

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE MADAGASCAR**  
**ECOLE SUPERIEURE D'INFIRMIER(ERE)S ET SAGES-FEMMES**  
**SAINTE FRANÇOIS D'ASSISE ANKADIFOTSY**  
**(ESISF SFA)**

# **RAPPORT DE VOYAGE D'ÉTUDE**

*Présentée par le GROUPE 3 :*

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**PROMOTION TIANA 2015-2018**

*Année d'étude : L2*

*Année universitaire : 2016-2017*

# REMERCIEMENTS

L'édification de ce présent ouvrage a été le fruit d'une collaboration entre plusieurs associations en termes de formation et de collecte de données. Ainsi, il est de nos devoirs de présenter nos vives reconnaissances envers tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce voyage d'étude et d'établir ce rapport :

- **Dieu tout Puissant**
- **Le personnel de l'Ecole Supérieur d'Infirmier(ère) et Sage-femme Saint François d'Assise Ankadifotsy (ESISF SFA) :**
  - La sœur directrice : Sœur HELITIANA JAONA Anicette
  - Le directeur technique : Docteur RAZAFIMANDIMBY Dominique
  - Les monitrices :
    - Infirmier RAKOTOARILALA Narindra Marco
    - Infirmière RAZAFIMANANTSOA Rivo Nirina Andriamparny
    - Sagefemme RAZAFINDRAKOTO Lalatiana Claudia
- La fondation **Raoul FOLLEREAU**, particulièrement au **Docteur Cauchois** qui a consacré son temps pour nous donner des formations et des initiations sur la lèpre et la tuberculose.
- La **Congrégation des Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie de Fianarantsoa** qui nous ont hébergés durant nos séjours à Fianarantsoa.
- La **Léproserie de Marana** :
  - Les sœurs de la **Congrégation de St Joseph de Clunny** de Maràna
  - Les lépreux
- L'école **St François D'assise d'Inatode**
- Le **Lycée Sainte Geneviève Vohipeno**
- Le Foyer **Tanjomoha Vohipeno**
  - Le Père Emeric
  - Le personnel
  - Les patients
- Le **personnel de la clinique Saint Vincent De Paul de la Congrégation des Sœurs Fille de la Charité de Farafangana**
- La **promotion "TIANA"**



# LISTE DES TABLEAUX

**Tableau 01:** *Clinique et diagnostic des tuberculoses extra-pulmonaires.*

**Tableau 02:** *Code de lecture de frottis colorés par la méthode de Ziehl-Neelsen*

**Tableau 03 :** *Médicaments antituberculeux de première ligne.*

**Tableau 04 :** *Médicaments antituberculeux et leurs effets secondaires.*

**Tableau 05 :** *Tableau de traitement*

**Tableau 06 :** *La différence entre étapes de la fabrication du thé*



# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>p 2</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>p 3</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>p 4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>p 5</b>
<b>PARTIE I : PRESENTATION DES CENTRES DE VISITE.....</b>	<b>p 6-21</b>
<b>Chapitre 1 : VISITE DU CENTRE DES HANDICAPES D'AMBOHIPENO.....</b>	<b>p 7-8</b>
<b>Chapitre 2 : VISITE DE LA LEPROSERIE MARANA.....</b>	<b>p 9-11</b>
<b>Chapitre 3 : VISITE DU FOYER TANJOMOHA.....</b>	<b>p 12-18</b>
<b>Chapitre 4 : VISITE DE LA CLINIQUE SAINT VIINCENT DE PAUL.....</b>	<b>p 19-21</b>
<b>PARTIE II : DEVELOPPEMENT DES MALADIES RENCONTREES DANS LES CENTRES.....</b>	<b>p 22-40</b>
<b>Chapitre 1 : LA TUBERCULOSE.....</b>	<b>p 23-35</b>
<b>Chapitre 2 : LA LEPRE.....</b>	<b>p 36-39</b>
<b>Chapitre 3 : Le HANDICAP.....</b>	<b>p 40</b>
<b>PARTIE III : BONUS.....</b>	<b>p 41-48</b>
<b>Bonus 1 : LA PEPINIERE D'AMBATOLAHY.....</b>	<b>p 42-43</b>
<b>Bonus 2: LE THE SAHAMBAVY.....</b>	<b>p 44-48</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p 49</b>
<b>REFERENCES DOCUMENTAIRES.....</b>	<b>p 50</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>p 51-55</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>p 56-57</b>



## INTRODUCTION

Le voyage d'étude a eu lieu du lundi 29 Mai au Samedi 03 Juin 2017. Il a été réparti en plusieurs visites de lieux. Nous avons passé la plupart de nos temps en voyage et nous avons parcouru environ 1700km. La visite a commencé le jour même du départ par le centre des handicapés d'Ambohipeno à Antsirabe. Nous l'avons terminé par la Clinique Saint VINCENT de Paul à Farafangana. Nous avons eu l'occasion de découvrir, d'explorer et d'établir un lien entre les cours théoriques et pratiques. Nous avons pu admirer le magnifique paysage du Sud-Est de Madagascar. Nous avons aussi eu l'opportunité de visiter des lieux à part les milieux hospitaliers.



**PARTIE I :**

**PRESENTATION DES  
CENTRES DE VISITE**



### **I. Historique du centre**

Le centre de handicaps physiques Ambohipeno Antsirabe est tenu par la **Congrégation des Sœurs Carmélite Mineur de la Charité**.

Durant la seconde Guerre Mondiale, *en 1945*, plusieurs millions de personnes ont été blessées et sont devenues handicapées. Suite à cela, le Père Don Mario, a pris l'initiative de construire une maison de charité pour prendre en charge ces handicapés.

La construction de la maison de charité a commencé *en 1986*, elle a été prise en charge par certains habitants du quartier, elle a été inaugurée *en 1994*.

### **II. La vocation du centre**

Le centre prend en charge les handicapés de toutes âges et de toutes sortes mais surtout ceux qui viennent des familles les plus démunies.

### **III. Le personnel du centre**

Le centre compte en tout six (06) personnels : quatre (04) sœurs et deux (02) jeunes. Lors de notre visite, il n'y avait que les deux jeunes et une sœur. Les trois autres sœurs étaient en mission.

### **IV. La relation entre les malades**

Les handicapés sont au nombre de 22. Leurs âges varient de 5 ans à 80 ans. Malgré leur incapacité, ils ont un emploi du temps et une organisation spéciale tous les jours. Ils s'entraident mais parfois aussi, ils se bagarrent entre eux. Leurs familles peuvent les rendre visite.

### **V. Participation de la famille**

La famille n'est pas obligée de participer au coût des soins du handicapé. Par contre, le centre reçoit tout ce qu'elle donne comme participation.



## *VI. Les rôles du personnel*

Le personnel a pour rôle d'assurer tous les besoins des handicapés au centre. Il s'occupe de leur vie en entière du côté spirituel que du côté physique : leur toilette, leur alimentation, leur santé, etc.

