

ÉCHANGES MÉDICAUX À MADAGASCAR

JEREMI RHÔNE-ALPES /JEREMI TOAMASINA

JUILLET - DÉCEMBRE 2005

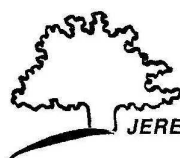


Photo Dominique Langue

La mission JEREMI RA de l'automne 2005 a débuté dès l'été avec les stages de deux étudiants en médecine lyonnais à l'Hôpital Be, Margot Pouyau et Antoine Glorion. Trois mois plus tard, Patrick Imbert et Jacques Langue, pédiatres, Christine et Dominique Langue, chirurgiens dentistes, et Cyril Langue, acheteur en hôtellerie sont partis pendant la semaine du 20 au 27 novembre à Tamatave, Ambatondrazaka et Tananarive. Marie-José Challamel, pédiatre et neurophysiologiste les a suivis, entre le 5 et le 17 décembre. Chacun relate son expérience à sa façon, avec plus ou moins de place pour la science, les échanges et la poésie. Pierre Thévenot, ingénieur agronome, agrmente ce rapport d'une histoire de litchis, omniprésents à Tamatave et dans toute l'Ile en cette fin novembre.



Clinique du Val d'Ouest-Vendôme
Gereme



JEREMI RHONE-ALPES

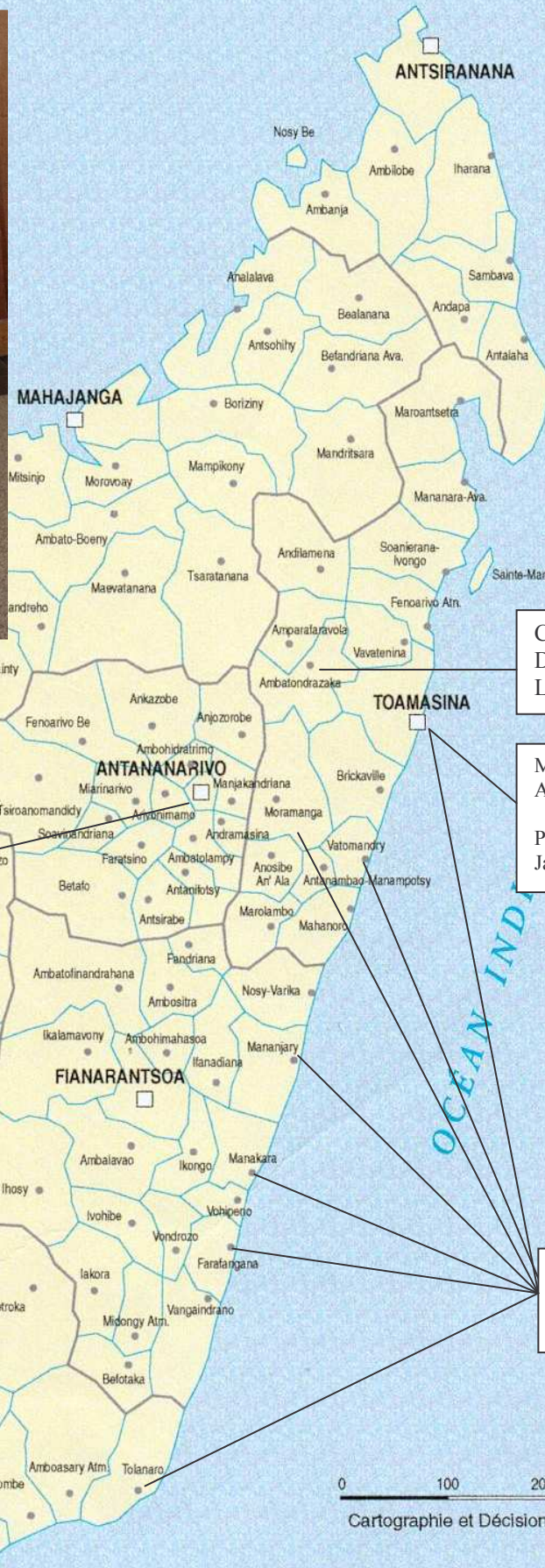


Somaped
Société malgache de
pédiatrie



La vie en rose

Photo Patrick Imbert



Christine et Dominique Langue

Margot Pouyau et Antoine Glorion
Patrick Imbert et Jacques Langue

Cyril Langue
Marie-José Challamel

Prisons aidées par MEDICAP

0 100 200 km
Cartographie et Décision



Prière de ne pas déranger

Photo Marie-José Challamel



Le marché des épices à Tamatave



Tananarive, la ville rejoint les rizières



Atelier à l'ASA



Tananarive, le Village St François de l'ASA



Maïs et patates douces en bord de route



Une rue à Tamatave



Tananarive, quartiers anciens dans les collines



Cyril à la porte de l'office à l'ASA

ANTOINE GLORION ET MARGOT POUYAU

STAGE EN MATERNITÉ, JUILLET-AOÛT 2005

Antoine Glorion et Margot Pouyau, étudiants en médecine à Lyon, ont effectué un stage à la maternité de l'hôpital de Toamasina. Margot a oeuvré en salle de travail. Antoine rapporte ici la mise en place de trois protocoles de surveillance et de prise en charge néonatale. Reçu à l'Internat au concours 2005, Antoine a choisi l'internat de pédiatrie au CHU de Bordeaux et a rejoint la Réunion à la rentrée pour deux semestres, à Saint-Denis et Saint-Pierre. JEREMI RA remercie ceux qui les ont accueillis, notamment Sophie Biacabe et Pierre Thévenot, Tilana et Sylvain Guichard qui leur ont ouvert leur maison.

Constat de départ

La maternité du CHR de Tamatave avait initialement pour vocation la prise en charge des césariennes et des accouchements dystociques de la région. En réalité, le service n'effectue pas de triage en amont et les références de médecins libéraux sont rares. Les patientes viennent librement se faire hospitaliser, souvent en début de travail, sans suivi de grossesse.

Les chiffres rapportés entre 2001 et 2003 étaient les suivants :

| | Année 2001 | Année 2003 |
|----------------------------|------------|------------|
| Naissances | 1856 | 2578 |
| Césariennes | 222 | 285 |
| Poids de naissance < 2500g | 266 | 411 |
| Morts in utero et mort-nés | 111 | 144 |
| Décès en maternité | 12 | 14 |

En 2005 le nombre de naissances devrait se situer entre 2 800 et 3 000. En revanche le nombre de décès de nouveaux nés à la maternité semblait bien plus élevé (selon nos observations entre 30 et 40 par an), nombre de ces décès n'étant pas répertoriés.

Les principales causes de morbi-mortalité observées étaient :

- les souffrances fœtales aiguës sur éclampsie (une quinzaine observée sur une période de deux mois), ou liées à un accouchement dystocique ou une prise en charge obstétricale inadaptée,
- les infections néonatales et un cas de paludisme néonatal (correctement traité),
- les pathologies liées à la grande prématurité et notamment les détresses respiratoires.

Le service de pédiatrie ne collaborait plus avec la maternité, de telle sorte que les nouveaux nés n'étaient pas examinés à la naissance et que les cas pathologiques étaient souvent transférés avec du retard grevant ainsi leur pronostic.

Les protocoles

Les protocoles ont été adaptés, le mieux possible, au fonctionnement quotidien de la maternité du CHR de Tamatave et de l'accessibilité aux médicaments. Ils ne peuvent être détaillés ici.

Trois axes ont été développés :

- la mise en place d'un score infectieux avec algorithme de traitement adapté afin de diminuer la morbi-mortalité infectieuse et lutter contre les mauvaises habitudes de pratique (cf. supra) ;
- la prévention et la reconnaissance clinique des urgences métaboliques accessibles à un traitement peu coûteux et souvent très efficace ;

- la prise en charge alimentaire des petits poids de naissance soit par gavage soit par tétées progressives.

