

MISSION JEREMI RHÔNE-ALPES À MADAGASCAR

TANANARIVE – ANTANANARIVO - MORAMANGA
VISITE DES PRISONS DU SUD-EST

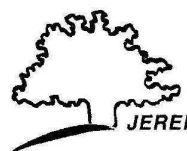


Dans un village près d'Ambositra

30 NOVEMBRE – 15 DÉCEMBRE 2013



Clinique du Val d'Ouest-Vendôme
Gereme



JEREMI RHONE-ALPES



Sommaire

Présentation,	1
Action sur l'hygiène hospitalière à Antananarivo	2
Hôpitaux Befelatanana et Tsaralalana : théorie et pratique	2
Objectifs 2013	2
Priorité à l'hygiène hospitalière	3
Une action préparée et discutée	3
Sessions de travail raisonnées	4
<i>Isabelle Debillon, cadre infirmière (DI)</i>	4
Hygiène des mains	4
Hygiène de l'environnement	5
Hygiène et précautions au cours des soins techniques	5
Maintenance et choix du matériel de soin	5
<i>Intérêt de d'un duo médecin/infirmière</i>	6
Point sur les unités kangourou	6
UK de Befelatanana	6
UK de Tamatave	7
Médicap, une mission centrée sur « les bonnes pratiques »	7
Introduction	7
Médicap	8
Parcours	8
Les maisons centrales	8
Les détenus	8
Les CSPD	9
En marge de la mission	9
Proposition et conclusion	10
Actions avec l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM)	10
Moramanga	10
Etudes menées par l'IPM	10
Le service de pédiatrie	10
Projets d'études	11
Journée de détente	11
Etude Mycoplasmes : réunion des investigateurs et clôture	12
Actions avec la Société malgache de pédiatrie - Somaped	13
Visites dans les services de pédiatrie	13
Hôpital d'enfants Tsaralalana	13
Hôpital Befelatanana	14
Hôpital Ambohimandra	14
Hôpital Soavinandriana (HOMI)	14
Visite à la maternité de l'hôpital Befelatanana	15
Ateliers de formation	15
Séminaire Jeremi – Somaped	15
Actions avec l'Ordre de Malte	16
Découverte du Pavillon Sainte-Fleur	16
Visite des services (maternité, pédiatrie, néonatalogie)	16
<i>Réflexions et propositions en pédiatrie pour OdM Patrick Imbert</i>	16
Autres rencontres et contacts	17
Déjeuner avec le Pr Noëline Ravelomanana et projet de revue	17
ASA (Accueil des sans-abris)	17
CLIN de La Réunion	17
Projet d'UK au CHU de Fianarantsoa	17
Visite à Violette et Dieudonné et visite de la vieille ville de Tananarive	18
Actualités et perspectives	19
Nouvelles des services	19
Projet de mission 2014	19
Conclusions	19
Octobre 2014 dernière minute	20
Adresses utiles	20

Les infections néonatales précoces dans les pays en développement : un exemple, Madagascar

K. Ouazzani¹, P. Imbert^{2,8}, T. Naas³, G. Cuzon³, A. L. Robinson⁴, Z. N. Ranosiarisoa⁵, Z. Andrianirina⁶, H. E. Ratsima⁷, V. Richard⁷, M.-J. Simon-Ghediri⁸, J. Langue⁸, J. Raymond^{1,8}

¹Université Paris Descartes - Hôpital Cochin-APHP, ²Hôpital militaire Bégin, ³Hôpital Kremlin-Bicêtre, Paris, France
⁴Hôpital d'enfants Tsaralanana, ⁵Hôpital Befelatanana, ⁶Hôpital Soavinandriana, ⁷Institut Pasteur, Antananarivo, Madagascar
⁸Association JEREMI Rhône-Alpes, Lyon, France

Objectifs

- La mortalité néonatale était de 37/1000 en 2005 dans les pays à faibles revenus (Lawn, Lancet, 2005).
- Les infections néonatales sont responsables d'une part importante (30 à 40 %) de cette mortalité dans les pays en développement.
- Peu de données épidémiologiques existent (Zaidi, Lancet 2005).
- Les recommandations de traitement sont souvent inspirées de celles des pays industrialisés, et sont mal adaptées.
- L'objectif de ce travail, effectué en collaboration avec la Société Malgache de Pédiatrie et l'Institut Pasteur de Madagascar, était de préciser l'épidémiologie bactérienne des infections néonatales (INN) précoces à Madagascar, en l'absence de données disponibles.

Méthodes

Une étude prospective a été menée entre avril 2010 et mars 2011 dans les maternités de deux hôpitaux d'Antananarivo, Madagascar :

- Befelatanana (7000 accouchements/an)
- Soavinandriana (1500 accouchements/an).

Patients

- Tout nouveau-né (NN) présentant des signes cliniques évoquant une infection avant la 72^{ème} heure de vie
- Après obtention du consentement de la famille un questionnaire était rempli (antécédents, antibiothérapie, signes cliniques....)

Méthodes

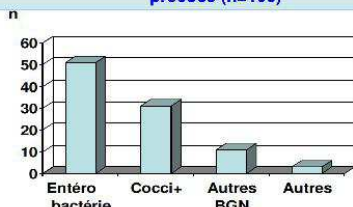
- Une hémoculture (HC) et/ou un liquide gastrique étaient prélevés
- Un dosage de la CRP était effectué
- Les examens étaient réalisés au Centre de Biologie Clinique de l'Institut Pasteur de Madagascar
- Le génotype des souches de *E. cloacae* et *K. pneumoniae* étaient étudiées par rep-PCR (Diversilab Mérieux)
- Une INN précoce était définie par une bactériémie (contamination exclue) survenue dans les premières 72 h de vie

Résultats

Au total, 303 NN ont été inclus :

- 254 HC ont été prélevées < H72 (86 étaient négatives, et 92 non significatives (= contamination))
- 76 hémocultures ont identifié ≥ 1 bactérie responsable d'infection néonatale précoce (n=100 bactéries isolées)
- 282 liquides gastriques ont été prélevés (198 étaient négatifs, et 24 des contaminations) : 60 LG étaient positifs, seuls (= colonisation) ou associés à une HC positive et/ou une CRP élevée (= infection)

Figure 1 : Répartition des bactéries responsables d'INN précoce (n=100)



NB : - 16 HC positives à 2 germes, dont 5 à *E. cloacae* + *K. pneumoniae*
- Streptocoque du groupe B : 3 % seulement

=> 1^{ère} cause d'INN précoce :
Entérobactéries (51,5 %)

Figure 2 : Epidémiologie et pronostic des INN précoces dans les deux hôpitaux

	Befelatanana N = 164	Soavinandriana N = 139	p
Hémocultures	4 <i>E. coli</i> 9 Enterocoques 1 <i>Pseudomonas</i> sp 6 SGB de sérotype Ia, II, V 1 Streptocoques du groupe C 5 <i>Streptococcus anginosus</i> 2 <i>Staphylococcus aureus</i> 3 <i>Haemophilus</i> 27 <i>E. cloacae</i> (23 BLSE) 13 <i>K. pneumoniae</i> (7 BLSE) 4 <i>E. cloacae</i> + <i>K. pneumoniae</i> 6 <i>Acinetobacter baumannii</i>	3 <i>E. coli</i> 4 Enterocoques 2 <i>Proteus mirabilis</i> 3 SGB de sérotype Ia, II 3 <i>Staphylococcus aureus</i> 1 Pasteurelle 1 <i>E. cloacae</i> + <i>K. pneumoniae</i> 2 <i>Acinetobacter baumannii</i>	
Décès	41/164 = 25,0%	6/139 = 4,3%	< 0,01
Antibiothérapie per partum	11/164 = 6,7%	66/139 = 47,5%	< 0,01
Liquide gastrique	15 <i>E. coli</i> (3K1) 7 <i>E. cloacae</i> (6 BLSE) 4 <i>K. pneumoniae</i> (BLSE) 2 SGB de sérotype Ia, II 1 <i>Haemophilus</i>	16 <i>E. coli</i> (2K1) 4 <i>E. cloacae</i> (1 BLSE) 2 <i>K. pneumoniae</i> (1 BLSE) 2 SGB de sérotype Ia, II	

Figure 3 : Génotypage des souches productrices de BLSE



12 souches étudiées : 10 profils différents
= Souches non reliées
=> Origine communautaire

28 souches étudiées : 7 profils différents
- clone 1 : 11 souches, toutes de Befelatanana
- clone 7 : 11 souches, 1 seule de Soavinandriana
=> Transmission nosocomiale pour 22 souches

Conclusions

Cette étude a permis d'identifier l'épidémiologie bactérienne des INN précoces (prédominance des entérobactéries multirésistantes), et l'origine en partie liée aux soins (Zaidi, Lancet 2005).

Elle apporte des arguments :

- 1/ Aux cliniciens, pour adapter l'antibiothérapie probabiliste des INN précoces (problème de l'accès à l'imipénème, cher et non disponible au moment de l'étude)
- 2/ Aux décideurs, pour mettre en place une véritable politique d'hygiène en maternité
 - Mise à disposition de kits d'accouchement à usage unique de façon permanente
 - Formation du personnel à l'hygiène hospitalière, lavage des mains en particulier (mais aussi locaux et matériels)
 - Education des patientes (poids des traditions)
- 3/ Aux professionnels de santé, pour un bon usage des ATB (communauté et hôpital)

Remerciements

Cette étude a été financée par l'association JEREMI Rhône-Alpes, le Ministère de la Coopération française, et la Société française de pédiatrie (GPIP et GPTrop)



*Fin de mission
Marché au dessus de l'Ikopa*

isabelle.debillon@orange.fr
patrick.imbert2@orange.fr
drjacqueslangue@gmail.com
josette.raymond@cch.aphp.fr
mjo.simon@free.fr

MISSION JEREMI RHÔNE-ALPES À MADAGASCAR

30 NOVEMBRE-15 DÉCEMBRE 2013

TANANARIVE-ANTANANARIVO • MORAMANGA
VISITE DES PRISONS DU SUD-EST

Présentation

Objectifs revisités

Cette année, nous avons renoncé à nous rendre à Tamatave, en raison de l'insécurité persistante dans cette ville et de l'absence de projets communs ou de demande à la fois de la part des médecins de Jeremi Toamasina et de l'hôpital be. Nous avons donc poursuivi nos actions à Antananarivo (Tananarive), dans le prolongement des missions antérieures dans les hôpitaux Tsaralalana (hôpital d'enfants, CHU), Befelatanana (hôpital général, avec service de pédiatrie et maternité, CHU) et Soavinandriana (hôpital militaire général, avec service de pédiatrie et maternité, encore appelé Homi).

