

**MISSION  
JEREMI RHÔNE-ALPES  
2010**

**À  
MADAGASCAR**

**TAMATAVE - TOAMASINA  
TANANARIVE - ANTANANARIVO  
MAJUNGA - MAHAJANGA**



*Le parc national d'Ankarafantsika*

**MISSION JEREMI RHÔNE-ALPES**

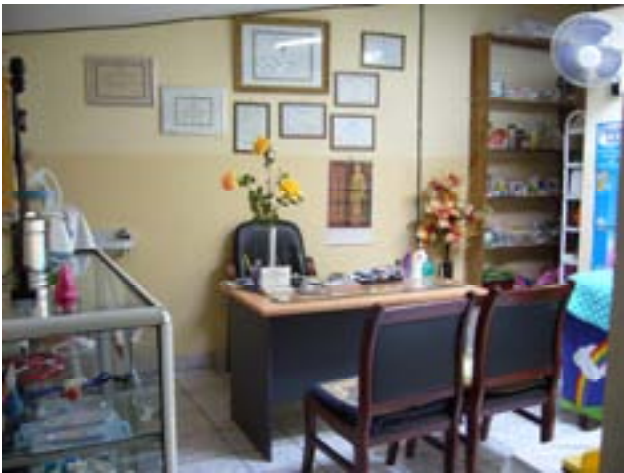
**2-11 NOVEMBRE 2010**



Clinique du Val d'Ouest-Vendôme  
Gereme



Somaped  
Société malgache de pédiatrie





# MISSION JEREMI RHÔNE-ALPES À MADAGASCAR 2-11 NOVEMBRE 2010

TAMATAVE / TOAMASINA - TANANARIVE / ANTANANARIVO  
MAJUNGA / MAHAJANGA



*Cette année, la mission s'est bâtie ... sans Jacques Langue, qui a dû à regret y renoncer. Nous sommes donc repartis à 3 : Marie-Jo Simon-Ghediri (pédiatre libéral à Grenoble, néonatalogue, référent national en allaitement maternel), Josette Raymond (bactériologiste à l'hôpital Cochin à Paris) et Patrick Imbert (pédiatre et infectiologue à l'hôpital Bégyn, Saint-Mandé). Elodie, la "filleule" de Marie-Jo actuellement en 5<sup>e</sup> année de médecine à Antananarivo nous a accompagnés dans une partie de la mission. Les objectifs étaient ambitieux malgré le nombre restreint de participants et la durée limitée de la mission, imposée par les calendriers professionnels en France.*

*Malgré ces limites, il a été décidé de rajouter une étape à Majunga, à la demande de l'équipe pédiatrique du CHU de cette ville du Nord de Madagascar lors du congrès mondial des soins kangourous, auquel avait participé Marie-Jo en juin dernier. Cette étape, importante à nos yeux cette année, comme nous l'expliquerons plus*

*loin, a entraîné bien sûr une compression du temps passé dans les sites traditionnels de nos missions, ce qui n'a pas été sans frustrations, aussi bien pour nos amis malgaches que pour nous. Après avoir débuté la mission à Tananarive, nous sommes allés successivement à Tamatave, puis à Majunga via Tananarive, et enfin la mission s'est terminée à Tananarive.*



# ACTIONS À TANANARIVE

- 1<sup>ère</sup> partie -

## Maternité de Befelatanana

Marie-Jo, Josette et Patrick - le 3 novembre

A notre arrivée, la première visite a été pour l'unité Kangourou (UK) et le service de néonatalogie de la maternité.

Il y a eu des changements de personnes depuis l'an dernier. La néonatalogie a comme nouveau chef de service le Dr Hery Nantenaiana, que nous rencontrons pour la première fois ; nous avons eu des échanges de mails avec elle dans les mois précédents. Elle viendra à Majunga avec nous pour voir le fonctionnement de l'unité kangourou. Le Dr Zoly, son adjointe, est quant à elle toujours présente à l'UK et semble très investie dans le service de néonatalogie ; elle nous accueille chaleureusement.

Nous rencontrons également l'interne Adrien, dont le sujet de thèse est le protocole infections materno-fœtales. Il a manifestement pris à cœur le bon déroulement du protocole.

Nous déposons le matériel que nous avons apporté pour la néonatalogie et l'UK (reçu signé en retour) et démarrons des échanges fructueux sur l'organisation actuelle des soins ; le Dr Hery, fraîchement arrivée de Diego Suarez, a pris le relais du Pr Annick partie diriger l'hôpital d'enfants Tsaralalana. Elle poursuit le travail de rigueur dans les soins qu'Annick a initiés ; les KTVO ne sont pratiquement plus utilisés et sont remplacés par une voie périphérique : c'est une amélioration que nous saluons avec ardeur, il semble que les infections nosocomiales aient diminué depuis 3 mois

### Visite de l'UK

L'UK fonctionne de mieux en mieux après un passage délicat l'an dernier ; le relais a été difficile entre l'ancienne équipe (Aimée et Yvonne, créatrices de l'UK et maintenant retraitées) et les plus jeunes. Marguerite est maintenant bien investie et dirige sa petite équipe avec une douceur énergique ! Les kinés du service participent beaucoup à l'amélioration des prises en charge, en particulier sur le plan de la rééducation psychomotrice et respiratoire des anciens bébés kangourous. Marie-Jo reviendra plus longtemps sur leur travail. Les locaux ont été réorganisés, ils sont plus fonctionnels et accueillants. Des posters expliquent aux mamans les étapes de la méthode ; les cours d'éducation sanitaire sont toujours dispensés 3 fois/semaine et le matériel vidéo fourni il y a 3 ans par Jeremi fonctionne toujours.

Certaines difficultés persistent : plus de bandeaux de portage disponibles, car l'administration ne veut pas en fournir. Les bébés sont portés avec des tissus rigides apportés par la famille, leur position est moins bonne car il ne sont pas strictement en position

« grenouille ». Le manque de moyens est toujours important : les mamans doivent tout acheter, y compris la feuille de papier où sera inscrit le suivi du bébé !!

Actuellement, entre 30 et 40 bébés par mois bénéficient de l'UK : c'est une augmentation spectaculaire ; le nombre d'accouchements à la maternité a beaucoup augmenté cette année (on atteindra probablement 10 000 naissances fin décembre 2010).



### Visite du service de néonatalogie

Les locaux ont été repeints ; la propreté s'est bien améliorée. Les tours de lit sont maintenant lavés lors du changement d'occupant ! Un petit sac contenant un stéthoscope et un thermomètre dédiés à chaque bébé est maintenant présent au pied du lit.



Il persiste une surpopulation dans les couveuses et tables chauffantes ; cette promiscuité pourrait favoriser les infections nosocomiales. Marie-Jo insiste auprès des médecins sur la nécessité de bien « aiguiller » en UK les bébés dès la naissance, si

possible sans passage par la néonatalogie lorsque que leur état de santé le permet. Ce sera un des sujets de discussion lors de la séance de FMC de l'après-midi.

#### *Présentation des dossiers de la nuit par l'interne.*

Le suivi prénatal des mères apparaît quasi inexistant ; de nombreuses mamans sont transférées depuis un centre primaire alors que le travail a démarré depuis de longues heures (souvent > 48h). Ces faits peuvent être à l'origine de complications obstétricales (anoxie et infections materno-fœtales).

#### **Rencontre avec le nouveau directeur de la maternité**

Accompagnés des Dr Héry et Zoly, nous rencontrons le Professeur Hery Andrianampanalinarivo, gynéco-obstétricien, le directeur ; échange sympathique. Le Pr Hery semble tout à fait prêt à un dialogue entre la pédiatrie et l'équipe des gynéco-obstétriciens. Il a été formé en France et a vécu ce type de relations qui lui paraissent fructueuses.

Il confirme que la maternité qui assurait 8 000 accouchements en 2009 atteindra probablement les 10 000 fin 2010 ; cette augmentation semble liée à la fourniture du kit accouchement gratuit aux accouchées et leurs bébés ; malheureusement les stocks de kit seront épuisés avant décembre. De plus, parmi les kits encore existants, certains sont dépourvus de sonde gastrique.