Les sages femmes ne peuvent pas consacrer beaucoup de leur temps aux nouveaux nés. La période clef de ces protocoles est la première heure de vie, pendant laquelle le nouveau né est encore dans la salle d'accouchement et la mère se repose. Ce constat m'a contraint à concentrer tous mes efforts sur cette période décisive où les sages femmes sont à proximité de l'enfant (souvent encore nu ou facilement déshabillé), peuvent l'examiner et décider d'une conduite adaptée. Reste le cas des scores infectieux initiaux, dont certains nécessitent une réévaluation à distance et le prélèvement d'une CRP.

Mise en route

Au cours des trois-quatre premières semaines j'ai évalué la meilleure façon d'introduire et d'adapter ces protocoles au fonctionnement du service et éprouvé la faisabilité d'un plan de prescription sur des nouveaux nés que j'avais examiné seul. J'ai eu néanmoins à lutter contre un fort scepticisme ambiant et une certaine inertie mais en insistant, progressivement, j'ai pu constater que, notamment la nuit, les prescriptions des nouveaux nés pouvaient être bien exécutées.

Peu à peu j'ai pu montrer aux sages femmes l'amélioration clinique de certains nouveaux nés, ce qui m'a permis d'avoir plus de crédit lorsque je leur ai proposé de changer leurs habitudes et de mettre en place des protocoles. Mais la mise en pratique fut pénible et souvent aléatoire. Je me suis donc attaché à guider et à contraindre chaque sage femme à examiner avec moi chaque nouveau né inclus dans ces protocoles, à leur faire comprendre la démarche, à leur faire prescrire ces nouvelles thérapeutiques puis dans les jours qui suivent à venir constater l'amélioration clinique.

Les premiers protocoles correctement mis en place étaient ceux de la prévention et du traitement des troubles métaboliques. Je retrouvais le matin des prescriptions de glucofé ou de calcium faites dans la nuit et tout à fait adaptées.

C'est véritablement la prise en charge du risque infectieux qui fut la plus laborieuse à mettre en œuvre et notamment en raison des mauvaises habitudes de pratiques initiales (Ampicilline 125 x 3 j pour des indications inadaptées). J'ai donc organisé une réunion avec toutes les sages femmes afin d'expliquer de nouveau la nécessité d'un changement de pratique et j'ai chargé les sages femmes référentes de veiller à l'application du score lorsque je n'étais pas dans le service, la nuit et le WE.

Par ailleurs, j'ai créé de nouvelles feuilles de surveillance de poids/Température/SI/traitement pour tous les nouveaux nés in-

clus dans les protocoles et qui étaient souvent séparés de leur mère. J'en ai laissé une vingtaine d'exemplaires à mon départ.

Enfin, l'introduction des ces soins me semble avoir contribué à renforcer l'attention des sages femmes vis-à-vis des nouveaux nés, puisque peu à peu, lors des visites elles rapportaient les éventuelles plaintes fonctionnelles liées aux enfants.

Évaluation

Pour la prise en charge du risque infectieux

Au cours de la période d'observation (lors de ma présence dans le service), j'ai noté 26 cas de nouveaux nés en situation à risque pour lesquels le score infectieux était inférieur à 2. J'ai réexaminé chacun de ces 26 cas à distance et je n'ai noté aucun faux négatif chez ces nouveaux nés qui n'avaient donc pas reçu d'antibiotiques.

Sur 4 cas de score initial à 2, le prélèvement de CRP a posé des problèmes d'interprétation (cf. infra) et n'a pas pu être réalisé à chacun. Deux sur quatre ont bénéficié d'une antibiothérapie pour un score en élévation à distance. Les deux autres n'ont pas présenté d'infection.

J'ai recensé 8 cas d'infection lors de ma période d'observation, chacun avait un score supérieur à 2. Un seul résista au traitement antibiotique et se révéla sur suspicion clinique et malgré une goutte épaisse négative être un paludisme néonatal correctement traité par comprimés de quinine broyés.

Pour les protocoles métaboliques

Comme je l'ai dit précédemment, ces protocoles furent les premiers à être appliqués correctement. Il est difficile d'en mesurer l'efficacité dans les cas de prévention mais en cas de suspicion d'hypoglycémie ou d'hypocalcémie l'utilisation orale de G10% ou de Gluconate de Calcium fut rapidement efficace.

Pour la prise en charge de l'alimentation des petits poids de naissance

Je me suis occupé personnellement de tous les cas de gavage, ce qui signifie que je n'ai pas pu évaluer la capacité des sages femmes à appliquer une augmentation graduelle des rations et une surveillance de l'abdomen (à l'exception des WE où je laissais une consigne détaillée pour chaque gavage et qui était en général bien suivie). Ce protocole diffère peu de ceux utilisés en France et son application correcte a permis de faire passer un cap difficile à une quinzaine de nouveaux nés.

D'un point de vue plus général, nous avons constaté avec le Dr Gisèle Ramarovavy que depuis la mise en place des ces soins le nombre d'admission en pédiatrie des nouveaux nés avait véritablement diminué et que ceux qui étaient admis plusieurs jours après avoir quitté la maternité étaient « en moins mauvais état » (dixit !).



PATRICK IMBERT ET JACQUES LANGUE : MISSION À TOAMASINA (TAMATAVE)

Patrick et Jacques ont fait équipe pour la troisième fois. Ils avaient souhaité la présence d'un pédiatre de l'Association réunionnaise de pédiatrie ambulatoire (ARPA) : participation difficile à mettre en place pour cette mission mais importante pour l'avenir, Saint-Denis étant à une heure de vol de Tamatave. Ils ont regretté l'absence de confrères généralistes, certainement les mieux placés pour intervenir auprès des médecins libres de l'association JEREMI Toamasina.

Action des médecins libres de Jeremi Toamasina

En novembre 2004, Jean-Noël Bally et Sam Cancade avaient mis en place « un enseignement de proximité » en médecine générale, appuyés par Arnaud Gerbay en échographie, Charles Bernard en pneumologie, Isabelle Imbert et Blandine Gerbay en rhumatologie. Cette année, les médecins libres de Jeremi Toamasina ont organisé le même type d'enseignement au siège de la Croix-Rouge : Jacques et Patrick ont insisté sur les étapes de développement et l'examen clinique de l'enfant. L'examen d'enfants normaux a permis de mieux comprendre l'examen d'enfants IMC

et d'aborder leur prise en charge. Les 3 après-midi de cours ont été animés par un groupe d'une quinzaine de personnes particulièrement impliquées, comprenant entre autres Ginette Sahondraharintsoa, Séraphin Dinh Van et Michèle Mangazay, médecins libres, Luen Chan Mine, chirurgien orthopédique à l'Hôpital Be.

Depuis le printemps 2005, Jeremi Toamasina loue et équipe un local situé en centre ville, au rez-de-chaussée d'une maison, comprenant une grande pièce d'accueil avec un secrétariat, un cabinet d'échographie et un local qui pourrait devenir un laboratoire (examens biologiques et explorations fonctionnelles de première intention).



Jacques Langue, Ginette, Séraphin, Michèle et les autres à la Croix Rouge. Photo Patrick Imbert

La location du local, les salaires du médecin échographiste et de la secrétaire sont payés par les honoraires des consultations d'échographie. Ainsi la mutualisation des revenus de JT, discutée depuis plusieurs années, est-elle une réalité, grâce à la perspicacité de ses 3 présidents successifs, dentistes et médecins (Norbert Avizara, Vohanga Ramihalisoa et Théodule Totobesola), de sa secrétaire générale, Ginette Sahondrahantsoa...et de ses trésoriers !



Ginette Sahondra et le médecin échographiste au Centre Jeremi

L'Assemblée générale de Jeremi Toamasina a réuni 40 personnes le vendredi 25 novembre : l'association va bien, avec plus de 100 adhérents. L'équilibre des responsabilités est assuré, avec des dentistes et des médecins alternant aux postes de président, secrétaire et trésorier.

L'action et les souhaits des membres de JEREMI Toamasina doivent rester centrales lors des missions.

Projets au sein de l'hôpital Be

A l'issue de la mission de novembre 2004, un article a été publié dans les Archives de Pédiatrie, associant les pédiatres de la mission Jeremi et ceux de l'hôpital Be, à propos d'un enfant vu ensemble au cours de la mission : *Ramarovavy G, Imbert P, Razaiarino J, Langue J, Rasoloharino B, Gerbay A, Randriambelomanana A. Hypertension intracrânienne bénigne chez un nourrisson traité par fluoroquinolones à Madagascar. Arch Pé-*

diatr 2005 ; 12 : 1527-1528.

