ne semble pas répondre à la réalité, les médecins dotés d'un plateau technique restant indispensables au sein de leurs quartiers respectifs.

La soirée cabaret au *Snack Tropical* a bien montré la vitalité de l'association : chacun y est allé de son couplet, trait d'union entre nous tous. Cette soirée nous a rappelé la double

appartenance culturelle de nos confrères qui connaissent le patrimoine de la chanson française souvent bien mieux que nous !

Rencontre des officiels

Théodule Totobesola, Séraphin Dinh Van, Ginette Sahondraharintsoa, Michèle Mangazay, Yasmine Randriamahefa, Jean-Noël Bally et Sam Cancade.

Ces visites sont importantes pour JT afin d'obtenir un soutien logistique et une reconnaissance publique des praticiens libéraux.



Monsieur Laurent Boudon, président de l'Office de Développement de Saint-Étienne et de son Agglomération (ODISEA) a accompagné la mission d'automne pour la première fois : nous avons pu sur le terrain et lors de réunions associatives lui montrer la place et le dynamisme de JT.

Monsieur Emile Tsizaraina, ancien instituteur, président de la Délégation spéciale (PDS), autrefois appelé

« Gouverneur », administre la région de Toamasina qui regroupe trois provinces (cf. carte), chacune sous la responsabilité d'un chef de région : Mangaro (Moramanga, Ambatondrazaka), Atsinana (Toamasina, Brickaville) et Amalanjirofo (Fenoarivo, Maroantsetra). Le PDS nous a assurés de sa bienveillance et nous a rappelés aux devoirs humanistes des médecins en insistant sur la relation médecin-malade qui ne peut être une simple relation de clientèle. Il souhaite un engagement des médecins au delà de Toamasina, dans les endroits les plus reculés, les moyens logistiques étant à discuter avec ses services. Il nous a rappelé l'accord de coopération avec la région Rhône-Alpes du 12 décembre 2003.

Monsieur Barnest Andriamiantsoa, Chef de Région de Toamasina-Est, s'est dit prêt à soutenir J.T en ajoutant que les financements existent mais nécessitent des projets bien construits pour être débloqués.

Monsieur Roland Ratsiraka, maire de Toamasina, nous a reçus en compagnie de son premier adjoint et assurés de ses encouragements. Son soutien se veut logistique dans la mesure de ses possibilités.

Monsieur Joseph Carbonneil, consul de France, nous a signalé :

- . l'arrivée d'un médecin consulaire et de sa femme, médecin,
- . l'extrême difficulté rencontrée pour l'obtention de visas d'étudiants et la possibilité d'appuyer une demande de visa universitaire,
- . les contacts à prendre avec le Dr. Mallat : adjoint au conseiller de la Coopération et délégué aux Affaires médicales de l'Ambassade de France à Antananarivo.

Avec des confrères élus depuis 2003, membres de JT depuis sa création en 2000 : notre ami **Medar Raoelina**, dentiste et vice-président du Sénat qui a eu la gentillesse de nous accueillir à l'aéroport de Tananarive et **Anita Andahimananjara**, médecin et député à l'Assemblée nationale, présidente d'un groupe parlementaire délégué à la santé.

Sophie Biacabe, représentante de la *Coopération française* depuis deux ans à Toamasina. Nous avons développé avec elle des rapports amicaux. Ses conseils sont précieux, à la mesure de sa connaissance du terrain. On ne peut développer une action sans en discuter avec elle ou ses services, notamment auprès des CSB ou des Centres Hospitaliers de District (CHD) de la région de Toamasina. Son mari **Pierre Thévenot** a mis au point un annuaire des ONG intervenant à Toamasina et tient à jour une bibliographie médicale concernant les pays en développement. Sophie et Pierre nous ont accueillis chez eux et nous ont permis de rencontrer plusieurs personnalités dont madame **Zohra Bayant**, directrice provinciale de la Santé, et le professeur **Justin Rasolofomanana**, Directeur général de l'Institut national de santé publique et communautaire (INSPC). Le centre dépistage du SIDA est ouvert, assurant un dépistage gratuit : sa situation centrale en ville fait reculer certaines personnes mais il est utilisé par les prostituées. La trithérapie vient d'être mise en place à Toamasina.

Monsieur Jacques Montourcy, directeur de l'Alliance Française : nous n'avons pas su exploiter la bibliothèque installée à l'Alliance, sans doute par négligence et en raison du développement de l'Internet, mais souhaitons développer avec lui d'autres collaborations.

Gisèle et Patrick Vivé : ils se défendent d'être des « officiels » mais nous ont encore une fois accueillis et proposé leur aide pour la fabrication d'une table de réanimation néonatale pour la maternité et de lits chauffants pour la néonatalogie.



Centre de dépistage du SIDA. Photo S.Cancade ; J.N. Bally

Les pompiers de *Pompiers sans frontières (PSF)*, le capitaine **Jérôme Giron**, responsable de l'antenne Loire, et le major **Gérard Relave** nous ont expliqué leur mode de fonctionnement et les règles d'approvisionnement des containers qu'ils étiquettent avec précision et réceptionnent eux-mêmes, faute de quoi le matériel peut être préempté

COLLABORATION AVEC DEUX ASSOCIATIONS AMIES : MEDICAP ET L'ASA

MEDICAP

L'ensemble du groupe.

On ne présente plus l'activité de Gérard Fayette dont l'association, Médicalisation et Aide aux Prisonniers (MEDICAP) contribue à l'amélioration des conditions de vie dans les prisons du Sud-Est (à Mananjary, Manakara, Farafangana et Fort-Dauphin depuis plusieurs années, à Toamasina et Vatomaniry depuis le début de l'année 2004).

Ainsi a-t-il eu l'idée de solliciter les médecins et dentistes de JEREMI Toamasina pour aider à prendre en charge les problèmes dentaires et médicaux des détenus. Une semaine de contacts à Toamasina en compagnie du médecin salarié de l'association, Fidolin Andrianasolo, a été l'occasion de clarifier les liens unissant MEDICAP et JT. Les médecins et les dentistes de JT ont exposé leurs craintes, notamment celle d'avoir à décider une évacuation sanitaire de la prison et leurs difficultés à assurer une activité bénévole alors que beaucoup connaissent des difficultés financières.

Les discussions sont en cours entre Gérard Fayette et les responsables de JT : une indemnisation à la vacation a été proposée, équivalente au tarif de trois consultations.

Un grand merci à Gérard qui nous a conduits en voiture d'Antananarivo à Toamasina et qui, avec un second véhicule mis à notre disposition par Sophie Biacabe et la Coopération Française, a permis l'acheminement du matériel médical destiné aux médecins et aux dentistes de ville et du CHR.

L'ASA

Patrick Imbert et Jacques Langue pour le préCASA, les CASA 1 et 2 ; Isabelle Imbert et Isabelle Soares pour le CASA 3.

Une partie du groupe a consacré trois jours à l'Accueil des Sans-Abri dont le fondateur et coordonnateur, Jacques Tronchon, nous avait accueillis lors de notre première mission en 1998. L'ASA est actuellement dirigé par un ancien préfet d'Antananarivo, Tshenoarisoa Rabenja, entouré d'un staff compétent et dynamique.

Visite au pré CASA et CASA 1

Patrick et Jacques avec Lanto-Hery (responsable du préCASA) et Julien (médecin du CASA 3).

Les deux centres sont installés sur un même site dans la banlieue est de Tananarive, au bord de la future voie rapide entre la route d'Antsirabe et celle de Tamatave dont le chantier a enlevé 5 hectares sur les 45 disponibles à l'origine. Comme dans toute la campagne malgache, le village surplombe les zones de maraîchage et la rizière dont une partie est occupée par des marais, faute de drainage : sur les 40 hectares restants, seuls une vingtaine sont cultivables.

Le préCASA a débuté en 2000 et le CASA 1, en 2003 : la première installation du CASA en 1995 à côté du centre de l'ASA dans le quartier du Mausolée étant moins adaptée aux objectifs de l'association, notamment à l'apprentissage du travail agricole. Le préCASA accueille la 11^{ème} promotion et le CASA 1, la 10^{ème}.

Les arrivées des familles au préCASA sont suscitées par les animateurs de rue et varient de 3 à 8 par mois. Les départs pour le CASA 2 sont fixés à 20 par an. Au cours de l'année passée dans chacune des 2 phases, quelques familles abandonnent le projet, la plupart rapidement, d'autres après 1 ou 2 ans passés sur le site. Certaines sont revenues vers l'ASA, ont changé d'accueil (pour l'association du père Pedro, par exemple) ou se sont réinsérées seules, d'autres sont revenues à la rue.



Les cases en bois du préCASA, garçon à l'arrosoir
Photo P. Imbert

Le préCASA est un temps de socialisation et d'initiation au travail sous la responsabilité d'un groupe de 7 personnes ; la phase 1 ou CASA 1, un temps d'éducation et d'obtention d'un état-civil, travail dévolu à 2 assistantes sociales dont Suzanne qui nous reçoit.

Sur le plan sanitaire, Suzanne travaille en collaboration avec le CSB (Centre de Santé de Base) d'Ambohimambolo auquel sont référés les enfants à vacciner et les enfants malades.

- Elle assure une visite pour chaque nouvel arrivant et suit régulièrement les enfants en notant le poids et les épisodes pathologiques. Le suivi est systématiquement reporté sur le carnet de santé malgache et sur une fiche propre à l'ASA, transmise plus tard aux CASA 2 et 3 assurant une traçabilité médicale. La courbe de poids représente le seul suivi biométrique recommandé par l'OMS.

- Elle assure également la prise en charge des enfants malades, avec un matériel élémentaire et une réserve de médicaments bien organisée. Les injections faites à la demande du médecin du CSB, sont réalisées avec du matériel à usage unique.

Visite au CASA 2

Patrick et Jacques avec Louis de Gonzague (responsable du CASA 2) et Julien.