Nous apprenons qu'une équipe d'hygiénistes de La Réunion est venue la semaine précédente et a fait toute une série de recommandations ; le directeur semble prêt à en tenir compte et il est très conscient que le problème de l'hygiène est majeur dans ses services.

Nous lui demandons d'appuyer auprès de l'administrateur de l'hôpital notre demande d'achat de bandeaux en lycra pour l'UK ; j'explique que cela est

très important pour la sécurité et le confort du bébé. Le Pr Hery nous assure que le lycra sera commandé rapidement.

Une dotation d'un saturomètre est aussi réclamée par les Dr Hery et Zoly ; là aussi, acceptation de la demande. Affaire à suivre !

#### **Visite en salle d'accouchement**

Toujours accompagnés par les pédiatres du service, nous faisons le tour des salles d'accouchement ; nous sommes frappés par le manque global d'hygiène, notamment dans la salle d'accueil des urgences obstétricales : les locaux, les matériels, les personnels, les mères... Josette fera des prélèvements à visée bactériologique. L'équipe de La Réunion a du travail en vue !!!

#### **Séances de FMC, l'après-midi**

A la demande du Pr Annick, Marie-Jo a présenté 2 diaporamas aux équipes gynéco-obstétricale (peu de présents ...) et pédiatrique (bien représentée).

- *Prise en charge à la naissance et dans les 48 premières heures des prématurés et petits poids de naissance.* En conclusion, Marie-Jo a défendu un algorithme de sélection précoce des bébés : orientation vers la néonatalogie ou l'UK selon un certains nombres de critères, en particulier ceux du haut risque infectieux.

- *Comment la MMK répond aux besoins des prématurés.*

Ces présentations nous ont donné l'occasion de bien échanger avec les médecins et SF présents.

Au terme de cette première journée bien remplie, nous nous sommes donnés rendez-vous pour la semaine suivante où nous devons travailler plus particulièrement autour des protocoles IMF et Mycoplasme.

## **ACTIONS À TAMATAVE**

**- 4 et 5 novembre -**

*Pour des questions d'horaires d'avion, nous ne sommes arrivés à Tamatave qu'en fin de matinée le jeudi 4. A l'arrivée, le comité d'accueil de Jeremi Toamasina était présent, avec les Dr Séraphin et Michel venus nous chercher à l'aéroport. Sitôt après avoir posé nos valises à l'hôtel Joffre, nous nous sommes rendus à l'hôpital be, sachant que nos amis de Jeremi avaient organisé une réunion du conseil d'administration à la maison de Jeremi en fin d'après-midi.*

### **JOURNÉE DU 4 NOVEMBRE**

#### **Hôpital be, CHU Toamasina**

##### **Présentation de l'équipe JEREMI RA au directeur de l'hôpital**

Le Dr Gisèle, que nous avons retrouvée avec plaisir, nous avait aménagé un rendez-vous avec le nouveau

directeur de l'hôpital, le Professeur Armand-Herininirina Rakotoarijaona, ancien chef du service de chirurgie viscérale de l'hôpital. Au cours d'un entretien très cordial (étaient présents, outre les 3 membres de

Jeremi, les Dr Hery, Gisèle et Yvonne), nous avons rappelé les différentes actions de Jeremi, et notamment celle au profit de l'unité kangourou de la maternité, avec l'actuelle mission d'enseignement du Dr Yvonne, financée par Jeremi. Nous avons également montré la liste des petits matériels et médicaments destinés aux services de néonatalogie/maternité, pédiatrie et pneumologie, qui sera signée après réception pour une totale transparence, comme l'a demandé la direction l'an dernier. La discussion a porté aussi sur le laboratoire de biologie, pratiquement paralysé, du fait de l'absence de biologiste selon lui. Il espère que ce vide sera comblé, à l'occasion de la construction d'un nouvel hôpital promise par le président Andry Rajoelina, et de celle d'un établissement régional de transfusion sanguine. Le centre de transfusion sanguine ne règlera de toutes façons pas les problèmes de biologie et en particulier ceux de la bactériologie. Le directeur a appelé de ses vœux la poursuite de ces missions, qui ne peuvent que profiter aux services concernés.

#### **Service de pédiatrie - Josette et Patrick**

La visite a débuté par un entretien avec le Dr Hery, chef du service de pédiatrie depuis 2009. Outre son exercice au sein du service de pédiatrie, il fait des visites quotidiennes des nouveau-nés de la maternité, très appréciées des sages-femmes, et des consultations mensuelles avec l'ALCD (Association de Lutte Contre la Drépanocytose) au siège de cette association. Puis nous avons fait la visite des hospitalisés dans une unité avec le Dr Jeannine (par ailleurs membre de Jeremi Toamasina). Cela a permis de prendre conscience d'une nouvelle réalité, terrible : la paupérisation de la population depuis la crise qui, de plus, a vu augmenter sa participation au recouvrement des soins. La conséquence en est une baisse de fréquentation de l'hôpital. Où vont les malades ? Que deviennent-ils ?

...  
Une déception : plusieurs berceaux chauffants sont bancals, ayant perdu une roulette, ou ne sont pas

### **Réunion avec Jeremi Toamasina**

Il avait été décidé par le CA de Jeremi Toamasina de ne pas avoir d'enseignement, étant donné le temps trop court de la mission, et de consacrer le temps disponible à une réunion de travail avec l'équipe de Jeremi Rhône-Alpes, pour faire le point sur les deux associations.

La plupart des membres du CA étaient présents : Luen, Guy, Michel, Jean-Marie, Séraphin, Michèle, Hary, Mario et Yolande. Nicole et Théodule s'étaient excusés. Après le rappel de l'arrivée à échéance du mandat de président de Jeremi Toamasina de Théodule, il a été procédé à un tour de table des préoccupations internes et vis-à-vis de l'association

fonctionnels, l'interrupteur étant cassé et non remplacé. Pourtant, leur usage semble toujours donner satisfaction, notamment en maternité qui a réclamé un 2<sup>e</sup> berceau. Il a été demandé aux médecins de veiller à maintenir les berceaux en bon état de marche, ce qui est simple dans le principe. Par ailleurs, il a été rappelé que plusieurs berceaux étaient prévus pour des hôpitaux de district, et que le Dr Isaïe Jules Andriamiandra, directeur médical pour la région d'Analanjirifo, basé à Fenoarivo Est, en était demandeur (cf. rapport de mission 2009). Le Dr Gisèle pourra reprendre contact avec lui pour lui en donner 2 exemplaires après remise en état.

#### **Maternité - Unité kangourou - Marie-Jo**

L'objectif cette année était d'évaluer les avancées de l'UK dont nous avons été les promoteurs en 2008.

Le Dr Yvonne, notre fidèle soutien nous a précédé de 2 jours ; elle a commencé à cerner les difficultés et le fonctionnement de l'UK depuis la venue d'Aimée en fin avril et juin 2010.

À mon arrivée le jeudi 4 octobre je me suis rendue à l'UK où j'étais attendue par Yvonne et le Dr Mara ; la première impression a été négative, car il n'y avait aucune maman avec leur bébé dans l'UK ; les dossiers semblaient inexistantes et les locaux fermés.

Il m'a été expliqué que depuis 1 ou 2 mois, il n'y avait plus d'enthousiasme pour la méthode car les SF étaient démobilisées ; les SF responsables n'étant pas présentes, il m'était difficile de me faire une opinion. Yvonne quant à elle semblait plus optimiste et l'avenir a montré qu'elle avait raison ; j'avoue avoir été un peu démoralisée par autant de « vide ».

Par ailleurs en salle d'accouchement, j'ai constaté que la situation matérielle s'était fortement dégradée ; peu de patientes se présentaient à la maternité faute de pouvoir payer les soins ; plus aucun kit d'accouchement disponible depuis 1 an ... Serait-ce un début d'explication ?