Cette année, nous sommes venus avec 3 projets pédiatriques pour l'hôpital Be.

Les berceaux chauffants

L'an dernier, le rapport de la mission de novembre avait évoqué, parmi les actions dans le service de pédiatrie, la mise en place de berceaux chauffants pour les enfants de petit poids de naissance. En effet, ces nouveau-nés sont exposés aux conséquences graves de l'hypothermie, prévenue en Occident par la mise en incubateur (ou couveuse). Mais ces matériels coûtent très cher (de l'ordre de 10000 Euros) et s'avèrent inadaptés à l'environnement tropical car tombant fréquemment en panne dès les premières semaines ou mois d'utilisation. Ainsi, à l'hôpital Be, seule une couveuse sur deux fonctionne en pédiatrie.

Les berceaux chauffants, diffusés au Vietnam par l'APPEL, une association humanitaire de pédiatres français, sont des matériels simples de fabrication locale dont le but est de se substituer aux couveuses. Le système de chauffage repose sur 4 ampoules électriques, seuls matériaux nécessitant d'être remplacés. Aucun incident n'a été signalé lors de leur utilisation depuis plus de 10 ans. En laissant le berceau ouvert au-dessus, la température intérieure est d'environ 28-29°C. En posant une plaque de Plexiglas percée d'orifices, la température peut même monter jusqu'à 40°C (cf. le relevé de températures fait par Patrick Vivé). Deux interrupteurs permettent de réguler l'allumage des ampoules deux par deux.

Lors de la mission de novembre 2004, Patrick Imbert avait remis à Patrick Vivé les plans qu'il s'était procurés auprès du Dr Jacques Lalonde, président de l'APPEL.



Les Patrick, Vivé et Imbert, devant le berceau chauffant

Cette année, nous avons eu la joie de découvrir le prototype fabriqué par les ouvriers de P. Vivé. Ensemble, nous avons envisagé quelques améliorations à apporter, telles que des poignées latérales pour le transport, un boîtier isolant les contacts électriques et une sonde thermique pour surveiller la température intérieure du berceau (à discuter en fonction de la faisabilité).

Début janvier 2006, ce prototype sera vu conjointement par le Dr Gisèle Ramarovavy, chef du service de pédiatrie de l'hôpital Be et membre de l'association Jeremi Toamasina, le Dr Sophie Biacabe, coopérante et conseillère pour la Santé auprès de la Direction de la Province de Tamatave, et par le Dr Zohra Bayant, Directrice pour la Santé de la Province de Tamatave. Cette visite aura pour but d'autoriser la mise en service du berceau chauffant dans le service de pédiatrie du Dr Gisèle.

Après quelques semaines d'utilisation, il est prévu d'en faire une évaluation avant de fabriquer d'autres exemplaires d'abord pour l'hôpital Be (pédiatrie et maternité), puis pour les hôpitaux de district qui en exprimeraient la demande.

Il est à noter que le projet d'unité kangourou, évoqué l'an dernier, apparaît encore prématuré compte tenu de problèmes d'organisation interne, ce qui rend les berceaux chauffants d'autant plus attractifs.

Dépistage et traitement des infections materno-foetales en maternité

Les infections transmises de la mère à l'enfant en fin de grossesse et à l'accouchement sont la cause principale de décès de nouveau-nés dans les pays en développement. A l'hôpital Be, leur incidence était mal connue et l'absence de protocole ne pouvait que nuire à leur prise en charge, comme partout ailleurs.

Lors du stage d'A. Glorion, la mise en place d'un score de risque d'infection materno-foetale s'est avérée performante pour le dépistage des infections et pour une utilisation rationnelle des antibiotiques chez les nouveau-nés infectés. Il était important que cette action puisse perdurer. Après accord des pédiatres et du Dr Anderson (Médecin chef de la maternité), le protocole a été reconduit pour une année, avec une coordination initiale confiée à Benoît Duchateau, médecin consulaire, qui sera chargé d'organiser les différents aspects du protocole jusqu'en mars 2006, date de son départ de Tamatave. Benoît souhaite faire sa thèse à partir de cette étude. Après mars, la coopération obstétrico-pédiatrique ainsi renouée devrait assurer la pérennité de ce travail. Un financement pour les dosages de CRP devra être trouvé.

Enquête épidémiologique de séroprévalence d'*Helicobacter pylori* chez l'enfant

L'infection à *H. pylori* est très fréquente dans les pays en développement. Elle s'acquiert généralement dans l'enfance. Jusqu'à présent, sa fréquence n'est pas connue à Madagascar.



Séminaire à l'Hôpital Be

Le Dr Josette Raymond, bactériologiste à l'hôpital Cochin, Paris, est une spécialiste de cette infection qu'elle a déjà investiguée au Vietnam. Elle a proposé à P. Imbert et J. Langue de réaliser une étude à Tamatave et à Tananarive, en partenariat avec Jeremi Rhône Alpes, l'Institut Pasteur de Tananarive, et les investigateurs qui seront le Pr Noëline Ravelomanana, ancienne présidente de la Société malgache de pédiatrie et Médecin-chef de l'hôpital d'enfants de Tsaralalana, Tananarive, et les Drs Gisèle Ramarovavy, pédiatre, et Jocelyne Andriambelo, biologiste, toutes deux membres de Jeremi Toamasina, pour l'hôpital Be, Tamatave. Actuellement, un protocole d'enquête est en cours de finalisation. Ce protocole intègre la possibilité de traiter les enfants souffrant d'ulcère et dont la sérologie est positive. Il sera proposé au Comité national d'éthique à Tananarive, avec un début d'étude prévu au 1^{er} trimestre 2006.

Séminaires organisés par la Coopération française

Deux journées ont été consacrées à des séminaires organisés à l'hôpital Be par le Dr Sophie Biacabe, dans la continuité des 2 missions précédentes. Les 2 séminaires ont été animés par les Drs G. Ramarovavy, P. Imbert et J. Langue :

- **un séminaire de néonatalogie** le 24/11, au profit des sages-femmes et médecins des centres de santé de base (CSB) de Tamatave : le matin, exposés théoriques (prise en charge du nouveau-né en salle de naissance, infection materno-foetale, hygiène en maternité, alimentation du prématuré) et l'après-midi, ateliers pratiques (accueil du nouveau-né, cas cliniques de risques infectieux, forum autour de questions diverses de néonatalogie).

- **Un séminaire de nutrition** le 25/11, au profit des personnels du centre de réhabilitation nutritionnelle (CRENI) qui dépend du service de pédiatrie de l'Hôpital Be. Les thèmes suivants ont été abordés : les recommandations de l'OMS pour l'allaitement maternel, l'allaitement et l'infection à VIH : les bases du choix, le traitement des diarrhées, les rapports entre infections et malnutrition, et la prise en charge de la malnutrition sévère.

Au cours de ces 2 journées, l'assistance a montré une écoute soutenue et une très bonne interactivité, ce qui a rendu les échanges très intéressants et, espérons-le, fructueux. Pendant une pause, une visite du centre de formation des personnels para-médicaux situé près de l'hôpital a été organisée, ce qui nous a permis de nous informer sur son organisation.

Colloque avec les pédiatres de la Somaped

En marge de la mission, un colloque sur la nutrition du nourrisson a été organisé, à Tananarive le 21 novembre, par les Laboratoires Gallia : il a permis de réunir les médecins d'enfant de Tananarive autour des Pr Noëline Ravelomanana et Honoré Rabihoana, d'évoquer plusieurs projets communs avec la Somaped (Société malgache de pédiatrie) dont l'organisation d'un congrès de pédiatrie humanitaire en 2007 ou 2008.

MARIE-JOSÉ CHALLAMEL :

COURS À TANANARIVE ET SÉJOUR À L'ASA

Marie-José Challamel partait pour la première fois avec Jeremi et pour la première fois à Madagascar. Un colloque consacré au sommeil pendant la semaine de mission l'a conduite à décaler son départ et assurer seule une importante série de cours. La présence de Jeremi auprès des médecins chargés de l'enseignement médical est indispensable afin de programmer la FMC à la demande des médecins malgaches et sous l'égide de leurs instances universitaires.