Il s'engage à donner les traitements de ceux qui sont sous traitement. Quand l'un d'entre eux tombe malade, soit il l'emmène chez le médecin, soit il fait appel à un médecin et c'est lui qui se déplace pour le consulter.

La nuit, il fait une garde à tour de rôle pour les surveiller.



**I. Historique du centre**

Le centre Maràna est une léproserie accueillant des lépreux depuis *106 ans*. Il a été fondé par le **Père Jean BEYZYM (1850-1912)**.

Il se situe sur une colline de 6 à 7 Km de Fianarantsoa. Autrefois, un prince lépreux nommé RAMARANA, qui est à l'origine du nom Maràna habitait cette colline. Une fois qu'il a été décédé, cette dernière demeura inhabitée. Plus tard, les lépreux repoussés par la société y résidaient. Au début, ils venaient tous les jours mendier dans la cour de la Cathédrale mais la société les a exclu de peur d'être contaminée. Puis, ils se déplacèrent à Ambohiboka où ils furent de nouveau rejetés d'avoir polluer leur source d'eau, ce qui explique leur présence à Maràna jusqu'aujourd'hui.

*En 1901*, un hôpital a été construit dans le but de prendre en charge les lépreux défavorisés privés des soins médicaux. Il a été inauguré le *16 Août 1911*.

Grâce à l'aide des collaborateurs, il a été rénové. Aujourd'hui, il est tenu par les **sœurs de Saint- Joseph de Cluny**.

**II. Description du centre**

Il peut accueillir 120 malades. Lors de notre visite, les lépreux étaient au nombre de 29. Ils sont tous sous traitement : 24 parmi eux sont logés au centre, 05 suivent leur traitement en ambulatoire et 18 d'entre eux sont pansés.

La **LEPROSERIE MARANA** contient : quatre dortoirs, une chapelle, une salle de soins, une pharmacie, un bloc opératoire, un musée, une salle de télévision et une cordonnerie.

**III. Biographie du Père Jan BEYZYM**

Connu en tant que « Serviteur des lépreux » et fondateur de la **LEPROSERIE MARANA** à Fianarantsoa, le père Jean BEYZYM, prêtre jésuite polonais, missionnaire à Madagascar est né le *15 Mai 1850* en Ukraine.

Il a poursuivi ses études en Philosophie et en Théologie à Carcovie.



Il a été ordonné prêtre le *26 Juillet 1881*. Sa première mission apostolique est de travailler en tant qu'éducateur. Il voulait se consacrer aux lépreux.

Il est arrivé à Madagascar en *Décembre 1918* et fut assigné à la LEPROSERIE D'AMBOHIVORAKA près d'Antananarivo.

*En 1901*, il a construit l'hôpital Hansenien de Maràna où il a travaillé jusqu'à sa mort.

Il fut décédé le *02 Octobre 1950*.

Il a été béatifié le *26 Mai 2002* par le *Pape Jean Paul II*.

#### **IV. La vocation du centre**

Le centre prend en charge les lépreux venant de la province de Fianarantsoa et sa périphérie. Il assure le traitement des lépreux jusqu'à leur guérison. Il fait tout son possible pour satisfaire leur besoins avec l'aide de leurs collaborateurs.

#### **V. Les activités des lépreux**

Les lépreux n'ont pas d'activités particulières mais le centre organise des activités comme les fêtes liturgiques, les activités culturelles...pour leur créer un environnement favorable.

#### **VI. La sensibilisation des lépreux**

Le personnel de la léproserie fait une descente pour sensibiliser les lépreux à se faire traiter. Il organise des séances de théâtres de rue. Fait des annonces à la radio, réalise des émissions télévisées afin de neutraliser les peurs et les préjugés et de briser les barrières sociales.

La plupart d'eux viennent au centre par l'intermédiaire des « anciens lépreux ».

#### **VII. Les rôles des personnels**

Le centre veut apporter une transformation dans la vie des lépreux tout en agissant dans le domaine physique, psychique et social. Les personnels ont pour rôle de :

- Soutenir psychologiquement le malade.
- Encourager les malades à prendre régulièrement leur médicament.
- Contrôler et surveiller la prise des médicaments.



- Panser les malades présentant des complications : Maux Perforants Plantaire, ulcère.
- Apprendre et encourager les lépreux à prendre soin de leur membre insensible :
  - o En ayant l'habitude d'inspecter et d'hydrater la peau.
  - o En faisant des activités physiques pour les rééduquer.

Le cordonnier fabrique des chaussures adaptées pour la protection des pieds insensibles et des prothèses pour prévenir les blessures.

Le centre offre gratuitement un logement aux lépreux, assure la scolarisation leurs enfants et leur alimentation.

### **VIII. Le devenir de lépreux**

Après leur guérison, le centre donne un fond aux lépreux pour qu'ils puissent commencer une nouvelle vie. La sœur responsable les demandes quelle activité il veut faire : élevage ou agriculture. La somme dépend de l'activité. Il y a ceux qui décident de rester au centre.



## VISITE DUFOYER TANJOMOHA

31 Mai 2017

### Chapitre3 :

#### I. Plan du Foyer Tanjomoha



#### II. Historique du centre

Le foyer Tanjomoha est fondé en 1986 par le Père Lazariste, *Vincent Carme*. Vu que les handicapés physiques n'ont pas une capacité de travailler comme tout le monde et qu'ils sont une charge pour leur famille, le centre a été créé pour les accueillir, les soigner et les éduquer.

Auparavant, le foyer n'était qu'un centre d'alphabétisation des jeunes handicapés. Il débutait à Andemaka. Plus tard, le foyer Tanjomoha a été construit dans le but de leur offrir une formation professionnelle : en menuiserie, en couture, en broderie, en agriculture et en élevage afin qu'ils puissent avoir un avenir meilleur ; études secondaire ou supérieurs.



Depuis 1999, le centre est dirigé par le *Père Emeric Amyot* d'Inville. Il collabore avec une équipe de Lazariste, des Sœurs Fille de la Charité de Saint Vincent de Paul et des coopérants Fidesco.

### **III. Vocation du centre**

En application de l'amour du prochain, le Foyer Tanjomoha offre leur hospitalité aux personnes les plus démunies sans distinction de race, de sexe, de religion ou d'idéologie venant de la région et ses environnants.

Actuellement, le centre héberge plus d'un millier de personne : des enfants malnutris, des orphelins, des jeunes marginalisés, des malades tuberculeux, des handicapés non seulement sur le plan physique mais aussi sur le plan mental. Il prend en charge :

- 420 résidants : logées, nourries, soignées et/ou éduquées.
- Plus de 1000 externes en cantine, en éducation, en assistance alimentaire et médicamenteuse.

Il s'implique aussi dans le développement local, la relance agricole et la reconstitution post cyclonique.