Rhône-Alpes, suivi d'un dialogue direct et franc dont voici le résumé.

Les questions posées étaient multiples.

- Pour Jeremi Toamasina : sa raison d'être, sa place par rapport aux autres associations de médecins libres de Tamatave, les dissensions entre dentistes et médecins, surtout depuis l'affaire du conteneur dédouané par certains membres du CA, et surtout la nécessité de clarifier les attentes (matérielles pour certains, scientifiques pour d'autres) par rapport à Jeremi RA.



- Pour Jeremi Rhône-Alpes : le devenir des missions d'avril, la disparition des dentistes des missions, l'information trop tardive des dates de mission, la tendance à privilégier les actions au CHU par rapport à celles au profit des médecins de Jeremi Toamasina, qui assurent pourtant l'accueil des missions, les actions menées à Tananarive et cette année à Majunga, et surtout la pérennité des missions.

Des réponses ont été apportées par les membres des deux associations jumelles.

Il a bien été précisé qu'il ne fallait plus compter sur une aide matérielle de type conteneur, dont tous s'accordent à reconnaître qu'elle a sans doute été bénéfique à un moment et pour certains catégories de praticiens, mais qu'elle avait perverti les relations en les inscrivant dans une dépendance au détriment des échanges scientifiques. Jean-Marie et Michel ont d'ailleurs rappelé que ces échanges préexistaient (au conteneur) et constituaient l'objectif essentiel de la création de Jeremi Toamasina. Une réflexion est donc nécessaire sur l'avenir des relations entre les deux associations, qui soit fondée sur ces échanges et constituant l'originalité de Jeremi par rapport aux autres associations de médecins libres de Toamasina, lesquelles n'ont pas cette ouverture sur la France. Si les objectifs de Jeremi Toamasina sont ainsi redéfinis et les attentes précisées, il sera plus facile aux membres de Jeremi RA d'y souscrire.

Certes, les actions envers l'hôpital sont devenues prépondérantes lors des dernières missions, mais cela a deux explications :

- 1- le caractère nettement pédiatrique des dernières missions, en l'absence depuis 2 ans non seulement des dentistes démotivés par l'absence de projets communs avec les dentistes de Tamatave, mais aussi des médecins généralistes pour diverses raisons ;
- 2- une attente forte en pédiatrie et en néonatalogie, avec notamment la création de l'unité kangourou favorisée par Jeremi RA.

Il paraît important que les médecins libres réfléchissent aux moyens de redynamiser l'association puis formulent des desiderata pour inciter les médecins de Jeremi Rhône-Alpes (généralistes et spécialistes) à venir : enseignement sous différentes formes, à diversifier éventuellement, recherche clinique, assistance technique pour développer tel ou tel aspect de l'exercice médical, etc.

A ce propos, le Dr Michèle a rappelé sa demande d'aide pour créer un journal médical. Il lui a été

proposé de reprendre contact avec Sylvie Sargueil et Jacques Langue (cf. rapport de mission 2009). Le Dr Michel quant à lui a demandé à Josette de venir évaluer son laboratoire. Enfin le Dr Guy a montré un bilan financier de l'échographie de Jeremi, avec une baisse des recettes depuis la crise et un échographe qui vieillit. La solution à ce dernier problème mérite réflexion : faut-il attendre l'aide de Jeremi RA, ou n'est-il pas possible d'améliorer la gestion de l'échographe de Jeremi ? Ainsi, il est notable que d'autres médecins ont pu renouveler leur échographe sans faire appel à des apports extérieurs. Dernier point matériel abordé, le remplacement de l'ordinateur portable et du vidéoprojecteur de Jeremi, tous deux HS. Marie-Jo a dit qu'il lui serait sans doute possible de remplacer le premier, mais pas le projecteur.

Concernant les dentistes libres, leur non participation actuelle à la vie de l'association ne nécessite pas de modifier les statuts. La porte doit leur rester ouverte.

Enfin, les actions de Jeremi RA avec la Somaped, à Tananarive et cette année à Majunga, ont été expliquées comme importantes à nos yeux pour insérer nos actions pédiatriques à Tamatave au sein des structures référentes. Cela a permis, par exemple, au Dr Gisèle, alors chef du service de pédiatrie de l'hôpital be et membre de Jeremi Toamasina, de participer aux EPU de la Somaped organisés lors de nos missions et aux études promues par Jeremi RA et menées en commun avec la Somaped ; un autre intérêt a été de participer à la création de l'unité kangourou de Tamatave, en relation avec celle de Tananarive, et cette année de Majunga, dont les pédiatres avaient sollicité notre venue. Cela permettra, nous l'espérons, de mettre ces différentes unités kangourou en réseau. Enfin, signalons que la conférence de Patrick à la Somaped, le 10 novembre, a été enregistrée et qu'elle sera diffusée dans le cadre de la FMC par vidéotransmission dans tout Madagascar le 2 décembre, avec mention de l'appartenance à Jeremi.

La réunion s'est terminée sur un appel à un renouveau de l'esprit associatif et de la vigueur des échanges au sein de Jeremi Toamasina et entre les 2 associations, tout en partageant un verre de l'amitié. Une AG de Jeremi Toamasina a été fixée au 21 décembre chez Séraphin, avec notamment l'élection du nouveau président. Patrick fera acheminer d'autres rapports de mission 2008-2009 pour les membres du CA qui n'ont pu en recevoir lors de la réunion.

## JOURNÉE DU 5 NOVEMBRE

### Visite au cabinet du Dr Michel Laivao



Le 5 novembre, la matinée a débuté par une visite au cabinet du Dr Michel. En effet, il voulait demander à Josette son avis pour l'équipement d'un laboratoire. Il s'agit d'un petit laboratoire qui fait le minimum vital, ce qui est déjà mieux qu'à l'hôpital be ! Un laborantin assure le quotidien et effectue même des examens directs de bactériologie. Cette visite nous a permis de rencontrer son frère, le Dr Michel Pascal Laivao, ophtalmologue récemment installé en association avec lui.

### Hôpital be

#### Service de pédiatrie

Josette et Patrick ont fait une visite complète des hospitalisés du service. La pathologie très riche (neuropaludisme, pneumonie, pleurésie, diarrhée, infection materno-fœtale, séquelles d'asphyxie périnatale, malnutrition grave, tuberculose, sida précoce, anémies graves, suspicion de typhoïde) a permis de faire une actualisation des connaissances au lit du malade dans ces domaines toujours dominés par l'infectiologie.





La fin de matinée a été consacrée à une réunion sur le protocole Mycoplasmes, réactivé récemment après avoir réuni les fonds correspondant au devis de l'Institut Pasteur (voir plus loin). Les Dr Gisèle et Haja (chef de service de pneumologie) avaient déjà inclus 10 patients à l'issue de la mission 2009, puis avaient interrompu les inclusions à notre demande en attendant de boucler le budget de l'étude. Nul doute que les équipes de l'hôpital be (Dr Haja pour la pneumologie, et les 4 médecins de la pédiatrie) finiront rapidement leurs inclusions.

### **Laboratoire de Biologie - Josette**

Le service de pédiatrie ne demande pour ainsi dire plus d'examen de biologie, y compris les examens directs de bactériologie. Il n'y a en particulier plus de budget pour les CRP. Seules les gouttes épaisses semblent être effectuées. Un bâtiment réservé à la transfusion sanguine dirigée par le Dr Jocelyne est en cours de construction.

### **Maternité - Marie-Jo**

Le vendredi 6, l'équipe complète était présente. Marie-Jo a commencé sa journée par une longue discussion avec le responsable de la maternité, le Dr Anderson. L'échange a porté essentiellement sur les difficultés actuelles de fonctionnement de l'unité kangourou malgré l'aide, financière notamment, fournie depuis plusieurs années par Jeremi RA. Notre équipe a besoin, pour poursuivre son action, que le Dr Anderson s'engage à la bonne marche de cette unité.