4 décembre : arrivée à l'aéroport dans la nuit, accueil très chaleureux (et très apprécié) du Pr. Noëline Ravelomanana et de son fils Luva chef de clinique en pédiatrie.

Cours à l'Hôpital Tsaralalana

Ce premier séjour avait surtout un but d'enseignement post universitaire auprès des pédiatres, médecins généralistes et internes de Madagascar, au sein du département Mère-enfant de la Faculté de médecine d'Antananarivo dirigé par le Pr.Noëline Ravelomanana. Il a eu lieu dans la salle de cours de l'Hôpital pédiatrique Tsaralalana et a porté sur les pathologies du sommeil et l'épileptologie. Tous les cours se sont déroulés entre 14 heures et 16 heures.

- Lundi 5 décembre. *Développement des états de vigilance et du rythme jour/nuit de la période fœtale à l'adolescence.*
- Mardi 6 décembre. *Difficultés de sommeil et insomnies de l'enfant et de l'adolescent, clinique et prise en charge.*
- Mercredi 7 décembre. *Hypersomnie de l'enfant, syndrome d'apnées obstructives et autres troubles respiratoires survenant au cours du sommeil.*
- Jeudi 8 décembre. *Mort subite du nourrisson et malaises graves.*
- Lundi 12 décembre. *EEG et polygraphie de sommeil chez le nouveau né et l'enfant : principes, indications, aspects pratiques.*
- Mardi 13 décembre. *EEG du nouveau-né prématuré et à terme normal et pathologique, principaux syndromes épileptiques chez le nouveau-né.*
- Mercredi 14 décembre. *EEG de l'enfant, aspects normaux et anomalies, principaux syndromes épileptiques chez l'enfant et leur traitement.*
- Jeudi 14 décembre. *Manifestations paroxystiques survenant au cours du sommeil : terreurs nocturnes, somnambulisme, cauchemars, manifestations épileptiques.*

Ce programme de cours avait été élaboré en concertation avec le Pr. Noëline Ravelomanana.

Nous avons essayé d'être le plus didactique possible, avons adapté notre enseignement aux possibilités médicales de Madagascar et beaucoup insisté sur les aspects pratiques : conduite à tenir, prévention, protocole thérapeutique.

Les cours ont été réalisés sur support « Power Point », diffusés aux médecins présents. Les échanges avec les médecins, au nombre de 30 à 60 suivant les cours, ont été importants. Ils se sont poursuivis au cours de deux réceptions organisées avec la collaboration d'un laboratoire, après les cours des lundi 5 décembre et jeudi 15 décembre. Ces échanges pourront être poursuivis par e-mail.



Privation de sommeil...

Visite du service EEG

Lundi 12 et mercredi 14 décembre, matins, visites du service d'EEG (département d'explorations fonctionnelles neurologiques du département de neurosciences et de santé mentale d'Antananarivo (IMM99PR, Antsakaviro, 101)). Nous avons, avec le Dr. Léoné Bakosaholy, revu les conditions d'enregistrements des électroencéphalogrammes qui seraient les mieux adaptées à l'enfant (montages, constantes d'enregistrements, nécessité d'enregistrer le sommeil et certains paramètres (ECG, respiration,...)).

Les moyens techniques actuels ne permettent pas d'enregistrer les enfants de façon optimale (manque de capteurs, condition de confort insuffisante pour enregistrer le sommeil...). Nous avons confié au Dr Bakosaholy un guide très détaillé sur les conditions d'enregistrement et sur l'interprétation des électroencéphalogrammes chez le nouveau-né et le petit enfant. Nous essaierons de retrouver les capteurs qui manquent, ce qui est beaucoup moins facile que nous le pensions au départ, puisqu'il s'agit d'électrodes EEG obsolètes en France.

Relations avec l'ASA *cf.p 9*



Dr. Bakosaholy et montage EEG

Deux rencontres officielles

Le lundi 12 décembre avec le Pr. Georges Ramahandridona, directeur général du CHU d'Antananarivo et le mercredi 14 décembre avec le Pr. Paul Rajaonarivelo, doyen de la faculté de médecine d'Antananarivo : rencontres chaleureuses, tous deux souhaitant la pérennité des échanges entre pédiatres de l'association JEREMI RA et les services de pédiatrie d'Antananarivo.

J'ai logé dans un petit studio fort agréable au siège de l'ASA et ai pris au réfectoire de l'ASA presque tous mes repas. J'ai eu en particulier accès à l'ordinateur de la bibliothèque ce qui m'a permis de compléter mes cours. J'ai pu apprécier l'accueil très chaleureux et amical de tous et tout particulièrement celui de Jacques Tronchon et de Brigitte Elison. J'ai admiré leur compétence, et leur très grand dévouement à une tâche pas toujours aisée surtout en période d'audit !

Jeudi 8 décembre au matin : visite des ateliers du siège.

Vendredi 9 décembre visite de pré-Casa et Casa 1 dans la banlieue est d'Antananarivo où j'ai rencontré les 2 assistantes sociales qui assurent pour chaque enfant la tenue d'un carnet de santé et la prise en charge des enfants malades sous la direction du médecin du centre de santé de base (cf rapport nov.2004). Nous avons reparlé des différents symptômes (neurologiques, gastro-intestinaux, cutanés...) qui devraient orienter les enfants, le plus rapidement possible, auprès du médecin référent. La population d'enfants de Casa 1 est importante : les plus jeunes (53) sont à la halte garderie jusqu'à l'âge de 5 ans ; 56 sont en classe primaire ; 6 vont aux collèges.

Dimanche 11 décembre visite avec Jacques Tronchon et madame Heidi Rose Barnaud de Casa 2, du domaine Saint François et à quelques kilomètres de là d'une réserve de lémuriens. Faute de temps je n'ai pu, à mon grand regret, visiter Casa 3 à Ampasipotsoy, réalisation représentant l'aboutissement du très ambitieux programme de réinsertion de l'ASA : j'espère au cours d'un prochain séjour à Madagascar pouvoir y séjourner.

CHRISTINE ET DOMINIQUE LANGUE

MISSION DENTAIRE À AMBATONDRAZAKA

Christine et Dominique viennent à Madagascar pour la troisième fois et pour la première fois à Ambatondrazaka, préfecture située sur les Hautes-Terres, au nord de Tananarive mais appartenant à la région de Tamatave sur le plan administratif. La région, située au bord du lac Alaotra est le grenier à riz de Madagascar.

L'association Medilac dont la création est antérieure à la venue de Jeremi à Tamatave est comparable à Jeremi Toamasina.



Consultation à Ambatondrazaka : Dr Claude

Le dimanche 20 novembre, nous sommes à Tananarive, arrivant du sud où nous avons fait une excursion de quelques jours à la rencontre des paysages et des populations, au hasard de nos haltes et de nos étapes qui nous ont menés de la capitale jusqu'à Ranohira à 700 km de Tananarive, plein sud. C'est une petite bourgade située au pied du somptueux massif de l'Isaalo.

La saison des pluies commence tout juste, très retardée cette année et c'est avec soulagement que les Malgaches accueillent ces premières et violentes ondées.

Nous quittons Tana le **lundi 21 novembre** vers 8h30, notre chauffeur est ponctuel, au volant de son 4x4. Jusqu'à Moramanga, la route se déroule, splendide, bordée de rizières ou de champs à perte de vue ; le paysage est varié, fait de collines, de versants boisés, de cultures. Sur quelques kilomètres un joli cours d'eau dévale la pente et la route descend jusqu'à Moramanga.



Rizières sur les Hautes Terres

La saison des litchis commence tout juste, des dizaines de paniers tressés, débordants, de ces fruits juteux et sucrés s'entassent devant la gare de la ville. La route, toute droite, toute neuve, asphaltée, s'offre à nous sur une vingtaine de kilomètres encore puis c'est la piste qui prend le relais jusqu'à Ambatondrazaka ; elle est sèche, aussi nous entrons dans la poussière pendant 5 heures tout au long de ces 140 km.