Nous avons organisé une extension de la mission, l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) ayant souhaité notre expertise pédiatrique à Moramanga, ville où il a développé un site de recherches cliniques. Cette ville est située à 120 km à l'est de la capitale. Enfin, Jacques a accompagné une visite des prisons du Sud-est organisée par le Dr Fidolin, de l'association Médicap, association soutenue par Jeremi.

Pour la première fois, nous n'avons pas pu faire appel à Haja pour nos transferts et nos hébergements en dehors de Tananarive. En effet, la situation politique de la Grande Île l'a conduit à se réfugier en France avec sa famille et à fermer son agence de tourisme. Heureusement, le docteur Charles, médecin dans l'unité d'épidémiologie de l'IPM, avait coordonné l'organisation de la logistique pour la majorité de la mission (transferts de et vers l'aéroport, hébergement à l'IPM et déplacement à Moramanga).

Cette année encore, l'hébergement dans les studios de passage de l'IPM a été très apprécié, pour sa simplicité, sa fonctionnalité et sa sécurité. Ainsi, nous avons inauguré une nouvelle formule très appréciée : le dîner en équipe au studio, frugal tout en étant festif et amical (ah ! l'omelette de Josette ...), ayant un air de liberté nous permettant de nous reposer plus tôt après une journée harassante et d'échanger tranquillement nos impressions.

Lettre de mission

La lettre de mission du Dr Gilbert Danjou, président de Jeremi, précise ci-dessous les objectifs des membres de la mission de novembre - décembre 2013.

Les docteurs Marie-Jo Simon Ghediri (1), Josette Raymond (2), Patrick Imbert (3), Jacques Langue (4) et madame Isabelle Debillon (5) sont missionnés par l'association Jeremi Rhône-Alpes avec plusieurs objectifs de mission à Madagascar, entre le 30 novembre et le 15 décembre 2013 :

- *un audit et un enseignement concernant l'hygiène hospitalière dans les hôpitaux de Tsaralalana et de Befelatanana, à Tananarive (1 et 5) ;*
- *la finalisation des études cliniques entreprises, notamment celle de l'étude consacrée à Mycoplasma pneumoniae, en collaboration avec la Société malgache de pédiatrie (Somaped) et l'Institut Pasteur de Tananarive (IPM) (1,2, 3 et 4) ;*
- *une évaluation d'actions de pédiatrie préventive, en collaboration avec l'Institut Pasteur, dans la ville de Moramanga (1, 2, 3 et 5) ;*
- *l'accompagnement d'une mission Médicap dans le sud-est de l'Ile (4) ;*
- *plusieurs consultations et colloques de néonatalogie, infectiologie et neurologie pédiatrique, en collaboration avec la Société malgache de pédiatrie (ensemble des participants).*

Planning

Le planning de la mission, établi en partenariat avec nos amis de la Somaped et de l'IPM, a dû être remanié au dernier moment pour tenir compte d'une fête nationale, instaurée récemment par le gouvernement en place, située en plein milieu de la deuxième semaine de la mission : par chance, nous avons pu maintenir notre programme en ce jour férié.

Nous allons voir, dans ce rapport de mission, que tous les objectifs ont été atteints. C'est en tout cas l'impression avec laquelle nous sommes repartis de Madagascar, plusieurs prolongements de la mission étant venus conforter *a posteriori* ce sentiment.

Dates	Intervenants	Matin	Après-midi et soir
30/11/13	Marie-Jo, Isabelle, Jacques		23h : arrivée
1-9/12/13	Jacques	Mission Médicap	
2/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Observation et évaluation des pratiques locales néonate Befelatanana	
3/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Restitution des observations et cours théoriques néonate Befelatanana	
4/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Pratique des actes infirmiers et hygiène néonate Befelatanana	
5/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Pratique des actes et hygiène	
5/12/13	Josette, Patrick		23h : arrivée
6/12/13	Marie-Jo, Isabelle, Patrick, Josette	Moramanga + IPM	
7/12/13	Marie-Jo, Isabelle, Patrick, Josette	Moramanga + IPM	
8/12/13	Marie-Jo, Isabelle, Patrick, Josette	Préparations : formations à Tsaralalana, ateliers, séminaire Jeremi-Somaped, réunion des investigateurs	
9/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Observation et évaluation des pratiques locales néonate Tsaralalana	
	Josette, Patrick	Visite Tsaralalana + IPM Déjeuner Pr Annick	Atelier : rédaction d'articles médicaux
10/12/13	Marie-Jo, Isabelle	Restitution des observations et cours théoriques néonate Tsaralalana	
	Josette, Patrick	Visite pédiatrie Befelatanana + IPM	Atelier : cas cliniques d'infectiologie
	Jacques	Pratique des actes infirmiers et hygiène néonate Tsaralalana	Restitution globale Tsaralalana
11/12/13	Tous les 5	Réunion investigateurs + déjeuner IPM	Visite maternité Ste Fleur
12/12/13	Groupes	Visite Homi (Josette, MJ, P) Visite Tsaralalana (Isabelle, Jacques)	EPU (HJRA)
	Tous les 5	Rdv Pr Hery maternité Befelatanana	EPU (HJRA)
13/12/13	Tous les 5	Visite Ambohimandra Déjeuner Pr Noëline	Atelier neuro et projets Ste Fleur
14/12/13	Tous les 5	Visite Tana	Visite atelier Dieudonné
15/12/13	Tous les 5		01h40 départ

ACTIONS SUR L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE À ANTANANARIVO

Hôpitaux Befelatanana et Tsaralalana : théorie et pratique

Dr Marie José Simon-Ghediri

Cette mission 2013 a été bien particulière pour moi car c'est ma première mission en tant que retraitée (octobre 2013 !!) ; j'avais donc plus de temps devant moi et deux semaines me paraissent être un minimum pour boucler le programme que je m'étais fixé. Jacques, Isabelle (la nouvelle venue) et moi sommes donc arrivés en éclaireur cinq jours avant Patrick et Josette. Comme l'an dernier nous avons apprécié d'être accueillis à l'IPM où le Dr Charles avait tout organisé avec soin et gentillesse ; Isabelle et moi avons donc été colocataires pendant 15 jours d'un sympathique petit studio ! Ainsi nous avons pu apprendre à

mieux nous connaître et nous apprécier ! L'accueil a été tout aussi chaleureux de la part du Dr Christophe Rogier, directeur de l'IPM, et de son épouse.

Objectifs 2013

- Hygiène hospitalière : objectif prioritaire pour Isabelle et moi, avec évaluation des pratiques de ménage (locaux, matériel) et des soins infirmiers dans deux hôpitaux de la ville de Tananarive à la demande des deux chefs de service.
- Point sur l'unité kangourou (UK) de Befelatanana.
- Participation aux travaux de la Somaped.
- Rencontre avec l'équipe de la clinique Sainte-Fleur et présentation de la technique mère kangourou.

- Point sur l'UK de Tamatave : rencontre avec le Dr Elodie Ranjanaro.
- Rencontre avec Dr Yvonne, présidente de l'association mère kangourou.



Les studios à l'Institut Pasteur

Priorité à l'hygiène hospitalière

L'étude sur les infections néonatales dans les hôpitaux Befelatanana et Soavinandriana avait mis en évidence le poids des infections nosocomiales sur la mortalité néonatale. Nos observations personnelles sur les lieux nous avaient déjà permis d'objectiver quelques sources de transmission de bactéries multirésistantes à l'intérieur des services.

Cette étude avait par ailleurs montré que les bébés étaient vraisemblablement contaminés au moment de leur naissance (responsabilité des touchers vaginaux sans gants, par exemple) ou peu après. Elle avait permis de soulever l'éventualité d'une contamination par des bactéries de l'environnement, confortée par l'observation de pratiques à risque.

Ces constats nous ont amenées à proposer une observation des pratiques d'entretien des locaux et du matériel ainsi qu'une évaluation des mesures de prévention de la transmission des infections manuportées ou lors des soins.

Dans le but de sensibiliser les différents personnels au problème des infections nosocomiales, nous avons mené une petite expérience de terrain sur le modèle des enseignements d'hygiène aux étudiants en médecine. L'IPM nous ayant fourni quelques boîtes de Petri, nous avons engagé des représentants du personnel de Tsaralalana (aides-soignantes, infirmières et médecins) à apposer leurs doigts sur deux boîtes de Petri, avant et après lavage des mains comme ils avaient l'habitude de le faire, manipulation effectuée sur un échantillon de 15 personnes.

A leur grande surprise, la boîte « après lavage » montrait plus de bactéries que la boîte « avant » et surtout la présence d'une *Klebsiella pneumoniae* porteuse de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE). Après

enquête, il s'est révélé que le lavage des mains était suivi par un essuyage à l'aide de petits linges.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés aux linges et à leur lavage. Des prélèvements bactériologiques ont été effectués par Isabelle en particulier dans le bac de lavage et ont malheureusement révélé la présence de la même *Klebsiella pneumoniae* porteuse de BLSE.

Tout en essayant de faire prendre conscience de l'importance du problème, Isabelle a participé au nettoyage de ce bac qui était d'une grande saleté. Nous avons attiré l'attention du Pr. Annick, directeur médical de l'hôpital, qui s'est engagée à réaliser les travaux nécessaires à l'amélioration des conditions de lavage du linge.