« J'ai insisté sur le fait que la technique MMK était réellement efficace, que l'expérience locale à Toamasina pourrait être diffusée ailleurs et être source de publications, et que le CHU en serait tout autant bénéficiaire que le chef de service. Le Dr Anderson s'est engagé à entraîner son équipe dans cette démarche.

Nous avons vu ensuite ensemble (Anderson, Yvonne et moi) les SF responsables qui avaient été formées à Tananarive (prises en charge par Jeremi RA) ; les dossiers kangourou des mois passés étaient très bien remplis et complets ; le nombre d'enfants avait explosé

## **Visite du cabinet du Dr Gisèle**

Le Dr Gisèle, dégagée de ses responsabilités de chef de service de pédiatrie, a maintenant une activité en partie libre, qu'elle assure dans un cabinet fraîchement aménagé. Elle avait grande fierté à nous le montrer. On la comprend, comme le rend compte la photo ci-

jusqu'à 25 par mois et tout semblait bien se passer jusqu'en mai ou juin ; un malentendu avec Aimée a semblé mettre à mal ces efforts.

J'ai félicité ++ les SF, Chantal et Viviane, pour leur travail et réussi à les motiver pour reprendre en main l'UK ; le Dr Anderson les a officiellement déchargées de certaines tâches administratives pour qu'elles puissent plus facilement gérer l'UK. Le Dr Mara nous a montré aussi les dossiers K bien remplis du début de l'année;

Nous avons évoqué le suivi à long terme des bébés et il apparaît très difficile d'espérer un retour des mamans au CHU ; elles se font suivre en centre de santé primaire et ne reviennent plus sur l'hôpital ; nous avons envisagé de sensibiliser les centres périphériques au suivi de ces bébés. Le Dr Mara s'est proposé d'organiser une 1<sup>e</sup> rencontre d'information et d'organisation. Elle suggère que nous envisagions l'an prochain une formation élargie aux centres de santé primaire ; je retiens donc cette idée.

Entre temps, plusieurs accouchements de prématurés ont eu lieu et les bébés ont été mis en kangourou, ce qui m'a réchauffé le cœur et a donné le sourire à Yvonne !

En fin de matinée j'ai, comme à Tananarive, fait une présentation sur la prise en charge du prématuré ; j'ai modifié les contenus car à Toamasina il n'y a pas de néonatalogie. L'équipe pédiatrique et obstétricale était là ; le Dr Anderson a paru fort intéressé et je compte sur lui (je le relancerai en cours d'année) pour faire avancer les choses.

Le Dr Yvonne quant à elle est restée jusqu'à la fin de la semaine sur place pour insuffler de l'enthousiasme. A l'issue, elle m'a assuré que les SF reprenaient l'UK en main et qu'elles avaient de vraies compétences. Il faudra envisager dans quelques mois une nouvelle semaine de « coaching » d'Yvonne pour consolider les acquis.

Le séjour a été très bref, mais le support d'Yvonne nous a permis de débloquer une situation difficile. J'espère pouvoir rester en contact avec le Dr Anderson car de son implication dépend le bon fonctionnement de l'UK. »

jointe (photo page 2 de couverture). Cette visite a conclu notre (trop) bref séjour à Tamatave. On est reparti en se promettant d'y rester plus longtemps l'an prochain !

## RAPPORT DE MISSION. PROGRAMME MÈRE KANGOUROU AU CHU DE TOAMASINA - 3-9 novembre 2010

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le nombre de bébés nés de petit poids de naissance (prématurés et hypotrophes) est encore élevé au CHU de Toamasina. La prise en charge de ces bébés demande des techniques de soins sophistiquées et de gros investissements financiers pour pouvoir rendre à la famille un nouveau-né en bonne santé physique et mentale. La technique mère kangourou ou **Trotro An-Koditra** (TAK) peut pallier au manque de ressources humaines et matérielles au niveau du CHU.

### OBJECTIFS

Redémarrage du Programme TAK au CHU Toamasina.

Formation du personnel responsable de la prise en charge des nouveau-nés sur la TAK et la mise en place d'unité kangourou

### APPROCHES

Visite de courtoisie auprès du directeur du CHU, du directeur adjoint technique, du chef de département mère enfant, du chef de service de pédiatrie, du chef de service par intérim de la maternité.

### DÉROULEMENT DE LA MISSION

La mission s'est déroulée à la maternité de l'hôpital be, CHU de Toamasina.

### AGENDA

- Mercredi 3 Novembre 2010: arrivée au CHU de Toamasina

*Matin.* Entretien avec l'équipe technique de la maternité et de pédiatrie :

- Dr Anderson, le chef de département mère enfant ; il est conscient de l'importance du programme kangourou ;
- Dr Mamy, le chef de la maternité par intérim : il n'est pas motivé pour la pratique de la TAK et il est très sceptique ;
- Dr Mara Béatrice, médecin responsable de l'unité kangourou à la maternité : elle est très motivée et prête à redémarrer le kangourou mais avec une équipe " motivée et coopérante " ;
- Dr Heriniaina, récemment affecté en pédiatrie et désigné comme chef de service en remplacement du Dr Gisèle : il est prêt à collaborer avec l'équipe de la maternité pour la TAK.;
- le Dr Baholy et le Dr Gisèle étaient absents.

*Après-midi.* Entretien avec le Dr Mara. Évaluation du programme kangourou dans le service. Problèmes : après un bon démarrage du kangourou, il y a eu une cessation brutale de l'activité kangourou à la suite à une dissension dans le service. Clientélisme, pas de solidarité, pas de travail d'équipe, pas d'engagement de chaque personnel du service. Suggestions : redynamisation du programme TAK, recyclage de tous les personnels responsables des nouveau-nés, suivi et évaluation périodiques du programme TAK.

- Jeudi 4 novembre

*Matin.* Visite des bébés de petit poids de naissance dans le service des prématurés. 6 bébés de poids de naissance respectifs : 2100gr, 2000g, 1600gr, 2600gr, 2100gr, 1800gr, et d'âge gestationnel variable de 32 à 37 SA ; un bébé est né par césarienne. Nous avons fait une petite démonstration de la pratique de la TAK, avec photos à l'appui. Étaient présents : la mère, le père, la grand-mère des bébés ; en fait, les parents ont été sensibilisés. Chaque mère de bébé a ensuite reçu **gratuitement** une bande lycra. Discussion avec Chantal, la sage-femme responsable du kangourou. Elle nous a fait part de ses doléances : après entretien, elle a accepté de reprendre les activités kangourou.

*Après-midi.* Arrivée au CHU de l'équipe de Jeremi Rhône-Alpes représentée par les médecins : Marie José, Josette et Patrick, accompagnés par les Dr Heriniaina et Gisèle : nous avons fait une

visite de courtoisie auprès du Pr Armand Rakotoarijaona, directeur du CHU. Patrick lui a fait un petit exposé de la mission de Jeremi, et lui a remis la liste de dons de matériels offerts par l'association Jeremi Rhône-Alpes au CHU.

- Vendredi 5 novembre

*Matin.* Salle de réunion (P.F.) Dr Marie José a fait un exposé sur les "prématurés et petits poids de naissance". Étaient présents : 3 médecins, 4 sages-femmes. A la fin de la séance : compromis avec Chantal, qui est donc bien décidée à reprendre le Kangourou.

*Après-midi.* Discussion avec Dr Mara, sur une nouvelle approche du programme kangourou : elle souhaiterait un roulement de tour de toutes les sages-femmes dans l'unité kangourou dont Chantal est le 1<sup>er</sup> responsable, assurant ainsi la continuité du travail en l'absence de Chantal

- Lundi 8 novembre

Nous allons voir le directeur et l'adjoint technique du CHU, lesquels se sont engagés à suivre de près les services de la maternité et de pédiatrie, car ils étaient tous deux convaincus de l'intérêt du Kangourou qui représente **une économie de santé** pour tout le monde.

### POINTS FORTS

Bon accueil de toutes les personnes visitées. Négociations positives avec le directeur et l'adjoint technique du CHU ; avec le Dr Mara, responsable du kangourou, plusieurs points ont été soulevés dont l'urgence d'une bonne coordination des équipes de pédiatrie et maternité ; avec Chantal qui va reprendre ses activités kangourou.