Le CASA 2 est installé à l'ouest de Tananarive, sur la commune d'Antanety, sur la route de la Sakay, en direction d'Amipasipotsy ou est installé le CASA 3.

La phase 2 ou Casa 2 qui accueille la 9^{ème} promotion est un temps de formation, d'insertion socioprofessionnelle et d'autonomisation en 1 an :

. formation des adultes à l'agriculture et à l'artisanat nécessaire à la construction de maisons, alphabétisation et apprentissage de la gestion familiale ;

. insertion des adultes : vente des produits des jardins familiaux (produits alimentaires et semences) et des basses-cours dans les marchés du voisinage ou dans les grandes surfaces de Tananarive par l'intermédiaire du domaine Saint-François (voir plus bas) .

. insertion des enfants, tous scolarisés au jardin d'enfants d'Antanety de 3 à 6 ans et à l'école publique après 6 ans ;

. autonomisation : les revenus des ventes constituent une provision pour l'achat des matériaux de la future maison de chaque famille au CASA 3, l'argent épargné étant géré par la

famille ou confié au responsable du CASA 2.

Les problèmes sanitaires sont pris en charge par Paul, également responsable de l'exploitation agricole, et par Alice, assistante sociale, prise en charge équivalente à celle du CASA 1 avec 4 documents parfaitement remplis : la visite d'entrée, le carnet de santé malgache documentant les vaccins et la courbe pondérale, un carnet personnel relatant maladies et traitements, un cahier portant mention de toutes les visites faites au CSB.



Fours solaires et foyer traditionnel au CASA 2. Photo P. Imbert



Jardin d'enfants d'Antanety Photo P. Imbert

Visite au Domaine Saint-François

Le domaine, situé tout près du CASA 2, comprend :

. une table d'hôte et des chambres d'excellente qualité et de bon confort, relais idéal lors d'un séjour à Tananarive ;

. une ferme avec un élevage de vaches et d'animaux de basse-cour, une laiterie et de nombreuses cultures dont les produits alimentent la table d'hôte ou sont vendus en grande surface ;

. une école d'hôtellerie en fin de construction dont les élèves logeront sur place et aideront au fonctionnement de l'auberge.



Four à briques près du Domaine Saint-François. Photo J.Langue

Séjour au CASA 3

Isabelle Soares et Isabelle Imbert.

CASA3 est situé à Ampasipoty dans le Moyen Ouest, à 200 km d'Antananarivo, sur des terres données par le gouvernement malgache.

Après 3 ans d'accueil et de formation, les familles volontaires sont acheminées au CASA 3, les hommes précédant les femmes et les enfants pour construire la maison et débiter les cultures. Chaque année, une promotion de 15 à 20 familles s'installe dans un petit village indépendant.

La première installation datant de 1997, il y a 8 villages. Chaque famille dispose d'une avance initiale : maison et terres, zébu, vache et volailles, outils et semences, qu'elle devra rembourser par la suite.



Paysage du Moyen Ouest. Photo I. Imbert

Des structures communes sont installées à Ampasipoty : église, école primaire et collège, dispensaire tenu par le docteur Julien, logements des animateurs sociaux et agricoles, case des hôtes de passage, greniers à riz communautaires et local de décorticage. Un deuxième centre a été installé dans la zone nord avec un nouveau dispensaire tenu par le docteur Gilles.

Le nombre de colons dépasse 1500 personnes dont plus de 800 enfants. Des villageois n'appartenant pas à l'ASA se sont installés à proximité pour bénéficier du dispensaire, des écoles...et de la sécurité !

Nous nous sommes surtout intéressées au dispensaire dont le Dr Julien est responsable depuis la fondation du centre, assisté de Marie-France Lanciani : il comprend actuellement deux cases de deux pièces chacune pour les consultations dans la première et les hospitalisations dans la deuxième.

La construction d'un petit hôpital débutera en 2005, financée en partie par les associations de soutien de France, en partie par la Communauté Européenne. Les locaux seront plus vastes avec, entre autres, un petit laboratoire et un secteur d'hospitalisation plus important avec 4 lits dont 2 lits pour les parturientes.



Enfants du CASA 3. Photo I. Imbert

Entre 30 et 60 consultations sont effectuées chaque jour, surtout en infectiologie, et particulièrement, pour le paludisme (zone de transmission saisonnière d'intensité encore mal déterminée, ayant fait l'objet d'enquêtes récentes par l'Institut Pasteur, dont les résultats sont en cours d'analyses). La mortalité a été d'environ 15 personnes (adultes et enfants confondus) en 7 ans.

Les cas les plus graves sont évacués vers le petit centre hospitalier de la ville la plus proche, distante de 30 km parcourus en plus d'une heure de voiture. Avec le nouvel hôpital, le docteur Julien disposera de moyens supérieurs à ceux de l'hôpital public voisin.

L'approvisionnement en médicaments est assuré par des dons et, partiellement, par des génériques achetés à Antananarivo. Nous avons déposé au dispensaire un Pilly et un Popi, livres de pathologies infectieuses et tropicales, ainsi qu'un Vidal 2003 et un Doroz 2003.

Nous avons eu l'occasion de visiter trois villages les plus proches d'Ampasipoty, rencontrant chaque famille, avec Marie-France et le Dr Léon, remplaçant du docteur Julien.

Le niveau de richesse est très variable : certains paysans ont augmenté leur cheptel et vendent leur production à la ville voisine, repeignent leur maison, et construisent des hangars. D'autres familles s'en sortent plus difficilement, avec des cas de malnutrition infantile.

La propreté et l'hygiène représentent un combat quotidien pour les animateurs, notamment les assistantes sociales qui mériteraient d'être en nombre supérieur (2 actuellement).

Propositions pour les 4 sites de l'ASA

Documents de suivi

- . Suivi clinique (toutes les phases) : discuter le P/T² avant la marche (fabrication de toises en bois à proposer à l'atelier), utiliser les diagrammes de maigreur après l'âge de la marche, noter par une simple flèche sur les courbes de poids l'arrivée au préCASA et le passage d'une phase à l'autre.

- . Suivi des médicaments (phases 0, 1 et 2) : associer la liste des médicaments essentiels selon l'ASA à un tableau permettant de faire état des manques et des approvisionnements à chaque visite du médecin ; noter les retours à la pharmacie centrale des autres médicaments, des surplus et des médicaments périmés.

- . Suivi des matériels (phases 0, 1 et 2) : vérifier le fonctionnement du thermomètre, des balances et du tensiomètre à chaque visite du médecin et le noter.

Besoins de matériels

- Une table d'accouchement (CASA 3).
- 4 balances suspendues (1 pour le préCASA et le CASA 1, 1 pour le CASA 2, 2 pour le CASA3).
- Appareil pour mesure rapide de la glycémie et sondes gastriques pour prévention des hypoglycémies au cours du traitement des neuropaludismes (CASA 3, à discuter pour l'année 2005).

Techniques et formations

- Utilisation plus systématique des génériques permettant des traitements plus prolongés, sans risque de rupture et un recouvrement possible par la participation des patients.
- Enseignement du drainage bronchique et pharyngé avec l'aide de madame Rhatat, kinésithérapeute et femme du Dr. Rhatat, chef du service des urgences de l'Hôpital Girard et Robic.
- Formation d'une personne capable de faire un diagnostic de laboratoire : bactériologie directe et parasitologie (selles, crachats et sang), formation possible à l'Institut Pasteur d'Antananarivo, associée à la fourniture d'1 ou 2 microscopes et de lames.
- Apport de livres de médecine tropicale (plus récent que « le Gentillini » de 1985...) et abonnement à une revue de médecine générale.

Dispensaire d'Antsiramandroso

Rencontre de Blandine Gerbay et de sœur Christine Rasoamajaravo, responsable du dispensaire

Fonctionnement

Dispensaire tenu par quatre sœurs dont une infirmière, sœur Joséphine, et quatre médicaux ou paramédicaux dont le docteur Florent, médecin coordonnateur inter régional du programme tuberculose-lèpre, monsieur Clément, laborantin, et une femme qui assure les pansements.

Il comprend une salle de pansements, une salle pour les malades qui doivent séjourner au dispensaire, une pharmacie et une salle de consultation qui sert aussi de laboratoire, un nouveau laboratoire étant en cours de construction.

Il reçoit en moyenne 15 patients par jour : les consultations sont assurées par les sœurs Christine et Joséphine, les pansements par l'aide. Les médicaments sont donnés en partie par « Enfants du Monde » et quelques associations confessionnelles. Ce qui manque est acheté.

Besoins

Ils concernent le laboratoire, avec des demandes proches de celles de l'ASA, avec une mention particulière au test de falciformation des globules rouges pour le diagnostic de la drépanocytose.

A MAROANTSETRA, AUPRÈS DU CHD ET DES CSB

*Sophie Biacabe, Gisèle Ramarovavy, Blaise de Pury, Patrick Imbert et Jacques Langue
pour l'enseignement aux médecins de la naissance et aux sages femmes des CHD de Maroantsetra et de Mananara.
Blandine et Arnaud Gerbay, Isabelle Imbert, Jean-Noël Bally et Sam Cancade
pour la rencontre avec les médecins libres et la visite des CSB de Maroantsetra et de Rantabe.*

Séminaire de formation de néonatalogie au centre hospitalier de district (CHD)



*Le père à l'enfant : regards
Photo S.Cancade, JN. Bally*

De Toamasina à Maroantsetra...

A la suite du séminaire de néonatalogie organisé en novembre 2003 par Sophie Biacabe, Conseiller du Directeur de la Santé de la Province de Tamatave, la même formation avait été programmée en 2004 à l'occasion d'une prochaine mission de JEREMI, au profit des professionnels absents du fait de leur éloignement.

Par ailleurs, une évaluation "à chaud" en 2003 avait révélé des points forts, tels que les cours et ateliers pratiques d'obstétrique et de réanimation néonatale, et un point jugé faible, à savoir l'insuffisance en documentation fournie. A la réflexion, il nous était également apparu utile de modifier certains cours en fonction des réalités de terrain et de fournir des matériels de réanimation néonatale présentés en cours et en ateliers.

