

Rapport de stage

Immersion en communauté au Laos

Juin – Juillet 2005



Mélissa Vetsch

Alexis Zawodnik

Table des matières

<u>Chapitres</u>	<u>Sujets</u>	<u>Pages</u>
	Introduction	3-4
1	Médecins Sans Frontières	5-9
2	Carte d'identité du Laos	10
3	Petit aperçu historique, géopolitique et économique	11-12
4	Situation sanitaire	13
5	La mission MSF au Laos	14-15
6	L'hôpital de Savannakhet	16-18
7	Consultations médicales	19-24
8	Illustrations de <i>counselling</i>	25-31
9	Notre expérience au sein de la mission	32-40
10	Enquête auprès de patients	41-42
11	Analyse des résultats et conclusions	43-45
	En guise de remerciements	46-48

Introduction

Par Alexis Zawodnik

Revenir quelques mois en arrière est nécessaire pour comprendre la genèse de notre stage au Laos. Les vacances de Pâques commençaient et la date fatidique pour la remise de notre demande de stage à l'étranger approchait à grands pas. Nous n'avions toujours aucun projet concret à proposer au Dr Philippe Chastonay, responsable de l'unité *Immersion en Communauté* à la Faculté de Médecine de Genève. Nous avons pourtant cherché des possibilités pour partir au Myanmar ou au Cameroun mais sans succès. C'est alors que la providence se présenta. Un soir, seul perdu au milieu des montagnes suisses, je reçus un e-mail d'une certaine Dr Ann Meeussen. Cette dernière, chargée des ressources humaines chez Médecins Sans Frontières (MSF), répondait à un courrier électronique que j'avais envoyé quelques semaines auparavant à cette ONG. Voici le message qu'elle m'envoya :

Nous avons bien reçu votre mail avec une demande pour faire un stage au sein de notre organisation. Malheureusement, pour des raisons opérationnelles, ce ne sera pas possible de faire cette étude au Myanmar. Par contre, **il existe éventuellement une possibilité pour le Laos.**

Pour ceci je vous demande de nous présenter une proposition complète sur toutes les modalités de votre étude et que vous veniez chez nous pour présenter votre projet. Votre proposition sera ensuite discutée par les responsables du projet et proposée aux gens sur le terrain après quoi une décision définitive sera prise.

Vous ne pouvez pas imaginer dans quel état de joie et d'excitation ce courrier m'a mis ! Je n'arrivais pas à en croire mes yeux. Nous devons absolument présenter notre projet à la Faculté de Médecine très rapidement (en fait, Dr Chastonay nous avait même déjà offert un sursis) et cette ouverture tombait à pic ! Dans les quelques heures qui suivirent, entre minuit et 2 heures du matin environ, je me suis documenté sur le Laos et sur la mission MSF dans ce pays. J'ai rapidement rédigé un projet, remanié par la suite en collaboration avec Thierry Genevay et Gioele Ongaro avec lesquels Mélissa Vetsch et moi étions censés partir. En voici le résumé :

Nos motivations : notre première motivation est de partir dans un pays en voie de développement afin de découvrir et de comprendre un système de santé différent, des problèmes de santé particuliers et l'action humanitaire possible. Plus particulièrement, c'est l'action humanitaire de Médecins sans Frontières dans un pays d'Asie du sud-est qui nous intéresse. Nous pensons qu'en nous impliquant réellement au sein d'une telle organisation, nous serons à même de mieux cerner les

enjeux de la médecine humanitaire. Nous aimerions nous plonger au cœur des problématiques médicales que MSF rencontre dans la province de Savannakhet au Laos. MSF est présent dans la région depuis 2001 pour prendre en charge les malades du VIH/SIDA.

Objectifs et activités :

- Découvrir et comprendre le système de santé au Laos.
- Observer l'action de MSF sur place.
- Aider le personnel soignant en fonction de nos capacités et de nos connaissances.
- Nous investir sur place, dans le cadre d'un problème particulier (ex : la prise en charge des maladies annexes au VIH/SIDA) en proposant notre force de travail à MSF.

Dimension communautaire : Cette expérience nous permettra de nous immerger complètement au sein d'une partie de la population laotienne atteinte par le VIH/SIDA et de côtoyer au quotidien des personnes qui offrent leur énergie pour aider ces malades. Peut-être parviendrons-nous à apporter à ces gens un peu de notre aide ! Dans tous les cas, nous sommes persuadés que cette expérience nous apportera beaucoup.

C'est avec une grande motivation que nous vous proposons ce projet qui nous tient très à cœur de par sa dimension humaniste et l'intérêt que nous portons pour cette région du monde

Ce projet a été rendu au Dr Chastonay deux jours après avoir reçu l'e-mail du Dr Meussen car le temps nous était compté ! À ce stade, nous ne pouvions absolument pas savoir si MSF nous accepterait au sein de sa mission laotienne. En effet, Médecins Sans Frontières n'a pas l'habitude de prendre des stagiaires sur ses missions car celles-ci se trouvent souvent dans des pays difficiles (guerres, catastrophes naturelles, situation politique particulière). Cette organisation envoie des professionnels de la médecine humanitaire dans différents pays pour venir en aide aux populations qui en ont besoin.

Nous devions encore convaincre les responsables de MSF et les expatriés sur le terrain de nous accepter ! Ce ne fut pas de tout repos. La présentation *PowerPoint* de Thierry nous a permis de convaincre Mme Meeussen de nous donner une chance. Nous étions quatre à vouloir partir dans ce pays asiatique. Après moult pérégrinations, Ann Meeussen, qui devint notre « marraine » chez MSF, parvint à convaincre le personnel sur le terrain d'accepter au moins deux étudiants. Nous dûmes donc décider qui allait partir. La décision fut prise rapidement et sans dispute, heureusement.

Finalement, nous avons mis toutes nos billes dans le même sac et nous avons eu beaucoup de chance. Mélissa et moi sommes donc partis au Laos pour effectuer notre stage auprès de MSF. Ce fut une expérience unique pour chacun de nous. Nous allons tenter de partager nos découvertes, notre travail et nos impressions avec vous.

Médecins Sans Frontières (MSF)

A. Création de MSF

Pour comprendre la naissance de MSF, il faut revenir à la fin des années 60. La guerre de sécession du Biafra au Nigeria faisait rage et la Croix-Rouge était la principale agence capable d'intervenir sur ce type de terrain. Durant les 30 mois de blocus alimentaire imposé aux populations, l'occident est témoin des horreurs par l'intermédiaire de la télévision. La Croix-Rouge mettra en place le plus grand pont aérien de son histoire depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Malgré cela un million de personnes mourront.

Sur le terrain quelques jeunes médecins de la Croix-Rouge française se heurteront aux lourdeurs administratives, aux circuits officiels complexes et à la paralysie d'une organisation liée par des principes rigoristes et légalistes. A leur retour en France, ils rêvent d'une association privée, souple, indépendante qui agirait hors des contingences bureaucratiques d'un siège central.

Le 20 septembre 1971, MSF est fondé par la réunion des « anciens du Biafra » (dont Bernard Kouchner), d'autres médecins et des journalistes qui souhaitent créer un projet similaire. Un texte de référence, « La Charte », est aussitôt élaboré.

Médecins Sans Frontières est une association privée à vocation internationale. Elle rassemble majoritairement des médecins et membres des corps de santé et est ouverte aux autres professions utiles à sa mission. Tous souscrivent sur l'honneur aux principes suivants :

Les MSF apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans discrimination de race, de religion, de philosophie ou de politique.

Ouvrant dans la neutralité et l'impartialité, les MSF revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, de toute force politique, économique ou religieuse.

Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions et ne réclameront pour eux ou pour leurs ayants-droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.

B. Les premiers engagements

Pendant la guerre froide avant la chute du communisme, c'est dans les zones de conflits armés et de guérillas que MSF acquiert tout son savoir-faire. Leur devise sera : *Aller là où les autres ne vont pas*. La liste est longue : Mozambique, Angola, Ethiopie, Erythrée, Soudan, Somalie, Liban, Afghanistan, Cambodge, Tchad... De 1971 à 1979, MSF interviendra au cours des inondations au Nicaragua. Puis elle sera au Vietnam, au Pakistan oriental et dans les camps de réfugiés cambodgiens en Thaïlande.