Une action préparée et discutée

Nous avons au préalable eu l'accord des chefs des services pour intervenir dans le service de néonatalogie de l'hôpital Befelatanana (Dr Hery) et le service de pédiatrie néonatale et de réanimation à l'hôpital Tsaralalana (Pr Annick)

Pour ce faire, Isabelle Debillon, infirmière cadre au CHU de Grenoble a renforcé notre équipe, apportant :

- ses compétences en matière d'hygiène hospitalière et de techniques de soins infirmiers,

- sa fonction d'infirmière au même niveau hiérarchique que les majors et les infirmières malgaches, lui permettant de se positionner différemment des autres membres de l'équipe Jeremi, tous médecins.

Nous sommes intervenues durant trois jours pleins dans chaque service :

- du 2 au 4/12 inclus en néonatalogie à Befelatanana,
- le 5/12 et du 9 au 10/12 inclus en pédiatrie néonatale à Tsaralalana.



Isabelle : dernière mise au point



L'équipe de Befelatanana et Marie-Jo

Sessions de travail raisonnées

Chacune des deux sessions de trois jours a fait succéder une journée d'observation, une journée de restitution, et une journée pratique de soins infirmiers.

Une journée d'observation des procédés et des produits utilisés lors du ménage des sols et de toutes les surfaces, du matériel (berceaux, couveuses, linges) mais aussi une évaluation des techniques de lavage des mains des différents personnels intervenant dans les soins ainsi que des techniques infirmières de pose de cathéters et d'injections. L'ensemble des personnels hospitaliers a été observé et interrogé : les ASH (appelées « personnels d'appui » à Madagascar), les infirmières et les surveillantes (« majors » à Madagascar) ainsi que les médecins.

Une journée de restitution de nos observations, organisée le lendemain pour les différentes catégories de personnel, avec des interventions théoriques reprenant les techniques de nettoyage des sols et des différentes surfaces ; les règles d'utilisation des différents produits (nettoyants, désinfectants..), la technique du lavage des mains...

Une journée pratique de soins infirmiers au terme de chaque session.



Hôpital Befelatanana : le ménage

Isabelle Debillon, cadre infirmière (DI)

Cette première mission avec l'association JEREMI fut à la fois bouleversante et enrichissante. N'ayant jamais été à Madagascar, j'étais à la fois curieuse, intriguée de découvrir ce pays, mais aussi soucieuse des services et de l'aide que j'allais pouvoir apporter. Nous avons commencé notre mission en travaillant dans le service du Dr Hery à l'hôpital Befelatanana puis dans le service du Pr Annick à l'hôpital Tsaralalana. Bien que ces deux établissements aient leurs spécificités, nous avons pu remarquer et dégager des problématiques similaires. C'est pourquoi, après cette première mission, je ferai une synthèse sans différencier les deux établissements. La présence de Marie-Jo à mes côtés m'a permis d'être rapidement présentée aux différentes équipes médicales et paramédicales. Ma présence semblait surprendre : les personnels infirmiers étaient étonnés de me voir à leur côté et m'intéresser à leurs techniques de soins et à leur environnement de travail. Le personnel d'appui fut touché par notre volonté de comprendre le travail de l'entretien des locaux, les conditions de travail et les difficultés rencontrées pour respecter les règles d'hygiène. Nous avons expliqué à l'ensemble du personnel nos objectifs et l'organisation de nos journées : observation des pratiques, enseignements théoriques, ateliers pratiques. Rapidement un climat de confiance s'est instauré et nous avons pu, tout en observant, échanger sur les règles d'hygiène à respecter pour éviter les infections. L'ensemble du personnel a été attentif, intéressé et participant. La présentation théorique des précautions standard d'hygiène a permis de réfléchir et de proposer de nouveaux moyens ou méthodes de travail pour limiter le risque d'infection. Certaines infirmières se sont permis de nous confier leur insatisfaction et leur frustration de ne pas pouvoir travailler correctement du fait du manque de moyens. Pour faire suite à l'enseignement et pour répondre à la demande des soignants nous avons travaillé dans les différents services auprès des infirmières et du personnel d'appui pour leur donner des conseils de pratique de soins et de travail tout en s'adaptant au contexte et selon les moyens existants.

Hygiène des mains

Bien que déjà connu, nous avons renouvelé l'enseignement du lavage des mains (quand, pourquoi, comment, où et avec quoi).

Les problèmes rencontrés pour respecter le protocole étaient divers : points d'eau insuffisants, savon liquide manquant, gel hydro alcoolique à la charge du soignant, pas de système d'essuyage des mains (cf. test plus haut).

Dans les deux établissements, nous avons trouvé des petits carrés d'essuyage en tissu sensés ne servir qu'une fois mais servant en réalité à différents lavages. Ils pouvaient aussi manquer, remplacés par un essuie-mains classique parfois posé sur la paille ou près du lavabo.

Nous avons réfléchi et discuté avec les majors l'augmentation du nombre des essuie-mains et leur mise à disposition dans des endroits stratégiques pour des soins nécessitant une hygiène stricte des mains. Pour faire suite à l'enseignement sur le lavage des mains à l'hôpital Tsaralalana nous avons pratiqué différents prélèvements sur les mains, les essuie-mains

et les bacs de lavage du linge dont les résultats sont relatés plus haut.

Ces résultats nous ont permis de reprendre avec l'ensemble du personnel l'importance du respect de toute la chaîne de soins pour éviter les transmissions croisées :

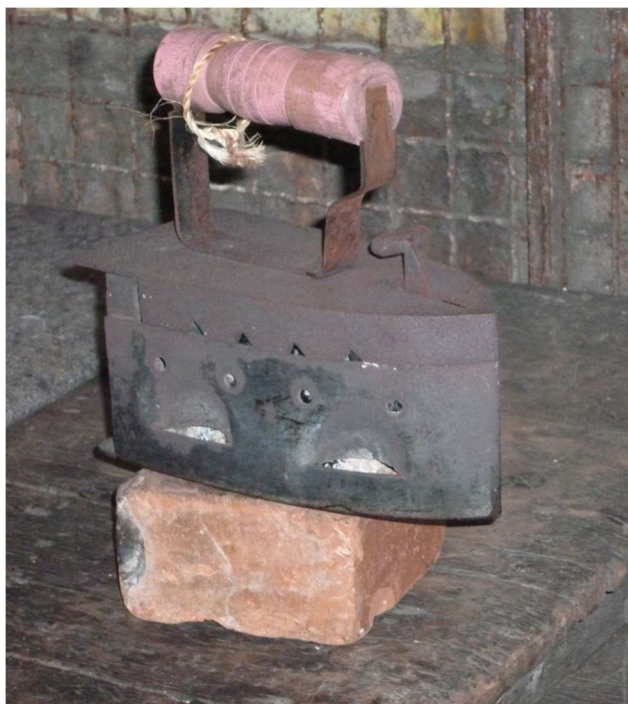
- trouver des moyens de s'essuyer les mains avec un matériel propre ;
- réaménager le local des bacs de lavage, revêtement du sol en ciment et en pente pour que l'eau puisse s'écouler, réparation des conduits d'évacuation des eaux usées, nettoyage régulier et désinfection des bacs de lavage, réfection du système d'écoulement d'eau ;
- utiliser des « chiffonnettes » spécifiques selon les lieux ou matériels à désinfecter ;
- décontaminer les matériels après utilisation.

Hygiène de l'environnement

Nous avons également travaillé sur la différenciation du propre et du sale pour éviter les transmissions croisées : échanges intéressants et riches car ils ont permis à chacun de mesurer sa responsabilité et son rôle dans la chaîne des soins.

C'est ainsi que nous avons été amenées à travailler avec le personnel d'appui pour repérer les zones sensibles dans l'environnement du patient : désinfection des paillasse, désinfection des lits, des matelas, de la table de nuit, évacuation des déchets...

Nous avons pu chercher des solutions pour ranger le linge propre (petits draps de berceau) dans un endroit propre et non stocké dans un carton posé à terre dans une pièce servant d'office de nettoyage.



Fer à repasser



Hôpital Befelatanana : la buanderie

Hygiène et précautions au cours des soins techniques

Nos observations nous ont permis de repérer plusieurs infections ou inflammations au niveau des différents points de ponction de cathéters veineux périphériques. Nous avons pu évoquer avec les infirmières et les médecins ce souci paraissant lié à la technique même de la pose du cathéter : calibre du cathéter pas toujours adapté, servant à plusieurs essais, pansement de recouvrement non stérile, organisation du soin non rigoureux.

L'ensemble de la technique de la pose du cathéter semblait à revoir. Le personnel a évoqué et exprimé ses difficultés à respecter les recommandations étant donné le manque de matériel stérile adapté, certaines infirmières exprimant leur désarroi à ne pas pouvoir faire leur travail comme elles l'avaient appris.

Suite à l'enseignement, nous avons réalisé un atelier pratique en reprenant chaque étape de la pose d'un cathéter.

Tous les enseignements et les échanges que nous avons pu avoir étaient centrés sur la nécessité de tenir compte de tout un environnement propice aux soins : hygiène des locaux, hygiène du linge, hygiène des mains, hygiène des soins.

Maintenance et choix du matériel de soins

Pansement de cathéter

Pour faire suite au problème de pansement de cathéter, nous avons rencontré le pharmacien et le responsable des achats. Nous avons pu leur faire part du problème du sparadrap servant de recouvrement du cathéter, non stérile, non protégé par un emballage et pouvant être souillé au moment du pansement du point de ponction.

Nous nous sommes heurtés à un problème plus global lié à la centrale d'achats. Les personnes que nous avons rencontrées semblaient conscientes de l'enjeu du choix de ce pansement, prévoyant de faire remonter l'information...

Barboteurs à oxygène

Egalement, au cours de nos visites, nous avons remarqué que les débitmètres d'oxygène étaient toujours munis de barboteurs à eau. Ce type de barboteur (humidificateur) est une source de contamination (eau non changée régulièrement, barboteur non décontaminé, cassé et réparé avec du sparadrap..) et en sus, inutile puisque la sonde à oxygène est mise directement dans une seule narine !