C'est ainsi qu'un séminaire sur les mêmes thèmes qu'en 2003 a eu lieu dans le centre hospitalier de district (CHD) de Maroantsetra, en cours de réhabilitation par la Coopération Française, les 22-24 novembre 2004. Les formateurs étaient, pour la partie pédiatrique, Gisèle Ramarovavy, Jacques Langue et Patrick Imbert, pour l'obstétrique, Blaise de Pury, et pour la partie logistique Sophie Biacabe ainsi que les médecins territoriaux responsables des districts de Maroantsetra et de Mananara. Les participants étaient au nombre de 16, dont tous les médecins en charge des services d'obstétrique et de pédiatrie des CHD des deux districts et les sages-femmes des CHD et des CSB (Centres de Santé de Base).



Maternité au CHD de Maroantsetra. Photo Patrick Imbert

Enseignement théorique

Le programme était le suivant :

Pédiatrie : indice d'Apgar, réanimation du nouveau-né en salle de naissance, détresse respiratoire, convulsions, ictère, hygiène en salle de travail, infections materno-fœtales et infections nosocomiales, paludisme maternel et néonatal, alimentation du prématuré, hypothermie et soins kangourou. Les cours ont été présentés sur ordinateur à l'aide d'un vidéoprojecteur apporté de France (grâce à un fil tiré d'un diablo suspendu au plafond !) et ont été complétés par la projection de deux films vidéo, grâce au matériel prêté par le Médecin chef du CHD : un sur les soins aux nouveau-nés asphyxiques, tourné au Mali et distribué par la Fondation Leila Fody, et un sur la méthode kangourou à partir de l'expérience colombienne, distribuée par l'association sparadrapp.

Obstétrique : indication des césariennes, hémorragies de la délivrance, utilisation des ocytotiques, complications des avortements et questions diverses traitées sous forme de questions - réponses.

De la théorie à la pratique ...

Après les présentations théoriques, une demi-journée a été consacrée à trois ateliers : techniques sur mannequin de désobstruction des voies aériennes et de ventilation à l'Ambu ou au masque, examen du nouveau-né avec des enfants de la maternité, et techniques d'obstétrique.



Jacques Langue : examen du nouveau-né en atelier.
Photo P. Imbert

En fin de séminaire, chaque participant a reçu une copie des cours de pédiatrie et un masque (fourni par Nicolas Pangaud, cardiopédiatre à Lyon) sur lequel était adapté un tuyau PVC (acheté chez un commerçant de Maroantsetra) selon la technique montrée dans le film. De plus, les maternités des CHD ont reçu des ventouses, des sondes d'aspiration, celle de Maroantsetra ayant également un aspirateur de mucosités. Des livres d'infectieux (Pilly et Popi) et d'urgences pédiatriques (fournis par l'Hôpital Bégin) ont été donnés aux médecins des CHD.

Les cours théoriques et pratiques ont été très interactifs, grâce à une grande réactivité des participants qui ont posé de nombreuses questions, montrant une très bonne connaissance des recommandations de l'OMS. Cependant, il est apparu au cours de la formation que ces recommandations, formalisées dans un document de référence, dataient de 1993 et n'avaient pas été actualisées depuis lors, d'où l'utilité de ce séminaire. Ces échanges passionnants ont inversement permis aux formateurs de mieux comprendre les réalités du terrain et de corriger certaines notions théoriques s'avérant inadaptées au contexte d'exercice. La présence de Gisèle Ramarovavy a été indispensable au bon déroulement de la formation. Outre ses propres cours, elle est intervenue à de nombreuses reprises pour expliciter certains points délicats ou pour susciter des questions en langue malgache, ce qui est apparu très fructueux.

Une satisfaction partagée

Une évaluation a été effectuée auprès des participants en fin de séminaire par Sophie Biacabe, dont voici les résultats :

- La formation était bien adaptée à la pratique quotidienne pour les 16 participants
- Les méthodes étaient participatives et les cours bien compréhensibles pour 15/16
- Bon équilibre théorie/pratique : 13/16 ;
- Les documents étaient utiles pour tous, mais trois auraient souhaité en recevoir davantage, en particulier des livres ;
- L'organisation a été jugée satisfaisante pour 12/16 et moyenne pour 4.
- Dans les commentaires, certains soulignent l'importance d'avoir le matériel de réanimation de base, un suivi de cette formation et de l'apprentissage des techniques.

Quant à eux, les formateurs sont d'accord pour trouver que ce séminaire a été sans aucun doute plus bénéfique que le précédent, grâce à un enseignement plus proche des conditions de travail des participants et grâce à l'apport de moyens de réanimation simples et de durée de vie en principe prolongée. Il a néanmoins manqué des aspirateurs buccaux de mucosités, que la coopération française devrait fournir prochainement pour les CHD.

Proposition

Ce type de FMC plus pratique pourrait être proposé lors de prochaines missions à Toamasina, pour les personnels des services de maternité et de pédiatrie de l'hôpital Be, mais aussi aux médecins libres qui pratiquent des accouchements et en exprimeraient la demande.

Quelques soins à des patients hospitalisés

Parallèlement au séminaire, une visite des services de l'hôpital a permis de montrer les efforts à faire tant pour les infrastructures que pour les équipements techniques. Plusieurs patients ont été soignés par l'équipe JEREMI à la demande des médecins du CHD (un nouveau-né avec une infection secondaire à une

omphalite, un adulte avec un choc allergique, un autre avec un AVC compliqué d'un état de mal convulsif, une parturiente ayant échappé de justesse à la césarienne ...).



Laboratoire au CHD de Maroantsetra : peu de moyens, beaucoup de savoir faire. Photo P.Imbert.



Sophie Biacabe et Boniface Rasoanandrasana. Photo J.N. Bally

Visite des centres de santé de base (CSB) et des médecins libres

Visite du centre de santé urbain de la ville

Deux médecins et deux sages femmes pour une population cible d'environ 25000 personnes. Madame le docteur Boniface Rasoanandrasana nous fait un excellent accueil. Les moyens sont dérisoires même si actuellement sont à disposition des bandelettes réactives de diagnostic rapide d'accès palustre.

Visite du centre de santé de base de niveau 2 de Rantabe

Trois heures de piste, petit dispensaire de brousse en état de délabrement avancé après le passage du cyclone Gafilo. Médecin en place depuis décembre 1999 : Jean-Constant Ratsitoherina.

La coopération est en train de dégager les fonds nécessaires à la restructuration d'une maternité de 7 lits pour 15 à 20 accouchements par mois prévus au C.S.B, un nombre équivalent étant effectué à domicile.

Ces visites illustrent trois besoins :

- . La nécessité de développer l'hospitalisation in situ quand on sait que le transport d'un malade et de sa famille assurant la logistique péri médicale coûte environ 500 000 fmg soit environ 40 euros, le salaire minimum malgache étant de 20 euros mensuels.

- . L'importance des consultations prénatales et de planning familial : 697 utilisatrices de contraception orale et 1690 utilisatrices de contraception injectable retard depuis le début de l'année 2004.

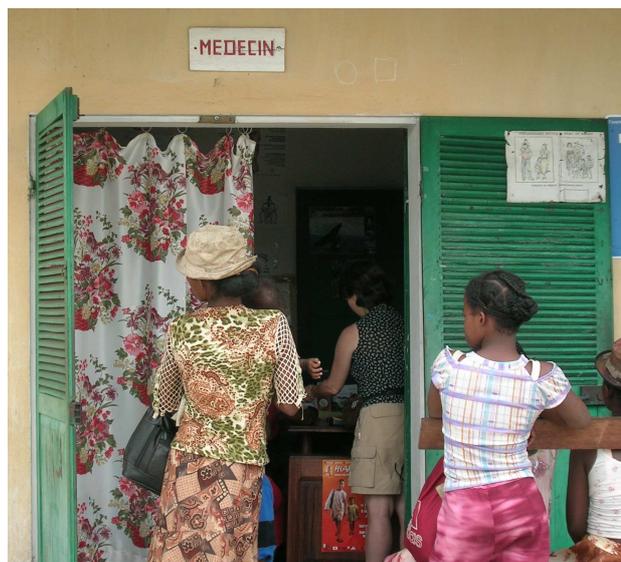


Fanafody : médicaments

- . Le souci de la formation médicale, bien présent puisque sont organisées 4 à 6 formations par an : l'approche syndromique des infections sexuellement transmissibles et l'utilisation rationnelle des médicaments d'ici la fin de l'année 2004.



CSB de Rantabe et Jean-Constant Ratsitoherina. Photo J.N. Bally



Une salle d'attente bon enfant Photo J.N. Bally

Recherche des cabinets de médecins libres à Maroantsetra

Trois cabinets répertoriés dont les médecins ne se connaissent pas et n'expriment pas le désir d'être mis en relation.

un cabinet géré par une association protestante avec un médecin, Jean Rabonarison, et une sage-femme : consultations au tiers du prix pratiqué normalement, médicaments fournis et locaux très corrects.

Un médecin ancien salarié à l'hôpital et installé comme médecin libre.

Un ancien collaborateur de Jean Marie Andriamanonga (§ précédent), Anderson Ramarison, installé depuis 1999, exprimant un besoin marqué de FMC.

MISSION DES DENTISTES À AMBATONDRAZAKA

Martine Perga et Jacques Bessy, 21-24 novembre



*L'équipe médicale présente au cours d'hygiène-stérilisation
Photo M.Perga*

L'association MEDILAC

Accueillis à l'arrivée à l'aéroport par le docteur Robinson et 6 membres de l'association MEDILAC, nous sommes favorablement impressionnés par une structure mise en place il y a 15 ans et une organisation bien rodée. Cette association de 70 membres regroupant médecins, dentistes et pharmaciens a les mêmes objectifs que JEREMI Toamasina : formation continue et entraide professionnelle. S'il paraît inutile de créer une association JEREMI Ambatondrazaka, les statuts de MEDILAC doivent être modifiés pour permettre à l'association de recevoir des donations en matériel, modification devant faire l'objet d'échanges avec le groupe partant en avril 2005.