Cependant **les moyens techniques restent rudimentaires**. L'organisation ressemble encore à une bande d'aventuriers idéalistes et motivés et ils sont relativement peu efficaces sur le plan opérationnel. De plus l'action humanitaire d'urgence joue un rôle secondaire sur la scène internationale. L'aide au développement domine les discours et les actes.

C. Tournant dès 1979

Lors de l'assemblée générale de 1979, les « pères fondateurs » de MSF avec Bernard Kouchner, défendent encore une conception plutôt « romantique » de l'association qui bien entendu va à l'encontre d'un plus grand professionnalisme. **La nouvelle génération plaide pour la recherche de l'efficacité et l'exercice d'une médecine exigeante**. Bernard Kouchner et ses amis refusent de devenir des professionnels de l'humanitaire et seront évincés de l'association.

Dès 1980 des associations de MSF voient le jour en Belgique, en Suisse ; en 1984, en Hollande et en 1986 en Espagne et au Luxembourg.

La tragédie éthiopienne de 1985 et la famine qui décime des milliers de personnes provoque une aide massive de MSF. Or la politique criminelle du gouvernement (détournement des aides, transfert des populations) force MSF à se **questionner sur l'humanitaire utilisé à des fins contraires à ses objectifs**, l'humanitaire se retournant contre les populations censées être aidées. Face à ce retournement de l'intention et de l'action, une vigilance permanente est indispensable pour ne pas tomber dans ce piège.

Jusqu'en 1989, MSF sera présent dans de nombreux conflits (Mozambique, Angola, Somalie, Soudan). Mais l'organisation aidera également des populations d'Europe occidentale exclues des systèmes de santé (personnes atteintes par le VIH, les sans-abri, les toxicomanes). Lors du tremblement de terre d'Arménie, les 6 sections opérationnelles unissent leur force afin de porter secours aux blessés et aux 500'000 sans-abri.

D. ONU et droit d'ingérence humanitaire - MSF et la politique

En 1991, l'ONU accepte le droit d'ingérence humanitaire, sous-entendant que le droit à la vie et à la dignité humaine des peuples prennent le pas sur les intérêts des Etats : au nom de ce droit, l'ONU pouvait intervenir en dépit de la souveraineté nationale et s'immiscer dans les affaires intérieures d'un Etat si celui-ci abusait de sa population. Ces opérations « d'ingérence humanitaire » furent présentées comme l'aboutissement d'un nouvel ordre moral, comme le symbole d'un combat pour le respect des Droits de l'Homme. Or cette nouvelle politique onusienne connut de nombreuses dérives, notamment en Somalie où sévissait une lutte fratricide et une famine sans précédent. En 1992 l'ONU par l'intermédiaire des marines américaines achemine des tonnes de nourriture puis craignant l'enlèvement les secours se retirent et passent la main aux casques bleus. Pour la première fois de l'histoire, ***l'humanitaire fait la guerre***. Pour imposer la paix !

MSF est présent au Kosovo dès 1990. L'intervention de l'ONU au nom de l'humanitaire provoque des exils massifs de populations. Les **militaires et les humanitaires** s'activent. La confusion est insoutenable. MSF s'insurge et refuse des financements issus des pays membres de l'OTAN afin de garder sa neutralité. MSF-Grèce, plus proche géographiquement du conflit, fut expulsé du mouvement pour n'avoir pas su garder sa neutralité et son indépendance.

En 1991, la guerre en ex-Yougoslavie cumula toutes les **dérives militaro-humanitaires** : l'humanitaire servira d'alibi aux politiques occidentales et justifiera l'envoi de Casques bleus pour protéger l'action humanitaire !

En 1994, MSF est témoin du génocide rwandais et le dénoncera rapidement et avec force. Mais ils seront évacués. De retour quelques mois plus tard, MSF a pu soutenir les populations en gardant ses distances envers le nouveau pouvoir. Lorsque l'épidémie de choléra se déclara dans le camp de réfugiés de Goma (Nord Rwanda, frontière Zaïre), les volontaires MSF réagissent vite et efficacement. Dix tonnes de perfusions sont consommées chaque jour, une rotation quasi quotidienne de cargos est mise en place, plus de 250 volontaires se déploient en quelques jours. Après cette crise, MSF mettra en évidence la manipulation de l'aide humanitaire par les génocidaires et **l'association devra se retirer des camps pour ne pas devenir complice d'un système corrompu qui se retourne contre les plus vulnérables**.

En 1994, c'est également l'entrée des chars soviétiques à Grozny, capitale de la Tchétchénie. La ville est en ruine, pratiquement rasée. Une petite équipe de volontaires de MSF apporte un soutien médical dans une mission délicate aux conditions de sécurité précaires. Ils furent **rapidement interdits**.

E. Nouvelle organisation de MSF

A l'origine, MSF n'a pas l'ambition d'un mouvement international, chaque section est partiellement autonome. Vers fin 1980, le besoin d'une meilleure coordination s'impose et les sections mettent en place un **Bureau international**. Au début des années 90, chaque section opérationnelle crée dans les nouveaux pays aidés par elle, des **filiales** nommées « **bureaux délégués** » qui ont pour objectifs d'assurer les ressources et la croissance des sections, mais aussi de servir de relais pour le témoignage. Dès 1997, ces filiales deviennent autonomes et se transforment en « **sections partenaires** ». **L'ensemble des sections (opérationnelles et partenaires)** vont constituer un **Conseil international** où siègent les présidents des 18 sections.

25 ans après l'élaboration de la charte fondatrice, la première « grand-messe » internationale est organisée. Toutes les sections se rencontrent à Chantilly. Un texte commun précisant l'identité de mouvement sera adopté, il affirme la volonté des membres de conserver une **organisation internationale** ayant une même vision générale. Les points de divergence restent les questions de la relation militaire-humanitaire et le rapport aux médias.

En 1996, une autre assemblée générale débat sur la question de la fusion des centres d'approvisionnements et de la structure centralisée de gestion des urgences. Ces différents projets ne résistent pas aux visions nationalistes et à des intérêts divergents. Après cet échec de fusion, le mouvement continue de se construire en gérant ses différences dans le respect de la diversité des partenaires, au profit de la richesse d'un mouvement qui ne souhaite ni uniformité, ni centralisme.

Actuellement MSF est construit autour de 5 centres opérationnels qui intègrent les 18 sections. Le mouvement cherche en permanence l'équilibre entre la liberté d'initiative et la cohérence globale avec le souci d'intégration de tous ses partenaires autour du cœur du mouvement : **les actions de terrain**.

F. Autres engagements des années 90 et Prix Nobel de la Paix

Comme vous avez pu le constater à la lecture de ces quelques pages, les engagements de MSF sont largement et presque essentiellement mus par des conflits armés, peu pour des raisons de catastrophes naturelles !

En 1991, MSF intervient d'urgence lorsque 2 millions de Kurdes fuient les bombardements et se réfugient dans les montagnes (2500 tonnes de matériel, plus de 150 volontaires).

MSF est présent en Sierra Leone lorsque sévit (années 95) une guerre alimentée par le commerce des diamants. Puis MSF assiste à la prise de Srebrenica par les Serbes. Au Nigéria, les équipes battent des records d'intervention en vaccinant contre la méningite 4,5 millions de personnes.

Les catastrophes humanitaires se succèdent fin des années 90. MSF dénoncera les détournements de l'aide alimentaire en Corée du Nord et se fera expulser sans

réussir à infléchir la famine endémique. En 1998, lors de la famine du Soudan, avec retard pourtant, MSF envoie des dizaines de volontaires et des tonnes de matériel. Les tâches sont titanesques et certainement pas à la portée d'une seule organisation.

Le 15 octobre 1999, **MSF reçoit le Prix Nobel de la Paix** pour l'ensemble de son action. Ce prix qui constitue une distinction gratifiante, ne signifie pas un aboutissement. Lors du discours officiel, le président du conseil international a dédié cet hommage aux populations, aux organisations et individus qui font face, quotidiennement, à des situations chaotiques et critiques.