### POINTS A AMÉLIORER

Solidarité du personnel de service. Autorité auprès du personnel.

### RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

Matériels IEC à confectionner dans les meilleurs délais. Vulgariser le plus tôt possible la TAK et commencer l'information sur la TAK lors des consultations prénatales des mères enceintes au niveau de tous les centres de santé publiques et privés. Impliquer tout le personnel, surtout de garde, dans la prise en charge des nouveau-nés de petit poids de naissance. Assurer les formations en cascade du personnel des CHD niveau I et II et de tous les centres de santé privés et publics de la région de Toamasina

### CONCLUSION

La mission au CHU de Toamasina, financée entièrement par l'association Jeremi Rhône-Alpes, a été bien menée sans incident majeur.

Une salle destinée à l'unité kangourou est déjà disponible au niveau de la maternité du CHU de l'hôpital be. Un peu de volonté des sages-femmes, et une autorité des responsables feraient avancer le programme et donneraient de bons résultats sur la santé des nouveau-nés. L'Association mère kangourou Madagascar (AMKM) remercie vivement JEREMI d'avoir soutenu la mission de Toamasina dont le projet entre dans le cadre du projet de l'AMKM.

**Dr Yvonne Ramiandrasoa Vololonandrianina Mira**, présidente de l'AMKM, correspondante nationale de L'UNICEF pour la technique kangourou.

Association Mère Kangourou Madagascar

Lot IIA 42A Ampandranana Ouest Antananarivo 101

tél. : (00 261) 33 11 630 60 / (00 261) 20 22 253 06

e-mail : ramiandra@moov.mg

## ACTIONS À MAJUNGA-MAHAJANGA

- les 6-9 novembre -

Nous avons décidé de faire le déplacement en voiture le week-end, pour ne pas empiéter sur la semaine de travail. Pour la même raison, le retour était prévu en avion. Ce déplacement nous a permis de découvrir de magnifiques paysages, tandis que nous descendions graduellement des hauts plateaux jusqu'au niveau de la mer.

Le samedi 6, nous avons atteint après dix heures de voyage le Parc National d'Ankarafantsika, où il avait été prévu de passer la nuit. Cette halte nous a permis de faire un brin de tourisme, dans une nature préservée de la main destructrice de l'homme (pas de feux de brousse ...). Nous avons eu le temps pour une petite balade à la découverte de baobabs géants et d'un lac infesté de crocodiles (on a vu émerger leurs yeux de la surface de l'eau ...).



Le lendemain, balade de trois heures à la recherche de lémuriens (5 espèces vues dont une nocturne), jusqu'à l'extrémité du plateau surplombant un magnifique canyon, dans lequel nous sommes descendus à pied, émerveillés par la beauté du site (oh !!!!!)

Nous avons alors repris la route pour atteindre Majunga et sa plage, où nous avons terminé l'après-midi en jouant avec les vagues et en admirant le cirque rouge au crépuscule. Ce moment de détente était le bienvenu !





## CHU de Majunga

La journée du 8 et la matinée du 9 ont entièrement été consacrées au CHU.

### Complexe mère-enfant (maternité, néonatalogie et unité kangourou)



Le Dr Noro a conduit l'équipe Jeremi et le Dr Hery à travers le complexe mère-enfant ; nous avons visité la maternité, de la consultation d'admission des futures mères aux salles d'accouchement ainsi que le service de néonatalogie et l'unité kangourou (UK). La bonne organisation des lieux, leur propreté, leur adéquation avec les besoins nous ont remplis d'admiration ; rien n'a été laissé au hasard, tout a été pensé et organisé pour que les femmes soient bien accueillies.

Malheureusement aucune parturiente n'était présente ; Noro nous a confirmé que la fréquentation de l'hôpital était en baisse sérieuse du fait de la crise, le prix des soins étant devenu trop lourd pour une population de plus en plus pauvre.

Le service de néonatalogie flambant neuf était également désert... Nous avons constaté la présence d'équipement de bonne qualité (couveuse, tables de réanimation, accès à l'oxygène, eau courante, photothérapie) et une judicieuse organisation des lieux permettant aux mères de bébés hospitalisés de rester très proches.



Un bébé était en photothérapie; il ne paraissait pas spécialement prématuré mais bénéficiait de la présence permanente de sa mère.

Nous avons poursuivi le parcours avec la visite de l'UK : 2 mères étaient présentes auprès de leur bébé.

Un bébé était en photothérapie; il ne paraissait pas





Quel n'a pas été notre étonnement de voir qu'il était proposé aux femmes en travail des positions alternatives (tabouret à bascule, ballon) !

Un autre bébé prématuré de 32 semaines était en peau à peau avec sa maman ; sa grand-mère présente aussi s'est montrée efficace pour aider la jeune mère à mettre le bébé au sein ; celui-ci tétait très bien et manifestement la mère avait déjà acquis les « bases » de la prise en charge et du positionnement de l'enfant ; le bandeau de lycra avait été donné à la maman ; Noro nous a confirmé que les bandeaux étaient donnés, car le service avait eu un don lui permettant pour le moment de fournir le bandeau gratuitement ; un mail récent de sa part rappelle à Marie-Jo qu'il n'est pas certain que cette pratique puisse se poursuivre faute de fonds.

L'orientation en UK se fait pour tout bébé de moins de 2,5 kg sans pathologie quelque soit son poids de naissance et son terme. Sont orientés en néonatalogie les bébés présentant des pathologies respiratoires, les souffrances fœtales, les pathologies cardiaques, les infections patentées...

Les bébés ayant des risques infectieux sans signes cliniques restent avec leur maman et sont traités en UK ; les bébés ayant besoin d'être gavés ou perfusés, s'il n'ont pas de signes de détresse, bénéficient aussi du peau à peau et de la technique kangourou.

Ce protocole de prise en charge correspond tout à fait aux recommandations OMS.

Nous avons terminé le circuit par la zone dédiée aux consultations de suivi et à l'éducation sanitaire ; des posters rappellent les bienfaits de la méthode kangourou, le bon positionnement des bébés et insistent sur la possibilité de partager le portage entre le père et la mère (voire d'autres membres de la famille)

La visite terminée, nous sommes restés un peu amers : toute une équipe s'est formée, s'est mobilisée, s'est investie et si peu de patients pour en bénéficier !

### Service de pédiatrie

Nous avons ensuite parcouru le service de pédiatrie : salle d'urgence, hospitalisation, CRENI, salle

d'isolement (tuberculose ou autres). Si le service nous a paru très propre, et animé par une équipe soudée et dynamique, sa fréquentation est actuellement malheureusement faible, pour les raisons déjà évoquées et rappelées par nos confrères malgaches. Les quelques patients vus ensemble ont été l'occasion d'échanges intéressants.

### Laboratoire de biologie

Le service est fonctionnel, bien équipé, aussi bien pour la biochimie, l'hématologie et la bactériologie. Des cultures et des antibiogrammes y sont effectués. Le seul frein à l'activité est le prix des examens que peu de patients peuvent assumer. Nous avons suggéré de n'effectuer que des examens directs pour les plus démunis ainsi qu'une seule hémoculture au lieu des trois incluses dans le forfait (en particulier pour la néonatalogie). Le coût serait ainsi abaissé. Par ailleurs, la biologiste et la pédiatre devraient prendre rendez vous avec le directeur de l'hôpital pour essayer de diminuer les prix des examens afin que plus de patients y aient accès.

### EPU

A la demande des pédiatres, nous avons bâti sur place un programme pour 2 demi-journées d'EPU au profit des médecins du complexe mère-enfant et du service de pédiatrie (environ 20 participants. Marie-Jo traitait du développement psychomoteur de 2 à 6 ans ; dyspraxies, Josette de l'antibiothérapie des infections courantes de l'enfant et des infections materno-fœtales, Patrick du paludisme congénital et de la tuberculose périnatale. L'assistance a été très attentive et les thèmes abordés ont été le point de départ de questions multiples.