### **IV. Description du centre**

#### **4.1 Le dispensaire**

Le Dispensaire de Tanjomoha regroupe trois (03) centres de soins spécialisés :

- **Le Centre de Récupération et Éducation Nutritionnelle Aiguë Modérée ou CRENAM**

Le foyer a pour objectif de traiter la malnutrition aiguë modérée et prévenir la malnutrition sévère infantile (<5ans).

La surveillance ortho-métrique (poids/taille) se fait tous les mercredis. Pendant la consultation, on évalue l'état nutritionnel de l'enfant. Il y a aussi un



dépistage des nouveaux cas. Le bébé reçoit en rentrant du lait concentré et du blé de maïs.

➤ *Le Foyer TSARARIVOTRA*

Le foyer TSARARIVOTRA est un centre de soins de la tuberculose.

Depuis 1997, le centre prend en charge les malades tuberculeux. Le dépistage se fait ailleurs, le centre ne s'occupe que de la distribution des s et le suivi du traitement. Les malades sont hébergés et nourris.

➤ *Le Foyer MANASOA*

Le Foyer MANASOA est un centre de soins pour les malades sans ressources. En 2015, une annexe a été ouverte pour accueillir et traiter des malades mentaux. Les soins et les médicaments sont gratuits. L'alimentation et le transport sont assurés par le centre.

L'âge des patients varient de 20 à 65 ans. La plupart d'entre est atteinte d'une psychose aigue.

Ils sont traités à l'**Halopéridol** (*HALDOL®*) et au **Chlorpromazine** (*LARGACTIL®*). Leur traitement 6 mois.

#### *4.2 Le foyer DEGUISE*

Créé en 1997 à la suite du célèbre cyclone Grethel, le foyer accueille les enfants vulnérables et les orphelins. Il prend en charge : les enfants abandonnés ou négligés par leurs proches, les enfants ayant des parents décédés ou atteints d'une maladie mentale que ce soit seulement le père et/ ou la mère, les enfants ayant un père alcoolique ou disparu.



Ces enfants sont présentés au centre par leur famille, leurs voisins ou des religieuses de leur quartier. Avant leur accueil, une enquête est menée auprès de sa famille au cas où il y aurait d'autre option à part la reprise par le foyer.

Ils vivent heureux, en paix sans manquer de rien sous la conduite de leur éducatrice avec un chaleureux climat familiale serein. Ils sont scolarisés soit dans les écoles privées de Vohipeno, soit dans un lycée ou une université privée de Manakara, soit à l'enseignement technique de Tanjomoha avec les handicapés, selon leur capacité. Ils ne quittent le centre que lorsqu'ils sont capables de prendre en main leur vie.

#### 4.3 Le foyer des handicapés

Le Foyer des handicapés a été créé *en 1986*. Il accueille les jeunes handicapés plus de 15ans. Mais de nos jours, le taux de malformation congénitale comme les accidents de travail a augmenté, le centre accueil des handicapés d'une variété d'âge. Ils sont accompagnés par un membre de leur famille pour assurer les besoins et ses soins quotidiens

Il a pour objectif de :

- Préparer les jeunes à la vie active et de traiter leur handicap.
- Redonner la mobilité par la rééducation, les opérations orthopédiques, la fabrication des chaussures ou des attelles. Pour cela il a une cordonnerie.
- Donner des formations par l'apprentissage des métiers

Les handicapés passent par un contrôle et par une opération orthopédique quand c'est nécessaire.

#### 4.4 L'ESIGAT (Ecole Supérieur d'Informatique et de Gestion Appliquée de Tanjomoha)

L'ESIGAT a été ouverte en décembre 2013, avec 12 étudiants bacheliers.

#### 4.5 Le foyer de CARME

Le « Foyer de Carme » a commencé à Tanjomoha en *Septmebre 2000*.



Dans la région de Vohipeno, les habitants d'un clan nommé Antemanaza sont considérés comme parias par les ancêtres. Ce passé historique est jusqu'aujourd'hui rendu tabou. Ces gens sont mis en marge de la société et s'isolent sur eux-mêmes. Ainsi, le Père Carme a créé le foyer pour accueillir les enfants et les jeunes marginalisés de ce clan.

L'internat possède une salle d'étude, des dortoirs, un réfectoire, et des terrains de jeux. Le cadre de Tanjomoha organise souvent des rencontres intertribaux ou interclans. Ces jeunes bénéficient d'une éducation dans le *Lycée Sainte Geneviève* ou le *Lycée public de Vohipeno*. Plusieurs d'entre eux poursuivent des études supérieures.

#### **4.6 Ecoles et cantines**

Le foyer a mis en place aux services des plus pauvres, d'autres institutions d'éducation en périphérie :

- L'école et la cantine scolaire de Saint Paul, à Tanantsara.
- L'école et la cantine scolaire de Saint Luc, à Nohona.
- La cantine scolaire à Ambolosy.

Il a été créé dans le but de faire tomber les barrières qui séparaient les clans opposés depuis des siècles.

#### **4.7 Le développement local**

Pour promouvoir la population locale, le centre s'engage chaque année dans des projets de développement agricoles ou ruraux.

##### ***➤ Projets de développement agricoles***

Dans le but d'améliorer la sécurité alimentaire de la région le foyer mène et finance de nombreuses actions comme :



- Les relances agricoles post-cycloniques (*en 2010 et en 2011*).
- La promotion de la culture des légumes et du riz.
- Les travaux de drainages et d'irrigation menés dans de nombreuses communes.
- La construction des fermes

➤ ***Reconstruction d'habitation***

Suite aux cyclones qui ravagèrent la région de Vohipeno (Hubert, Binguiza, Chedza) un programme de reconstruction est lancé par le Foyer Tanjomoha.

➤ ***Le reboisement***

Pour réparer les dégâts causés par la déforestation, le foyer de Tanjomoha veut montrer un bon exemple à la population locale, afin de les encourager à planter des arbres et d'assurer leur autofinancement. Aujourd'hui, 150000 arbres poussent sur une superficie de 120 hectares.

#### **4.8 Sponsoring et collaborations**

Le foyer Tanjomoha collabore avec plusieurs associations. Il est financé par des ONG (Organisations Non Gouvernementales) comme le TASC, le PAM, la Fondation Raoul Follereau, ASMAE, la Fondation Liliane Fonds, le Vincentian Solidarity Office, Sant'Egidio, l'AMM, Crecerai, la Société Générale, Eau vive Epire, Léman Horizon Madagascar, etc.

11% de ses ressources sont ses revenus internes et 51 % sont des dons de particuliers.

#### **IX. Les malades faces à leur maladie**

Chaque malade a sa façon de faire face à sa maladie. Il y a ceux qui acceptent mais il y a ceux qui ont du mal à l'accepter.



X. *La famille face aux malades*

Certaines familles malgré la maladie continuent de s'occuper des tuberculeux ou des handicapés mais il y a celles qui les délaisse.