G. Engagements de santé publique

En 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) entre en vigueur en France. Dès 1998 MSF s'était engagé dans ce combat qui consiste à accorder une couverture sociale minimum pour toute personne résidant en France. La CMU offre, aux personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, un accès à des soins médicaux gratuits. MSF est resté conscient, malgré ses engagements internationaux, des détériorations sociales et sanitaires d'une partie de la population française entre autres.

En 2000, MSF introduit en Thaïlande les médicaments antirétroviraux (ARV) pour venir en aide aux patients de plus en plus nombreux, atteints par le VIH. La trithérapie offre des chances de s'en sortir. Depuis, plus de 13'000 patients dans 25 pays (Thaïlande, Laos, Chine, Malawi, Kenya, Guatemala, etc) bénéficient d'ARV dans 56 programmes MSF. Cette expérience démontre la possibilité de soigner les malades du SIDA dans les pays pauvres alors que d'aucun prétendait qu'il sera impossible de soigner des populations défavorisées (illettrisme, condition sociale très défavorable) car elles seraient incapables de respecter scrupuleusement des traitements contraignants. **Notre expérience au Laos se situe dans le cadre de ces programmes MSF.**

En 2002, la fin de la guerre de 27 années en Angola permet à MSF d'accéder à des zones jusque là interdites. Il découvre avec horreur l'ampleur de la catastrophe. La malnutrition infantile est énorme. MSF poursuit actuellement son aide.

En 2004, les volontaires de MSF se trouvent au Darfour et au Soudan où ils arrivent à distribuer tous les 10 jours, 15'000 rations alimentaires aux familles déplacées. Ce sont d'ores et déjà des centaines de milliers de rations qui ont été offertes.

MSF est actuellement présent sur les 5 continents et vient en aide à des centaines de milliers de personnes.

Carte d'identité du Laos

- État de l'Asie du Sud-Est, dans la péninsule indochinoise, limité au

Nord par la Chine, à l'Est par le Vietnam, au Sud par le Cambodge et à l'Ouest par la Thaïlande et la Birmanie.

- Population : 5'657 millions d'habitants.
- Superficie : 236'800 km²
- Capitale : Vientiane.
- Langues : lao, divers dialectes (hmong, mon-khmer et sino-tibétain).
- Régime politique : république à idéologie marxiste depuis 1975.
- Chef de l'état : le général Khamtay Siphandone (depuis 1998).
- Religion officielle : bouddhisme (65% de la population).
- Monnaie : kip (\$1 = 10'000 kips)
- Produit intérieur brut (PIB) : 1,676 dollars internationaux.



Petit aperçu historique, géopolitique et économique

Après avoir été envahi à de nombreuses reprises, le Laos est aujourd'hui un état indépendant, gouverné par un parti unique. Le royaume du « Million d'Eléphants », comme on le surnommait au XIV^e siècle, subira tour à tour l'influence des Thaïs, puis des Khmers.

Au cours du XIX^e siècle, les Français s'établirent en Indochine et c'est en 1904 que le Siam leur céda les territoires formant le Laos moderne. L'influence occidentale apporta au pays des bénéfices non négligeables, comme l'aménagement des routes, la reconstruction de la capitale, Vientiane, et a permis la navigation sur le Mékong. Cependant, du fait de son faible attrait économique, le Laos ne représentait pas un intérêt majeur, et les Français utilisèrent surtout le pays comme Etat tampon face à l'influence britannique. Durant la seconde guerre mondiale, le Laos subit la présence japonaise.

Monarchie constitutionnelle en 1946, le 19 juillet 1949, le pays accède à l'autonomie, puis à l'indépendance en 1953 dans le cadre de l'Union française. Le Laos est admis à l'ONU en 1955. Dans les années suivantes, le pays est en proie à des luttes entre différentes fractions laotiennes soutenues par les Thaïlandais, les Américains, les communistes chinois et vietnamiens (une étroite collaboration entre le Pathet Lao et Vietminh). Durant le conflit vietnamien, Hanoi achemine par le territoire laotien hommes et matériel vers le Sud (piste Hô Chi Minh). Le Laos devient un appendice de la guerre qui ravage le Vietnam. Le nombre de réfugiés passera de 300'000 en 1968 à 700'000 en 1970 pour une population de 3 millions d'habitants. Les dures batailles de cette guerre n'épargnent pas le pays. L'histoire s'accélère à partir d'avril 1975 avec la chute de Phnom Penh et de Saïgon. Le 2 décembre 1975, un Congrès National présidé par Souphanouvong abolit la monarchie et proclame la République Populaire Démocratique du Laos (RPD Lao). Le Parti Révolutionnaire du Peuple Lao (PRPL) s'empara du pouvoir. C'est à cette époque que tous les opposants politiques durent fuir le pays, et beaucoup d'entre eux émigrèrent vers la Thaïlande, la France, le Canada et les Etats-Unis. Toutefois, des milliers de personnes furent arrêtées et condamnées à des travaux forcés dans le nord du pays. En 1989, la majorité des prisonniers politiques fut relâchée et les camps fermés. Le Laos est aujourd'hui un des rares états communistes à avoir survécu à l'Union Soviétique. Durant les premières années du nouveau régime, la population s'est considérablement appauvrie et la répression à l'égard des opposants s'est renforcée. Actuellement, la situation politique du Laos n'a guère évolué, il demeure un pays au régime de parti unique où l'opposition n'est toujours pas tolérée.

Le Laos reste l'un des 10 pays les plus pauvres au monde. 80% de la population habite dans les campagnes. En dehors de la capitale, la plupart des gens vivent sans électricité et sans les commodités de base. Le revenu moyen par habitant est de \$310 par an (en Suisse, il s'élève à \$38'000). Le taux d'illettrisme est de 35%.

Le Laos est entré en 1997 au sein de l'Association des Nations du Sud-Est Asiatique (ASEAN) et c'est à Vientiane, en juillet 2005, que l'Union Européenne et l'ASEAN se sont réunies. Malgré cela, la situation économique n'est pas brillante car la corruption est très présente, surtout dans l'administration. Le déficit du commerce extérieur et du budget national ne sont pas pour améliorer les choses. L'aide internationale représente le tiers des recettes de l'état. Le Laos est donc grandement dépendant des aides extérieures, comme le Fonds Monétaire International (FMI), la Communauté Economique Européenne et les Etats-Unis. Les échanges économiques avec les pays voisins se développent peu à peu, notamment avec la Thaïlande, depuis la construction du Pont de l'Amitié sur le Mékong, inauguré en

1994. Cependant, le pays ne veut rien précipiter car déjà les vidéos, les chaînes de télévision et la musique thaïlandaises commencent progressivement à envahir le Laos.

L'agriculture est le secteur économique le plus important. La culture du riz reste la plus répandue, mais on récolte également du maïs, du café, de la canne à sucre et du tabac.



Situation sanitaire

Le Laos compte plus de 5,6 millions d'habitants avec un taux de croissance de 2,8%. Son système de santé est désastreux et reste inaccessible à un grand pourcentage de la population.

La population laotienne est très jeune (44% de la population a moins de 15 ans).

Malheureusement l'espérance de vie n'atteint que 59 ans. La mortalité infantile se situe autour de 90 pour mille naissances vivantes (contre 5 pour mille en Suisse).

La plupart des hôpitaux sont mal équipés et le personnel soignant peu éduqué. La santé est pourtant l'une des quatre priorités du gouvernement (avec l'éducation, l'agriculture et l'infrastructure des routes). Toutefois le pays compte seulement 1 médecin pour 4545 habitants.

Le Laos est un pays rural, 80% de la population habite à la campagne. La situation laotienne au niveau sanitaire reste très critique. Seul 37% des foyers ont accès à l'eau courante et 70% des foyers n'ont pas d'installation sanitaire.

Le paludisme est la première cause de morbidité et de mortalité au Laos. En effet, la malaria tue environ 14'000 personnes par année. Pour les spécialistes, le paludisme lao est l'un des plus coriaces du monde : il résiste aux médicaments antipaludiques courants, et même souvent à la quinine intraveineuse. La malaria est responsable de 44% de toutes les hospitalisations.