Ateliers

Le programme préétabli pour les 22 et 23 novembre n'a pas été suivi faute d'évaluation des besoins et des capacités : il a été

adapté et dispensé dans un cabinet équipé de façon très correcte (laboratoire de prothèse à disposition avec prothésiste effectuant la prothèse adjointe et les plaques ODF, sans possibilité de réaliser la prothèse conjointe, comme à Toamasina). Les patients étaient nombreux : nous avons pendant les 2 premiers jours réalisé des appareils de remplacement de dents en mettant l'accent sur des procédés permettant d'accentuer la précision PEI en résine avec prise d'occlusion fonctionnelle et équilibrage occlusale et avons suivi les patients jusqu'à la mise en moufle. Nous avons aussi réalisé un traitement de pulpite sous AL, le blanchiment d'une dent au perborate de sodium, une pose de 2 plaques ODF.

Formation théorique

Sur l'hygiène et la stérilisation à l'Alliance Française le mercredi 24 novembre au matin : 20 personnes sont présentes, médecins et dentistes dont certains ont parcouru 60 km : sujet sensible et nombreuses questions pendant 3 heures...

Visite des cabinets

Le mercredi 24 novembre dans l'après-midi, mieux équipés que ce que nous pensions : tout marche mais le matériel, ancien, mérite d'être renouvelé. L'un des praticiens a entièrement réalisé et de façon fort honorable son équipement en 2 ans !

Besoin en matériel

Vidals, catalogues de fournitures dentaires et brochures UFSBD, plaque de fox, stents pour occlusion, moules ions, forets tenons, texton.

AVEC LA SOMAPED À ANTANANARIVO

III^e Congrès International de la Société Malgache de Pédiatrie (SO.MA.PED) 17 et 18 novembre 2004

Patrick Imbert et Jacques Langue



Notons que tout professionnel de santé (pédiatre, généraliste, obstétricien, réanimateur, sage-femme ou infirmière) peut devenir membre de la SOMAPED, et que ce congrès est le troisième depuis 1990 seulement,

compte tenu des diverses difficultés rencontrées par le pays et par la SOMAPED. Ainsi, il n'y a actuellement que deux professeurs de pédiatrie en exercice pour tout Madagascar : le Professeur Noëline Ravelomanana, titulaire de la Chaire de Pédiatrie et Secrétaire générale du congrès, et le Professeur Honoré Raobijaona, président de ce congrès.

Cette participation s'inscrivait dans le cadre des précédentes collaborations avec les responsables de la SOMAPED (cf. rapport de la mission JEREMI de novembre 2003). Cette collaboration est importante à nos yeux pour harmoniser les enseignements de pédiatrie de JEREMI à Tamatave avec ceux des cadres hospitalo-universitaires d'Antananarivo, et pour favoriser les relations avec les responsables de la pédiatrie à Madagascar. Il faut d'ailleurs noter la présence à ce congrès du Dr Gisèle Ramarovavy, chef du service de pédiatrie de l'hôpital Be de Tamatave et membre de JEREMI Toamasina.

Le thème du congrès était : "Urgences en Pédiatrie et en Gynécologie-Obstétrique". Ce congrès a été remarquablement organisé. De manière particulièrement intéressante, chaque session était inaugurée par une conférence d'un enseignant malgache, à l'intention des plus jeunes, remarquable de pédagogie. La richesse en interventions a nécessité un déroulement en 2 sessions parallèles pendant les 2 jours du congrès. Patrick et Jacques ont chacun effectué 4 communications orales au nom de JEREMI Rhône-Alpes. Patrick a présenté des travaux issus de son expérience de Dakar : épidémiologie et prise en charge des urgences, fièvre bilieuse hémoglobinurique, ventilation mécanique dans le paludisme grave, et intoxication par caustiques. Jacques a rappelé la conduite à tenir dans les situations suivantes : céphalées, hypotonie du nourrisson, 1^e convulsion fébrile, et l'épilepsie pharmaco-résistante, en se basant sur les traitements disponibles à Madagascar et en évoquant les molécules qu'il serait souhaitable de développer. Patrick et Jacques ont aussi participé comme modérateurs chacun d'une session. Il faut noter que JEREMI Rhône-Alpes a été remercié lors de la cérémonie de clôture pour son soutien actif au congrès.

A l'issue de ce congrès passionnant par les exposés et par les contacts avec les confrères malgaches et d'autres nationalités, un mémorable dîner de gala nous a réunis autour d'un excellent groupe malgache qui a animé une soirée particulièrement conviviale dominée par le chant : tous sont passés derrière le micro, notamment les vazaha invités à entonner le classique "Etoile des neiges !..." Ce congrès a été l'occasion de revoir deux chefs de clinique du CHU d'Antananarivo, qui étaient en stage à l'hôpital Be à Toamasina en 2003 : Hanta Ratsitohaina, pédiatre, et Gaëtan Duval Solofomalala, chirurgien orthopédiste. Tous deux ont exprimé le désir d'être intégrés dans de prochaines missions JEREMI. Leur souhait mérite assurément d'être pris en considération.

En marge du congrès, deux visites ont marqué le séjour à Antananarivo. Celle de l'Institut Pasteur par Patrick, notamment les laboratoires d'épidémiologie, de virologie et du paludisme, pour faire le point des principales endémies à Madagascar. Il y a appris la possibilité de s'abonner (ASA, JEREMI Toamasina, ...) aux Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar, par simple demande auprès du Ministère de la Santé (à noter que les revues antérieures à 2004 et les principaux rapports sont disponibles sur le site de l'Institut Pasteur : www.pasteur.mg). Dans les suites, une réunion a été organisée à l'ASA avec le Dr Jean-Louis Soares, épidémiologiste à l'Institut Pasteur sur la situation du paludisme au Moyen-Ouest (cf. plus loin). Jacques et Patrick ont également visité l'hôpital pédiatrique d'Ambohimandra dirigé par le Dr Odile Raharimalala. Nous y avons vu un dynamisme et un esprit d'équipe remarquables autour de sa charismatique directrice. Cet hôpital est référent dans plusieurs domaines, dont la malnutrition infantile et la tuberculose, d'où l'intérêt potentiel d'échanges ultérieurs.

NOUVEAUX CONSTATS ET NOUVELLES PERSPECTIVES POUR JEREMI TOAMASINA



Les conditions de vie malgache bougent... à partir d'un support universel, la communication :

- . les vélos, scooter, 4/4... sont partout présents en brousse... croisant marcheurs et pirogues ;*
- . les petits écoliers sont tous équipés par l'État malgache d'un petit sac à dos... témoin de la priorité donnée à l'éducation : priorité pas toujours bien perçue par la population plus soucieuse de la montée du prix du riz en cette fin d'année (8000 fmg/kg soit trois fois le prix du début de l'année) ;*
- . l'informatique est de plus en plus présente : le GSM est devenu un outil incontournable pour la plupart de nos confrères et des « cyber cafés » sont installés à Toamasina, permettant de converser par mail, d'imprimer et de distribuer des documents ;*
- . les routes principales ont été réaménagées ; en particulier entre Antananarivo et Toamasina d'une part, Ambatondrazaka d'autre part.*

Les liens avec les médecins et les paramédicaux de JEREMI Toamasina sont à la base de nos actions :

Actions en réseau, faisant participer à Toamasina autant de dentistes et de paramédicaux que de médecins, autant de médecins libres que de médecins hospitaliers et de santé publique.

Actions associatives nées de la rencontre d'une association française, JEREMI Rhône-Alpes et d'une association jumelle, JEREMI Toamasina : les deux sont ouvertes à tous les modes d'exercice et à toutes les régions en France et à Madagascar, mais leurs adhérents souhaitent que toutes les actions, en ville ou en dispensaire, à Toamasina et dans sa région comme dans d'autres villes ou régions de l'Ile, soient menées sous l'égide « des JEREMI ».

Actions d'avenir avec l'ouverture de l'Institut de Formation des Paramédicaux, avec les candidatures de deux étudiants en médecine français en demande de stage en pédiatrie et en maternité pendant l'été 2005 et de deux pédiatres malgaches en formation souhaitant participer à l'enseignements de JEREMI.

Ces actions ou plutôt ces échanges ont des exigences :

Exigences vis à vis des médecins français de JEREMI Rhône-Alpes qui se doivent de projeter avec leurs amis malgaches les programmes de chaque séjour ainsi que celui du séjour suivant, et consacrer à JEREMI Toamasina au moins une partie de leur temps, même s'ils sont chargés d'autres missions, à Toamasina ou ailleurs.

Exigences vis à vis des médecins malgaches de JEREMI Toamasina qui ont à participer à ces préparations et à participer aux enseignements : à ce titre, la création d'un circuit Internet, sur le site de JEREMI RA, permettrait d'échanger les informations utiles à une meilleure connaissance de l'épidémiologie à Madagascar.

Il faut enfin accepter ou plutôt susciter des contacts avec les autorités politiques, les autorités sanitaires de tutelle et les médecins hospitalo-universitaires malgaches dont plusieurs sont des membres de JEREMI Toamasina et des amis, de façon à ajuster et à valider nos pratiques.