Chapitre 4 :**VISITE DE LA CLINIQUE  
SAINT VINCENT DE PAUL  
01 Juin 2017****XI. Situation géographique****XII. Historique**

La clinique médico-chirurgicale St Vincent de Paul Ambatoabo est un centre de santé médical fondé par la congrégation des sœurs Filles de la Charité, en 1902.

*Au début, le centre ne prenait en charge que des lépreux. En 1992, un centre pour les malades tuberculeux a été créé.*

**XIII. Description du centre**

Il réparti en 04 plans :

Au premier plan se situe le bâtiment où se trouve :

- ❖ La **réception** et la **salle d'attente**.
- ❖ L'**administration** où l'on règle les papiers administratifs
- ❖ La **salle d'urgence** et de la **réanimation**.



- ❖ La **salle de soins** où se font les soins externes et internes : la prise des paramètres vitaux (température, tension artérielle, poids, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire), les pansements, ...
- ❖ Le **service de la maternité** gérée par les sages-femmes, contenant :
  - une **salle de consultation prénatale**
  - une **salle d'accouchement** bien équipée.
- ❖ La **salle de garde**
- ❖ Le **dépôt de médicament**
- ❖ Le **service de la radiographie** avec des matériels bien équipés
- ❖ Le **service de laboratoire**

En face, le deuxième bâtiment où se trouve :

- ❖ **Le service de chirurgie** avec :
  - une **salle de préparation**
  - un **bloc opératoire**
  - une **salle de réveil**
  - une **salle de stérilisation**
  - les **chambres des post-opérés**
  - Une **salle de préparation**

Au deuxième plan :

- Le **service de la léproserie** composé :
  - des **logements des lépreux**
  - de la **salle de STAFF**
  - de la **salle de garde**
  - d'un **laboratoire**
  - de la **cordonnerie**
  - de la **salle de soin**

Au dernier plan :

- ❖ **Le Centre de Diagnostic de la tuberculose**
  - La **salle de distribution des médicaments**
  - Les **logements des tuberculeux**



#### **XIV. Les activités du centre**

##### **❖ Activité préventif :**

- Le dépistage de la lèpre par le test de *léprombine* mais actuellement le centre ne pratique plus cette méthode mais il se base sur les manifestations.
- Le dépistage de la tuberculose par l'IDR (intradermique réaction).
- Sensibilisation
- Consultation prénatale

##### **❖ Activité curatif :**

- Prise en charge des lépreux et des tuberculeux : hospitalisation, distribution de médicament, suivi.
- Consultation externe

##### **❖ Activité éducatif**

- IEC : Information-Education-Communication
- CCC : Communication pour le Changement de Comportement

#### **XV. Les problèmes du centre**

En général, le centre répond aux besoins de la population. Sur le plan matériel, le centre est bien équipé. Mais malheureusement, au centre, il n'y a pas encore d'anesthésiste. Toutes les interventions sont programmées. Tous les deux ou trois ans une équipe espagnole vient pour des campagnes d'interventions chirurgicales. La première consultation se fait par le médecin du centre et c'est lui qui va orienter le patient au spécialiste durant la campagne. Sinon, en cas d'urgence ou de complications, les personnels sont obligés de référer.

Pour le service de la maternité, la statistique de la Consultation Prénatale par semaine est d'environ dix consultations chaque Mercredi. Or, la statistique d'accouchement au centre est faible, environ deux accouchements par semaine. La plupart des femmes ne viennent pas accoucher à la maternité à cause de la participation, elles préfèrent rejoindre une matrone. Elles ne viennent qu'en cas de complication.



**PARTIE II :**  
**DEVELOPPEMENT DES MALADIES**  
**RENCONTREEE DANS LES**  
**CENTRES**



## LA TUBERCULOSE

### Chapitre 1 :

#### I. Définition

La tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne chronique. Elle est contagieuse.

#### II. Agent responsable

L'agent responsable de la lèpre est la mycobactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis* ou *bacille de Koch (BK)* a été découverte en 1882 par le Professeur Robert Koch.

##### ➤ *Propriétés biologiques :*

- *Bacille immobile*
- *Croissance lente*
- *Aérobie stricte*
- *Résistance à l'humidité*
- *Sensibilité à la chaleur*

#### III. Mode de transmission

Plus d'un quart de la population mondiale est porteuse du bacille de Koch. Pourtant, seule une très faible proportion de ces personnes développe la maladie de façon apparente. Elle concerne ceux qui ont une faible défense immunitaire.

*Le bacille de Koch est présent dans les crachats. Il est transmis par des gouttelettes aéroportées (gouttelettes de Pflüger)*

#### IV. Épidémiologie

Selon l'estimation de l'OMS, la tuberculose toucherait en 2020 plus de 11 millions de personnes et serait responsable de 1,5 million de décès.



## V. PRIMO-INFECTION

Elle est souvent asymptomatique et se manifeste surtout chez les enfants. C'est une manifestation liée au premier contact de l'organisme avec le Bacille de Koch.

- La primo infection latente : réaction tuberculique positive en l'absence de cicatrice vaccinale accompagnée des signes évocateurs d'une tuberculose.
- La primo-infection tuberculeuse patente : due à une inhalation massive et prolongée du BK chez les sujets immunodépressifs.

### a. Interrogatoire :

- Contact récent avec un tuberculeux
- Vaccination
- Début du symptôme

### b. Radiographie du thorax

### c. Intradermo- réaction à la tuberculine

- IDR (-) : virage tuberculique 6mm
- IDR (+) : *phlycténulaire* > 10mm

### d. Examen bactériologique

## VI. TUBERCULOSE PULMONAIRE

### 1. Clinique

- Symptômes :
  - Spécifiques : toux chronique (>21 jours), *fièvre, fatigue, sueurs nocturnes, amaigrissement, douleur thoracique, hémoptysie.*
  - Chez un « sujet à risque » :
    - Originaire d'un pays à haute prévalence de la tuberculose
    - Milieu socio-économique défavorable
    - Immunodéprimés



- Contact récent avec un tuberculeux contagieux
  - Antécédent de tuberculose non ou mal traitée
- ✓ **Radiographie du thorax** (face et profil) : met en évidence les lésions pulmonaires.
- ✓ **Examen bactériologique des expectorations**

C'est le seul moyen permettant la confirmation de la tuberculose.

2. **Prélèvement** : crachat ou tubage gastrique ou fibroaspiration.

Il est effectué sur 03 crachats, recueillis à jeun le matin, à un jour d'intervalle, dans un flacon stérile de 5 à 10 ml. Il permet d'identifier le BAAR (Bacille Acido-Alcolo Résistant)

Le transport des échantillons doit se faire dans une condition optimale. L'échantillon doit être fermé hermétiquement et étiqueté.

La conservation doit se faire à une température entre 2°C et 8°C.