### Au total

Cette étape a été pour nous source d'une certaine admiration pour la qualité de l'organisation, pour l'esprit d'équipe et le professionnalisme qui frappent le visiteur !

Nous avons été d'autant plus frappés par le contraste entre la qualité de l'offre de soins et le vide en malades des services (nous avons appris qu'il en était de même chez l'adulte), confirmation de la conséquence d'une crise globale à l'échelon du pays.

# ACTIONS À TANANARIVE

2<sup>e</sup> partie : 9-10 novembre

## Rencontres à l'Institut Pasteur et à l'ASA - 9 novembre

Le retour à Tananarive, le 9 après-midi, a permis de passer à l'Institut Pasteur où nous avons rencontré le Dr Benoît Garin, responsable de l'unité de bactériologie fondamentale, qui nous a parlé d'un grand projet Pasteur sur les infections néonatales dont Madagascar a été choisi comme site pilote, puis le Dr Vincent Richard, coordinateur des études promues par Jeremi RA, afin de préparer la réunion du lendemain avec la Somaped.

Nous avons ensuite dîné à l'ASA, avec le Frère Tronchon. Sa connaissance étendue de l'histoire de Madagascar a permis de mieux comprendre les enjeux de la crise actuelle. Nous avons eu le grand plaisir de faire enfin la connaissance de Maryse, fidèle de l'ASA, qui nous a montré sa connaissance panoramique de l'ASA du haut de ses 92 ans (!), et se met à Skype pour pouvoir mieux communiquer avec Jacques depuis la France !!

## Maternité de Befelatanana - 10 novembre

### Matinée à l'UK

Marie-Jo a pris le temps d'éplucher les fiches de suivi des enfants venant en CS de suivi ; les carnets de suivi sont bien tenus et précis. Les enfants bénéficient des vaccinations inscrites au calendrier national ; le poids et le PC sont régulièrement suivis.

En cas de difficultés psychomotrices, les 2 kinésithérapeutes montrent aux parents des exercices et des postures pour améliorer le développement du bébé. Ils orientent les enfants en orthopédie si des attelles ou autres aides techniques sont nécessaires.

« J'ai également analysé l'activité des kinés : la grande majorité des CS est liée à de la kinésithérapie respiratoire ; j'ai assisté à une séance de kiné qui n'avait rien à envier à ce qui est fait en France ; bravo à Zoly la kiné.

Par contre, il y a une remarque à faire quant à la nomenclature des actes : quelle n'a pas été ma surprise en retrouvant 40 pieds bots par mois répertoriés !!!! L'an dernier, j'avais insisté lors de la réunion de la Somaped sur la prise en charge précoce des pieds bots. Dans un sens j'ai été entendue mais ... Les malpositions de pieds et les pieds bots n'ont pas été distingués et ont été mis dans la même colonne !! J'ai donc refait une présentation aux kinés sur les pieds bots et les malpositions des pieds ; c'est bien utile d'avoir des stocks de power points dans son ordinateur !! »

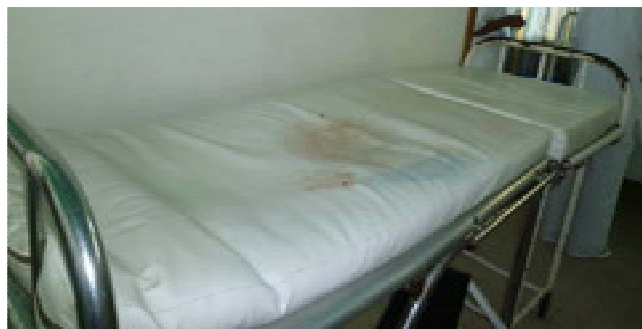
### Visite de la salle d'accouchement

L'analyse des premiers résultats du protocole des infections materno-fœtales nous a interrogés quant à l'origine des bactéries isolées ; une grosse suspicion d'infection nosocomiale est apparue et avec Josette nous sommes parties traquer les fautes d'asepsie ; nous avons été gâtées car il y a des possibles contaminations à tous les niveaux.

- Les femmes arrivant en SA ne peuvent pas se laver : pas de douches disponibles à l'hôpital (et souvent pas de douche non plus à leur domicile).

- Les touchers vaginaux sont fréquents : 6 ou 7 par accouchement et pas forcément avec des gants ; si des gants sont utilisés, ils servent à nouveau tout au long de la surveillance et sont posés sur le lit à côté de la mère !

- La future mère est allongée à même le plastique du matelas, sans drap ni tissu sous elle (sauf si elle le fournit). Le matelas doit être nettoyé par la famille après l'accouchement. L'état des matelas est immonde (sang séché).



- Pendant l'accouchement, il y a une foule de spectateurs et d'intervenants ; le matériel utilisé est douteux ; nous avons assisté à la pratique d'une épisiotomie avec des ciseaux qui ne coupaient pas vraiment ... pauvre mère !

- Le bébé, une fois né, est transporté en salle de réanimation. S'il va bien (heureusement) il n'est plus aspiré systématiquement ; il est posé sur le matelas de la table ou sur un linge trop petit pour le recevoir ; il est donc en contact avec une surface pas forcément très propre. S'il va mal ou s'il y a un risque infectieux, on appelle le médecin de néonatalogie, il arrive avec son kit de réanimation : sonde en particulier ; le bébé est alors aspiré et la sonde va traîner sur le plastique de



la table de réa et ensemercer tout l'environnement ! Par ailleurs, la sonde n'est pas jetée tout de suite après usage et peut donc éventuellement être réutilisée.

- Les barboteurs ont été supprimés depuis le passage de l'équipe de La Réunion, mais le bocal d'aspiration plein d'eau douteuse est toujours là, ainsi qu'un baquet d'eau ou trempent des gobelets qui seront utilisés pour rincer la sonde d'aspiration. Des prélèvements bactériologiques ont été faits et ils ont confirmé ce que l'on redoutait : la présence de bactéries retrouvées également chez des nouveau-nés victimes d'infections nosocomiales.

- Le nettoyage des différentes surfaces est très aléatoire ; les tiroirs de la table de réanimation sont pleins de poussière et d'une saleté repoussante.

Bref, le bébé a de gros risques d'être contaminé dès la salle d'accouchement.

## Institut Pasteur et Adrien

Une revue des premiers dossiers a été effectuée à l'Institut Pasteur en présence d'Adrien Lovasoa et du Dr Charles. Des identifications bactériennes sont à confirmer. Par ailleurs, il serait nécessaire de noter les heures exactes de prélèvement par rapport à la naissance. Il s'avère en effet que le prélèvement de

## Hôpital d'enfants Tsaralanana

Le Pr Annick est maintenant médecin chef de cet hôpital depuis le départ à la retraite du Pr Noëline. Malgré une grève des médecins, apparemment peu suivie en pédiatrie, Patrick a pu donner des conseils de présentation orale à des internes de pédiatrie, puis suivre une visite dans le nouveau secteur de réanimation pour les catégories défavorisées. Cette unité ouverte l'an dernier est spacieuse, et l'hygiène y est rigoureuse. Elle permet une surveillance intensive, mais elle est dépourvue, pour l'instant, de moyens de

## Réunion sur les protocoles

Un sympathique déjeuner organisé par la Somaped à Befelatanana a permis de faire le point sur les 2 études en cours, dont Jeremi RA est promoteur. Etaient présents à cette réunion les équipes des 3 hôpitaux de Tananarive concernés par ces études et par les représentants de l'Institut Pasteur de Madagascar. La réunion était co-présidée par le Pr Noëline, qui garde la responsabilité de l'enseignement et de la recherche à l'université, et par le Pr Honoré, chef du département mère-enfant. Elle a été animée par Patrick aidé de Josette et Marie-Jo au nom de Jeremi RA.

## Néonatalogie

Discussion « au pied » des patients. Les dernières heures à Befelatanana sont consacrées à préciser certains protocoles : dépistage de l'hypoglycémie, prescription de fer et d'acide folique, et, toujours et encore, utilisation rationnelle des antibiotiques.