Nous avons alors discuté avec les médecins pour argumenter le retrait de ces humidificateurs. C'est alors que nous avons découvert que les barboteurs ne pouvaient être enlevés puisque dépourvus de la pièce nécessaire pour relier directement le débitmètre à la sonde à oxygène (« olive »).

Une visite à Air Liquide nous a permis de comprendre que cet accessoire n'était ni connu ni référencé. Nous leur avons donc promis de donner l'information nécessaire à notre retour en France pour remédier à ce problème, d'autant que l'oxygénothérapie est inutile car délivrée avec un débit très bas (1 ou 2 litres, dans une seule narine !)

Le retour de toutes ces observations a pu être fait auprès de l'ensemble du personnel d'encadrement, médical et para médical.

Le fait de pouvoir travailler avec l'ensemble des personnels, toutes fonctions confondues, fut très bénéfique pour la prise de conscience de la place et du rôle de chacun dans la transmission des infections nosocomiales.

Les échanges que nous avons pu avoir avec les directeurs d'établissement ou les chefs de service devront sans doute permettre de poursuivre ce travail avec des actions plus spécifiques en fonction des priorités à donner et selon les problématiques de chaque CHU.



Hôpital Tsaralalana : accompagnement des soins

Intérêt de d'un duo médecin/infirmière, Marie Jo

Mon rôle premier a été de présenter Isabelle comme faisant partie intégrante de notre équipe Jeremi. J'interviens depuis plusieurs années dans ces mêmes hôpitaux avec mes collègues « jérémistes » et nous avons engrangé un capital de confiance : les personnels nous connaissent, certains nous attendent et sont ravis de voir que nous ne les abandonnons pas.

Ma position de médecin a permis de renforcer le discours d'Isabelle vis à vis des collègues médecins malgaches. Cette position stratégique d'observateur un peu extérieur m'a donné le loisir d'observer la qualité des relations entre les différentes catégories de soignants, et entre les soignants et les patients (parents et bébés). Ces points ne faisaient pas partie de nos objectifs initiaux de mission mais se sont révélés très importants. Il semble que lors de notre passage un certain degré de prise de conscience ait eu lieu chez les infirmières qui ont exprimé leur désarroi face à toutes leurs difficultés tant matérielles qu'organisationnelles. Les responsables des deux services (Pr Annick et Dr Hery) sont bien conscientes de la situation mais elles restent submergées par les soucis de gestion d'une pénurie croissante.

Par ailleurs, j'ai constaté que les soins sont faits sans prendre en compte la douleur : de nombreux bébés ont le front froncé, les lèvres serrées... Ils ne sont ni câlinés ni réconfortés après les soins douloureux. Les portes de couveuse sont claquées, les faisant sursauter et gênant leur sommeil. Nous en avons reparlé avec les équipes qui sont sensibles à ces situations mais bien démunies.

Quant aux parents, ils sont souvent présents mais peu informés et peu considérés comme des partenaires de soins auprès de leur bébé. Ces « critiques » sont à relativiser et nous devons rester « modestes » car l'humanisation des soins dans les hôpitaux français n'a débuté que dans les années 80 !

Nous avons transmis aux responsables des services ces constatactions : nos commentaires et conseils ont été entendus et appuyés par les Prs Annick et Noëline (ancien directeur de l'hôpital Tsaralalana et ancienne présidente de la Somaped, actuelle responsable de la recherche clinique) ainsi que par le Dr Hery qui m'ont proposé de faire une intervention au pied levé lors de la réunion de la Somaped : j'ai donc présenté un diaporama intitulé « la bientraitance du bébé ». Nous avons semé « une petite graine »... espérons qu'elle va pousser !

Point sur les unités kangourou

UK de Befelatanana

Cette unité semble fonctionner à « plein régime » compte tenu du nombre croissant de naissances dans la maternité (plus de 10.000/an).

J'ai pu constater que le déroulement des procédures « kangourou » se faisait très correctement de l'accouchement à la sortie avec un passage par l'unité d'adaptation de 2 à 3 jours (les mamans y apprennent à nourrir au sein leur bébé, à les positionner et à dormir en position semi-assise avec leur bébé entre les seins).

Je n'ai pas eu d'explication bien claire quant à la fourniture des bandeaux de portages : la kiné (Zoly)

qui s'en charge habituellement était en congé maternité ; c'est elle qui achète le lycra et confectionne les bandeaux qui sont revendus avec un petit bénéfice aux parents pouvant les payer...et avoir la possibilité de les donner si la maman est indigente.

Les consultations de surveillance sont toujours effectuées par le Dr Zoly ou un autre médecin du service ; les cours d'éducation sanitaire sont assurés par les sages-femmes et les kinésithérapeutes.

Ces derniers sont très présents et efficaces : lors de mon passage le kiné était en train de fabriquer une petite attelle de pied pour un bébé ayant un équin et expliquait à la maman comment manipuler le pied et remettre l'attelle. Leur compétence est également bonne en soins respiratoires. Bref cette UK joue bien son rôle et les médicaux y sont fortement impliqués.

UK de Tamatave

Nous en avons eu les premières nouvelles par Élodie Ranjanaro, interne en médecine à Tamatave. Isabelle et moi l'avons rencontrée dès notre arrivée à l'Institut Pasteur où Élodie avait fait le déplacement spécialement pour nous voir. Son enthousiasme, sa détermination et sa foi dans l'avenir nous ont encore une fois impressionnées !

Elle est allée se former à la technique kangourou en Colombie auprès de Nathalie Charpak et n'a eu de cesse que de remettre sur pied l'UK de Tamatave, Jeremi-RA ayant apporté un complément de financement de 500 € pour son déplacement

Jeremi avait beaucoup investi en temps, en formation et en financement pour cette UK dans le cadre de la maternité entre 2008 et 2011 mais les tensions entre services de l'hôpital be (maternité et pédiatrie) avaient abouti à sa disparition il y a deux ans. A son arrivée en 2013 en pédiatrie, Élodie, forte de ses compétences toutes neuves, a recréé une petite UK. Elle s'est appuyée financièrement sur une association franco-malgache, *Access*, pour obtenir les fonds nécessaires et aménager des locaux dans le service de pédiatrie avec le soutien du chef de service, le Dr Hery. Elle a

sollicité Jeremi pour l'achat du lycra des bandeaux de portage : nous avons donné 500 € à cet usage.

La nouvelle UK a été inaugurée début décembre en présence du directeur du CHU et des autorités locales. Actuellement une trentaine de prématurés bénéficie chaque mois de la prise en charge kangourou. Ils sont revus assez régulièrement pendant le premier mois mais échappent ensuite à un suivi spécialisé. Il semble qu'un médecin du service de pédiatrie, le Dr Arthur, tente actuellement d'améliorer le suivi en instituant des consultations de surveillance, information qui serait à vérifier d'ici quelques mois.



Maternité de l'hôpital Befelatanana

MÉDICAP, UNE MISSION CENTRÉE SUR « LES BONNES PRATIQUES »

Introduction

L'objectif de la mission était de rendre compte des activités de Médicap (Médicalisation et Aide aux Prisonniers à Madagascar) et des comités de défense des personnes détenues (CSPD) aux soutiens de Médicap en France.

Elle s'est déroulée du 1^{er} au 9 décembre, à Mananjary (lundi 2 décembre), Manakara (mardi 3, jeudi 5 et vendredi 6 décembre), Farafangana (mercredi 4

décembre) et à Ambatolampy (lundi 9 décembre) avec le Dr Fidolin Andrianasolo, président de Médicap, M. Jean-Claude Rakoto, vice-président et chargé de mission, M. Nyaina Rakotoaritera, responsable de zone, et le Dr Jacques Langue, membre de Jeremi Rhône-Alpes.

Médicap

Cette association malgache fondée par Gérard Fayette, travaille depuis plus de dix ans à l'amélioration des conditions de détention : séparation des quartiers de

mineurs, amélioration de la nutrition et de la santé, alphabétisation et formation professionnelle, défense juridictionnelle des personnes détenues, notamment des personnes prévenues.

L'association intervient dans trois maisons centrales du Centre : Ambatondrazaka, Ambatolampy, Ihosy ; et trois maisons du Sud-est : Mananjary, Manakara et Farafangana. Dans chacune des maisons centrales les objectifs de l'association sont relayés par un CSPD. Elle organise chaque année l'"Opération Zébu" destinée à financer au moins un repas de viande à l'ensemble des personnes détenues, à la période de Noël. L'association est soutenue par plusieurs associations françaises dont Jeremi Rhône Alpes.

Parcours

Nous avons parcouru 1.600 km, moitié sur les Hautes Terres, entre Antananarivo et Ambositra, moitié sur la Côte est, entre Mananjary et Farafangana. La portion de route comprise entre Ambositra et Mananjary relie le Plateau, à 1.500 m d'altitude, au bord de l'Océan Indien. Les quatre maisons centrales sont situées dans des villes de moyenne importance, de 25.000 à 40.000 habitants, capitales de région (Manakara) ou de district (Mananjary, Farafangana et Ambatolampy). La ville d'Ambatolampy est située dans l'une des régions les plus hautes et les plus froides de Madagascar, les 3 villes côtières, sur les bords du Canal des Pangalana et de l'Océan, en zone tropicale humide.



L'impression de pauvreté et de malnutrition est constante dans les campagnes, notamment chez les adultes. Lors des haltes, les villageois paraissent fatigués et passifs, ne réagissant plus face aux objectifs photo, les marchands ne s'adressent même plus aux vazaha (étrangers). Un groupe d'enfants nous a arrêtés sur une mauvaise portion de route pour demander des bananes, sans réclamer d'argent... Ces témoignages de pauvreté, d'une grande violence, s'estompent en ville, sur les marchés ou près des boutiques. Nous avons cependant souvent été les seuls clients des restaurants malgaches.