- **Examen microscopique**
- **Culture suivie d'antibiogramme** : Culture sur milieu *Lohenstein-Jensen*
- **Identification d'espèce** : Bacille tuberculeux ou mycobactérie
  - Méthode sérologique : **ELISA** (Enzyme- linked immunoabsorbent assay)
  - Méthode génétique : **PCR** (Polymerase Chain Reaction)



## VII. TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE

### 1. Clinique

*Tableau 01 : Clinique et diagnostic des tuberculoses extra-pulmonaires*

<b>LOCALISATION DE LA MALADIE</b>	<b>MANIFESTATION CLINIQUE</b>	<b>EXAMEN DIAGNOSTIC A ENVISAGER</b>
<b><i>Colonne vertébrale</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs dorsales</li> <li>- Tassements vertébraux</li> <li>- Abscès para-vertébraux</li> <li>- Douleur</li> <li>- Radiculaire</li> <li>- Signes neurologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie</li> <li>- CT scan ou RMN</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b><i>Os Radiographie</i></b>	Ostéomyélite chronique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CT scan ou RMN</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b><i>Articulations périphériques</i></b>	En général, mono-arthrite notamment de la hanche ou du genou	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie</li> <li>- CT scan</li> <li>- Biopsie synoviale</li> </ul>
<b><i>Tube digestif</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masse abdominale</li> <li>- Diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie</li> <li>- Ponction de masse sous CT scan ou échographie</li> <li>- Endoscopie + biopsie</li> </ul>
<b><i>Foie</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur et masse dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b><i>Reins et voies urinaires</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mictions fréquentes</li> <li>- Dysurie</li> <li>- Hématurie et pyurie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culture sur urines Matinales</li> <li>- Pyélographie</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stérile</li> <li>- Douleurs lombaires</li> <li>- Masse lombaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie ou CT scan</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b>Surrénales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes d'insuffisance surrénalienne :</li> <li>- hypotension,</li> <li>- natrémie basse,</li> <li>- kaliémie normale a élevée, urémie élevée,</li> <li>- hypoglycémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiographie (calcifications)</li> <li>- Echographie ou CT scan</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b>Appareil génital féminin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stérilité</li> <li>- Salpingite aiguë</li> <li>- Grossesse extra-utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen du pelvis</li> <li>- Echographie ou CT scan</li> <li>- Biopsie</li> </ul>
<b>Appareil génital masculin Epididymite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareil génital masculin</li> <li>- Epididymite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appareil génital masculin</li> <li>- Epididymite</li> </ul>
<b>Voies respiratoires supérieures</b>	Voies respiratoires supérieures	Voies respiratoires supérieures
<b>Plèvre (le plus souvent complication d'un foyer parenchymateux juxtapleural)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- Dyspnée</li> </ul>	Ponction pleural + exam biologique, chimique et bactériologique du liquide.
<b>Radiographie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Péricarde Peut rester asymptomatique sauf en cas de tamponnade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie/ CT scan</li> <li>- Ponction</li> </ul>
<b>Péritoine</b>	Ascite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie/CT scan</li> <li>- Ponction</li> </ul>
<b>Ganglions intra-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CT scan</li> </ul>



<b>thoraciques</b> <b>(médiastinaux)</b>	bronchique uniquement chez - l'enfant	- Ponction transcarinaire + - Biopsie - Médiastinoscopie
<b>Ganglions extra-thoraciques</b> <b>(plus fréquents chez les enfants, les patients originaires de pays à haute prévalence et les sujets VIH positifs)</b>	- Gonflement d'un ou de plusieurs ganglions parfois douloureux - Souvent cervical. Le plus souvent unilatérale - Fistulisation possible en l'absence de traitement	- Radiographie thoracique - Echographie - CT scan
<b>Méninges</b>	Céphalées, raideur de nuque, confusion	Ponction lombaire + analyse biologique, chimique et bactériologique

## 2. Examen bactériologique :

### a. Prélèvement :

- De liquide d'épanchement de séreuse : LCR, urine, sang, pus.
- Biopsique avec une asepsie rigoureuse.

### b. Examen microscopique : *Coloration de ZiehlNielsen*

- Action de fuchsine phénique
  - Décoloration à l'acide et à l'alcool
  - Recoloration au bleu de méthylène
- ⇒ *Bacille rouge sur le fond bleu = BAAR*



❖ Résultat :

**Tableau 2 : Code de lecture de frottis colorés par la méthode de Ziehl-Neelsen (objectif à immersion  $\times 100$ )**

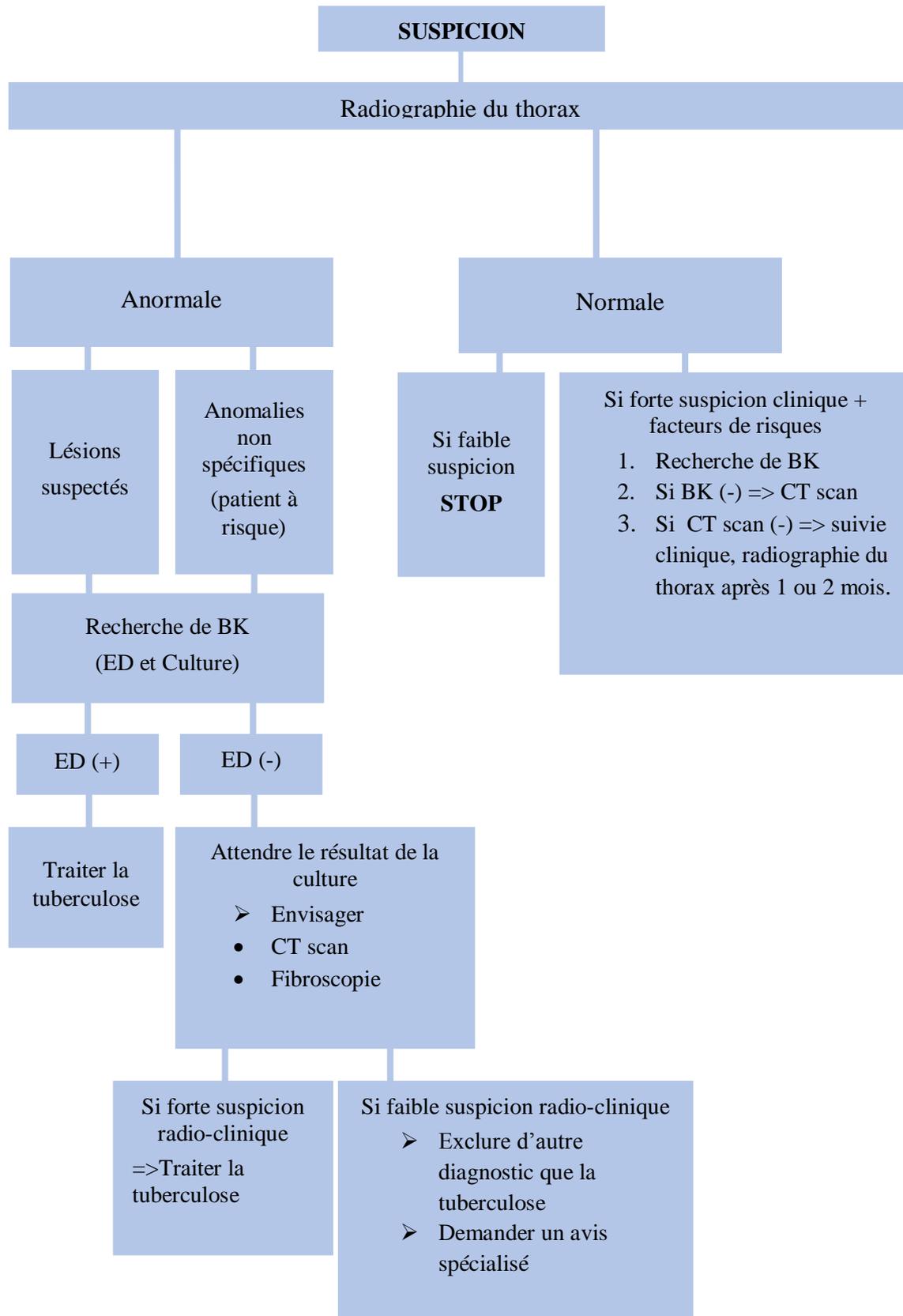
<i>Nombre de BAAR</i>	<i>Code Utilisé</i>
<b>Pas de BAAR pour 100 champs</b>	0
<b>1 à 9 BAAR pour 100 champs</b>	Nombre exact de BAAR
<b>10 à 99 BAAR pour 100 champs</b>	+
<b>1 à 10 BAAR par champ</b>	++
<b>Plus de 10 BAAR par champ</b>	+++