La prévalence de la tuberculose est très importante. Elle se situe à 327 cas pour 100'000 habitants par année. On trouve dans les pays environnants des chiffres situés dans les extrêmes, 508 cas pour 100'000 habitants par année au Cambodge, 140 en Thaïlande et près de 180 au Vietnam. Le traitement de la tuberculose est gratuit au Laos (à condition que le patient se rende chez le médecin, ce qui n'est pas évident dans ce pays).

La prévalence du HIV est encore faible (0,06%, très probablement sous-estimée) comparée aux autres pays environnants. La plupart des personnes infectées vivent à proximité des frontières thaïlandaise et chinoise.

La dengue est la maladie virale la plus répandue au Laos. En 2003, une épidémie de dengue a eu lieu (3458 cas confirmés). La forme hémorragique, souvent mortelle, touche les personnes âgées et les enfants laotiens.

Les accidents de la route sont très répandus au Laos et leur nombre augmente conjointement aux nombres de véhicules dans le pays.

L'utilisation de drogue, en particulier d'amphétamines, est en augmentation et ce problème devient de plus en plus préoccupant.

Mission MSF au Laos

C'est en août 2001 qu'a débuté le projet mis en place par MSF au Laos. Il vise à prendre en charge les patients atteints par le VIH, principalement dans la province de Savannakhet, au centre du pays. Effectivement, c'est dans cette région que l'on a enregistré le plus grand nombre de cas. De plus, l'hôpital provincial de Savannakhet se trouve être l'un des meilleurs du pays. Installée depuis 2001, la mission MSF s'est d'abord occupée de traiter les maladies opportunistes contractées par les personnes

infectées, et ce n'est que depuis 2003 qu'il a été possible d'obtenir des traitements ARV. Sachant qu'aujourd'hui, l'hôpital de Savannakhet est le seul endroit de tout le pays où l'on traite les malades du SIDA, on comprend aisément l'utilité et la nécessité d'une équipe de volontaires sur place.

La prévalence du SIDA reste encore faible au Laos. Cependant, elle a plus que doublé en 2 ans, passant de 800 cas confirmés en 2001 à 1700 en 2003. On peut sans doute attribuer cette hausse au fait que les voisins du Laos, la Thaïlande, le Cambodge et la Chine, sont des pays beaucoup plus touchés par la maladie, et que bon nombre de Laotiens ramènent avec eux le virus lorsqu'ils retournent dans leur pays.



Outre son action au sein de l'hôpital de Savannakhet, MSF mène aussi une importante campagne de prévention dans les districts alentour, notamment à Cahmpone, Xaybouly, Xaypouthong et Songkone. L'équipe sur place est composée de 6 expatriés : 1 chef de mission, 1 coordinateur médical, 1 médecin, 2 infirmières et 1 responsable terrain. Le budget annuel s'élève à 600'000 CHF. Comme mentionné plus haut, le but de la mission est d'assurer la prise en charge curative des personnes infectées par le VIH. En remplissant cet objectif, on prouve au gouvernement que cela est possible.



Les objectifs généraux de MSF sont de mettre en route des projets, le plus souvent à partir des infrastructures déjà existantes, de manière à pouvoir les remettre par la suite entre les mains des autorités du pays. Pour cela, les projets doivent faire leurs preuves, et il est impératif que la reprise du flambeau puisse être assurée. Le personnel médical local doit être formé et être capable de travailler selon les standards imposés par MSF. Au Laos, MSF a d'ores et déjà prévu de se retirer en août 2008.



[L'hôpital de Savannakhet](#)



Savannakhet est la deuxième ville du pays. C'est le chef-lieu de la province du même nom de 21'700 km² et d'environ 825'000 habitants. Savannakhet se trouve 490 km au Sud de Vientiane. Toutefois, la ville ressemble plus, à nos yeux d'occidentaux, à un grand village. L'hôpital provincial de Savannakhet se trouve au bord du fleuve Mékong, en périphérie de la ville. Les bâtiments le constituant rappellent l'époque coloniale. L'endroit est très fleuri et l'on perçoit rapidement une ambiance particulière en visitant l'hôpital. En effet, de nombreuses personnes, souvent les familles des patients hospitalisés, vivent dans l'enceinte de l'hôpital. Ce sont ces personnes qui assurent les repas et aident le personnel hospitalier pour les soins.



Dans son ensemble, l'hôpital compte 160 lits. 300 personnes sont employées, dont 45 médecins. Ces derniers viennent, pour la plupart, de la faculté de médecine de Vientiane, seul endroit de formation médicale dans le pays. Il existe une école d'infirmières à Savannakhet.



L'hôpital est divisé en plusieurs services, chacun dans un bâtiment propre. Le **département de Médecine** compte 32 lits, 12 infirmières et 2 médecins. La polyclinique, le service des urgences et le département des soins intensifs se trouvent dans le même bâtiment. Les accidents de la route sont malheureusement fréquents au Laos et le service des urgences reçoit en moyenne 7 accidentés par jour. Le **département de Pédiatrie** compte 30 lits. Les pathologies pédiatriques les plus courantes sont les bronchites, les pneumonies, les méningites, la dengue hémorragique et le paludisme.



Les **départements de Chirurgie et de Radiologie** sont étroitement liés. Les trois blocs

opérateurs que compte l'hôpital de Savannakhet ont été construits par l'organisation *Médecins du Monde*. On compte 5 chirurgiens au total et 7 infirmières par bloc opératoire. Entre 10 et 12 opérations chirurgicales ont lieu quotidiennement. L'hôpital dispose de 5 salles de radiologie, 3 sont destinées à la radiologie conventionnelle, 2 aux échographies et 1 au scanner.



La **Maternité** de l'hôpital de Savannakhet est composée de 4 salles d'accouchement et d'une salle de travail. 7 naissances en moyenne ont lieu chaque jour. Il existe un **bâtiment réservé à d'éventuels patients atteints par le SARS**, mais celui-ci est actuellement utilisé pour les patients disposants d'une assurance privée. L'**unité de Virologie** est dirigée par MSF et ne concerne en fait que les patients atteints par le VIH. Elle compte 20 lits qui sont occupés à 65% en moyenne. MSF a déjà suivi, depuis 2001, plus de 430 patients. Entre 250 et 300 patients sont actuellement sous traitement ARV.



Consultations médicales

Nous allons reprendre dans ce chapitre le projet de MSF en détail, ses buts, ses applications, ses succès et l'action concrète de l'équipe sur le terrain.

Le premier patient séropositif a été décelé au Laos en 1998. En 2000, l'unité de virologie a été créée à l'hôpital provincial de Savannakhet, si bien qu'à l'arrivée de MSF en 2001, les structures avaient déjà été mises en place. Bien que la prévalence soit encore faible, il est à craindre que l'épidémie ne se développe rapidement. C'est pourquoi MSF a voulu prendre les devants sans attendre que les chiffres ne deviennent alarmants. MSF a tout d'abord commencé par traiter les maladies opportunistes, à défaut d'avoir à disposition des traitements ARV. Les ARV ne sont disponibles au Laos que depuis leur introduction par MSF en 2003.



Le second objectif de MSF est plutôt un objectif politique. Il vise à étendre la campagne contre le VIH sur le plan national et de faire en sorte que les traitements ARV soient accessibles à tous. Agir au plus vite de manière à pouvoir maîtriser l'épidémie avant qu'elle ne devienne incontrôlable reste donc l'objectif principal. Mais certains disent déjà que l'on n'aperçoit que la pointe de l'iceberg, ce qui laisse supposer que l'épidémie est plus importante qu'on ne le croit.



Dans l'unité de Virologie, il est possible de faire le test VIH (ELISA) et grâce à MSF on peut compter des lymphocytes CD4⁺ (CD4) de manière à évaluer le niveau d'immunité du patient. Suivant les protocoles approuvés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est seulement à partir d'un nombre de CD4 inférieur à 200/mm³

que l'on commence le traitement par ARV.