Marie-Jo a pu constater que les nouveau-nés en berceau étaient en hypothermie (la nuit a été fraîche, bien qu'on approche de l'été). Cela a généré une discussion sur l'utilité des berceaux chauffants, du type de ceux fabriqués à Tamatave. Les Dr Hery et Zoly ont manifesté leur intérêt : une action future pour Jeremi RA ? Ajouté à cela, il semble bien que les soins ne soient pas optimaux la nuit, ce qui pourrait expliquer en partie les décès surtout nocturnes que met en évidence l'étude IMF.

liquide gastrique a pu être effectué quelques heures après la naissance (donc, après une possible contamination nosocomiale), ce qui fausserait les données épidémiologiques.

ventilation que réclameraient les pathologies lourdes qui semblent fréquentes. Par exemple, étaient présents des patients avec une méningite ou une méningo-encéphalite compliquées, ou avec une détresse respiratoire.

Le temps a manqué pour faire le point sur le berceau chauffant acheminé depuis Tamatave l'an dernier, mais il semble très utile, notamment en période hivernale où la température nocturne peut descendre à 4/5°C.

## Etude infections materno-fœtales

Depuis le début de l'étude, 241 enfants ont été inclus. Parmi ceux-ci, 174 ont une hémoculture et 225 un prélèvement de liquide gastrique. Les enfants étaient nés à la maternité de Befelatanana pour environ 60 % d'entre eux et à celle de Soavanandriana pour les 40 % restant. A ce jour, 57,5 % des hémocultures sont positives.

Parmi les bactéries isolées, un certain nombre correspond à des contaminations lors du prélèvement. L'Institut Pasteur va fournir un protocole du mode de prélèvement afin d'essayer de baisser la fréquence de ces contaminations. En ce qui concerne les liquides gastriques, 23,5 % sont positifs. Aussi bien pour les

hémocultures que pour les liquides gastriques, on observe après une première analyse succincte, la présence d'*Enterobacter cloacae* sécrétant de bêta-lactamase à spectre élargi, principalement pour l'hôpital de Befelatanana. Après discussion, il est apparu que les enfants n'étaient inclus et donc prélevés qu'après quelques heures de vie. Ces enfants avaient été désobstrués à la naissance et possiblement contaminés de façon nosocomiale. Afin de lever ce doute, il apparaît nécessaire pour les prochaines inclusions d'ajouter un prélèvement vaginal de la mère effectué en début de travail, éventualité prévue dans le protocole mais non retenue initialement par crainte de ne pas pouvoir le financer.

Au vu des dépenses déjà engagées (1/3 des 20.000 euros provisionnés), son financement jusqu'à la fin des inclusions (environ 100 PV estimés) apparaît maintenant réalisable. Une fiche pratique sera rédigée à l'intention des sages-femmes pour optimiser les prélèvements.

## Enseignement post universitaire Somaped - Jeremi Rhône-Alpes

Cette année, le programme a été élaboré par le Pr Honoré, succédant au Pr Noëline à la présidence de la Somaped, et par le Pr Annick qui en est devenue la secrétaire. La réunion était organisée par le laboratoire Blédina et le thème était « Les infections de l'enfant ». Jeremi était représenté par Patrick, à qui il avait été demandé de parler de la tuberculose périnatale, entité grave et en progression compte tenu de l'épidémiologie de la tuberculose et du VIH. L'assistance était nombreuse et les échanges ont été, une fois de plus, enrichissants.

Malheureusement, la réception prévue à l'issue a été écourtée par l'information de manifestations dans le centre ville faisant craindre des débordements. La mission s'est terminée par un dîner « de travail » avec le Dr Vincent Richard, ce qui a permis un débriefing

## En conclusion

Les objectifs de cette mission étaient très ambitieux. Ont-ils été remplis ? Malgré la frustration due à la brièveté des différentes étapes, nous pensons pouvoir répondre positivement pour la plupart d'entre eux. L'étape Majunga a été très instructive, et nous avons été heureux de mettre en relation les 3 unités kangourous de Madagascar. La principale limite de notre mission était certainement l'absence d'enseignement au profit des médecins libres de Jeremi Toamasina, un des objectifs essentiels de nos

## Etude Mycoplasme

Tous les circuits sont en place et le financement (8 000 euros) a été provisionné auprès de l'Institut Pasteur de Madagascar en octobre 2010. Un premier patient a été inclus. La discussion a posé sur le mode d'inclusion des patients. Il a été décidé que pour un enfant souffrant d'asthme, un enfant souffrant de pneumopathie et un enfant témoin seraient inclus. Ces enfants devront être approximativement du même âge à deux ans près.

L'hôpital de Tamatave avait déjà commencé à inclure il y a quelques mois. Les sérums sont gardés congelés et les inclusions vont pouvoir reprendre.

des études de Jeremi et une information sur les programmes de l'Institut Pasteur en cours, en particulier à Moramanga où un centre d'études a été mis en place dans ce grand bassin de population, pour permettre de faire des études importantes dans différents domaines en milieu rural et semi rural.

### Les infections de l'enfant

- 1- Tuberculose congénitale. *Dr Patrick Imbert.*
- 2- Infections materno-fœtales. *Équipe IPM, service de néonatalogie GOB.*
- 3- Méningites et méningo-encéphalites. *Équipe HMET.*
- 4- Neurocysticercose. *Équipe HJRB-PED.*
- 5- Pneumopathies. *Dr Tovo Hery Ravelomanana.*
- 6- Autres.

missions Elle est en partie compensée par la salubre (du moins faut-il l'espérer) réunion avec le CA de l'association de Tamatave.

Souhaitons un renouveau et une longue vie à la coopération entre les 2 associations jumelles, qui ont déjà parcouru 12 années avec enthousiasme ! Nous prenons le pari que l'an prochain, la mission sera plus nombreuse et plus équilibrée dans ses objectifs.

## Coordonnées des correspondants pour la Mission JEREMI Rhône-Alpes, novembre 2010

### JEREMI Rhône-Alpes

- Brigitte Burlet-Vienney, présidente : [jeremira@free.fr](mailto:jeremira@free.fr)
- Gilbert Danjou, vice-président : [gdanjou@wanadoo.fr](mailto:gdanjou@wanadoo.fr)
- Françoise Le Louvetel, trésorière : [f.lelouvetel@sfr.fr](mailto:f.lelouvetel@sfr.fr)
- Josette Raymond : [josette.raymond@cch.aphp.fr](mailto:josette.raymond@cch.aphp.fr)
- Marie-Jo Simon-Ghediri : [mjo.simon@free.fr](mailto:mjo.simon@free.fr)
- Patrick Imbert : [patrick.imbert2@orange.fr](mailto:patrick.imbert2@orange.fr)
- Jacques Langue : [langue.jacques@free.fr](mailto:langue.jacques@free.fr)

### TAMATAVE-TOAMASINA

#### JEREMI Toamasina

- Henri Théodule Totobesola, président démissionnaire : [th.totobesola@gmail.com](mailto:th.totobesola@gmail.com)
- Guy Ravoavy, secrétaire
- Jean-Marie Andriamanonga : [manonga@moov.mg](mailto:manonga@moov.mg)
- Michel Victori Lainao : [lm.victori@moov.mg](mailto:lm.victori@moov.mg)
- Ming Luen Chen : [luenkub@hotmail.fr](mailto:luenkub@hotmail.fr)
- Michèle Mangazay : [sealtmm@moov.mg](mailto:sealtmm@moov.mg)