**VIII. Autres examens :**

- Imagerie médicale (CT scan)
- Intradermo-réaction (IDR) : diagnostic de la tuberculose infectieuse.
  - Lecture après 72h
  - Négatif : virage tuberculinique (6mm)
  - Positif : phlycténulaire (>10mm), 15mm chez un patient déjà vacciné
- Test IGRA (Interferon Gamma Release Assay)
- Biologie
- Fibroscopie avec lavage bronchique ou broncho-alvéolaire
- Biopsie transbronchique ou laryngo-trachéobronchique
- Ponction transcarinaire



### IX. Algorithme pour le diagnostic



## XVI. Prévention

### 1- La chimioprophylaxie

Administration d'isoniazide à la dose de *5mg/kg pendant 6 mois*.

### 2- La vaccination par le BCG

Vaccination de l'enfant à partir de 0 au 12 mois.

Il est contre-indiqué dans le cas des déficits immunitaires congénitaux ou acquis : VIH- SIDA

### 3- Éducation sanitaire

## XVII. Traitements

Le traitement de la tuberculose est basé sur l'application d'une chimiothérapie associant plusieurs antibiotiques antituberculeux.

- **S** : streptomycine
- **R** : rifampicine
- **I** : isoniazide
- **Z** : pyrazinamide
- **E** : éthambutol

Il dure 6 à 8 mois.

### 1- Médicaments antituberculeux de première ligne

*Tableau 03 : Médicaments antituberculeux de première ligne*

<i>Nom générique</i>	<i>Spécialité</i>	<i>Présentation</i>	<i>Activité</i>
<i>Isoniazide (INH)</i>	Nicotibine®	30 cp à 300 mg	Bactéricide
<i>Rifampicine (RMP)</i>	Rifadine®	100 gél. à 150 mg 50 gél. à 300 mg	Bactéricide
<i>Pyrazinamide (PZA)</i>	Tebrazid®	100 co. à 500 mg	Bactéricide
<i>Ethambutol (EMB)</i>	Myambutol®	100 co. à 400 mg	Bactériostatique



## 2- Dosage et administration

Les dosages doivent être adaptés :

- En fonction de l'âge et du poids.
- En cas de tuberculose grave (méningite, miliaire) => augmenter éventuellement la posologie en phase initiale.
- Lors d'une administration intermittente des médicaments => augmenter la posologie sauf pour la rifampicine.
- En présence d'une insuffisance rénale, prescrire EMB et PZA trois fois par semaine.
- En cas de dialyse => Prendre les médicaments après la séance

## 3- Principaux effets secondaires



**Tableau 04: Médicaments antituberculeux et leurs effets secondaires.**

MÉDICAMENTS	EFFETS SECONDAIRES
<b>Isoniazide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Toxicité hépatique</li> <li>-Éruption cutanée</li> <li>- Neuropathie périphérique</li> <li>-Diminution du métabolisme des anticonvulsivants</li> <li>- Épilepsie si surdosage</li> </ul>
<b>Rifampicine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coloration orange des urines, fèces, larmes</li> <li>-Toxicité hépatique</li> <li>-Troubles gastro-intestinaux</li> <li>-Éruption cutanée</li> <li>-Augmentation du métabolisme des corticostéroïdes, digitoxine, coumarines, phénytoïne, théophylline, antidiabétiques oraux, antiprotéases</li> <li>-Diminution de l'efficacité de la contraception orale</li> <li>-Réactions d'hypersensibilité graves (si administration discontinue)</li> </ul>
<b>Pyrazinamide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Toxicité hépatique (surtout à dose élevée)</li> <li>-Augmentation de l'acide urique rarement responsable d'arthralgies</li> <li>- Éruption cutanée</li> </ul>
<b>Ethambutol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Troubles de la vision dose dépendants (diminution du champ visuel, diminution de la discrimination des couleurs).</li> <li>- Prudence en cas d'insuffisance rénale</li> </ul>



#### 4- Surveillance du traitement antituberculeux

##### ➤ Pendant le traitement

- Le patient doit être hospitalisé en isolement jusqu'à la négativation du bacille.
- Surveillance des effets secondaires et des interactions médicamenteuses
- Contrôles radiologiques : tous les 2 - 3 mois.
- Contrôles sanguins réguliers :
  - tests hépatiques et rénaux + complet sanguin toutes les six semaines
  - acide urique si PZA
  - tests thyroïdiens si PTA et PAS
- Contrôle de l'audiométrie toutes les six semaines si AMK ou CAP.
- Chez l'adulte, contrôle ophtalmologique régulier si prise d'EMB a forte dose (25 mg/kg/J) ou si plaintes. Chez l'enfant, un suivi est à envisager si prescription D'une forte dose (25 mg/kg/J) pendant plus de 30 jours.
- Evaluation psychologique mensuelle si CYC.
- Contrôle neurologique et hématologique mensuel si LZD.

##### ➤ Après le traitement

- Consultation après 6 mois avec contrôle radiologique.
- Si le traitement a été interrompu pour toxicité (ou pour toute autre cause)  
Avant la durée totale du traitement recommandée, programmer des examens Radiologiques et bactériologiques réguliers au cours des 2 à 3 années qui suivent.