Acheminement des patients à l'hôpital : une initiative MSF

Il est important de souligner que tous les soins sont gratuits et que le patient est entièrement pris en charge par MSF, tant au niveau du transport jusqu'à l'hôpital que des médicaments. En effet, l'hôpital de Savannakhet étant le seul lieu à soigner les personnes séropositives au Laos, les patients affluent de tout le pays. Certains doivent parcourir des centaines de kilomètres avant de parvenir à Savannakhet. Parmi eux, on en dénombre même qui doivent différer leur venue car ils n'ont pas suffisamment d'argent pour payer le trajet en bus (même si ce dernier leur sera remboursé à leur arrivée à l'hôpital). De plus, 80% de la population habite dans les campagnes, ce qui peut rendre l'accès aux infrastructures difficile.

Prise en charge type du patient

Nous allons maintenant suivre un patient fictif dans l'unité de Virologie afin de comprendre le processus mis en place par MSF. Il faut savoir que la plupart des personnes venant faire un test VIH sont séropositifs. Il n'est pas courant de faire le test de routine comme on le pratique dans les pays riches.

a. *Pre-test Counselling*

Lorsqu'un patient se présente à l'unité de Virologie, on commence par lui expliquer en quoi consiste le VIH/SIDA ; c'est ce qu'on appelle le *Pre-test Counselling*. À l'aide d'images et d'explications simples et claires, on tente de lui faire comprendre ce qu'est le virus du SIDA, ce qu'il fait à l'intérieur de notre organisme, et ce qu'implique le fait d'être porteur du VIH, les conséquences, mais aussi les espoirs liés aux médicaments. Il est très important d'insister là-dessus, de façon à éviter que le patient ne se sente condamné. Une fois ces informations transmises, le patient est libre de faire ou non le test, c'est son choix qu'il peut maintenant faire de manière éclairée.

b. Test positif

c. *Post-test Counselling*

On effectue le *Post-test Counselling* qui a pour but l'annonce du résultat. Pour la plupart des personnes, ce moment est très difficile à vivre, et il incombe aux infirmières d'avoir le plus de tact possible. Certains ont évidemment de la peine à accepter la nouvelle et associent très souvent le VIH/SIDA avec une mort prochaine. Il faut parfois beaucoup de temps pour leur réexpliquer ce que signifie réellement être porteur du virus, ce que ça implique à long terme et quelles sont actuellement les perspectives d'avenir.

Pour avoir assisté à plusieurs *Post-test Counselling*, nous avons remarqué que les femmes réagissaient de manière plus prononcée que leur mari (lorsqu'un couple était séropositif par exemple) et que celles-ci éclataient plus facilement en sanglots. Les hommes, plus réservés, gardaient leurs sentiments au fond d'eux. Nous avons

par ailleurs constaté que, souvent, les femmes faisaient preuve d'une meilleure compréhension de leur maladie.

Une fois le test effectué et le résultat malheureux transmis au patient, on compte son nombre de CD4 et s'il est inférieur à 200/mm³, le patient est mis sous ARV.

d. Séances C1, C2 et C3 avant le traitement

Avant d'instaurer un tel traitement, le patient doit participer à trois séances, nommées **C1**, **C2** et **C3**, dont nous allons détailler le contenu une par une.



C1

(donné par une infirmière formée)

1. Évaluation des connaissances du patient à propos de sa maladie et éventuellement des ARV.
2. Selon ses connaissances, révision de modes de transmission et manière de protéger les autres.
3. Évolution de la maladie une fois l'infection survenue :
 - Phase asymptomatique pendant laquelle le virus attaque les défenses de l'organisme.
 - Description du rôle des CD4.
 - Description du stade SIDA et de quelques maladies opportunistes.
 - Qui a besoin des ARV, qui n'en a pas besoin.
4. Mécanisme des ARV :
 - Traitement à vie.
 - Ne tue pas le virus, mais l'assomme.
 - Remontée des CD4.
 - Prise de poids.
 - Arrêt des prophylaxies.
 - Que se passe-t-il si on arrête le traitement ?
 - Timing de l'amélioration et difficulté des premiers mois.



C2

(donné par une infirmière formée)

1. Évaluation de ce que le patient a retenu de la séance C1 et reprise des éléments non intégrés.
2. Rappel de l'importance de la compliance et du fait que le traitement ne tue pas le virus, mais l'assomme et qu'il doit être pris à vie.
3. Explication à propos des résistances possibles s'ils prennent mal leur traitement.
4. Effets secondaires :
 - Rash cutané et hépatite (nausée, vomissement, ictère).
 - En cas d'effets secondaires : venir voir le médecin et ne pas arrêter le traitement sans son accord.
 - Il y a une possibilité de changer de traitement s'il y a trop d'effets secondaires.
5. Explication à propos des interactions :
 - Avec des autres médicaments.
 - Avec des plantes traditionnelles.
 - Demander le conseil du médecin avant de prendre d'autres médicaments.
6. Explication de la posologie et de la feuille d'adhérence (document sur lequel le patient doit noter chacune de ses prises d'ARV. Il permet le contrôle de la compliance).
7. Explication de la feuille de consentement.



C3

(donné par un médecin)

1. Évaluation de ce que le patient a retenu des séances C1, C2 et reprise des éléments non compris.
2. Discussion concernant la prise des ARV :
 - À quelle heure le matin et le soir, dépendant de l'organisation de la journée du patient.
 - Nécessité de prendre les médicaments avant ou après les repas.
 - Aide d'un membre de la famille rappelant au patient de prendre ses médicaments.
 - Exploration des obstacles qui peuvent empêcher la bonne prise des médicaments (ex : discrétion à avoir lorsque des personnes qui ne sont pas au courant vivent sous le même toit).
3. Anticipation aux imprévus :
 - Rupture de médicaments.
 - Maladie.
 - Oubli de médicaments.
 - Voyage, prison, travail à l'extérieur.
 - Venir voir le médecin (si possible, envoyer une autre personne pour avertir).
4. Test de la capacité du patient à remplir la feuille d'adhérence.
5. Signature de la feuille de consentement.

6. Livraison des médicaments si tout est en ordre.

e. Instauration du traitement et suivi thérapeutique

MSF a établi un code de couleur pour les différents médicaments constituant le traitement antirétrovirus. Ce code permet aux personnes illettrées de se retrouver dans la prise de leurs médicaments, puis de noter celle-ci sur la feuille d'adhérence mentionnée ci-dessus. Cette feuille d'adhérence permet, dans une certaine mesure, de contrôler la compliance et d'aider le patient à se discipliner. Après un certain temps, il pourra s'en passer.

Par la suite, le patient est évidemment suivi par MSF. La fréquence des consultations est d'une fois par mois pour les patients sous traitement depuis moins de 6 mois. Ensuite, les consultations peuvent s'espacer en fonction des besoins du patient, de son adhérence thérapeutique et de son état de santé. Le médecin recherchera, lors de chaque visite médicale, les différents effets secondaires possibles. Des tests hépatiques sont régulièrement réalisés pour les patients sous *Névirapine* et *Efavirenz*. On fera plusieurs fois des formules sanguines complètes aux patients sous *AZT*.



Dr Prasith et Dr Kamphang

Illustrations de Counselling

Pour illustrer les informations transmises lors du *Post-test Counselling* et des C1, C2 et C3, MSF utilise des dessins. Ceux-ci rendent plus facile la compréhension de concepts médicaux, souvent nouveaux, pour les patients laotiens. Nous présentons ci-dessous ces différentes illustrations avec la traduction des textes qu'elles contiennent.