Ce **lundi 19 novembre**, en fin d'après-midi, nous arrivons à Ambatondrazaka. Devant l'hôtel Voahirana, nous attendent le Dr. Prosper et le Dr. Claude tous deux chirurgiens dentistes. L'accueil est, comme toujours, amical et chaleureux; le temps de poser nos valises et de nous rafraîchir, nous partons à l'autre extrémité de la ville, au siège de Medilac*, tout proche de la gare. Là nous attendent puis arrivent progressivement nos consœurs le Dr. Christine, épouse de Claude, les Drs. Aimée et Delphine, le Dr. Honoré, médecin, président de Medilac et plusieurs de ses consœurs ou confrères (Drs. Mariette, Nirisoa, Fidy, Clément, Gabriel, Samuel). Nous répondons au discours de bienvenue, présentons notre programme, avant de nous voir offrir une délicieuse collation magnifiquement préparée et servie avec une extrême gentillesse! Nous nous séparons vers 20 heures.

La journée du **mardi 20 novembre** commence à 8 heures précises dans le cabinet du Dr. Claude. Des enfants ont été convoqués afin que nous puissions les examiner et établir un plan de traitement. Je prends des empreintes, nous faisons la connaissance de Geneviève (ou Lulla), belle sœur de Claude, qui travaille en tant que prothésiste dans le cabinet et de Thierry, qui assiste le Dr. Claude au fauteuil. Un intermède de quelques minutes nous permet de faire la connaissance du médecin chef de l'entreprise, qui loue le local dentaire au Dr. Claude.

A l'heure du repas, nous nous régalons d'un menu servi à l'hôtel Voahirana en compagnie de nos amis(es) chirurgiens dentistes qui, chaque jour, tiennent à nous inviter dans un endroit différent, pour passer ensemble un délicieux moment de détente autour de la table (toujours excellente).

Le Dr. Emile, médecin retraité, ancien président et fondateur de Medilac est venu à notre rencontre dans la matinée. Très gentiment, il a été notre précieux relais lors de la préparation de notre venue à Ambatondrazaka.

Tout l'après-midi, aidé de Lulla, je mets en fabrication les appareils d'orthodontie, tordant les fils, ajustant les ressorts, les appuis occlusaux, disposant les vérins et noyant le tout dans la résine. En soirée, le premier appareil est terminé, prêt à être posé.

A 18 heures passées, Claude nous pilote dans la ville d'Ambatondrazaka, nous faisant découvrir quelques-uns de ses quartiers, la préfecture, le quartier de la gare, de la prison, les

églises et les temples. Puis nous partons à pied chez le Dr. Emile qui nous accueille en compagnie de son épouse dans sa coquette maison, nous offrant un très bon moment d'échanges autour d'une collation et de boissons rafraîchissantes. Le ciel s'illumine d'éclairs. Nous revenons à l'hôtel avant que l'orage ne se déchaîne. Il pleut une bonne partie de la nuit, violemment ; le vent souffle, des rafales de pluie fouettent la terre des ruelles dans le fracas de l'orage.

Ce matin du **mercredi 23 novembre** il fait assez beau, un bon soleil commence à assécher le sol, mais le ciel reste chargé de nuages. Après un rapide petit déjeuner à l'hôtel nous rejoignons notre groupe dans le cabinet dentaire. Nous posons notre premier appareil d'orthodontie fabriqué la veille. Notre petite patiente de 7 ans est apeurée, je la rassure ; sa maman est à ses côtés, attentive et maternelle. Les appareils, très simples, visent à corriger une DDM, c'est à dire des encombrements dentaires ou chevauchements ; les arcades dentaires doivent être impérativement développées, élargies afin de loger toutes les dents. Les appareils, construits suivant les préceptes du professeur Planas, très éminent orthodontiste espagnol, comportent des pistes qui frottant l'une sur l'autre permettent à la mâchoire inférieure de glisser à droite ou à gauche, bouche fermée, sans contraintes ; c'est ainsi, grâce également au vérin qui équipe ces appareils, qu'il est possible de corriger les défauts de largeur des arcades dentaires avec une efficacité remarquable. Tout le monde est très attentif, on me pose beaucoup de questions auxquelles je m'efforce de répondre le plus clairement possible. La petite fille et sa mère repartent confiantes.

Tandis que Christine travaille, expliquant à nos amis le principe du faux moignon, mettant en œuvre composites ou traitement canalair, Thierry, le jeune assistant de Claude met en pratique les principes d'hygiène sur lesquels nous avons beaucoup insisté au cours de ces premières journées.



Boutique près de Ranohira (Isalo)

A l'heure du repas nous nous retrouvons dans un restaurant chinois, dégustant de multiples préparations, toutes exquis. Le quartier fourmille d'activités à ciel ouvert : artisans, boutiques, marché de fruits et légumes et toujours ce va et vient, cette activité inlassable, cette animation incessante des passants, des marchands. Je me régale à observer ces scènes de vie sous un très chaud soleil.

L'après-midi est consacré à la fabrication du deuxième appareil d'orthodontie ; sa réalisation avec l'expérience acquise, me paraît beaucoup plus aisée. Je travaille plus vite, plus efficacement. Les conseils de Vincent, un prothésiste stéphanois m'ont été très précieux.

En fin de journée, avant la tombée de la nuit, nous réalisons une photo de groupe devant le cabinet ; nous faisons la connaissance

d'un jeune chirurgien qui travaille à l'hôpital. Il nous parle de son travail et notamment des nombreuses et graves blessures dues aux coups de corne des zébus, ruminants qui paraissent paisibles, mais n'en sont pas moins dangereux. Nous repensons avec effroi à cet épisode d'Ambalavao, au marché aux zébus, lorsque nous avons vu une bête, échappée à la vigilance de son berger, foncer droit sur Christine qui a dû son salut au fait d'avoir déployé son ombrelle au dernier moment, l'animal, surpris faisant alors un crochet soudain pour repartir au grand galop dans la direction opposée.

En soirée, nous nous baladons en «ville», dans la nuit, le long des échoppes de restauration en plein air, éclairées avec des lampes à pétrole ; la nuit est très noire et toutes ces lampes sont comme une multitude de vers luisants. Le vent souffle fort, l'orage s'annonce. A l'hôtel Voahirana, on nous sert une excellente cuisine familiale. Il y a, à la table voisine, des français qui semblent travailler dans la région ; renseignement pris ils s'occupent d'agriculture, de la mise en valeur des terres et des récoltes et sont sur place pour quelques semaines. Très à l'aise, bavardant entre eux et avec des collègues malgaches, ils contribuent à l'animation de cet hôtel hors norme et «décalé», lieu de passage et de rencontres très «décor de film».

Grand soleil sur Ambaton et chaleur toute la journée du **jeudi 24 novembre** : à 8 heures nous sommes chez Claude, à notre poste. Je termine avec Lulla les deux appareils que je dois poser en fin de matinée : il s'agit de corriger chez Jennifer, 11 ans, une DDM avec des rotations incisives. Les appareils haut et bas sont équipés d'un vérin, de ressorts et d'un fil vestibulaire.

Miranto, 9 ans, présente une occlusion inversée antérieure, ou classe III, c'est à dire une prognathie mandibulaire. Les pistes sont orientées de façon à ce que la mandibule soit tenue le plus en arrière possible. Différents dispositifs tendent à faire avancer les incisives supérieures et reculer les incisives inférieures. Les enfants sont dociles et repartent avec tous les conseils d'usage : bien porter les appareils, les nettoyer, les poser pour manger...

Christine continue pour sa part à examiner des patients, donner des conseils utiles, faire des préparations, montrer certains «coups de main» au fauteuil.

L'après-midi, après le repas dont nous sommes encore et avec le plus grand plaisir les hôtes, est consacré à la visite des cabinets dentaires, celui du Dr. Prosper face à Medilac, cabinet libéral, ceux du Dr. Christine, à l'hôpital, et des Drs. Delphine et Aimée chez les sœurs. Nous partons ensuite pour l'hôpital d'Ambatondrazaka puis pour le siège de Medilac ; la conférence, préparée par Christine est prévue à 18 heures : les dentistes sont là, plus quelques médecins et le chirurgien. Pendant une heure et demie, il est question d'hygiène, d'asepsie, de désinfection. Nous sommes également questionnés sur l'implantologie, sa mise en œuvre. Nous nous séparons vers 20 heures, à l'issue de cette intéressante communication suivie avec attention.