#### 5- Retraitement en cas de récurrence de la tuberculose

- À envisager si le patient développe à nouveau une tuberculose après avoir été considéré comme guéri à la suite d'un premier traitement. Sans génotypage des souches isolées lors du premier et du second épisode de tuberculose active, il est impossible de faire la différence entre une réactivation ou une nouvelle infection par une autre souche.
- Référer le patient au spécialiste qui adaptera le traitement standard.
- En attendant le résultat de l'antibiogramme, le traitement est prescrit en fonction du risque de résistance qui, à priori, ne peut être totalement exclu surtout si les informations relatives aux antécédents ne sont pas disponibles ou sont peu fiables.



- En présence d'une haute suspicion de multi-résistance (MR), deux antituberculeux (une Fluroquinolone et l'Amikacine) sont ajoutés à la quadrithérapie standard.

Un test moléculaire de détection de la mutation génique associée à la résistance à la RMP est préconisé afin de confirmer la MR le plus rapidement possible :

- En cas de mutation, la Rifampicine est stoppée en attendant le résultat des antibiogrammes de base et élargi demandés simultanément.
  - S'il n'y a pas de mutation, la Fluroquinolone et l'Amikacine continuent d'être prescrites en attendant le résultat de l'antibiogramme de base.
- Dans les autres cas, un seul antituberculeux est ajouté à la quadrithérapie standard. Il s'agit soit d'une FLUOROQUINOLONE (FQ), soit de l'AMIKACINE (AMK).



### I. Définition

La lèpre est une maladie chronique, invalidante et infectieuse d'origine bactérienne affectant la peau, les muqueuses et les nerfs.

### II. Agent causal

L'agent infectieux responsable de la lèpre est découvert par **Gerhard Henrik Armauer Hansen** en 1874. Il est appelé **Bacille de Hansen** ou **Mycobactérium leprae**. Il atteint les nerfs périphériques et provoque progressivement l'insensibilité.

#### ➤ Propriétés biologiques du germe :

- Appartient à la famille des mycobactéries atypiques.
- Bacille Acido Alcoolo Résistant.
- En forme de bâtonnet de 1 à 8  $\mu$  / 0,3 à 0,5 $\mu$ m de longueur.
- Temps de division très lente de 13 à 20 jours.
- Température optimale de division : entre 27 à 30°C.
- Non cultivable in vitro.
- Comporte 1600 gènes et possède une glycoprotéine de surface.
- A croissance intracellulaire obligatoire avec un fort tropisme pour les Macrophages et les cellules de Schwann.
- Capable de moduler la réponse immunitaire à médiation cellulaire.

### III. Mode de transmission

La lèpre est une maladie de faible contagiosité. Elle se transmet lors d'un contact fréquent et prolongé avec un lépreux non traité. Elle peut se faire par contact direct avec les lésions de la peau. Elle peut aussi être d'origine génétique. Une fois traitée, elle n'est plus contagieuse.

### IV. Différentes formes de lèpre

Il y a deux (02) types de lèpre :

- la lèpre paucibacillaire : une à cinq (05) lésions cutanées insensibles.
- la lèpre multibacillaire : plus de cinq (05) lésions cutanées insensibles.



## **V. Diagnostic**

### **1. L'interrogatoire**

- motif de consultation
- Début du symptôme
- Evolution de la maladie
- Antécédents familiaux
- Traitement déjà entrepris

### **2. Examens physiques**

#### **➤ Examen de la peau**

Rechercher :

- Tâches hypochromiques,
- Macules à bord flou ou infiltré,
- Nodules,
- Papules.

#### **➤ Test de sensibilité des tâches**

Le test est fait avec un mono-filament, un stylo bille, un coton en deux étapes :

- Patient avec yeux ouvert
- Puis avec yeux fermés.

#### **➤ L'examen neurologique**

La palpation :

- du nerf : cubital, médian, radial, sciatique poplité externe ou SPE, tibial postérieur, facial et le plexus cervical superficiel.



## **VI. Complications de la lèpre**

- Facial : paralysie faciale, lagophtalmie
- Plexus Cervical Superficiel (hypertrophie)
- Cubital : griffe au niveau du 4<sup>ème</sup> et du 5<sup>ème</sup> doigt
- Cubital + Médian : « main de singe »
- Radial : main tombante
- SPE : steppage
- Tibial postérieur : griffes + Mal perforant plantaire

## **VII. Le traitement de la lèpre**

Le traitement préconisé pour la guérison de la lèpre est la polychimiothérapie (PCT) combinant trois (03) antibiotiques : *DAPSONE*, *RIFAMPICINE* et *CLOFAZIMINE*. Dès la première dose, elle n'est plus contagieuse. La durée du traitement dépend de la forme de la lèpre : 06 mois pour la lèpre paucibacillaire et 12mois pour la lèpre multibacillaire.



*Tableau 05 : Tableau de traitement*

<b>Dénomination Commune Internationales/ Doses</b>	<b><u>DAPSONE</u> 100mg Comprimé SULFONE</b>	<b><u>RIFAMPICINE</u> 300mg Gélule RIFADINE</b>	<b><u>CLOFAZIMINE</u> 100MG Gélule LOPRENE</b>
<b>Propriétés</b>	-Antibiotique -Antilépreux bactériostatique	-Antituberculeux -Antilépreux -Antibactériémie	-Antibiotique -Antilépreux
<b>Dosage</b>	250mg/j	<u>-Adulte :</u> 8 à 12 mg / Kg/j <u>-Enfant :</u> 10mg/Kg/j	<u>-Adulte :</u> 300mg / mois <u>-Enfant :</u> 100mg/mois A J1
<b>Mode d'administration</b>	Voie orale	Voie orale	Voie orale
<b>Contre- indications</b>	-Allergie -drépanocytose	Allaitement	Allergie
<b>Effets indésirables</b>	-Anémie hémolytique -Ictère -Troubles digestifs -Fièvres -Vertige	Coloration rouge de l'urine	-Trouble psychiatrique -Somnolence -Hémorragie
<b>Surveillances</b>	- Coloration de la peau -Nausées, vomissements - Température	-Urine	-Etat de conscience -Etat psychologique -Coloration de la peau.



**I. Définition**

Le handicap est une limitation ou une réduction de la mobilité sur le plan physique. C'est un état stable qui certes peut faire souffrir mais ce n'est plus susceptible d'évoluer.

Il ne doit pas être considéré comme une maladie mais il faut aider un(e) handicapé(e) à :

- retrouver le nouvel équilibre
- développer les potentiels qui lui restent.

**II. Différentes formes du handicap**

- Handicap moteur
- Handicap physique
- Handicap mental
- Handicap sensoriel

**III. Cause du handicap**

L'handicap peut être :

- D'origine congénitales : troubles apparaissant pendant la grossesse.
- Acquises : lors d'un accident de travail, suite à traumatisme, suite à une maladie, dû au vieillissement.