1. Les cellules CD4, qu'est-ce que c'est ?
(sur les policiers : CD4 ; sur les diabolotins : SIDA)



2. Les cellules CD4 essaient de détruire le virus.



3. Les cellules CD4 sont détruites par le virus HIV.
Le nombre de CD4 diminue.



4. Le virus HIV gagne.



5. Si le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200 des infections opportunistes vont apparaître.

CD4	Maladies
1000	Bonne santé
500	Candida dans la bouche Zona Diarrhée chronique
200	Infections pulmonaires Méningite Infections dues à des champignons



6. Les ARV, qu'est-ce que c'est ?

7. ການກິນຢາຕ້ານຈຸລະໂຣກມີຜົນປະໂຫຍດແນວໃດ



7. Quels sont les avantages de la prise d'ARV ?

8. ອາການຂ້າງຄຽງຂອງຢາຕ້ານຈຸລະໂຣກມີຫຍັງແດ່



8. Quels sont les effets secondaires des ARV ?

Fatigue
Douleurs musculaires

Vomissements
Vertiges



Rash 9. Allergies Fièvre



10. Comment commencer le traitement ARV ?



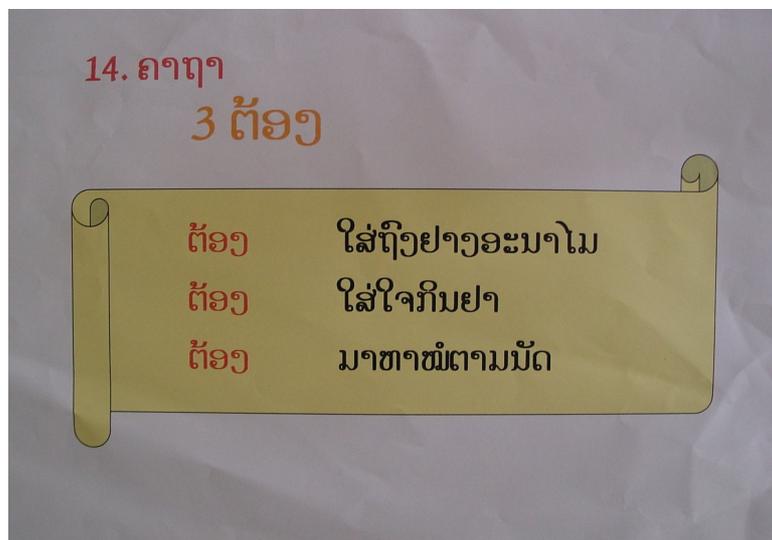
11. De quoi doit-on se souvenir avant de prendre des ARV ?



12. Comment doit-on prendre les ARV pour qu'ils soient efficaces ?



13. Toujours porter des préservatifs lors des rapports sexuels.



14. Formule magique :
3 obligations.

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 ^{er} devoir | Porter des préservatifs |
| 2 ^{ème} devoir | Se rappeler de l'heure de la prise des médicaments |
| 3 ^{ème} devoir | Aller voir le médecin conformément au rendez-vous fixé. |

Notre expérience au sein de la mission

Sur la route de Savannakhet

Le 7 juin 2005 nous avons atterri à Bangkok : le début du voyage a commencé... C'était notre premier séjour en Asie du Sud-Est et l'excitation était grande. À la sortie de l'aéroport, nous avons tout d'abord été frappés par la chaleur accablante et le taux d'humidité redoutable, que nous devons du reste supporter tout au long du séjour. Cependant, les quelques jours passés dans la capitale thaïlandaise nous ont permis de nous acclimater un peu aux températures de la région. Cinq jours plus tard nous prenions le train de nuit en direction de Nong Khai, où se trouve le Pont de l'Amitié, situé à une dizaine de kilomètres de Vientiane. C'est la destination finale du train, car les voies de chemin de fer n'existent pas encore au Laos. Après dix heures de trajet, nous parvenions enfin à la frontière. Autour de nous, le paysage s'était transformé : les buildings et leurs enseignes lumineuses avaient cédé la place aux rizières et aux montagnes. Quelques gouttes de pluies saluèrent notre arrivée à la descente du train et nous fûmes immédiatement saisis par le calme et la sérénité qui semblaient régner dans ce pays. Comme l'agitation permanente de Bangkok et son effervescence nocturne nous paraissaient loin maintenant !

Nous avons alors cherché à joindre Ahmed Zouiten, le coordinateur médical de la mission MSF au Laos, pour le prévenir de notre arrivée. Le premier contact a été très bon et nous nous sommes donnés rendez-vous au Nam Phou, une des places principales de Vientiane. Il est midi : la chaleur est plus oppressante que jamais et Ahmed nous propose d'aller déjeuner au bord du Mékong pour faire connaissance. C'est ainsi que nous embarquons dans la grosse jeep MSF.



En quelques mots, il nous décrit la mission et nous parle de la mentalité particulière des habitants, qui n'ont pas la même assiduité au travail ni le même désir d'ambition que nous. Il nous annonce également que notre départ pour Savannakhet est prévu pour le lendemain et nous propose gentiment de nous loger chez lui. Nous le remercions avec gratitude, soulagés d'être accueillis de la sorte. Pour nous qui venions de débarquer, une telle prise en charge nous a permis de nous sentir en confiance et à l'aise, et cela a beaucoup compté à nos yeux.



Alexis, Ahmed et Mélissa

Nous avons donc pris la route pour Savannakhet dès le lendemain, en compagnie d'Ashild, une des deux infirmières de la mission, après avoir quitté Ahmed en l'ayant remercié chaleureusement.



Mélissa, Ashild et Alexis

Nous voilà arrivés... installation

Parvenus à destination, nous nous sommes regardés, mi-stupéfaits, mi-amusés, car le spectacle que nous offrait la ville n'était à vrai dire par celui auquel nous nous attendions. Savannakhet, la deuxième ville du pays, nous semblait avoir plus l'air d'un grand village qu'autre chose : Deux ou trois « supermarchés » tenus par des Chinois, une grande rue principale, un feu rouge... et c'est tout. Les rues sont toutes de grandes perpendiculaires tirées à la règle, ce qui donne au plan de la ville l'aspect d'un curieux quadrillage. L'hôpital provincial, la poste, l'église catholique et le musée des dinosaures en constituent les principaux bâtiments. Autant dire que les divertissements sont aussi réduits que le nombre de touristes. Nous avons l'impression d'être dans un immense village, très étendu, très pittoresque aussi, sans grande animation mais avec toutefois une population gaie et sympathique.



Rue principale de Savannakhet



Autre rue de Savannakhet

Lorsque la jeep s'est arrêtée devant la maison, nous n'en avons pas cru nos yeux. Contrairement à ce que nous pouvions imaginer, les expatriés de MSF ne logeaient pas dans des lieux précaires où le confort laisserait à désirer, mais plutôt dans de belles villas au milieu d'un jardin, un hamac tendu entre deux arbres.

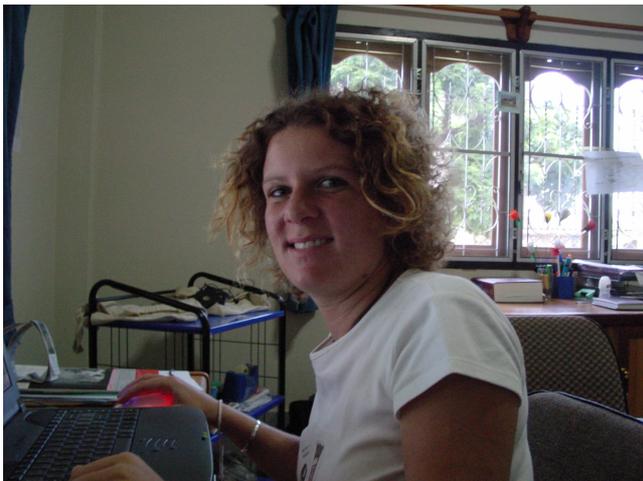


Entrée de la maison no 1 de MSF (où nous logions)



Maison no 2 de MSF

Nous avons chacun notre chambre, à l'étage, tandis qu'Ashild occupait la chambre du rez-de-chaussée, où se trouvaient également la cuisine et le salon. Un peu plus loin, Ann, la docteure et Anne-Lise, la seconde infirmière, habitaient la maison no 2.



Anne-Lise



Ann

Inutile de dire que nous ne sommes pas restés insensibles à un tel confort. De plus, on nous avait mis à disposition une bicyclette à l'effigie de MSF, ce qui fut très pratique pour nos déplacements. De surcroît, une femme de ménage venait chaque jour nettoyer la maison et laver notre linge, ce qui, indéniablement, n'était pas pour nous déplaire.

Le lendemain, dès 8h00, nous étions au bureau MSF (voir chapitre 4) situé à quelques minutes à vélo de la maison. Nous avons fait la connaissance de Philippe Blasco, le responsable terrain avec lequel nous avons abordé la question des interprètes.