Orpailleurs près de Mananjary



Farafangana : l'Océan et la lagune

Les maisons centrales

Toutes sont organisées de la même façon mais toutes sont différentes. Elles sont construites sur une cour dont l'enceinte est assez basse pour laisser voir les arbres ou les collines environnantes. Le quartier des hommes, de loin le plus important avec 200 à 300 détenus, est constitué de deux chambrées sombres et sales, avec ou sans châlits qui permettent de gagner de la place lorsqu'ils sont doublés en hauteur et de se protéger du froid et de l'humidité. Le quartier des femmes et celui des mineurs comptent 10 à 20 détenus : ils sont propres, organisés à la fois en chambres et en ateliers (Farafangana) ou associés à un jardin potager (Ambatolampy). Chaque maison centrale comprend une salle du CSPD, lieu de réunion et d'alphabétisation, et une infirmerie, souvent aménagée par la Croix-Rouge. La maison centrale d'Ambatolampy possède un préau dédié à la cuisine.

Les détenus

Il est difficile d'en donner autre chose que des clichés. Certains sont réconfortants : l'implication du responsable de l'alphabétisation, lui-même détenu à Farafangana, les interventions des délégués (homme et femme) au nom des autres détenus à Manakara, les

productions artisanales des femmes à Farafangana et Ambatolampy.

D'autres sont insupportables : l'abandon d'un détenu malade et cachectique, libéré pour aller mourir en dehors de la prison et l'absence d'un détenu le lendemain de notre visite, sans doute puni de ses récriminations répétées de la veille... Il est tout aussi difficile d'estimer leur état nutritionnel et sanitaire, a priori aussi bon sinon meilleur que celui de nombreux passants croisés au bord des routes : une maigre ration quotidienne de manioc et la sécurité de la prison auraient-elles un rôle préventif ?



Préparation du sakafa (repas) à la prison de Manakara



Quartier des femmes à Manakara

Les CSPD

Créés en 2011, les CSPD sont présents dans chaque établissement. Constitués d'habitants de chaque ville et d'une majorité de femmes, ils répondent aux objectifs exposés plus haut. Leurs membres bénéficient d'une

formation à la fois juridictionnelle, nutritionnelle et sanitaire leur permettant d'être des intermédiaires efficaces entre les agents pénitentiaire et les détenus. Ils organisent l'«Opération Zébu» chaque année et dans chaque établissement depuis trois ans.

Certains ont une présence remarquable, tel celui de Farafangana dont nous avons vu la présidente réunir les mineurs pour une véritable harangue d'éducation sexuelle (l'un d'eux, adolescent, avait été condamné à la suite d'une relation sexuelle avec une fillette qu'il disait consentante), puis réunir les adultes pour récupérer les outils de l'atelier menuiserie qui avaient été dispersés en ville. Les compétences du CSPD de Mananjary ont été reconnues par l'Office national de nutrition (ONN) qui l'a associé à un projet de nutrition communautaire soutenu par la Banque mondiale.



Le comité de soutien de Farafangana



Jean-Claude et Jacques avec le comité de soutien de Mananjary

En marge de la mission

Nous avons croisé à plusieurs reprises la trace de Gérard Fayette, décédé au printemps 2013, auprès de l'ancienne mairesse de Farafangana, de la propriétaire du restaurant *Le jardin de la mer* à Mananjary, des propriétaires et de certains clients de l'*Hôtel Délices* à Manakara et de la propriétaire du restaurant *La Pineda*, à Ambatolampy : tous ont été surpris et peignés de sa disparition, revenant à notre table pour parler de lui.

Proposition et conclusion

Parmi les propositions, pourrait être privilégié l'accompagnement des détenus à la sortie de prison : nous avons découvert pour la première fois, à la maison centrale de Manakara, une liste de personnes libérables à court terme, liste ne concernant que les condamnés, à l'exclusion des prévenus. Il faudrait s'assurer de son édition et de sa publication dans tous les établissements et dans un lieu accessible à tous, en particulier aux familles. Elle permettrait aux CSPD de

préparer la sortie tant sur le plan humain (lettre d'information aux familles) que matériel (état des lieux des biens consignés, pécule destiné au rapatriement, achat de vêtements...).

Cette mission confirme la place des CSPD considérés comme « le bras armé » de Médicap. Elle a permis de conforter leurs motivations et leurs projets dans les maisons centrales. Elle confirme leur place au sein du tissu associatif, au service des détenus et des personnes vulnérables de la population.

ACTIONS AVEC L'INSTITUT PASTEUR DE MADAGASCAR (IPM)

Moramanga

L'IPM a mis en place depuis plusieurs années un centre important d'investigations à Moramanga, principalement dans le domaine de la pédiatrie, avec une dimension anthropologique et sociale. Parallèlement, il a réhabilité le service de pédiatrie de l'hôpital de la ville et recruté du personnel financé par le projet.

Depuis la précédente mission Jeremi, Patrick a convenu avec le Pr Christophe Rogier, directeur de l'IPM, d'une mission conjointe sur le site de Moramanga pour que l'équipe Jeremi apporte son expertise pédiatrique. Cette mission spécifique a été parfaitement organisée par le Dr Charles.



Le lendemain de l'arrivée de Josette et Patrick, toute l'équipe est reçue de bon matin par le Pr Rogier qui décrit le contexte sociopolitique et les principales activités de l'IPM. Il nous explique également que le paludisme recule dans de nombreuses régions de Madagascar dont celle de Moramanga, mais que ce résultat est fragile en raison des difficultés de pérennisation des programmes de lutte. Il demande à l'équipe Jeremi de donner au Dr Todisoa, pédiatre de Moramanga, des idées d'études cliniques. A cette occasion, nous faisons la connaissance du Dr Patrice Piola, chef de l'unité d'épidémiologie, qui a en charge le projet de Moramanga où il nous accompagnera ce même jour.

Etudes menées par l'IPM

Tout au long des 3 heures de route en 4x4, Patrice nous explique son parcours : il a notamment effectué de nombreux travaux en Afrique pour MSF et Epicentre, et a manifestement une grande expérience de l'épidémiologie de terrain et surtout des projets de l'IPM à Moramanga.

Plusieurs études sont conduites en parallèle : projet Charli (étude en population des facteurs de risque d'infection materno-foetale), diarrhées de l'enfant, pneumonies, paludisme, etc. La réhabilitation de l'hôpital de la ville permet de soigner dans de bonnes conditions les patients inclus dans les études, et au-delà, d'apporter à toute la population locale des soins de qualité.

Arrivés à Moramanga, nous faisons une halte au centre d'investigations, où nous rencontrons son gérant et l'équipe coordinatrice du projet Charli. Ce projet inclut toutes les femmes résidentes régulières dans la zone de l'étude (Moramanga et ses environs d'une part, trois districts de Tananarive d'autre part). En cas de grossesse chaque femme est suivie jusqu'à son accouchement, puis son bébé le sera pendant deux ans.

Après le déjeuner, pris dans un petit restaurant du centre-ville, (on y découvre le « bol renversé », plat unique très nourrissant !), nous avons visité l'hôpital.

Le service de pédiatrie

D'emblée, Patrice nous mène au service de pédiatrie dirigé par le Dr Todisoa, pédiatre que Josette et Patrick ont rencontrée à Paris lors de son stage d'interne dans le service du Pr Gendrel. Après nous avoir expliqué le fonctionnement de son service et son articulation avec les projets de l'IPM, elle nous livre quelques données sur la santé des enfants à Moramanga : la malnutrition, en recrudescence dans le contexte socio-économique actuel, est la principale pourvoyeuse de décès chez les enfants de plus de 6 mois. Avant cet âge, c'est l'infection néonatale qui est source du plus grand nombre de décès.

Puis, nous sommes invités à faire la visite des hospitalisés. Parmi eux, un nouveau-né faisant des pauses respiratoires, qu'elle se prépare à évacuer sur Tananarive, reçoit selon nos conseils, une dose d'antibiotiques avant son départ (on aura plus tard la confirmation du diagnostic d'infection néonatale). Le service est très bien tenu, le personnel semble très motivé, et nous repartons avec une excellente impression d'ensemble... tempérée par les propos du Dr Todisoa : bien que le nombre des admissions en pédiatrie soit faible (1 à 3 par jour) et que ce service soit loin de la capitale, les infections nosocomiales y sont bien présentes. Nous promettons d'y revenir lors de la prochaine mission, pour une action sur l'hygiène comme celle conduite à Tananarive actuellement.

Projets d'études

Nous discutons entre autres d'idées d'études à faire :

- l'apport des tests de diagnostic rapide (bandelette urinaire, CRP, ...) au diagnostic des fièvres des enfants de 3 mois à 15 ans dans le contexte de Moramanga, pour pallier les difficultés d'accès au laboratoire ;
- la même étude appliquée à la malnutrition, pour éviter l'antibiothérapie systématique recommandée dans les protocoles ; l'intérêt des nouvelles courbes de croissance de l'OMS est évoqué.

Après nous avoir déposés à notre campement - hôtel le Grace Lodge - situé à une dizaine de kilomètres de Moramanga, Patrice repart sur Tananarive. Le Dr Todisoa qui a accepté notre invitation nous y rejoint pour le dîner, nous permettant de poursuivre nos discussions. Elle nous parle d'un enfant arrivé en urgence pour une intoxication aux pesticides. Patrick lui conseille de lui administrer de l'atropine, compte tenu du tableau. Todisoa est désireuse de poursuivre nos échanges par mail après la mission.

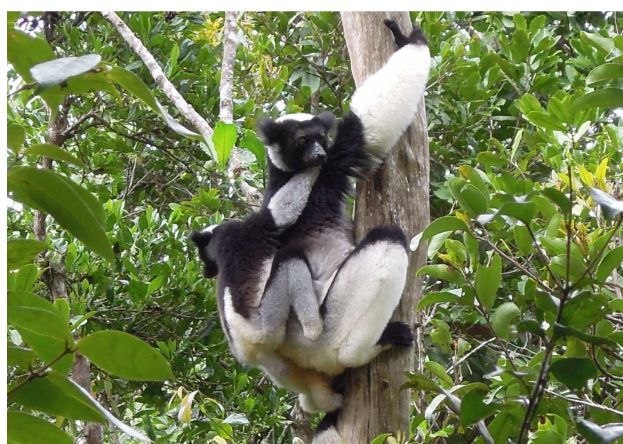
Journée de détente

Le samedi 7, pas de travail possible à l'hôpital. Alors c'est détente, très appréciée par Marie-Jo et Isabelle, bien fatiguées par leur première semaine de travail, et tourisme. Nous visitons deux parcs : le matin, le Parc national d'Andasibe-Mantadia, où nous revoyons avec plaisir des lémuriens, et l'après-midi un parc privé, avec d'une part d'autres types de lémuriens, d'autre part des reptiles variés ... dont deux colonies impressionnantes de crocodiles. Le dîner et la soirée sont passés à l'hôtel, avec des discussions se prolongeant tard autour de la question qui nous a « taraudés » pendant cette mission : comment être le plus efficace possible dans les actions sur l'hygiène, sans froisser les équipes soignantes ?