Retour sur Tananarive en taxi de brousse le **vendredi 25 novembre** avec Claude et Prosper qui nous accompagnent. La route se fait en 8 heures environ, pause repas comprise. Nous arrivons dans la capitale vers 18 heures, pour rejoindre notre chambre d'hôtes et rester deux journées en ville découvrant mieux, grâce à nos hôtes le site de Tananarive, ses quartiers, ses marchés, ses contours. Petit à petit les rizières sont dévorées par des constructions, souvent anarchiques. Le dimanche matin nous partons visiter le quartier du père Pedro et ses magnifiques réalisations, maisons bien rangées, aux jardinets coquets et productifs. Le Père Pedro célèbre la messe sous un immense hangar, c'est une véritable fête, animée par les chants de milliers de personnes.

En soirée, nos hôtes, un couple de retraités, Noéline et Florent, toujours disponibles, attentifs, à la conversation délicieuse, nous accompagnent à l'aéroport sous des trombes d'eau. C'est, après les longues heures d'enregistrement, le retour au pays...



La route du sud : paysage de l'Isalo

Notre séjour à Madagascar nous a permis de mieux découvrir ce pays extrêmement attachant. Les touristes semblent revenir beaucoup plus nombreux après les événements de 2002, avec l'amélioration des voies de communication et des hébergements. Partout nous avons trouvé des logements bien tenus, que ce soit des chambres d'hôtes, des hôtels de catégories diverses ou une chambre dans les congrégations religieuses. La route du sud est splendide, variée; la route est bonne, fluide. Il faut s'arrêter à Antsirabe, à Fianarantsoa, grandes villes pleines de charme. Les hauts de Fianarantsoa sont particulièrement attrayants et nostalgiques et la vue sur la plaine extraordinaire. Une bonne formule consiste à louer un véhicule avec un chauffeur. Le notre était très attachant, amical et bienveillant.

Nous avons été très frappés par la jeunesse de ce pays, la multitude d'enfants se rendant à l'école, en uniforme, partout, dans les villes, dans les moindres villages, pieds nus et joyeux. Malheureusement les terres du sud brûlent, partout ce n'était que colonnes de fumée et bois noircis. Prosper, notre chauffeur et nous mêmes étions très attristés devant ce spectacle partout renouvelé. Les professionnels du tourisme se montrent optimistes, cependant l'augmentation du coût de la vie inquiète les Malgaches. Il a fallu une journée pour nous adapter à Ambatondrazaka; cette grosse ville semble soudain surgir après un long trajet sur une piste en réfection. Nous avons appris que la ville n'était désormais plus desservie par les bi-moteurs twins, d'où cette impression d'isolement, rapidement compensée par la chaleur de nos contacts sur place. Outre la qualité de l'accueil, nous avons pu travailler dans de très bonnes conditions, appréciant l'implication toujours très soutenue de nos consœurs et confrères, nous permettant de réaliser un programme intéressant, dense et nous l'espérons fructueux.

Nous remercions tous nos hôtes et tenons à les féliciter pour les actions qu'ils mènent, pour leur motivation très appréciable et dont nous avons tiré le plus grand profit et espérons de tout cœur les retrouver lors d'une prochaine mission.

*MEDILAC (Médecins du Lac) : Association de médecins et de chirurgiens dentistes créée en 1986 par le Dr. Emile dans la région d'Alaotra. Leur slogan : ICAR (Intégrité Confraternité Amitié Responsabilité). Leur but : raffermir les rapports entre confrères (commission sociale) et les informer (commission scientifique). Chaque profession assure la présidence tous les 2 ans à tour de rôle. L'association est composée actuellement de 70 adhérents sous la présidence du Dr. Honoré.

ENTRETIEN AVEC...

FRÈRE JACQUES TRONCHON À ANTANANARIVO

Patrick Imbert et Jacques Langue, au cours de la mission JEREMI ont eu le 21 novembre un entretien avec Jacques Tronchon, Frère dans l'ordre des Franciscains, historien, fondateur puis président de l'association pour l'accueil des sans abris (ASA), dont le but est la resocialisation de familles de la rue à Tananarive.



St François d'Assise, fresque murale de la chapelle Notre-Dame-de la Paix à l'ASA

Originaire de la région de St Etienne, issu d'une famille profondément chrétienne, il a fait des études d'Histoire à St Etienne puis à Lyon. Là, en redécouvrant St François d'Assise, notamment dans sa dimension historique, il a décidé qu'il serait Franciscain. Puis ce fut la maîtrise en histoire contemporaine, les événements de mai 68 et le premier départ à Madagascar en coopération comme enseignant, avec le projet d'une thèse de Doctorat sur l'Insurrection malgache de 1947. En arrivant à Madagascar, il s'est très vite rendu compte que 1947, révolution durement réprimée par le pouvoir (blanc) de l'époque, restait un sujet tabou 10 ans après l'accession à l'indépendance. Certes, il y avait de la misère, mais le PIB était alors voisin de celui de la Corée du Sud ! En quittant Madagascar en 1970, une documentation abondante - archives, interview - avait été colligée pour sa thèse. Mais en France, une masse d'archives exceptionnelles donnait à cette thèse toute sa dimension. Ainsi, après la soutenance à Paris le 29 septembre 1973, cette thèse fut publiée sous forme d'un livre aux éditions Maspéro. Parallèlement, Jacques Tronchon entra dans l'Ordre Franciscain, Ce fut alors le retour à Madagascar, d'abord au profit de l'Ordre, puis comme enseignant dans la chaire d'histoire, sur l'histoire des révolutions. Parallèlement, confronté aux événements de 91 et par ailleurs très engagé pour lancer une antenne du Mouvement International de la Réconciliation pour la non-violence (MIR-MAD), il fonda l'ASA sur le terrain où sont regroupées maintenant plusieurs associations, d'où le nom de Village St François,

Jeremi : *La vocation actuelle de l'ASA est-elle la même qu'à ses débuts ?*

Jacques : Non. Au début, c'était simplement une démarche humanitaire pour aider les pauvres qui erraient dans la rue, étant révoltés par ce spectacle des sans-abris dans les rues de Tananarive. Puis très vite, étant du milieu universitaire, j'ai été sollicité pour faire une étude sur le phénomène des sans-abris, avec une équipe

pluridisciplinaire qui a fait des recherches pendant 2-3 ans, qui a rédigé un rapport très complet sur les sans-abris à Tananarive. Cela a permis à l'ASA de définir sa méthode : d'abord une réinsertion urbaine par l'artisanat avec un atelier de brodeuses, mais surtout, une préparation à un retour à la terre, favorisant l'exode urbain, qui a été développée petit à petit avec la création des 3 étapes de réinsertion en milieu rural, dans des centres d'action sociale de l'ASA (CASA). La première étape consiste en l'accueil des familles sorties de la rue par des animateurs, qui se passait d'abord ici, et qui se passe maintenant dans la banlieue est de la ville (CASA 1). Cette phase comporte un temps de socialisation et d'initiation au travail, puis un temps d'éducation et obtention d'un état-civil, sous la conduite d'assistantes sociales. La santé des enfants est remise à niveau (vaccinations, etc.). La phase 2 ou Casa 2, qui se déroule à 17 km à l'ouest de Tananarive, est un temps de formation, d'insertion socioprofessionnelle et d'autonomisation : formation des adultes à l'agriculture et à l'artisanat nécessaire à la construction de maisons, apprentissage de la gestion familiale, initiation à la vente des produits des jardins familiaux et de l'élevage qui permet de constituer une provision pour l'achat des matériaux de la future maison ; insertion des enfants par leur scolarisation. La phase 3 ou CASA 3, atteinte par les familles en 2 ans environ, est la phase ultime de réinsertion où les familles se voient attribuer un terrain pour construire leur maison, des outils et 2 zébus. Depuis le début de ce programme, plus de 2000 personnes dont 900 enfants en âge scolaire se sont ainsi implantées à Ampasipotsy, dans le Moyen-Ouest, dans des terres données par le gouvernement dans ce but, évitant tout problème de contestation du foncier. Dix-sept villages ont été bâtis de novo, dont la population est pour moitié des sans-abris et pour moitié des paysans sans terre, ayant migré de régions parfois lointaines avant de devenir des sans-abris, avec un soutien sanitaire, des écoles ... bref, toute une vie sociale s'est recrée dans des régions jusque-là inhabitées.