**PARTIE III :**

**BONUS**



Bonus 1 :**VISITE DE LA PEPINIERE AMBATOLAHY  
ANTSIRABE***29 Mai 2017*

La pépinière d'Ambatolahy a été créée par un architecte paysagiste à Antsirabe sur une superficie de 3ha clos et sécurisé. Elle comporte :

**❖ Un atelier de poterie**

Les potiers y travaillent du Lundi matin à 8h00 jusqu'au Samedi à 12h00. Il produit des vases et des pots de toutes les dimensions. Il a plus d'une trentaine de collection : de petit pot pour bonzaï, de vasque, de vase, de cheminée de terrasse, etc.

Avant d'être mis en vente, les produits passent par plusieurs étapes :

- Le **recueil de l'argile**
- Le **séchage** pendant plusieurs semaines à l'abri du soleil.
- Le **façonnage** selon la forme voulue
- La **cuisson** à haute température (>100°C)
- La **mise en vente**



❖ *Un espace plein air ou espace pique-nique*



Avec son paysage magnifique arboré de bambous de grande taille, de pin et de jacarandas, elle peut accueillir des familles ou des groupes qui organisent une excursion ou un événement quelconque. Elle est pourvue d'électricité et d'eau. Elle est ouverte 7j/7j.

❖ *Atelier e distillation d'huile essentiel*

Où l'on transforme les plantes à parfum en huile essentiel de qualité. Ces plantes sont cultivées au centre même.

❖ *La pépinière*



En forme de labyrinthe, elle produit pour la vente de nombreuse des arbres fruitiers de toutes tailles, des plantes à fleurs, des arbustes, des plantes ornementales, des variétés destinées aux reboisements.



Bonus 2 :

**VISITE DU THE SAHAMBAVY FIANARANTSOA**  
**30 Mai 2017**

La culture de thé à Madagascar a commencé à Madagascar *en 1970*. *En 1978*, la première usine de fabrication fut créée. Elle a été privatisée depuis *1996*.

Le thé Sahambavy pousse sur une altitude de 1250m. Il a une étendue de 335 Ha réparti ainsi : 115 Ha gérée directement par les agriculteurs et 220 Ha par l'industrie.

La récolte a lieu mois d'Octobre au mois d'Avril. Elle peut atteindre une vingtaine de tonnes par jour. La collecte est faite manuellement tous les jours. Ses agriculteurs comptent 250.

Il est composé :

⇒ D'un champ de thé



⇒ D'une grande usine de fabrication de thé



❖ Contrôle de la qualité :

Grace a' l'altitude, le climat humide, les conditions sont favorables. Pour sa qualité, il est demandé sur le marché international. Madagascar en produit 500 tonnes par an environ.

Toutes les productions passent par un contrôle de la qualité au laboratoire par un dégustation avant d'être mis en vente.

❖ Les différentes transformations du thé

1. La cueillette

2. Flétrissage



3. Broyage / Roulage



4. Fermentation



5. Séchage

6. Torréfaction

7. Filtrage



8. Emballage



➤ Les cinq (05) grades de thé



❖ La différence entre étapes de la fabrication du thé

Tableau 06 :

<b>THE NOIR</b>	<b>THE VERT</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Flétrissage</li><li>- Broyage</li><li>- Fermentation</li><li>- Séchage</li><li>- Triage</li><li>- Calibrage</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cueillette</li><li>- Torréfaction à la vapeur</li><li>- Broyage</li><li>- Séchage</li><li>- Emballage</li></ul>



## CONCLUSION

Pour conclure, les objectifs du voyage d'étude sont tous atteints. Nous avons pu acquérir beaucoup de connaissance. Nous avons aussi apporté nos soutiens aux gens de tous les centres que nous avons visités. Ce fut un grand avantage pour nous.



# REFERENCES DOCUMENTAIRES

## ⇒ BIBLIOGRAPHIE

- Microsoft Encarta 2009
- Manuel pratique Diagnostic de la Tuberculose

## ⇒ WEBOGRAPHIE

- [www.tanjomoha.com](http://www.tanjomoha.com)
- [www.médecine.com](http://www.médecine.com)



# ANNEXES

**ANNEXE I:** Le Centre Des Handicapés d' Ambohipeno en photo.

**ANNEXE II:** La léproserie de Marana, Fianarantsoa en photo.

**ANNEXE III :** Le Foyer Tanjomoha, Vohipeno en photo.

**ANNEXE IV :** La Clinique Saint Vincent de Paul Ambatoabo, Farafangana en photo.





# Centre des handicapés d' AMBOHIPENO





La cordonnerie



Chaussure d'un lépreux



Le dortoir des hommes



Les médicaments antilépreux



Test de la sensibilité



Un lépreux présentant des griffes aux doigts

# Centre des handicapés d' MARANA





La cuisine



Logements des tuberculeux



Logement des handicapés mentaux



Le dispensaire

# Le Foyer TANJOMOHA





La clinique St Vincent de Paul

AMBATOABO



# SOMMAIRE

## **PARTIE I : PRESENTATION DES CENTRES DE VISITE**

### **Chapitre 1 : VISITE DU CENTRE DES HANDICAPES D'AMBOHIPENO**

- I. Historique du centre**
- II. La vocation du centre**
- III. Le personnel du centre**
- IV. La relation entre les malades**
- V. Les activités des lépreux**
- VI. La participation de la famille**
- VII. Les rôles du personnel**
- VIII. Le devenir des lépreux**

### **Chapitre 2 : VISITE DE LA LEPROSERIE MARANA**

- I. Historique du centre**
- II. Description du centre**
- III. Biographie du Père Jan BEYZYM**
- IV. La vocation du centre*
- V. La sensibilisation des lépreux*
- VI. Les activités des lépreux*
- VII. Les rôles des personnels*
- VIII. Le devenir de lépreux*

### **Chapitre 3 : VISITE DU FOYER TANJOMOHA**

- I. Plan du Foyer Tanjomoha**
- II. Historique du centre**
- III. Vocation du centre**
  - 4.1 Le dispensaire*
  - 4.2 Le Foyer DEGUISE*
  - 4.3 Le Foyer des handicapés*
  - 4.4 L'ESSIGAT*



*4.5 Le foyer CARME*

*4.6 Ecoles et cantines*

*4.7 Développement local*

*4.8 Sponsoring et collaborations*

*IV. Les malades face à leur maladie*

*V. La famille face aux malades*

#### **Chapitre 4 : VISITE DE LA CLINIQUE SAINT VIINCENT DE PAUL**

**I. Situation géographique**

**II. Historique**

**III. Description du centre**

**IV. Les activités du centre**

**V. Les problèmes du centre**

### **PARTIE II : DEVELOPPEMENT DES MALADIES RENCONTREES DANS LES CENTRES**

**Chapitre 1 : LA TUBERCULOSE**

**Chapitre 2 : LA LEPRE**

**Chapitre 3 : L'HANDICAP**

### **PARTIE III : BONUS**

**Bonus 1 : LA PEPINIERE D'AMBATOLAHY**

**Bonus 2 : LE THE SAHAMBAVY**