Notre halte dans ce lodge, en pleine nature, calme, a été bienfaisante, grâce également au sourire et à la gentillesse d'Henriette, louée sur son site internet pour la qualité de la nourriture familiale (menu unique, mais bon), la propreté des locaux et une douche chaude, très appréciée dans la fraîcheur des soirées.



Journée de détente : Isabelle, Patrick, Josette et Marie Jo



Maki (grands lémuriens) dans le parc d'Andasibe

Le dimanche 8 décembre, retour à Tananarive avec la voiture de Pasteur, ponctuée des inévitables pauses photos... L'après-midi est consacrée à la préparation de la semaine : topos sur l'hygiène (Marie-Jo et Isabelle), présentations en ateliers (Josette et Patrick), adaptation des communications au séminaire de la Somaped selon les modifications demandées par le Pr Annick. Au dîner, l'équipe Jeremi est reçue très amicalement par Christophe et Jacqueline Rogier. Un compte rendu oral de la mission à Moramanga est fait à Christophe qui nous donne une clef majeure pour comprendre certaines difficultés de communication : les Malgaches sont peu sensibles aux expériences réussies citées en exemple mais venues d'ailleurs. Il faut partir de leur propre vécu. Grâce à (ou à cause de) ce conseil, Isabelle va refaire ses diapos une partie de la nuit, en y intégrant des photos prises dans les services de Tananarive : cet apport se révélera très utile par la suite.



Paysage du plateau : lessive



Paysage du plateau : avant l'orage

Etude Mycoplasmes : réunion des investigateurs et clôture

Le Dr Charles a coordonné l'organisation de cette réunion, qui avait pour objectif de clôturer l'étude Mycoplasmes (cf. compte-rendu des 2 précédentes missions) et s'est tenue le mercredi 11 décembre au matin. Etaient présents, outre l'équipe Jeremi, le Pr Noëline, responsable de la recherche en pédiatrie à l'université d'Antananarivo, les investigateurs des quatre centres d'inclusion (notamment, le Pr Annick et le Dr Hanta pour Tsaralalana, le Dr Mbola pour Befelatanana, le Dr Zo pour Soavinandriana et le Dr Gisèle pour l'hôpital be de Tamatave) et les biologistes de l'IPM (Dr Frédérique et Dr Elisoa).

Le Pr Christophe Rogier introduit la réunion, en remerciant tous les acteurs de cette étude, notamment Jeremi d'avoir encore une fois suscité un travail de recherche fédérant les cliniciens de l'université et l'IPM et pour l'aide apportée aux équipes médicales dans la recherche clinique. Le Pr Noëline, au nom de la Somaped remercie à son tour Jeremi et l'IPM, notamment le Pr Rogier. Patrick Imbert remercie tous

les participants au nom de l'équipe Jeremi et donne la parole au Dr Charles.

Ce dernier fait le bilan des inclusions : sur les 450 souhaitées, 410 ont été faites, dont 350 comportent un dossier complet (fiche clinique et sérologie) et sont retenues pour l'étude. Les dossiers incomplets devront être exclus des analyses. Les inclusions, débutées en 2011, ont été clôturées le 30 juin 2013. La réunion des investigateurs lors de la mission d'avril 2012 avait permis d'identifier plusieurs obstacles au bon déroulement des inclusions : défauts d'inclusion (manque de temps, multiplicité des intervenants aux urgences, coexistence d'autres études), prélèvements non parvenus à Pasteur, difficulté à recruter des témoins, départ du Dr Gisèle de l'hôpital be de Tamatave. La prolongation d'un an de la durée de l'étude n'a permis de redresser que partiellement la courbe des inclusions mais il a bien fallu clôturer l'étude pour ne pas allonger démesurément la période des inclusions. Il a été dit que la fiche d'inclusions était la plus simple de toutes celles que les cliniciens avaient eues à remplir, et que sa rédaction n'avait pas constitué un obstacle aux inclusions.

Le protocole prévoyait une rémunération des inclusions (2 € par inclusion). Lors de la réunion, il a été bien précisé que seuls les dossiers complets seraient rémunérés. Le Dr Charles est chargé d'utiliser les fonds de Jeremi confiés à Pasteur, pour donner à chaque investigateur principal ce qui lui revient. Après une discussion animée, il est admis que chaque responsable de centre répartirait l'argent dans son équipe selon ses propres critères (matériel pour le service, repas de service, cadeaux au personnel : riz, huile ...).

Les sérologies ont été envoyées au laboratoire de l'hôpital Cochin à Paris, où travaille Josette Raymond, pour y être techniquées. A cause de la durée allongée de l'étude, l'accord pour obtenir gratuitement les kits de sérologie a été caduc (les personnes contactées ayant quitté l'industriel). Les kits de sérologie seront donc facturés, les frais étant à la charge de Jeremi. Toutefois, l'industriel nous offre un kit gratuit pour 3 achetés. Les analyses statistiques seront effectuées en France et donneront lieu à une publication sous la direction de Josette Raymond, les principaux participants à l'étude étant co-auteurs.

Au total, les échanges ont été empreints d'une franchise et d'une cordialité remarquables. Plusieurs pédiatres ont émis le souhait de renouveler ce type d'études. Des suggestions ont été faites pour les études ultérieures :

- achat d'un réfrigérateur par centre pour regrouper les prélèvements ;
- coursier moto : méthode la plus fiable pour acheminer les prélèvements à Pasteur ;
- rémunération des inclusions : indispensable pour motiver les cliniciens ; une initiative intéressante des médecins de l'hôpital Soavinandriana a permis de

mettre en commun les rémunérations et de faire un repas amélioré dans le service avec tout le personnel.



Réunion des investigateurs : remerciements de Christophe Rogier

Après cette réunion, tous les participants ont été conviés à la cafétéria de l'IPM pour un déjeuner financé par Jeremi, permettant de poursuivre les discussions dans une ambiance amicale et festive.



Josette et Annick Robinson, après la réunion

ACTIONS AVEC LA SOMAPED

Visites dans les services de pédiatrie

Les actions pédiatriques en 2013 étant ciblées sur Tananarive, nous disposons de plus de temps que d'habitude pour des visites des hospitalisés dans les divers services de pédiatrie de la capitale

Hôpital d'enfants Tsaralalana

Outre l'action sur l'hygiène, cet hôpital nous a vus à plusieurs reprises converger pour examiner des patients relevant des compétences de l'un ou l'autre des membres de notre équipe. Patrick a fait une visite au centre de renutrition (Creni). Comme partout ailleurs, son responsable nous a parlé d'une recrudescence de la malnutrition depuis les années de désordres politico-économiques. D'ailleurs, le seul décès post néonatal, survenu chez un patient pendant notre séjour, a été un kwashiorkor, décédé sous nos yeux d'un choc septique. D'autres étaient porteurs d'une infection nosocomiale, mais ont eu une évolution favorable. Parmi les autres patients vus par notre équipe, pratiquement tous étaient victimes d'une infection, digestive, pulmonaire, cardiaque ou neurologique.



Soins à l'hôpital Tsaralalana

Hôpital Befelatanana

Marie-Jo et Patrick ont été reçus par le Dr Mbola, chef par intérim du service de pédiatrie depuis l'accident du Pr Honoré, qui leur a montré des patients gravement malades : malnutrition, tuberculose, cellulite orbitaire, méningite, infections nosocomiales, dont un nourrisson de 3 mois et une fille de 14 ans admise pour une simple gastrite, devenue fébrile à J3 sur cathéter infecté ...

Les discussions ont surtout porté.

- Sur la malnutrition : ce service ne suit pas les directives nationales, dérivées de celles de l'OMS, selon lesquelles tous les enfants sévèrement malnutris doivent recevoir une antibiothérapie à large spectre, étant donné la fréquence élevée des infections occultes, potentiellement graves. A juste titre ? Les médecins préfèrent restreindre leur usage aux enfants cliniquement suspects d'infection. Patrick a suggéré de faire un travail sur la prévalence des infections urinaires chez le malnutris à l'aide de bandelettes urinaires, seule méthode diagnostique disponible actuellement.

- Sur le traitement de la pneumonie, des complications endocrâniennes des infections ORL ...

- Sur la prévention des infections nosocomiales : le Dr Mbola a exprimé le souhait qu'Isabelle vienne dans son service pour y mener une action comme à Tsaralalana !

Alors qu'on était sur le point de se quitter, est arrivée une fille de 14 ans avec une histoire de polyarthrite ancienne (7 ans) négligée, avec des ankyloses douloureuses multiples ! Patrick a suggéré au Dr Mbola de le tenir informé des examens par mail pour solliciter des avis spécialisés en France (par la suite, le professeur Chantal Job-Deslandre a confirmé le diagnostic d'arthrite juvénile idiopathique).

Hôpital Ambohimandra

Nous avons à nouveau visité l'hôpital d'Ambohimandra, dirigé par le Dr Lova, fils de Noëline, en présence de cette dernière. Il s'agit d'un petit hôpital pavillonnaire comportant un service de néonatalogie en plus des lits de pédiatrie. Nous avons encore une fois constaté au cours de cette mission un nombre inhabituel d'enfants malnutris.