#### CHU de Toamasina

- Direction
  - Armand Herinirina Rakotoarijaona, directeur : [rakotoarijaonaarmand@yahoo.fr](mailto:rakotoarijaonaarmand@yahoo.fr)
- Pédiatrie
  - Heriniaina Rakotoarisoa, chef de service : [ericaniaina@yahoo.fr](mailto:ericaniaina@yahoo.fr)
  - Gisèle Ramarovavy, pédiatre : [giseleramarovavy@yahoo.fr](mailto:giseleramarovavy@yahoo.fr)
  - Jeannine Honorine Razaiarinoro, médecin généraliste, membre de Jeremi Toamasina : [jeannineh@hotmail.fr](mailto:jeannineh@hotmail.fr)
  - Baboly Rasolofoarinoro, médecin généraliste
- Pneumologie
  - Rabezanaabary Andriamihaja Andriamihaja ou Dr Haja, vice-président de Jeremi Toamasina : [andriamihajar@yahoo.fr](mailto:andriamihajar@yahoo.fr)
- Maternité
  - Dr Anderson Randriambolomanana, chef de service : [rj-anderson@doctor.com](mailto:rj-anderson@doctor.com)
  - Dr Béatrice Mara, responsable de la néonatalogie : [maraberthe@yahoo.fr](mailto:maraberthe@yahoo.fr)

### TANANARIVE- ANTANANARIVO

#### Hôpital Befelatanana

- Service de pédiatrie
  - Pr Honoré Raobijaona, chef de service, président de la Somaped, directeur du département mère-enfant : [raobijaona@yahoo.fr](mailto:raobijaona@yahoo.fr)
- Maternité
  - Pr Hery Andrianampanalarivo, gynécologue-obstétricien, chef de service

- Dr Hery Rajaonarison, pédiatre, chef de la néonatalogie : [rajaonarison.hery@yahoo.fr](mailto:rajaonarison.hery@yahoo.fr)
- Dr Zoly Nantenaina Ranosiarisoa, pédiatre, adjoint de la néonatalogie : [zolynantenaina@yahoo.fr](mailto:zolynantenaina@yahoo.fr)
- Dr Vololonandriana Mirah Yvonne Ramiandrasoa, référente nationale pour les soins kangourou : [ramiandra@wanadoo.mg](mailto:ramiandra@wanadoo.mg)
- Nirina Adrien JV Mandrano, interne : [mraniri@yahoo.fr](mailto:mraniri@yahoo.fr)
- ;

#### Hôpital d'enfants de Tsaralalana

- Pr Noëline Ravelomanana, ancien chef de service : [ravenoe@moov.mg](mailto:ravenoe@moov.mg)
- Pr Annick Robinson, chef de service : [annicklalaina@yahoo.fr](mailto:annicklalaina@yahoo.fr)
- Dr Hantaniaina Ratsitobaina, Dr Hanta : [hantarat@yahoo.fr](mailto:hantarat@yahoo.fr)

#### Centre hospitalier de Soavinandriana (Hôpital Girard et Robic)

- Dr Domohina Rakotovao, chef du service de pédiatrie : [domohina.rakotovao@yahoo.fr](mailto:domohina.rakotovao@yahoo.fr)

#### Institut Pasteur

- Pr Christophe Rogier, directeur : [crogier@pasteur.mg](mailto:crogier@pasteur.mg) ;
- Dr Vincent Richard, épidémiologie : [vrichard@pasteur.mg](mailto:vrichard@pasteur.mg)
- Dr Hariniaina Elisoa Ratsima, biologie : [elisoa@pasteur.mg](mailto:elisoa@pasteur.mg)
- Dr Frédérique Randrianirina, biologie : [frederique@pasteur.mg](mailto:frederique@pasteur.mg)
- Dr Benoit Garin, bactériologie expérimentale : [bgarin@pasteur.mg](mailto:bgarin@pasteur.mg)

#### ASA (Aide aux Sans Abris)

- Frère Jacques Tronchon, coordonnateur : [jacques.tronchon@asa.mg](mailto:jacques.tronchon@asa.mg)

#### MEDICAP

- M. Gérard Fayette : [fayette@wanadoo.mg](mailto:fayette@wanadoo.mg)

#### CHU de Majunga-Mahajanga

- Complexe mère-enfant
  - Dr Fidiarivony Ralison, Dr Noro : [fidynororal@yahoo.fr](mailto:fidynororal@yahoo.fr)
- Service de pédiatrie
  - Pr Dianolana, chef de service

#### Et aussi :

- Elodie Prisca Ranjanoro, étudiante en 5<sup>e</sup> année de médecine, Antananarivo : [carolisca2000@yahoo.fr](mailto:carolisca2000@yahoo.fr)
- M. Hajatiana Rabesandratana (Haja), guide touristique : [haja.rabesa@wanadoo.mg](mailto:haja.rabesa@wanadoo.mg)
- et M. Nirina (très bon chauffeur à Tana) : 033 11 230 83.



# JEREMI RHÔNE-ALPES



Jumelage Et Rencontre pour l'Entraide Médicale Internationale Rhône-Alpes



**JEREMI RA** est une association humanitaire, fondée en 1994, avec le soutien des pédiatres de la région Rhône-Alpes. Elle vise à tout mettre en œuvre pour l'amélioration de l'état nutritionnel et sanitaire dans les pays du Sud. Nos

objectifs sont la coopération, le développement à long terme, la formation et l'autonomie. Jeremi RA intervient actuellement au Burkina Faso et à Madagascar où des liens étroits se sont tissés avec les partenaires locaux. Jeremi RA est ouvert à toute personne intéressée par l'aide au développement dans les domaines de l'enfance, la santé et la nutrition.

## Actions à Madagascar

Jeremi RA intervient à Madagascar depuis 1998, à Toamasina (Tamatave), à Antananarivo (Tananarive) ainsi que dans leurs provinces. Jeremi RA est jumelé à, Jeremi Toamasina, association malgache qui regroupe une centaine de professionnels de santé malgaches et français. Les Jeremi participent à la formation continue et à l'équipement des praticiens libéraux (médecins et dentistes) des services du CHR de Toamasina et de plusieurs établissements médico-sociaux de la ville.

## Les liens de JEREMI RA Madagascar :

MEDICAP : Médicalisation et Aide aux Prisonniers

SEMATO : Sourds et Malentendants de Toamasina

MAMISOA : Centre des Enfants de la Fraternité

SOMAPED : Société Malgache de Pédiatrie

ASA : Aide aux Sans-Abri

ODISEA : Office de Développement de Saint-Étienne et de son Agglomération

GEREME : Groupe d'Étude et de Recherche sur l'Environnement Mère-Enfant

ASA France : Réseau de soutien ASA

## La Charte

*JEREMI RA Rhône-Alpes est une association privée, à but d'assistance humanitaire, notamment en matière sanitaire et/ou médicale. Ses membres s'engagent sur l'honneur à respecter les principes suivants :*

1- Ils apportent leur aide dans la mesure de leurs moyens et dans le cadre de missions décidées par l'association.

2- Ils œuvrent dans une totale neutralité et une complète indépendance, refusant toute influence ou inféodation à quelque pouvoir extérieur.

3- Ils respectent le secret professionnel et s'abstiennent de toute déclaration publique personnelle susceptible de porter tort tant à leur organisation qu'aux personnes qui ont accepté leur concours.

4- Ils sont bénévoles et n'attendent aucun avantage financier direct ou indirect autre que celui du service rendu.

5- Ils ne prennent pas d'initiative personnelle pouvant interférer sur les actions entreprises par l'association ou les ministères concernés : "*primum non nocere*".

6- Ils se réunissent régulièrement pour réfléchir sur les projets mis en œuvre et les adapter aux demandes et aux nécessités.

7- Ils sont en permanence à l'écoute des populations et des administrations dans un souci de respect des coutumes et des structures locales.

8- Ils collaborent dans un esprit de continuité, privilégiant les projets de développement à long terme dans le but de promouvoir des structures et de former les hommes et les femmes pour les faire vivre de manière autonome.

9- Ils apportent leur soutien à toute organisation désireuse de créer dans le même esprit et de respecter tous les points de la charte pour porter le nom de Jeremi, après approbation du conseil d'administration.

JEREMI Rhône Alpes  
Association reconnue d'utilité publique  
9 rue d'Enghien, 69002 Lyon,  
Tél. : 04 72 45 50 90, fax : 04 72 51 18 74