Les filles jumelles de Gisèle Ramarovavy. Photo P.Imbert

RÉFÉRENCES

Associations

- **JEREMI Rhône-Alpes**

Jumelage et Rencontre pour l'Entraide Médicale Internationale
85 cours Charlemagne 69002 Lyon Tél/Fax 04 78 92 92 23
E-mail jeremi@free.fr

Présidente : Brigitte Burlet Vienney

Vice-présidents : Gilbert Danjou pour l'action au Burkina et

Jacques Richard pour l'action à Madagascar

Secrétaire : Estelle Huin et Annick Aymard

Trésorières : Véronique Baude-Chervet et Agnès de Hédouville

- **JEREMI Toamasina**

Président d'honneur : Norbert Avizara, dentiste : 165 Béryl
Rose Toamasina Tél. bureau 53 331 94 Tél. port. 032 07 01 35

Président : Norovohangy Ramalisoa, médecin de santé publique

Secrétaire : Ginette Armandine Sahondraharitsoa, médecin

libre : Lot. 36 Parcelle 13/61 Cité Immobilière

Tél. bureau/dom. 53 300 17 Tél. port. 03 311 817 69,

E-mail : ginette@wanadoo.fr

Trésorier : Théodule Totobesola

- **G.E.R.E.M.E** : Groupe d'Etude et de Recherche sur

l'Environnement Mère Enfant,

Présidente : Françoise Lamoureux, Clinique du Val d'Ouest,

39 chemin de la Vernique 69143 Ecully Cedex

Tél. 04 72 19 32 00 Fax 04 72 19 32 30

- **ODISEA** : Office de développement de Saint-Étienne et de son agglomération

Président : Laurent Boudon 1 allée du Rond Point

42100 Saint-Étienne

Tél. dom. 04 77 25 38 57 Tél. port. 06 83 04 05 15

E-mail : lauboudon@wanadoo.fr

Vice-président : Jacques Richard, pédiatre à Saint-Étienne (42)

E-mail : jacques.richard4@wanadoo.fr

- **ASA** : Accueil des Sans-Abri

Lot. 2 Y 43 G Ampasanimalo BP 3763 101 Antananarivo

Tél. 20 22 403 46 E-mail asa@wanadoo.mg

Fondateur et coordonnateur : Jacques Tronchon,

E-mail jacques.tronchon@wanadoo.mg

Directeur : Tshenoarisoa Rabenja,

E-mail : rabenja.asaso@simicro.mg

INFO-RESEAU ASA (Bulletin d'information et de liaison de

l'ASA). Rédaction : Maryse Mathieu 37 rue Caderat

42140 Chazelles-sur-Lyon - Tél. 04 77 54 20 51,

E-mail marysemat@free.fr

- **MEDICAP** : Médicalisation et aide aux prisonniers.
Coordinateur : Gérard Fayette BP N° 4238 101 Antananarivo
Tél. dom. 20 22 528 53 Tel .portable : 032 04 854 45
E-mail fayette@dts.mg

Contacts à Toamasina

- **Région de Toamasina** :

Emile Tsizaraina, Président de la délégation spéciale,
Tél. 20 53 32 91,

E-mail : fartmv@wanadoo.mg

- **Conseil Régional de l'Ordre des Médecins,**

Président : Séraphin Dinh Van, Vice-président : Gabriel

Ranjalahy, Secrétaire : Charles Rajaona, Tél : 20 53 322 96

E-mail : manonga@wanadoo.mg

- **Coopération franco-malgache** :

Sophie Biacabe : chef de projet,

Direction Provinciale de la Santé, BP 32 – 501 Toamasina,

Tél/fax bureau :20 53 336 78, Tél. dom. 20 53 303 14

E-mail : sophie.dps@wanadoo.mg

- **Consulat de France** :

Joseph Carbonneil, Boulevard Labourdonnais, 501 Tamatave,

Tél. 20 53 327 21, 20 53 322 91

- **Alliance française** :

Jacques Montourcy,

Tél : 20 53 334 94, Tél. portable : 032 40 333 40,

E-mail : aftamve@wanadoo.mg

- **Hôpital be**

. **Service de pédiatrie** : Gisèle Ramarovavy, Tél. 20 53 302 58,

Jeanine Razaiarinoro : E-mail razaiarinorojeanine@yahoo.fr

. **Service de pneumologie** : Andriamihaja Rabezahary, Tél.

portable : 033 12 82 844

. **Service de médecine interne** : Delphine Rahasana,

E-mail : rahasanav@yahoo.fr

- **Michèle Mangazay**, médecin libre, Cité Valpinson, Tél. 20 53 318 82 ; Tél. portable 03 31 459 324

- **Lala Ranaivoson**, médecin libre, Quartier de Valpinson, Tél. 03 31 227 937

- **Jean-Marie Andriamanonga**, médecin libre. Cité Béryl Rouge, Tél. 20 53 310 16, Tél. portable 03 32 328 14

- **Gisèle et Patrick Vivé**, Société Bonnet

3 rue du Commerce BP 41 Tamatave 501 Tél. bur 20 53 321 37

Fax 20 53 339 51, Tél. dom. : 20 53 322 03

E-mail bureau : bonnetmv@simicro.mg,

E-mail personnel. : g.vive@wanadoo.mg

Contacts à Antananarivo

- **Institut national de santé publique et communautaire (INSPC) :**

Justin Rasolofomanana, professeur de santé publique et directeur, BP 3156 Antananarivo, Tél. 20 22 257 01,

E-mail : inspc.directeur@iris.mg

Serge Gottot, professeur de santé publique et conseiller,

Tél. 20 22 617 72, E-mail: serge.gottot@inspc.mg

- **Ambassade de France :**

Eric Mallat, conseiller régional de coopération, Service de Coopération et d'Action Culturelle près de l'Ambassade de France, BP 834, Tananarive

Tél. 20 22 398 21 Fax : 20 22 398 37,

E-mail : eric.mallat@diplomatie.gouv.fr

Annick Grenier, assistante technique et sage-femme :

Tél. 20 22 675 41, Tél. portable 032 40 00 365, Email : grenier.a@netclub.mg

- **Noëline Ravelomanana**, professeur de pédiatrie, Hôpital des enfants de Tsaralanana 101 Antananarivo Tél. dom. 20 22 695 05 Tél. bureau 20 22 679 75,

E-mail ravenoe@dts.mg

- **Honoré Raobijaona**, professeur de pédiatrie, service de pédiatrie,- Befelatanana, Groupe Hospitalier Mère Enfant – CHU, BP 14 bis Antananarivo, Tél. : 20 22 271 72, Tél. portable 033 11 648 1

E-mail : honoreraobijaona@wanadoo.mg

- **Odile Raharimalala**, chef de service de l'hôpital d'Amboimandra à Antananarivo, Tél. bureau 20 22 611 74 et 20 22 679 75, Tél. portable 033 12 089 09

E-mail : odile.rahari@caramail.com

PARTICIPANTS À LA MISSION ET RÉDACTEURS DU RAPPORT

Équipe des médecins

Nom	Exercice Ville	Téléphone dom./cabinet	Téléphone portable	E-mail
Isabelle Imbert	Rhumatologue 92 Saint -Mandé	01 43 65 01 73		
Patrick Imbert	Pédiatre 92 Saint –Mandé	01 43 98 50 21	06 15 35 16 18	patrick.imbert2@wanadoo.fr
Jacques Langue	Pédiatre 69 Lyon	04 78 23 05 32 04 78 93 78 48	06 07 45 53 93	langue.jacques@free.fr
Blandine Gerbay	Rhumatologue 42 Saint-Etienne	04 77 33 32 03	06 16 1342 05	blandise.gerbay@wanadoo.fr
Arnaud Gerbay	Pédiatre 42 Saint-Priest en Jarez	04 77 93 61 20	06 61 48 59 81	dragerbay@wanadoo.fr
Jean-Noël Bally	Médecin généraliste 42 Saint-Chamond	04 77 31 86 16 04 77 31 31 79	06 85 61 20 69	jean-noel.bally@wanadoo.fr
Michel Cancade	Médecin généraliste 42 Saint-Etienne	04 77 33 47 60	06 81 88 17 95	michel.cancade@uni-medecine.fr
Blaise de Pury	Gynécologue obstétricien 69 L'Arbresle	04 78 30 72 47	06 60 73 40 71	odette@pury.com
Aïcha Bernard	Cadre infirmier 69 Caluire		06 77 83 00 59	
Charles Bernard	Pneumologue réanimateur 69 Caluire	04 78 23 92 38	06 60 08 36 95	doc.charles.bernard@tiscali.fr
Isabelle Soares	Infirmière – Antananarivo Madagascar			
Jean-Louis Soares	Médecin épidémiologiste Institut Pasteur Antananarivo-Madagascar	00 261 20 22 412 72 00 261 20 22 412 74		jlsoares@pasteur.mg

Équipe des dentistes

Nom	Exercice Ville	Téléphone dom./cabinet	Téléphone portable	E-mail
Martine Perga	Chirurgien dentiste 42 Montrond les bains	04 77 54 83 72 04 77 54 44 73	06 81 13 88 62	martine.pergal@netmedicom.com
Jacques Bessy	Chirurgien dentiste 71 Cuisery	03 85 40 19 45 03 85 40 17 60		jacques.bessy@wanadoo.fr

**ÉCHANGES MÉDICAUX À MADAGASCAR
JEREMI RHÔNE-ALPES / JEREMI TOAMASINA
14 AU 27 NOVEMBRE 2004**

**ACTIONS
AU
CHR
DE
TOAMASINA
HÔPITAL BE**

Comme à chaque venue depuis la création de l'association JEREMI Rhône-Alpes, la mission de novembre 2004 a comporté diverses actions au profit du centre hospitalier régional (CHR) de la ville de Toamasina ou hôpital Be.

C'est un hôpital général polyvalent composé de services cliniques (médecine interne, pneumologie, chirurgie, neuropsychiatrie, service d'urgences, réanimation, ORL, ophtalmologie, cabinet dentaire, maternité et pédiatrie) et de services médico-techniques (laboratoires de biochimie et de biologie, pharmacie et radiologie).

Les actions ont été orientées en fonction des compétences des différents participants à la mission : médecine générale, pédiatrie et échographie pédiatrique, gynécologie-obstétrique, rhumatologie, infectiologie, réanimation pneumologique, odontologie, et encadrement infirmier. Elles ont donné lieu à des échanges passionnants avec nos confrères de l'hôpital : visites dans les services, discussions sur des cas cliniques, mais surtout réunions formelles ou informelles à propos de questions d'organisations des soins. C'est ce que détaille le rapport ci-dessous.