Philippe

Effectivement, la très grande majorité des Laotiens ne s'expriment pas en anglais et nous devons donc impérativement trouver une personne susceptible de parler anglais ou français de préférence, pour effectuer la traduction. Sans cela, il aurait été impossible d'envisager un véritable échange avec les patients. C'est ainsi que nous avons fait la connaissance dès le premier jour de M. Seth, le mari de la traductrice de la Dr Ann. Après avoir discuté un moment avec Philippe, nous nous sommes mis d'accord sur les tarifs, nous alignant sur ceux de MSF, à savoir \$45 par semaine. M. Seth, un homme de 60 ans, a, ainsi que son épouse, une grande culture et est professeur de biologie et de chimie. Il parle très bien français et s'est montré très disponible à notre égard.



M. Seth et Mélissa

Hôpital et son personnel : premières impressions

Lorsque nous sommes allés pour la première fois à l'hôpital, nous avons tout d'abord été frappés par l'aspect des bâtiments. Le style colonial leur conférait un charme particulier, de même les jardins qui l'entouraient rendaient ce lieu agréable et paisible. En marchant le long des allées, notre regard s'est posé sur les familles des patients, assises sur l'herbe à même le sol, qui préparaient la nourriture ou discutaient entre eux, tandis que des marchands passaient auprès d'eux, certains leur proposant du poisson séché, d'autres des babioles en tous genres. Ce fut une vision très marquante pour nous de voir que les proches des malades attendaient patiemment à l'extérieur. C'est une manière très efficace d'apporter au patient un soutien constant et cela nous a beaucoup touchés. Que la famille prenne ses quartiers sous les fenêtres de l'hôpital peut sembler un peu incongru, mais cette présence permanente, cette proximité, contribue sans doute énormément à reconforter la personne malade et l'aide à se sentir moins seule.

On nous a tout d'abord présenté aux infirmières laotiennes. Elles étaient sept, toutes plus sympathiques les unes que les autres, et visiblement ravies de nous voir arriver.



Deux infirmières en action

Toujours en compagnie du Philippe nous sommes ensuite allés nous présenter au vice-directeur de l'hôpital qui nous a fait un charmant accueil. Son bureau ne manquait certes pas de cachet, mais devenait néanmoins vétuste et un peu désuet, n'ayant sans doute jamais été rénové depuis les années 30. Nous avons pu discuter de beaucoup de choses avec lui, et notamment aborder des questions aussi bien politiques que sanitaires et sociales, sujets qu'il connaissait bien et sur lesquels nous avons appris beaucoup. Mais à la fin, lorsqu'il nous a dit gagner un salaire mensuel de \$50, nous sommes restés interdits. Effectivement, un tel salaire ne suffit de loin pas pour vivre et encore moins pour entretenir une famille. C'est pourquoi cet homme, en plus de ses journées de travail, devait travailler dans une clinique privée pour pouvoir compléter son revenu. Toutefois c'est une chose malheureusement courante au Laos que d'avoir deux professions, le salaire de l'une n'étant généralement pas suffisant. De plus, comme il nous l'a expliqué, le statut de médecin n'a pas la même connotation que chez nous : le régime communiste tente d'effacer le plus possible les distinctions sociales, par conséquent il n'est guère plus valorisant d'exercer le métier de coiffeur que celui de médecin. Par déduction, on peut

supposer qu'un médecin si largement sous-payé ne s'investira ni ne se surpassera autant que s'il avait été payé décemment.

Ensuite, l'infirmière-chef nous a accompagné dans les différents services afin de nous montrer l'hôpital dans son ensemble, ce qui nous a permis de découvrir et de nous rendre compte à quel point les soins et le matériel à disposition étaient par moments loin de ce que nous connaissions en Europe. Néanmoins, selon les départements, l'équipement n'était pas si archaïque que ça, le scanner nous a particulièrement impressionné. Mais si c'est une chose de posséder du matériel de pointe, c'en est une autre de savoir l'utiliser.

De plus, le rythme de vie là-bas n'a rien à voir avec celui des pays industrialisés, dans le sens où personne n'est stressé, ne court dans tous les sens, ne doit respecter des horaires à la lettre. Le temps semble s'écouler plus lentement, et les gens ne sont pas soumis aux mêmes contraintes ni aux mêmes règles que chez nous. C'est pour le moins stupéfiant quand on est habitué aux inquiétudes permanentes et au stress constant que l'on rencontre d'ordinaire au sein de ce type d'institution.

Avec les malades

La première semaine de stage était principalement destinée à nous familiariser avec les lieux, les membres de l'équipe et à l'observation. Nous avons effectué la visite médicale à 9h00 chaque matin, en présence des médecins, des infirmières et des traducteurs, ce qui porte le nombre de participants à une petite quinzaine. C'était peut-être un des moments les plus difficiles, où l'on voyait tous ces patients souffrir en silence (les Laotiens sont très stoïques), d'une maigreur extrême, affaiblis, rongés par la maladie. Au fil des jours, quelques patients vont mieux, d'autres au contraire sont de plus en plus faibles et finissent par mourir. Sans façon, sans cérémonie ou pleurs, on enlève le corps et le lendemain la place vacante retrouve un autre occupant. Du reste, les Laotiens n'ont absolument pas la même vision de la maladie ni même de la mort qu'en Occident. Dans la religion bouddhique, la mort fait partie intégrante de la vie, si bien qu'ils y accordent un sens différent du nôtre. La mort est considérée comme une étape qui mène à la réincarnation donc à une vie nouvelle. Du coup, la sobriété des sentiments et des émotions à l'égard des malades peut parfois surprendre.



Une pièce est réservée aux patients ayant des maladies respiratoires, la plupart étant contaminés par la tuberculose. Aucune précaution n'est prise pour se prémunir contre cette maladie très contagieuse et les masques adéquats sont quasi inexistants. Cela peut poser des problèmes importants lorsque cette maladie infecte des autres patients déjà mal en point et dont les défenses immunes ne peuvent en aucun cas faire face. D'ailleurs, les patients victimes du VIH/SIDA sont beaucoup plus susceptibles d'attraper la tuberculose que des personnes saines.

Nous avons également assisté à quelques séances de *counselling* ainsi qu'à de nombreuses consultations médicales. Nous avons donc pu nous faire une idée de la manière dont fonctionnait l'unité de virologie. Le climat général était très bon et l'ambiance entre les membres du personnel soignant tout à fait agréable.

Mise en route de notre projet de stage : principaux protagonistes

La semaine suivante, nous nous sommes mis d'accord sur l'élaboration d'un projet concret qui nous occuperait les semaines à venir, et qui pourrait être utile à MSF. Nous avons alors réalisé un questionnaire censé évaluer les connaissances du patient sur sa maladie et vérifier que les informations transmises lors des séances de *counselling* soient bien comprises et assimilées. Nous avons réfléchi à des questions simples touchant à la maladie elle-même, à ses modes de transmission et aux moyens de protection, ainsi qu'une seconde partie sur les ARV pour les patients traités. Le questionnaire ainsi que les résultats de notre enquête se trouvent dans le chapitre suivant. L'analyse des réponses peut alors mettre le doigt sur les lacunes des patients et leurs incompréhensions, ce qui permettra aux infirmières de mieux insister sur certaines choses ou de mettre l'accent sur d'autres, de même d'expliquer plus longuement ou différemment.

Nous avons donc tapé notre questionnaire à l'ordinateur et avons commencé les interviews dès la deuxième semaine et les avons continués jusqu'à la fin de notre stage. C'est en commençant les interviews que nous avons changé d'interprète car M. Seth devait repartir pour la capitale, si bien qu'on nous a attribué M. Singh, un traducteur de MSF, qui venait d'achever ses vacances. Pendant les semaines suivantes, nous avons eu de longues discussions avec lui au cours desquelles il a pu nous confier des éléments marquants de sa vie : en 1975, il a été condamné à 11 ans de travaux forcés dans le nord du pays par les communistes au pouvoir. Sans son travail à MSF, sa situation financière serait des plus précaires car il doit prendre en charge pas moins de huit enfants (les siens et ceux de son épouse). Encore aujourd'hui, il a du mal à joindre les deux bouts et est contraint de vivre très modestement pour que tout le monde puisse manger à sa faim.