Nous avons visité le laboratoire de biologie assurant quelques examens de biochimie ainsi qu'un comptage des éléments figurés dans les urines. Nous avons tenté de motiver la biologiste pour effectuer le même comptage dans le LCR, associé à une coloration de Gram. Nous avons eu des difficultés à comprendre ses réticences, imaginant un projet d'aide, aux bons soins de Josette, avec le soutien de Noëline



Hôpital Ambohimandra : enfant hospitalisé et sa mère



Lova Ravelomanana et Patrick en conversation avec Noëline



Josette, Loava et Noëline Ravelomanana, Isabelle, Marie-Jo et la biologiste

Hôpital Soavinandriana (HOMI)

Marie-Jo et Patrick ont passé une matinée très intéressante dans le service de pédiatrie, dirigé par le Dr Zo depuis le départ en France du Dr Domohina, avec laquelle nous avons travaillé plusieurs années. Les pathologies étaient variées : complications d'accidents de la voie publique (polyblessures, brèche ostéo-méningée), méningites (nouveau-né, nourrisson, complication d'un spina bifida), diarrhée fébrile, bronchiolite, pneumonie, asthme, anémie constitutionnelle, prématurité, atrésie de l'œsophage,

hémorragie digestive, neurocysticercose, infection nosocomiale, ostéomyélite chez un drépanocytaire ... et notre bébé évacué de Moramanga, en voie de guérison de son infection néonatale, bonne surprise de cette visite ! Chaque patient était l'occasion d'échanges nous permettant d'apprécier la qualité de l'équipe médicale, très soudée autour du Dr Zo.



Homi : parc et chapelle

Visite à la maternité de l'hôpital Befelatanana

Le médecin responsable de la maternité nous a conviés à visiter son service réhabilité très récemment ; les boxes où sont surveillées les femmes en travail sont équipés d'un matériel basique mais qui a le mérite d'exister. Malheureusement les « kits d'accouchement » fournis gratuitement les années antérieures aux parturientes ne sont plus disponibles et celles-ci doivent acheter le petit matériel indispensable tels des gants, les compresses, les désinfectants, la vitamine K1, le clamp ombilical etc !!!

Dès le premier coup d'œil dans les salles de soins, nous (Josette, M-Jo) avons constaté que l'hygiène générale du service laissait à désirer ! En visitant la salle d'accouchement, il ne nous a pas semblé évident que le bac d'eau dans lequel sont rincées les sondes gastriques d'aspiration ait totalement disparu, ce qui à nos yeux reste une source potentielle de contamination des nouveau nés (euphémisme). Quid de la mortalité néonatale à ce jour?

Ateliers de formation

Suite à la dernière mission, un programme d'ateliers a été proposé au Pr Annick, centrés sur trois thèmes.

Rédaction d'articles médicaux

Patrick, dans ses fonctions de Rédacteur de la revue *Médecine et Santé Tropicales*, reçoit beaucoup de soumissions d'articles que leurs imperfections empêchent d'accepter. D'où l'idée de cet atelier, conduit avec Josette qui est membre du comité de lecture de multiples revues francophones et

anglophones. Pour des questions d'organisation, seule l'équipe de Tsaralalana était présente. Néanmoins, une discussion animée a porté sur la conduite des études, préalable indispensable à la publication.

Cas cliniques d'infectiologie courante

Josette a présenté plusieurs cas cliniques devant une assistance cette fois-ci nombreuse, et très participative. Les cas présentés étaient des infections ORL ou pulmonaires. La densité des échanges n'a pas permis de tout traiter. Cela sera pour une prochaine mission, le succès de cette formule interactive en petits groupes montrant l'intérêt de la renouveler.

Atelier de neurologie

Les mouvements anormaux ont fait l'objet de deux exposés : le premier dans le cadre du séminaire organisé avec la Somaped le 12 décembre, consacré au nouveau-né et au petit nourrisson. Le second, chez le grand nourrisson et l'enfant, a réuni le lendemain à Tsaralalana plus de trente internes et chefs de clinique. Il a été marqué par plusieurs coupures d'électricité obligeant Jacques à « faire l'acteur » et mimer les différentes séquences de mouvements ou attitudes dystoniques : un bon moment !

Séminaire JEREMI – SOMAPED

Le séminaire s'est déroulé dans l'amphithéâtre de l'hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona (HJRA, hôpital général, CHU de Tananarive) l'après-midi du jeudi 12 décembre, sous la présidence du Pr Honoré Rabidjaona, président de la Somaped.

Programme

- 14h-14h15 : laits « Pré » (Laboratoire Nestlé)
- 14h15-14h45 : résultats de l'étude sur les infections néonatales précoces (Josette)
- 14h45-15h15 : prévention des infections nosocomiales en pédiatrie (Patrick)
- 15h15-16h : bientraitance du prématuré (Marie Jo)
- 16h-16h30 : mouvement anormaux du nourrisson et de l'enfant (Jacques)



Séminaire Jeremi-Somaped

A la demande du Pr Annick, les orateurs étaient tous des membres de l'équipe Jeremi, hors le laboratoire Nestlé qui sponsorisait la réunion. L'assistance était nombreuse (environ 80 personnes), ce qui a permis

des échanges passionnants. Il nous a semblé qu'une véritable prise de conscience du drame des infections nosocomiales, renforcée par les résultats exposés par Josette, était en marche.

ACTION AVEC L'ORDRE DE MALTE

Découverte du Pavillon Sainte-Fleur

En octobre 2013, Patrick avait participé au siège de l'Ordre de Malte (OdM), à Paris, à une table ronde sur l'état des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement (OMD 4 et 5) concernant la mère et l'enfant, et sur les actions maternelles et pédiatriques de l'OdM en Afrique et en Palestine. A cette occasion, il avait rencontré les représentants du « Pavillon Sainte Fleur » (PSF), localisé à l'HJRA et lié par un contrat de service public à l'Etat malgache depuis 1999.

Le PSF, soutenu financièrement par l'OdM depuis lors, est dirigé depuis trois ans par un expatrié de l'OdM pour en améliorer la gestion. Actuellement, son directeur est Jean-Louis Turpin. Il a demandé à Patrick une visite de l'équipe Jeremi lors de sa mission, pour éclairer l'équipe médicale du PSF sur les actions à réaliser pour améliorer la qualité des soins

Le premier contact eu lieu le mercredi 11 décembre dans l'après-midi, avec présentation du PSF par le directeur, en présence des responsables médicaux, notamment du Dr Faratiana, pour la gynécologie-obstétrique, et du Dr Tova, pour la pédiatrie. Le PSF a trois composantes : la gynécologie, la maternité et la néonatalogie, avec plusieurs extensions, chirurgie pédiatrique (interventions simples), consultations de pédiatrie préventive, séances de préparation à l'accouchement. Actuellement, l'équilibre financier est atteint grâce aux cessions et à l'aide de l'OdM France, ce qui permet d'envisager des investissements (hystéroscope, sèches-mains à infrarouges, infrastructures), et de conduire une politique qualité. A noter l'absence de laboratoire.

Visite des services (maternité, pédiatrie, néonatalogie)

Puis nous avons visité l'établissement et avons été « bluffés » par la qualité et la propreté des locaux, par le niveau du matériel, tant d'infrastructure (par exemple : lingerie impeccable, avec circuit sale et circuit propre bien distincts) que technique (lits d'accouchement, bloc opératoire, unité de néonatalogie ...) qui tranchent singulièrement avec ce que l'on connaît des autres hôpitaux de la ville et du pays. En néonatalogie, le Dr Tova nous a fait une très bonne impression, gérant bien sa salle malgré l'absence de formation spécifique (il dit avoir appris la néonatalogie dans les livres). Il existe des protocoles médicaux. Néanmoins, il ne dispose pas d'unité kangourou, et les infections nosocomiales sont également un problème.



Pavillon Sainte Fleur, la maternité



et le service de néonatalogie

A l'issue de cette demi-journée, nous avons convenu d'une réunion de travail le vendredi 13 décembre dans l'après-midi, centrée sur deux thèmes (méthode kangourou et infections néonatales) présentant des axes potentiels d'amélioration. Au retour de la mission Jeremi, Patrick a fait à M Jean-Louis Turpin le compte-rendu suivant.

Réflexions et propositions en pédiatrie pour OdM Patrick Imbert

Cette réunion du 13 décembre a commencé par une présentation sur les soins kangourou (Marie-Jo), suivie d'une réflexion sur les infections nosocomiales (Patrick).

Méthode mère-kangourou.

A l'issue de la présentation, un échange a porté sur son intérêt pour améliorer la qualité de la prise en charge des enfants de petit poids de naissance, et sur sa faisabilité à la maternité Ste Fleur. En fait, les besoins seraient modérés. Le choix de cette méthode inciterait à s'orienter plutôt vers des soins kangourou au sein de l'unité d'hospitalisation des mamans, plutôt que vers la création d'une unité dédiée, plus consommatrice de locaux et de personnels.

Quant à la formation, elle pourrait très bien bénéficier de l'aide de l'association mères kangourou, représentée à Tana par le Dr Yvonne, et de l'expérience de l'unité kangourou de Befelatanana (Dr Zohy), qui marche très bien.

Il va de soi que cette méthode s'inscrit tout à fait dans une démarche qualité du fait des nombreux bénéfices retirés par les nouveau-nés relevant de cette méthode de soins, en termes de survie, de taux de réussite de l'allaitement maternel, de pronostic psychomoteur et de réduction du risque d'infection nosocomiale.

Reste à réaliser une étude médico-économique, mais en général, c'est du gagnant-gagnant pour tous.

Infections néonatales

J'ai axé ma présentation sur la prévention des infections nosocomiales, qui comporte entre autres, la gestion des situations à risque d'infection materno-fœtale, problème complexe, qui pose manifestement des difficultés concrètes à votre équipe. Je ne suis pas certain que notre apport à l'approche de cette question ait été

très positif, ayant nous-mêmes été gênés de mettre en question certaines pratiques sans pouvoir, faute de temps et de connaissance suffisante des procédures, proposer des solutions claires et adaptées à votre contexte.

Ce qui a peut-être manqué pour que nous soyons plus pertinents dans nos suggestions, c'est d'avoir des demandes précises de la part de nos confrères du PSF. Ce n'est qu'au cours de la discussion que sont apparues certaines difficultés, mais nous avons trop peu de temps pour être vraiment constructifs...