Jumelage Et Rencontre pour l'Entraide Médicale Internationale
Association loi de 1901 à but humanitaire
9, rue d'Enghien. 69002 Lyon France



Clinique du Val d'Ouest-Vendôme - Gereme
39, chemin de la Vernique
69130 Ecully France

ACTIONS AU CHR DE TOAMASINA HÔPITAL BE

Service de pédiatrie

Projet de création d'une unité kangourou.

Jacques Langue, Patrick Imbert et Arnaud Gerbay, Gisèle Ramarovavy, Jeannine Razaiarinoro et Dr. Baholi

Les échanges avec le service de pédiatrie existent depuis cinq ans dans quatre domaines : clinique, matériel, logistique et en FMC.

Clinique

- Patrick Imbert a **participé à la visite** des 40 enfants hospitalisés pendant trois jours, discutant chaque observation avec son expérience d'ancien chef de service de pédiatrie à l'Hôpital de Dakar et de médecin hospitalier infectiologue-consultant à l'Hôpital Bégin (Saint-Mandé). Patrick et Jacques Langue ont vu plusieurs patients de pédiatrie générale ou de neuropédiatrie dont les consultations étaient programmées. Arnaud Gerbay a pratiqué plusieurs échographies dans le service de radiologie de l'hôpital, chez des patients sélectionnés à la visite.

- **Ces contacts ont permis** d'ébaucher une meilleure utilisation de l'échographie, en présence du pédiatre, et révélé l'utilité d'un appareil d'échographie en maternité qui renforcerait l'interface entre obstétriciens et pédiatres. Ils ont mis en évidence les insuffisances actuelles du laboratoire, par exemple, l'absence de rendu de l'albuminorachie et une interprétation discutable des examens directs en bactériologie rendant difficile le diagnostic de méningite purulente. Ils ont révélé les difficultés de discussion sur dossier en l'absence d'observations écrites et d'archivage facilement accessible. La question des examens biologiques est abordée plus loin.

- Un **support d'observation clinique** doit être élaboré en France par les pédiatres de JRA avant d'être imprimé à Toamasina. Les rayonnages d'archivage existent au secrétariat du service : le classement pourrait être fait par ordre alphabétique plutôt que par dates d'hospitalisation. Les frais d'impression des fiches d'observation et le coût des pochettes de dossiers seront proposés à l'ODISEA.

Matériel

- Pour la 3^{ème} année consécutive, l'aide du GEREME et un don de l'Hôpital cardiologique de Lyon ont permis :
 - de **renouveler certains matériels consommables** : sondes d'aspiration et de gavage, bandelettes pour Glucometer et bandelettes urinaires, néons pour rampe de photothérapie ;
 - d'apporter une cloche de Hood, 2 ballons de ventilation néonatale et 50 flacons de Rocéphine® 500mg.Les matériels déjà remis en 202 (Hemocue pour dosage rapide de l'hémoglobine, Glucometer et saturimètre de pouls) sont en parfait état de marche.
- **Le service a besoin** d'un 3^{ème} Glucometer, d'un pèse-bébé, d'un nébulisateur (avec ampoules de Ventoline®, d'Atrovent® et d'adrénaline).

Les 100 flacons de Rocéphine® remis au service par Jean-Noël Bally et Sam Cancade pendant l'été 2003, dont la distribution a été documentée, ont permis de diminuer de façon significative la mortalité des méningites purulentes reçues dans le service.

- En dehors des fournitures de petit matériel, **la fabrication locale** d'une table de réanimation néonatale et de lits chauffants à partir de plans fournis par l'APPEL et sur des modèles déjà utilisés en Asie du Sud-Est a été discutée avec Patrick Vivé : matériels simples, chauffés par des rampes de lampes d'éclairage qui remplaceraient en partie les couveuses d'entretien difficile (les 2 couveuses du service de pédiatrie ainsi que 2 des 4 couveuses de la maternité sont en panne et attendent d'être réparées depuis plusieurs mois). Les devis de fabrication pourraient être proposés à l'ODISEA.

Logistique

- Les études faites dans les pays en développement ont montré l'intérêt de la **technique kangourou** pour l'élevage des enfants de moins de 2000 gr. Une unité de ce type fonctionne depuis 2 ans à la maternité de l'Hôpital de Befelatanana à Antananarivo où s'est formée le docteur Gisèle Ramarovavy.

- **Une telle unité doit être créée à Toamasina** à la demande du ministère, justifiée par l'évolution des statistiques de la maternité entre 2001 et 2003 (cf. tableau), avec un nombre de nouveau-nés de petit poids de naissance (PN<2500 gr) supérieur à 400 (statistique à préciser à partir de janvier 2005 en prenant en compte les nouveau-nés de PN<2000 gr). La maternité comprend déjà une chambre de 6 lits réservée aux mères et aux nouveau-nés de PN<2500 gr.

	Année 2001	Année 2003
Naissances	1856	2578
Césariennes	222	285
PN < 2500gr	266	411
Morts in utero et mort-nés	111	144
Décès en maternité	12	14

Statistiques de la maternité de l'Hôpital de Toamasina

- La **création d'une unité kangourou** a fait l'objet d'une discussion entre pédiatres et avec le chef de service de la maternité, Anderson Randriambelomanana.
 - L'unité peut être installée dans le service de pédiatrie qui dispose de plus de place que la maternité. L'emplacement idéal aurait été celui du CREN situé dans la partie est du service, au rez-de-chaussée et disposant d'une entrée indépendante. L'autre emplacement possible se situe au 1^{er} étage, également à l'extrémité est : il permet de regrouper dans deux locaux

adjacents une chambre de 6 lits ouvrant sur une galerie extérieure pour l'unité kangourou et un local comprenant 2 pièces pour l'unité de néonatalogie actuellement située au rez-de-chaussée. Il présente l'avantage de regrouper les activités de néonatalogie dans un même lieu, de pouvoir aménager un sas et une chambre de garde pour le service de néonatalogie, d'être situé à distance de la salle d'accueil et des chambres recevant les maladies infectieuses. L'aménagement des unités de néonatalogie et kangourou pourrait faire l'objet d'un devis à soumettre à l'ODISEA.

- Il serait important de tester la faisabilité de la technique avant la création de l'unité et l'éventuel besoin de personnel. Le récent passage du Dr. Baholi de la maternité dans le service de pédiatrie libère théoriquement un poste de pédiatre pour la maternité et la néonatalogie, mais aucune création de poste de

soignant n'a été envisagée.

Formation

Gisèle Ramarovavy a participé, comme l'année dernière, à la formation des médecins et sages-femmes des CHD ou Centres hospitaliers de district. Les enseignantes de l'IFP (Institut de Formation des Paramédicaux) ont demandé une formation d'obstétrique et de prise en charge du nouveau-né à la naissance. Enfin deux étudiants en médecine de Lyon, Margaux Pouyault (4ème année) et Antoine Glorion (6ème année), ont demandé à faire un stage à l'hôpital de Toamasina en juin et juillet 2005 : les demandes d'autorisation sont en cours auprès du Ministère de la Santé de Madagascar.

Service de pneumologie

Projet de mise en place de la ventilation non invasive. Charles Bernard et Rabezanaahary Andriamihaja

Objectifs

Ils ont été déterminés en France en collaboration avec Rabezanaahary Andriamihaja (Dr. Haja) chef du service de Pneumologie de l'Hôpital de Toamasina qui terminait un séjour de 18 mois au CHU de Limoges :

- apporter des informations sur les sources d'Oxygène (O₂) et sur la ventilation non invasive (VNI) ;
- informer les médecins malgaches, éventuels correspondants du Dr. Haja, sur les possibilités de prise en charge des Insuffisants Respiratoires Chroniques (IRC), aujourd'hui accessibles à Madagascar ;
- programmer avec les dirigeants de l'hôpital de Toamasina la création dans le service de pneumologie d'une unité de 2 lits permettant la prise en charge des I.R.C. en décompensation sub-aiguë, grâce à l'utilisation d'extracteurs d'O₂ et de respirateurs volumétriques d'usage simple.

Préparation

- Contacts avec l'ALLP dont Charles Bernard est administrateur : on confirme la possibilité d'approvisionner le service du Dr Haja en extracteurs et respirateurs en bon état, et ce sur une période prolongée.
- Echanges avec le Dr Haja et le Dr. Yann Martinat, pneumologue à Lyon et membre de la future mission (avril 2005) sur les objectifs et la teneur des informations.
- Prise de contact par mail avec le Dr. Sophie Biacabe pour présenter le projet et planifier les contacts médicaux.
- Sélection des documents audio-visuels autour de l'idée suivante : *sur le secteur Lyon / Saint-Étienne la simplification technologique a conduit à la mise en œuvre, depuis plusieurs années, de thérapeutiques permettant le maintien au domicile de 5000 patients IRC nécessitant un recours quotidien, partiel ou permanent, à des procédures d'assistance ventilatoire. Ces procédures ont fait leur preuve hors de l'hôpital en France : elles devraient pouvoir être introduites dans l'hôpital de Toamasina.*

- **Plusieurs interrogations surgissent rapidement concernant Toamasina :**

- Hors de l'hôpital, l'insuffisance ventilatoire chronique n'est pas évaluée. Combien de patients sont concernés ? Quel est leur parcours ? Comment meurent-ils ? Où meurent-ils ? Quels sont actuellement les moyens d'action des médecins généralistes face à cette défaillance progressive de la fonction ventilatoire ?

- Dans l'hôpital, sera-t-il possible de créer une équipe soignante nouvelle dans un environnement chroniquement déficitaire en personnels ? Sera-t-il possible de créer une équipe de techniciens et de la former à la maintenance et à la réparation des extracteurs et des respirateurs ?

Séjour à Madagascar

La période qui précède les interventions à Toamasina a permis divers contacts :

- **Contacts à Antananarivo**

La mise à disposition de matériels, quels qu'ils soient, doit conduire à une évaluation régulière des possibilités d'en faire usage et de l'usage qui en est fait. La formation de techniciens hospitaliers est un problème qui n'est pas ignoré mais dont la solution reste très difficile sur l'ensemble du territoire.