Jacques Tronchon et Patrick Imbert

JEREMI : *Y a-t-il une évangélisation de ces néo-villageois ?*

Jacques : Oui, bien sûr, en cherchant leur appartenance à l'Eglise de Madagascar, mais dans un souci œcuménique dès le

début du projet, en respectant la tradition catholique ou protestante, même plus ou moins lointaine. Il y a eu à CASA 3 la construction d'une église, avec maintenant un prêtre desservant. Ce lieu de culte a une vocation œcuménique. Chaque dimanche, les protestants, puis les catholiques s'y réunissent à tour de rôle pour prier. Il n'y a pas encore de familles musulmanes ou d'autres églises ou sectes. Au sein même de l'équipe accompagnante de l'ASA, on trouve toutes les tendances ecclésiales.

JEREMI : *Quelle est ta place actuelle au sein de l'ASA ?*

Jacques : J'en suis le fondateur en 1991, puis j'ai été élu président en 1994, et malheureusement pour moi j'ai été jusque-là ré-élu tous les 3 ans, mais j'aimerais bien passer la main. Petit à petit s'est créée autour de moi une équipe technique pour la gestion du projet (150 personnes salariées actuellement), bien séparée de l'équipe administrative dont le conseil d'administration - tous des bénévoles selon la loi de 1960 (équivalent de notre loi 1901) - nomme un directeur exécutif.

JEREMI : *Quel sont les sources de revenus de l'ASA ?*

Jacques : Au départ, la seule source de revenus a été l'atelier de brodeuses. Puis il a fallu diversifier, et c'est le rôle du réseau de solidarité qui s'est créé autour de l'ASA. Autour de l'ASA, il n'y a pas moins de 16 associations en France (dont la Réunion), et même 17 avec une autre qui se monte aux États-Unis, qui apportent environ le tiers du financement de l'ASA. Il y a aussi les bailleurs de fonds institutionnels : les associations comme Partage, Raoul Follereau, IECD (Institut européen de coopération et de développement) et bien sûr le réseau de soutien de l'ASA-France, mais aussi ma Province franciscaine de Strasbourg et les Missions franciscaines d'Allemagne. Depuis un an et demi, nous bénéficions également d'un co-financement de l'Union Européenne selon la ligne B7- 6000 (un euro donné pour un euro reçu), ce qui oblige à des efforts dans la collecte mais aussi dans la gestion ; nous avons ainsi signé un budget de près de 3 millions d'Euros pour 4 ans, ce qui donne une idée du budget de l'ASA

pour la réinsertion des sans-abri en milieu rural pendant les prochaines années.

JEREMI : *Pour terminer, quelles sont les perspectives de développement de l'ASA ? Cherche-t-elle à croître sans cesse ?*

Jacques : Il est bien difficile de tout programmer, de tout contrôler. L'ASA va bien sûr continuer à venir en aide à ces familles pour leur rendre leur dignité. Vu le contexte, il y a encore beaucoup à faire, l'Etat étant dans une grande fragilité, pour que l'ASA soit l'instigateur de beaucoup d'initiatives pour une réinsertion artisanale ou rurale. L'autonomisation des villages du Moyen-Ouest est à ce sujet porteuse d'avenir, dans une perspective de développement durable. L'ASA réalise un Service, une sorte de Diaconie par un engagement à fond et pérenne. L'autonomie du financement par les réseaux de soutien, par les réalisations de l'ASA - ateliers artisanaux, le Domaine St François situé au niveau de CASA 2, qui assure une production agricole et des prestations d'hôtellerie -, la malgachisation des structures de l'ASA, permettent d'envisager sereinement l'après période Jacques Tronchon et après l'Europe... avec une sorte d'autogestion de l'ASA, comme une entreprise. Ainsi, au Moyen-Ouest, les gens s'organisent en groupements de producteurs ruraux, sortes de coopératives, pour s'insérer dans les circuits économiques. Ainsi, l'ASA devient un véritable pôle de développement qui compte dans cette partie du pays.

Présence de Cyril Langue à l'ASA

Cyril a visité tous les sites de l'ASA, dont la phase III à Ampasi-potsy. Il a pu discuter avec Brigitte Elison et Monsieur Henri (respectivement logisticienne de l'ASA et responsable de la maison d'hôtes du village Saint François) de l'implantation de l'école d'hôtellerie au village Saint François (phase II). L'ASA lui a proposé d'en prendre la direction pour deux ans : il n'a pas pu accepter, pour des raisons professionnelles.

JEREMI RA, PARTENAIRE DE MEDICAP

Au-delà de Médicap (Médicalisation et aide aux prisonniers), Gérard Fayette, sa femme Clarisse et leur fille Maya nous accueillent à Tananarive, quelle que soit l'heure du jour et de la nuit : Gérard est toujours la première (et la dernière) silhouette amie aperçue à Ivato, l'aéroport de « Tana ». JEREMI RA est devenue l'une des associations de soutien à Médicap et les membres de JEREMI Toamasina d'actifs collaborateurs de l'association.

Médicap, créée début 2001, est un projet d'action auprès des prisons de l'Est et du Sud-Est de Madagascar qui fédère l'action de six associations françaises : Enfants d'Ici et d'Ailleurs, Enfants du Tiers Monde, SOS Enfants, La Maison de Sagesse, La Voix de l'Enfant et JEREMI Rhône-Alpes, associations œuvrant principalement auprès des enfants

A l'origine, cette action devait être axée particulièrement sur les détenus mineurs : après visite sur le terrain et constatation de l'absence de quartiers pour les mineurs et de la détresse générale des prisons, une intervention plus globale a été décidée.

Initialement, le choix des prisons s'est porté sur celles du sud-est de Madagascar en raison de leur détresse extrême et de la non-intervention des ONG traditionnelles du fait de leur éloignement et de leur difficulté d'accès. Quatre prisons ont été initialement choisies : Mananjary, Manakara, Farafangana et Fort Dauphin.

L'accent a été particulièrement mis sur les trois premières, celle de Fort Dauphin bénéficiant de l'aide ponctuelle d'ONG et de l'Aumônerie Catholique des Prisons (ACP) de cette ville.

Quatre autres prisons sont actuellement visitées : Toamasina (Tamatave) et Vatomandry depuis 2004, Moramanga et Ambatondrakaza depuis cette année. C'est donc maintenant une population carcérale de plus de 5 000 détenus dont s'occupe Médicap, soit 1/3 des prisonniers de Madagascar.

L'action de Médicap s'appuie sur celles des congrégations religieuses qui sont les seules à intervenir dans ces prisons. Le financement du fonctionnement de Médicap est assuré principalement par les six associations et des dons privés. Le financement des opérations ponctuelles est assuré par des organismes publics ou privés, malgaches ou étrangers.

L'encadrement est assuré par un bénévole, Gérard Fayette, le fondateur. L'action principale de Médicap repose sur un médecin malgache, le Docteur Fidolin Adrianasolo, salarié permanent de l'association, qui assure la visite médicale des huit prisons en complément du personnel médical pénitentiaire. A Tamatave, ce sont les médecins et dentistes de l'association JEREMI Toamasina qui assurent une visite régulière permettant ainsi d'effectuer un suivi sérieux.

L'ensemble des médicaments fourni par les Associations à Médicap, est distribué, en l'absence du médecin, par les congrégations religieuses intervenant sur place. La visite médicale du médecin se déroule sur une dizaine de jours tous les deux mois pour chaque prison. Dans l'intervalle une visite hebdomadaire est assurée par un médecin dépendant du Ministère de la Santé. Toutes ces interventions se font en partenariat avec l'infirmier de la prison (lorsqu'il existe...) sous l'égide de l'Administration pénitentiaire malgache.

cales et les sections FJKM locales) ou des ateliers de productions/formations (broderie pour les femmes, création d'atelier de forge pour les hommes...) avec des intervenants rémunérés par Médicap.