Là encore, les progrès dans la gestion des risques infectieux et de l'antibiothérapie s'inscrivent tout à fait dans une logique de qualité des soins, conjointement à une politique de réduction des coûts.

Une suite à donner

En tout cas, comme je l'ai dit sur place, nous restons vraiment à la disposition du PSF et à celle des médecins pour prolonger les échanges par mail, notamment pour un soutien bibliographique.

Le Directeur du PSF m'a dit qu'il me tiendrait informé des suites données à notre visite. Quant au directeur médical des actions extérieures de l'OdM, le Dr P. Guyon, il m'a écrit que notre passage au PSF avait été très apprécié. Un contact ultérieur a permis d'apprendre que le PSF s'était mis aux soins kangourou et en était très satisfait ! Nul doute que nous serons intéressés de voir l'état d'avancement de ce projet lors de la prochaine mission Jeremi ...

AUTRES RENCONTRES ET CONTACTS

Déjeuner avec le Pr Noëline Ravelomanana et projet de revue

Le Pr Noëline soutient depuis 8 ans les missions Jeremi à Tananarive en tant qu'ancienne directrice de Tsaralalana, ancienne présidente de la Somaped et toujours responsable de la recherche clinique en pédiatrie. Les cinq « jérémistes » ont particulièrement apprécié le déjeuner auquel elle les avait invités, le 13 décembre.

Depuis le retour de mission, le Pr Noëline a demandé à Patrick des conseils pour la création d'une revue malgache de pédiatrie, dont elle serait le rédacteur en chef. Au côté de Patrick, Jacques est d'accord pour donner un coup de main, à partir de son expérience de rédacteur de la revue *le pédiatre*, ainsi que Sylvie Sargueil, qui avait fait partie de la mission Jeremi en 2009.

ASA (Accueil des sans-abris)

La dernière soirée s'est traditionnellement déroulée autour de Jacques Tronchon au siège de l'ASA dont l'accueil chaleureux nous permet chaque année de « déposer » nos premières impressions de mission et d'en débiter la critique. L'ASA nous a fait passer, depuis, un exemplaire de la « Revue officielle de la zone de migration », rapportant la création d'un centre médico-chirurgical sur le site d'Ambatolampy (Moyen Ouest).

CLIN de La Réunion

Un contact a été pris entre Marie-Jo et Isabelle pour JEREMI et le Dr Nathalie Lugagne, membre du Clin (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'hôpital Félix Guyon (CHU de La Réunion) dont plusieurs membres ont effectué en novembre 2014 une cinquième mission avec pour objectifs d'améliorer le niveau de prévention du risque infectieux autour de la prise en charge de la mère et de l'enfant à la maternité de Befelatanana et d'améliorer la prévention du risque infectieux dans l'ensemble des dix établissements qui composent le CHU de Tananarive.

Cette équipe a fait les mêmes constatations que nous concernant le manque de rigueur dans la réalisation de l'entretien des locaux. Elle a proposé des protocoles pour les soins infirmiers : ces derniers semblent peu appliqués faute de matériel adéquat mais aussi faute d'une réelle compréhension des enjeux. Notre passage a donc été une sorte de « pique de rappel » aux équipes soignantes ! Nous avons convenu de coordonner nos propositions pour plus d'efficacité.

Projet d'UK au CHU de Fianarantsoa

Nous avons été contactés par le médecin responsable du service de pédiatrie de Fianarantsoa qui se sent vraiment démunie en tant que médecin généraliste à un poste qui lui demande de bonnes connaissances en

pédiatrie. Elle souhaite que nous puissions intervenir à deux niveaux.

- En pédiatrie pour améliorer les formations des soignants et la sienne : elle est particulièrement demandeuse de formations en néonatalogie de base, en infectiologie et en pédiatrie générale, tout un programme !

- Pour la création d'une UK : le Dr Yvonne Ramiandra, présidente de l'association malgache mères kangourou et sur laquelle s'appuie Jeremi l'a contactée en avril et commence à évaluer les besoins. Le directeur de l'hôpital étant très favorable à cette démarche, nous envisageons de nous rendre sur place lors d'une prochaine mission pour bien cerner les demandes et apporter notre aide dans la mesure de nos moyens.



Visite à Violette et Dieudonné et visite de la vieille ville de Tananarive

Chez Violette et Dieudonné



Enfants au chien



Soudure des baobabs



Visite de la vieille ville de Tananarive : dans le quartier du Palais de la Reine



Josette, Isabelle, Jacqueline Rogier, Marie-Jo, Jacques et Dieudonné,



Le palais du Premier Ministre.



Le « bol renversé »

Actualités

Nouvelles des services

Le Dr Elodie (hôpital be et UK de Tamatave) a rencontré Marie Jo à l'occasion d'un rapatriement sanitaire qu'elle a effectué en France, lui donnant de bonnes nouvelles de l'UK et faisant envisager un retour de l'équipe à Tamatave.

Le Pr Annick a confirmé la réfection du lavoir et de la buanderie de Tsaralalana selon les conseils donnés par l'équipe Jeremi, grâce à un financement de la Coopération française.

Projet de mission 2014

Projet évoqué lors d'un dîner chez Christine et Jacques Langue le 22 mai, à l'occasion du 3^e Congrès des Sociétés de Pédiatrie qui s'est tenu à Lyon du 21 au 24 mai 2014. L'essentiel de la mission est prévu à Tananarive et Moramanga pour le suivi des différentes actions évoquées dans ce rapport. Il permettrait également de reprendre contact avec Médicap à Tananarive, pour une évaluation des activités de l'association et de sa situation financière. Ce projet a l'avantage de faire appel aux fonds provisionnés à l'IPM, devant être utilisés avant la fin de l'année 2014.

Marie-Jo, Patrick et Jacques sont prêts à partir une semaine en novembre, Josette et Isabelle préférant remettre leur participation à une mission ultérieure pour des raisons d'organisation familiale et professionnelle.

Conclusions

Le rapport de mission 2013 témoigne de la richesse des contacts de l'équipe Jeremi RA auprès de ses interlocuteurs malgaches. La mission a été marquée par la participation d'Isabelle Debillon, infirmière cadre au CHU de Grenoble apportant un autre point de vue que celui des médecins, comme l'avait fait en 2009 Sylvie Sargueil, médecin mais aussi journaliste.

Le choix d'un objectif prioritaire, centré sur l'hygiène hospitalière et la prévention des infections nosocomiales dans les maternités et les services de néonatalogie de Tananarive fait suite à dix années de réflexion des membres de la mission et de la Somaped, centrées sur l'étude clinique consacrée aux infections materno-fœtales réalisée en partenariat avec l'IPM. Ce sujet de travail reste essentiel à la fois à l'hôpital et en ambulatoire compte tenu de la diffusion des germes antibio-résistants dans la population malgache.

Une telle démarche n'empêche pas la poursuite des actions antérieures, en termes d'enseignement et de recherche clinique, et le développement de nouveaux projets, en partenariat avec l'OdM sur le plan clinique, avec l'IPM sur le plan scientifique et avec Médicap, dans un tout autre domaine. Elle ne doit pas faire oublier les engagements antérieurs de Jeremi à Tamatave, ville où l'équipe n'est pas revenue depuis deux ans, après dix ans de missions annuelles. Le soutien de la nouvelle UK réinstallée à la maternité de l'hôpital be constitue un premier appel au retour....

Marie-Jo, Josette, Isabelle, Patrick et Jacques apportent leur soutien aux membres de Jeremi RA engagés à Ouahigouya au Burkina-Faso éprouvés par le décès de Brigitte Burlet-Viennet qui fut pendant près de vingt ans la présidente de l'association et son principal soutien au Burkina. Ils souhaitent par ailleurs développer leurs échanges avec ce groupe qui évoquait récemment la création d'une unité UK à Ouahigouya...

Octobre 2014 : dernière minute

Les tous derniers évènements politiques à Madagascar et le manque de disponibilité de nos correspondants dans un tel contexte nous amènent à reporter au printemps 2015 la mission initialement prévue en novembre 2014.

ADRESSES UTILES

JEREMI Rhône-Alpes

jeremira@orange.fr ,
www.jeremira.org

CHU d'Antananarivo

Pr Noëline Ravelomanana (responsable de la recherche clinique en pédiatrie) : ravenoe@moov.mg
Pr Annick Robinson (chef de service de l'hôpital d'enfants Tsaralalana) : annicklalaina@yahoo.fr
Dr Zo André Andrianirina (chef du service de pédiatrie, HOMI) : zozand03@yahoo.fr
Dr Mbola Rakotomahefa (chef du service de pédiatrie, Hôpital Befelatanana) : mbolamahefa@gmail.com

Institut Pasteur de Tananarive

Pr Christophe Rogier (directeur de l'IPM) : crogier@pasteur.mg
Dr Patrice Piola (chef de l'unité d'épidémiologie, IPM) : ppiola@pasteur.mg
Dt Todisoa Andriatahina (chef du service de pédiatrie, Hôpital de Moramanga) : todiandria@yahoo.fr

Association mère kangourou

Dr Yvonne Vololontsoandrainy (présidente de l'association) : yvrts@yahoo.fr
Dr Elodie Randrianoro (responsable de l'unité kangourou de Tamatave) : sunshinemada@yahoo.com

Pavillon Sainte-Fleur (Ordre de Malte)

Monsieur Jean-Louis Turpin (Maternité Ste Fleur, HJRA) : jlturpin.psf@gmail.com

Médicap

Fidolin Andrianasolo (président de Médicap) : afidolin@yahoo.fr ,
fidolin@moov.mg
et medicapmadagascar@gmail.com
Christiane Coche (coordonnatrice de Médicap en France) : christianecoche@wanadoo.fr
Françoise Coche (rédactrice du site de Médicap, www.medicap.info) : francoise.coche@wanadoo.fr

ASA

Frère Jacques Tronchon (coordonateur de l'ASA) : jacques.tronchon@asa.mg