- **Visites d'hôpitaux**

Un hôpital privé confessionnel : le dénuement est extrême. L'activité chirurgicale est importante, limitée par l'accès à la salle d'opérations et par l'insuffisance de matériels opératoires. Le coût exorbitant de l'O₂ gazeux en «obus» grève le budget de l'hôpital : l'intérêt pour les extracteurs d'O₂ est vigoureusement exprimé.

Un hôpital public : le bloc opératoire a été récemment doté d'un respirateur et d'un extracteur d'O₂ : ni l'un ni l'autre ne sont utilisés, et il n'y a pas de médecin anesthésiste.

- **Visite de 4 CSB**

Les médecins sont très isolés avec des charges administratives contraignantes, sans personnels qualifiés, avec de faibles moyens de traitement et sans électricité.

- **Contacts de la rue**

Il n'est pas rare d'être sollicité pour l'achat de médicaments

prescrits (démarche organisée ?). Les commentaires sur le système hospitalier en général sont négatifs : la dégradation de l'équipement hôtelier et l'absence de médicaments sont douloureusement vécues.

Toamasina

• Visite de l'Hôpital

Le service de pneumologie : actuellement la pathologie dominante est la tuberculose, dont le protocole de traitement est unique : il serait judicieux de pouvoir l'adapter aux différentes formes anatomo cliniques. En termes d'équipements, l'aspirateur de sécrétions est en panne, ce qui empêche l'utilisation du fibroscope bronchique. En termes d'hôtellerie, les chambres et les lits sont insuffisamment entretenus, de nombreux malades ne disposent pas de draps et certains n'ont pas les moyens de s'alimenter.

Le service de réanimation chirurgicale : il ne peut y être réalisé aucune assistance ventilatoire, par insuffisance de personnels et l'absence d'utilisation du seul respirateur, très compliqué.

Le directeur technique, Mr.Kiki Ramanandraibe, a paru très au fait et très sensible au déficit de son hôpital en personnels techniciens. Il est réellement décidé à agir pour améliorer la situation.

• Réunion avec les médecins de JEREMI Toamasina

Présentation des matériels et des objectifs :

Matériels : l'extracteur d'O₂, le masque nasal, le masque bucco-nasal, le masque moulé sur le visage du malade, le relaxateur de pression à embout buccal.

Objectifs :

- 1- Création dans le service de pneumologie d'une unité de 2 lits pour la prise en charge des IRC en décompensation sub-aiguë.
- 2- Mise en œuvre de la VNI dans le service de réanimation

chirurgicale, pour laquelle le médecin responsable a manifesté un grand intérêt.

3- Introduction, dans les services de chirurgie qui en manifesteraient le besoin, de la ventilation à la bouche avec un relaxateur de pression, dont l'apprentissage est aisé, à la phase pré-opératoire pour certains patients à risque ventilatoire (thoracotomie, grande laparotomie, surpoids, IRC) et dont l'utilisation, dès le réveil, à la phase post-opératoire, évite l'encombrement, l'hypoxie et l'hypercapnie.

4- Diffusion possible de l'extracteur d'O₂ dans tous les services ayant recours à l'oxygénothérapie.

Fenoarivo Est

Dr.Haja, Gabriel Ranjalahy, Hector Randriamantiana et Charles Bernard.

• Réunion avec :

Les médecins libres, les médecins des CSB, les médecins de l'hôpital et les pharmaciens : même présentation suscitant l'intérêt pour l'extracteur d'O₂ de la part du chirurgien de l'hôpital et de la part des médecins des CSB qui font état de l'absence d'électrification.

• Rencontres avec :

Le chef de région, Herman Razafindravelo, nouvellement installé, qui nous réserve un excellent accueil et comprend parfaitement l'impérieuse nécessité de promouvoir la formation de biotechniciens dont tout hôpital doit pouvoir bénéficier.

Le maire, Harison Sébastien Benessy, médecin encore en exercice, très sensible au message médical et convaincu de l'action à entreprendre pour la formation de biotechniciens.

Service de Médecine 3^{ème} et 4^{ème} catégories

Rencontre entre Isabelle Imbert et Delphine Helivoahangy Rahasana, médecin chef de service

Le service, situé au rez-de-chaussée du bâtiment de médecine adultes, comprend 40 lits avec un taux de renouvellement important. Il est à la charge de 2 médecins dont Helivoahangy Rahasana. Il souffre d'un manque de personnel et de médecins ainsi que d'un manque de matériels, notamment de lits, en dehors d'un don récent de 2 lits provenant de La Réunion.

Le VIH

Helivoahangy Rahasana, qui vient de faire une formation à La Réunion, est médecin référent pour le VIH à Toamasina : un seul patient VIH a été mis sous trithérapie antirétrovirale à ce jour. Il existe des difficultés d'acheminement des prélèvements pour dosage de la charge virale à l'Institut Pasteur d'Antananarivo, en l'absence d'organisation prévue officiellement.

Elle est vivement intéressée par des conseils pour la prise en charge des patients VIH par Internet et par la possibilité de venir dans le service d'infectiologie de l'Hôpital Bégin, en juin 2005 à l'occasion d'un déplacement personnel à Paris.

Autres problèmes

• Formation

Celle des médecins n'est assurée que par les réunions organisées par les laboratoires pharmaceutiques et les exposés de JEREMI. Celle des personnels est inexistante et très chaudement souhaitée.

Une demande d'abonnement au Bulletin Mensuel de l'Institut Pasteur (IP) d'Antananarivo a été transmise à Jean-Louis Soares, médecin épidémiologiste à l'IP.

• Accès aux soins, aux médicaments et à la biologie

difficiles pour les patients nécessitant d'où le souhait renouvelé d'un Glucometer₂.

Service de rééducation fonctionnelle

Rencontre entre Blandine Gerbay et Monsieur Bienaimé, infirmier major du service.

Le service, animé par un médecin, un major, 3 kinésithérapeutes et un technicien d'appareillage formé par Handicap International prend en charge des patients hospitalisés et adressés par les médecins de la ville

Les activités sont représentées par :

• La rééducation :

. *Orthopédie, neurologie et rhumatologie* : séquelles traumatiques, pieds bots congénitaux, séquelles d'hémiplégie, arthrose.

. *Respiratoire* : excellent résultat de la formation faite il y a 1 et 2 ans par l'équipe de kinésithérapeutes de Saint-Étienne sur le drainage bronchique : 150 à 200 enfants sont traités chaque année depuis.

• **L'appareillage** : confection de béquilles en bois, de prothèses des membres inférieurs, de chaussures orthopédiques de petites attelles pour les pieds bots.

• Il existe une **grille de nomenclature et de cotation des actes** avec deux secteurs et trois niveaux de prise en charge.

. *Malformations, lèpre et poliomyélite* :

2 250 fmg (francs malgaches) par séance, 11 250 fmg si prise en charge par une assurance et 15 000 fmg pour les étrangers.

. *Arthrose, traumatismes* : respectivement 4 500 fmg, 22 500

fmg et 30 000 fmg selon le même barème.

Les actions à envisager concernent :

• La formation

. *Remise à niveau pour le drainage bronchique*, diffusion de l'information et formation des médecins libéraux et des dispensaires aux indications de prise en charge.

. *Prise en charge de l'arthrose cervicale* après une première approche des techniques faite par Isabelle Imbert qu'il serait intéressant de développer.

. Formation à la *rééducation avec pouliothérapie*, à discuter.

. Formation des médecins de CSB à la *prise en charge précoce des pieds bots* : 30 % arrivent à l'âge de 2 ou 3 ans.

• La fourniture de matériels :

Cannes canadiennes, cannes sous-axillaires, fauteuils roulants, attelles (genou, cheville, poignet, pédiocrurale...), cage de pouliothérapie et surtout une machine à coudre de cordonnerie, en urgence.

Laboratoire de biologie

Rencontre entre Blandine Gerbay et Jocelyne Rajerison, biologiste et ancienne interne des hôpitaux

Hématologie

Il existe un appareil Coulter T540 : les réactifs nécessaires à la formule sanguine sont trop chers et se périment vite : il faudrait au moins assurer la bonne marche du comptage des GR, GB et de l'hématocrite et continuer à faire la formule au microscope.

Bactériologie

Seuls sont faits les examens directs : on pourrait envisager un matériel pour les mises en culture des urines et du LCR : étuves, boîte de Pétri, milieux de culture, Öse.

Ionogramme

On ne fait plus de ionogramme à l'hôpital de Tamatave : l'appareil RAIL ion 3 (France santé 2000, 68 rue A.Briand 78130 Les Mureaux) a été stocké 3 ou 4 ans avant sa mise en fonction et donne des résultats incohérents malgré plusieurs essais d'étalonnage ; le photomètre à flamme est en panne. Sophie Biacabe et le bureau de la Coopération Française de

Toamasina s'occupent actuellement de la remise en marche de la technique.

Immunologie

L'appareil installé par la coopération française marche bien et permet de faire :

. la sérologie VIH : environ 10 examens, 1 jour par semaine ;

. la recherche d'antigène HbS et la sérologie de la toxoplas-mose : 6 à 10 examens, 1 jour toutes les 3 semaines seulement en raison du prix des réactifs.

Petit matériel

Manque cruel de gants, micropipettes à vérifier tous les ans. Prévoir une balance de précision et une formation à la méthode de vérification.

Jocelyne Rajerison remercie Colette Xuereb, biologiste qui a donné les micropipettes lors des missions d'avril de 2003 et 2004, et souhaite qu'un biologiste maîtrisant bien les techniques vienne au laboratoire lors d'une prochaine mission.