Dans un même ordre d'idée, et en l'absence de toute infrastructure décente, il a semblé opportun d'équiper certaines de ces prisons de sanitaires. Ces actions s'inscrivent tout à fait dans le cadre médical du projet, la détresse sanitaire dans laquelle se trouvent actuellement les détenus de ces prisons étant en effet, avec la malnutrition, une des causes principales de morbidité.

| Ville | Ext | Int | Hommes | Femmes | Mineurs | Mineures | Enf , Bébés | Total |
|----------------|------|------|--------|--------|---------|----------|----------------|-------|
| Ambatondrazaka | 326 | 661 | 936 | 29 | 13 | 6 | 3 | 987 |
| Moramanga | 51 | 279 | 305 | 7 | 17 | 1 | 0 | 330 |
| Tamatave | 198 | 1050 | 1158 | 58 | 23 | 4 | 5 | 1248 |
| Vatomandry | 106 | 186 | 280 | 6 | 6 | 0 | 0 | 292 |
| Mananjary | 237 | 175 | 384 | 15 | 12 | 1 | 0 | 412 |
| Manakara | 144 | 225 | 332 | 17 | 16 | 1 | 3 | 369 |
| Farafangana | 484 | 322 | 772 | 16 | 14 | 1 | 3 | 806 |
| Fort-Dauphin | 138 | 269 | 374 | 19 | 11 | 0 | 3 | 407 |
| Total | 1684 | 3167 | 4541 | 167 | 112 | 14 | 17 | 4851 |

Décembre 2005

Ces actions sont très bien perçues par le Ministère de la Justice de Madagascar qui, ne disposant pas d'un budget suffisant, est dans l'incapacité de résoudre les problèmes liés aux conditions de détention des prisonniers. Bien que le Ministre de la Justice affiche une vraie volonté de restaurer une certaine dignité humaine dans ces lieux, il n'existe pour le moment que peu de mesures concrètes car elles nécessiteraient une enveloppe budgétaire que

Rapidement il s'est avéré indispensable d'élargir l'action de Médicap par :

- des actions ponctuelles d'urgences : complément de nourriture indispensable, habituellement fournie par les congrégations religieuses, mais parfois déficientes surtout pendant la crise de 2002 et particulièrement à Manakara et Mananjara,
- des actions permanentes comme la création d'ateliers d'alphabétisation (en coopération avec les Alliances Françaises lo-

le gouvernement malgache ne semble pas être en mesure de consentir. Néanmoins, il faut noter que MEDICAP bénéficie en contrepartie de son action, d'une bienveillante considération et qu'ainsi la Ministre de la Justice a autorisé sans restriction un reportage photographique qui a été exposé en France.

RÉUNION JEREMI RA

CHEZ BLAISE ET ODETTE DE PURY, LE 17 DÉCEMBRE 2005

Excellente soirée bien organisée chez Blaise et Odette de Pury, à l'initiative de Jacques Langue, afin de mieux faire connaître les problèmes que rencontre Médicap dans ses actions dans les prisons malgaches. Etaient présents : nos hôtes, Blaise et Odette De Pury, que nous remercions, Jacques et Christine Langue, Jacques et Mireille Richard, Michel Helfre et son épouse, Jean-Noël et Anne Bally, Michel et Pénélope Cancade, Patrick Carrere, Dominique et Christine Langue, Jean-Charles et Valérie Hauet, Yan Martinat et son épouse de JEREMI RA ; Hélène Mathian et Bernard Croes, de l'Association S.O.S. Enfants venus tout spécialement de Paris ; Christiane Coche qui remplace actuellement Gérard Fayette à Madagascar ...et Gérard et Clarisse Fayette accompagnés de leur fille Maya. Etaient excusés : Sylvie Barthez, Michel et Martine Perga, Bernard Hamm, Patrick Reynaud, Jacques Bessy, Pierre Dufayard, Maurice Collin, Michel Lespinasse, Dominique Menger, Patrick Roux-Girod.

Chacun avait apporté un pique-nique improvisé qui a été partagé entre tous les participants.

Gérard Fayette et Christiane Coche ont pu s'exprimer sur tous les problèmes qu'ils rencontrent dans leur action qui porte maintenant sur huit prisons, soit près de 5 000 détenus. La malnutrition semble être le premier souci qui, associée au paludisme, est la première cause de mortalité. Le second problème est le taux élevé de prévenus qui s'élève à près de 75 % ; des actions vont être entreprises dans ce domaine afin d'y remédier. Dernier problème longuement évoqué : le Sida dont on connaît peu de choses et pour lequel des actions de sensibilisation seront menées dans chaque prison, afin que la plupart des détenus puissent demander spontanément un dépistage.

Au terme de cette réunion, il a pu être remis à Médicap près de 1 800 euros par les membres représentant ainsi un premier semestre d'aide à cette association partenaire de JEREMI

Dernière minute - Sophie Biacabe, le 22 mars 2006

Épidémies d'arbovirose à Tamatave

Il y a une épidémie d'arbovirose, depuis décembre, avec deux virus circulants: *dengue 1* et *chikungunya* depuis février avec un fort taux d'attaque. Les autorités de santé et les services de la coopération franco-malgache font, en ce moment, une enquête épidémiologique sur une population de 4 000 foyers, dans tous les quartiers de la ville ; les taux "réels" d'attaque seront connus bientôt. Il y a peu ou pas de mortalité directement imputable, en dehors de sujets âgés avec des poly pathologies chroniques. Plusieurs séances de formation/information ont été faites pour les médecins publics et privés, et pour les étudiants de l'Institut de formation des paramédicaux. La mobilisation sociale avec les chefs de quartiers et les écoles passe par des affiches, des BD pour les enfants et un clip vidéo. Nous essayons de convaincre les patients de ne prendre que du paracétamol. La priorité est à la destruction des gîtes larvaires... pas facilitée par l'inondation actuelle : la ville est sous l'eau et les écoles sont fermées pour 48 heures ...

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|---------|
| Antoine Glorion et Margot Pouyau : stage en maternité, juillet-août 2005 | page 1 |
| Patrick Imbert et Jacques Langue : mission à Toamasina (Tamatave) | page 2 |
| Marie-José Challamel : cours à Tananarive et séjour à l'ASA | page 5 |
| Christine et Dominique Langue : mission dentaire à Ambatondrazaka | page 6 |
| Entretien avec...frère Jacques Tronchon à Antananarivo | page 9 |
| JEREMI RA, partenaire de MEDICAP | page 10 |
| Réunion JEREMI RA chez Blaise et Odette de Pury, le 17 décembre 2005 | page 11 |

ADRESSES

| Nom | Exercice Ville | Téléphone dom./cabinet | Téléphone portable | E-mail |
|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------|--|
| Patrick Imbert | Pédiatre 94 Saint-Mandé | 01 43 98 50 21 | 06 15 35 16 18 | patrick.imbert2@wanadoo.fr |
| Jacques Langue | Pédiatre 69 Ecully | 04 78 23 05 32 04 72 19 31 06 | 06 07 45 53 93 | langue.jacques@free.fr |
| Christine et Dominique Langue | Chirurgiens dentistes 42 Montbrison | 04 77 58 32 26 04 77 58 18 82 | 06 67 20 33 80 | dominique.langue@wanadoo.fr |
| Cyril Langue | Acheteur en hôtellerie 75 Paris | 01 43 80 41 75 01 60 42 60 47 | 06 71 27 18 72 | clangue@hotmail.com |
| Marie José Challamel | Pédiatre 69 Ecully | 04 78 33 47 34 | 06 89 30 46 97 | mariejo.challamel@free.fr |
| Margot Pouyau | Etudiante en médecine 69 Lyon | | | margot.pouyau@wanadoo.fr |
| Antoine Glorion | Interne en pédiatrie 97 Saint Denis de la Réunion | | | aglorion7@yahoo.fr |



Au marché d'Ambatondrazaka

Photo Dominique Langué