Institut de formation des paramédicaux

Aïcha Bernard, Cathy Vavisoa, cadres infirmiers, et Charles Bernard

L'option d'une intervention au niveau para médical est prise en juillet. Les premiers échanges constructifs auront lieu mi octobre, peu de temps avant notre départ pour Madagascar le 31 octobre. Le programme est élaboré avec Cathy Vavisoa, chef de service de l'Institut de Formation des Paramédicaux (IFP) de Toamasina et sera mis au point à l'occasion d'une rencontre avec Cathy, lors de notre passage à Toamasina le vendredi 19 novembre 2004.

La visite de quelques structures hospitalières et des entretiens avec divers acteurs hospitaliers ayant modifié notre perception du terrain, un projet d'intervention consacré à la démarche qualité a été abandonné.

Les interventions sont centrées sur les thèmes suivants:

- **pour les moniteurs** : l'organisation des soins infirmiers et le rôle du major dans une unité de soins
- **pour les étudiants** :
 - . 1^{ère} année : la prévention et le traitement des escarres ;
 - . 2^{ème} année : la pose de la sonde vésicale et de la sonde nasogastrique ;
 - . 3^{ème} année : les soins d'urgence devant une tentative de suicide, une noyade, une fausse route, un coma éthylique, un choc anaphylactique et une attaque d'asthme (intervention faite par Charles Bernard).

De plus, la rigueur dans la prise en charge des malades, la conscience professionnelle, le rôle de l'infirmière dans les soins d'hygiène de base, l'entretien du matériel, l'asepsie et le lavage des mains ont fait l'objet de nombreux messages.

Mercredi 24 novembre

Accueil par le groupe de moniteurs et visite de l'IFP, mise au point du programme de formation pour la journée du lendemain. Cathy Vavisoa est absente, retenue à Antananarivo par une réunion nationale des directeurs d'IFP.

Jeudi 25 novembre, matin

Intervention auprès des moniteurs (Marie-Angèle, Emilienne, Jeanne-Yvette, Lila Florentine, Leontine, Fifi, Marthe, Prime et Félix) et de leur responsable pédagogique, Alphonse.

• Organisation des soins infirmiers

Présentation de la grille de Catherine Mordacq qui décrit 4 systèmes d'organisation des soins, basés sur la répartition des tâches à réaliser auprès des malades, en fonction du nombre des personnels disponibles et de leur formation, des informations écrites et orales utilisées dans l'unité de soins et de la façon dont s'exerce la responsabilité du major :

- . le système artisanal ou familial,
- . le système des soins en séries,
- . le système d'attribution individuelle des soins,
- . le système des soins en équipe.

A mesure de la présentation de la grille de C.Mordacq, les formateurs signalent que certains services sont organisés selon le système artisanal ou familial, d'autres se rapprochent du système des soins en série et quelquefois du système d'attribution individuelle, évolution freinée par la pénurie de personnels infirmiers.

L'entretien avec les formateurs se conclut sur l'adoption d'un objectif de travail pour améliorer la qualité des soins pour 2004-2005 :

- . sensibilisation renforcée des étudiants aux règles d'hygiène de base et à l'implication des paramédicaux pour leur mise en œuvre ;
- . collaboration encore plus étroite avec les majors des services de soins pour conforter leurs efforts à faire progresser une application rigoureuse des règles d'hygiène concernant les soins corporels des malades, l'entretien de la chambre du malade et des sanitaires, les personnels eux-mêmes : lavage des mains, tenue vestimentaire.

• Rôle du major

Il est le référent professionnel des infirmiers : de son investissement personnel en collaboration étroite avec le médecin et de son niveau de compétences, dépendent directement l'organisation des soins quotidiens, donc la qualité des soins donnés aux malades.

Jeudi 25 novembre, après-midi

Intervention auprès des étudiants (cf. programme ci-dessus), en insistant sur la responsabilité de l'infirmier dans la prise en charge du malade et le rôle de l'infirmier dans la prise en charge des soins d'hygiène : lavage des mains, tenue vestimentaire du personnel, propreté de la chambre du malade, de son lit, de sa literie.

A l'occasion des contacts avec les étudiants infirmiers il apparaît que la notion de soins correspond prioritairement dans leur esprit à la production de traitements.

Très bon accueil et excellente écoute de la part des étudiants qui semblent très touchés par notre présence. Ils ont posé beaucoup de questions, chaque groupe ayant désigné un étudiant qui nous a remerciés de notre intervention.

PERSPECTIVES POUR L'HÔPITAL BE

Commentaires à propos du constat

- Les **relations entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers** mériteraient d'être précisées : comment les premiers utilisent-ils l'hôpital ?
- **Les personnels infirmiers sont en nombre insuffisant.**
 - . L'IFP produit une cinquantaine de diplômés par an que l'hôpital ne peut embaucher par insuffisance de budget.
 - . Il n'y a pas d'aides-soignants dont l'utilité n'est peut être pas perçue dans la mesure où le personnel soignant n'a pas la charge de la toilette et de l'alimentation des malades hospitalisés.
- Dans tous les services visités les besoins sont multiples et importants : il serait intéressant de les analyser dans le cadre de la **Commission médicale d'établissement (CME)** qui regroupe tous les praticiens de l'hôpital.

Suggestions générales

- Il faut bien sûr cultiver une **concertation très étroite avec les médecins hospitaliers** pour analyser de manière critique et avec recul, parmi tous leurs besoins, ceux qui peuvent être efficacement satisfaits par la mise en œuvre de nouvelles procédures thérapeutiques.
- La mise en évidence de **besoins identiques concernant plusieurs services** pourrait émerger des contacts avec la CME et leur satisfaction pourrait être privilégiée.
- **L'engagement de la direction de l'hôpital** est une nécessité essentielle : le poids de notre association peut représenter un appui important pour faire aboutir les projets de nos collègues hospitaliers.
- **La notion de contrat avec l'hôpital**, évoquée lors de la réunion du 15 décembre 2004 au siège de l'ODISEA à Saint-Étienne, est à étudier :
 - . *Le projet médical élaboré par les médecins hospitaliers de Toamasina et les médecins de JEREMI, devrait être écrit, étayé, et inscrit dans la politique générale de l'hôpital.*
 - . *Ce projet devrait être avalisé par ODISEA.*
 - . *La direction de l'hôpital, si elle adopte ce projet, s'engagerait par contrat avec ODISEA à mettre à disposition les moyens de sa mise en œuvre selon un programme déterminé.*
 - . *Les 4 groupes d'acteurs : médecins hospitaliers, JEREMI, direction de l'hôpital, ODISEA, réaliseraient une évaluation régulière de la mise en œuvre du projet et de sa réelle efficacité sur la prise en charge des malades qui recourent à l'hôpital.*
- **Une évaluation**, élaborée par les 4 parties, devrait être un élément essentiel du contrat : elle aurait le mérite de mettre en lumière les difficultés et les obstacles, et d'éclairer tous les acteurs sur le possible et l'impossible.

Projets

La formation d'une équipe de biotechniciens

Elle semble aujourd'hui une priorité qui ne peut plus être différée afin de permettre le fonctionnement correct de l'équipement technique de l'hôpital.

Des contrats de soutien de service

peuvent être proposés :

- *en pédiatrie* et tout particulièrement en néonatalogie avec la création d'une salle de soins aux nouveaux-nés de petit poids de naissance, dite unité Kangourou, et d'une salle de soins intensifs ;
- *en pneumologie* avec la mise en place de la ventilation non invasive et l'apport d'extracteurs d'O₂ dont certains pourraient être attribués à d'autres services tels que l'accueil des urgences et la pédiatrie ;
- *au laboratoire de biologie interne* selon les propositions faites ci-dessus ;
- *en rééducation fonctionnelle* et en *médecine interne* selon les propositions faites ci-dessus.

Les projets idéalistes doivent être abandonnés

- JEREMI et ODISEA peuvent-ils avaliser l'existence d'un service de réanimation dans l'hôpital de Toamasina sans un support biologique suffisant et sans aucun moyen de suppléance prolongée des fonctions vitales ?
- Ne vaudrait-il pas mieux s'efforcer d'aider ce service à fonctionner efficacement à un niveau de surveillance continue : cela impliquerait déjà d'importants progrès en matière de personnels et de moyens de surveillance.
La direction de l'hôpital a le projet de regrouper les deux unités dites de réanimation.
Concentrer les praticiens, les personnels soignants et les moyens en matériels est une excellente idée que nous pourrions accompagner (en suggérant de changer la dénomination du nouveau service):
 - . *à la charge de la direction de l'hôpital* la mise à niveau des locaux et la formation des biotechniciens ;
 - . *à la charge de JEREMI et d'ODISEA* la satisfaction des besoins en matériels de surveillance ;
 - . *à la charge de toutes les parties* la mise en œuvre d'une évaluation élaborée consensuellement.

Rapport rédigé par :

Isabelle Imbert	Rhumatologue - 92 Saint -Mandé
Patrick Imbert	Pédiatre - 92 Saint –Mandé
Jacques Langue	Pédiatre - 69 Lyon
Blandine Gerbay	Rhumatologue - 42 Saint-Etienne
Arnaud Gerbay	Pédiatre - 42 Saint-Priest-en-Jarez
Jean-Noël Bally	Médecin généraliste - 42 Saint-Chamond
Michel Cancade	Médecin généraliste - 42 Saint-Etienne
Blaise de Pury	Gynécologue obstétricien - 69 L'Arbresle
Aïcha Bernard	Cadre infirmier - 69 Caluire
Charles Bernard	Pneumologue réanimateur - 69 Caluire
Isabelle Soares	Infirmière – Antananarivo - Madagascar
Jean-Louis Soares	Médecin épidémiologiste - Institut Pasteur Antananarivo-Madagascar
MartinePerga	Chirurgien-dentiste - 42 Montrond les bains
Jacques Bessy	Chirurgien-dentiste - 71 Cuisery

Cartes communiquées par Mr Pierre Thévenot
Mise en page Grafficus édition

MADAGASCAR
Province de Toamasina et districts sanitaires
2 702 707 habitants *

Madagascar
Carte administrative

Source : FTM
Pierre Thévenot
novembre 2004

Echelle
0 50 100 km 200