M. Singh

Nous avons eu aussi l'occasion de rencontrer le chef de mission MSF au Laos, Thierry Dumont avec lequel nous avons partagé de très bons moments, mais qui n'a été que de passage à Savannakhet car son activité principale se trouve à Vientiane. Il tente, avec beaucoup de difficultés, de convaincre le gouvernement laotien de reprendre le projet MSF et de faire des demandes de fonds au *Global Fund*. C'est un travail titanesque dans un pays où l'état ne paie même pas correctement ses propres employés ! MSF tient à se retirer du Laos en 2008.



Thierry

Enquête auprès des patients

Voici le questionnaire que nous avons mis en place afin d'évaluer les connaissances de patients sur leur maladie :

VIH / SIDA

1. Qu'est-ce que c'est que le VIH?
What is HIV?

2. Qu'est-ce que le VIH fait dans l'organisme?
What does HIV do in the body?

3. Quel est le rôle des cellules CD4?
What is the role of the CD4 cells?

Modes de transmission

- a. Par contact (toucher une personne infectée) / Touch an infected person ?
- b. En embrassant une personne infectée / Kiss someone infected ?
- c. Par l'air / By air ?
- d. Par rapport sexuel non protégé / Sexual intercourse without condom ?
- e. En buvant dans le verre d'une personne infectée / Drink in a glass of someone infected ?
- f. Par l'utilisation de seringues usagées / Utilisation of a used syringe ?
- g. Par les moustiques / By mosquitos ?
- h. En allant aux toilettes après une personne infectée / Use of toilet after that someone infected went there
- i. Par le sang / By blood ?
- j. Lors d'une grossesse / un accouchement d'une mère infectée à son enfant / During the pregnancy /delivery of an infected mother to her child?
- k. Lors de l'allaitement / During breast feeding ?

Moyens de protection / Santé du patient

Comment se protège le patient et comment protège-t-il les autres du VIH ?
How does the patient protect himself and protect the others from the HIV ?

- a. utilisation du préservatif / use of condom
- b. ne pas allaiter / do not breast feed
- c. avoir une bonne hygiène / have a good hygiene
- d. aller chez le médecin quand il se sent mal/ go to see the doctor when he feels sick
- e. ne pas se faire tatouer/ do not tatoo himself
- f. ne pas utiliser de seringues usagées / do not use syringe
- g. ne pas se blesser / do not harm himself

- 30 patients ont été interrogés
- 23 sont sous traitement ARV (77%)
- 18 hommes (60%), 11 femmes (37%) et 1 enfant (3%)
- 1 patient a 5 ans (3%)
- 4 patients ont entre 20 et 25 ans (13%)
- 9 patients ont entre 26 et 30 ans (30%)
- 11 patients ont entre 31 et 40 ans (37%)
- 5 patients ont plus que 41 ans (17%)

Concernant le mode d'action du VIH dans l'organisme:

- 19 patients ont répondu correctement (63%)
- 11 patients se sont trompés ou ne savaient pas (37%)

Concernant le rôle des cellules T CD4⁺:

- 16 patients ont répondu correctement (53%)
- 2 patients ont répondu partiellement (7%)
- 12 patients se sont trompés ou ne savaient pas (40%)

Concernant les modes de transmission du VIH:

Tous les patients ont répondu correctement aux affirmations suivantes:

Le VIH peut être transmis:

- par l'air (non)
- lors de rapports sexuels non protégés (oui)
- en buvant dans le verre d'une personne infectée (non)
- par l'utilisation de seringues usagées (oui)
- en allant aux toilettes après une personne infectée (non)
- par le sang (oui)
- lors d'une grossesse / d'un accouchement (oui)

Voici les erreurs relevées:

- 9 patients pensaient que l'on pouvait être infecté par les moustiques (30%)
- 5 patients pensaient que l'on pouvait être infecté en embrassant une personne infectée (17%)
- 2 patients pensaient que l'on pouvait être infecté par contact (7%)
- 3 patients pensaient qu'un enfant ne pouvait pas être infecté lors de l'allaitement (10%)

Il est important de noter que c'est souvent un même patient qui se trompe à plusieurs reprises.

Concernant les moyens de protection:

- 30 patients disent utiliser le préservatif lors de rapports sexuels (100%)
- 7 patients disent faire attention à ne pas se blesser pour ne pas contaminer leurs proches (23%)

Concernant la prise en charge de leur santé:

- 14 patients disent avoir une bonne hygiène de vie (alimentation, sommeil, etc.) (47%)
- 100% des patients disent aller chez le médecin s'ils se sentent malades.

Concernant les traitements ARV (23 patients questionnés):

- 14 patients savent à quoi sert leur traitement (empêche la réplication du virus sans le tuer) (61%)
- 4 patients ont donné une réponse partielle (pour augmenter le nombre de CD4+) (17%)
- 5 patients ne savent pas répondre (22%)

Concernant la compliance au traitement lors de ce dernier mois:

- 22 patients pensent avoir pris 100% de leur traitement (96%)
- 5 patients (sur les 22 précédents) avouent avoir eu du retard sur l'heure de la prise (23%)
- 1 patient a reconnu avoir pris 80% de son traitement (4%)

Concernant les effets secondaires constatés:

- myalgies (1 patient)
- épaissement de la peau du front (1 patient)
- vomissements (2 patients)
- diarrhées (4 patients)
- asthénie (3 patients)
- rash (4 patients)
- vertige (2 patients)
- nausée (4 patients)
- céphalées (2 patients)
- paresthésie (1 patient)

Tous les patients ont constaté une nette amélioration dans leur vie de tous les jours et ont presque tous récupéré la totalité de leur force.

Concernant la prise des médicaments, tous les patients semblaient au clair sur les horaires et la quantité de comprimés.

Concernant l'accueil et la prise en charge (12 patients interrogés):

Tous les patients se sont dit très satisfaits par l'accueil du personnel soignant. Toutefois certains d'entre eux ont fait les recommandations suivantes :

- Améliorer le bâtiment de Mme Puvan et Kinoy.
- Créer un centre VIH à Paksé, une ville située à 240 km au Sud de Savannakhet.

Un patient a quand même eu des problèmes avec une infirmière lors de son hospitalisation. Cette dernière se serait comportée d'une manière irrespectueuse et l'aurait brutalisé lors d'un soin infirmier. Le patient se dit blessé moralement et physiquement. Il souhaite que cela ne se reproduise pas à l'avenir.



Voici notre Best of des réponses les plus inattendues:

- Concernant les moyens de protection: « garder mes distances avec les malades », « ne pas utiliser le même coupe-ongle », « ne pas utiliser les mêmes vêtements », « ne pas se saigner ».
- « je pesais 12 kg à mon arrivée »
- « mon traitement est bon pour le SIDA »
- « le VIH mange notre sang dans notre corps »
- « le VIH nous empêche de bien manger »
- « les CD4 détruisent les globules rouges »

En guise de remerciements

Par Mélissa Vetsch

L'histoire de Kinoy

Voici l'histoire de Kinoy, un Laotien de 30 ans atteint par le VIH. Il est le représentant des patients au sein de MSF, car c'est l'un des premiers à avoir pu bénéficier des traitements ARV, alors que sa vie était gravement menacée par une méningite.



Kinoy

C'est en 2001 qu'il a été dépisté séropositif à Bangkok. À l'époque, il était chanteur dans un restaurant. Sa première idée, suite à l'annonce de sa séropositivité, fut de rentrer au Laos afin de donner l'argent qu'il avait gagné en Thaïlande à sa famille, puis de retourner à Bangkok pour mourir. On l'avait informé que l'on ne pouvait pas traiter le VIH. Il ne voulait absolument pas parler de sa maladie à sa famille par honte. Finalement, c'est à son frère (un volontaire qui parcourt les villages pour informer la population des risques du VIH/SIDA) qu'il a réussi à se confier. Il a été rapidement pris en charge par le Dr Kamphang. Kinoy nous a raconté combien sa vie avait changé depuis la prise des médicaments ARV, et qu'à présent, il se sentait revivre à nouveau : « C'est une seconde naissance » nous a-t-il confié. Le désespoir et les doutes ont maintenant fait place à une joie de vivre qu'il croyait définitivement perdue. Son parcours est touchant : il peut à nouveau construire des projets pour l'avenir et vient même d'épouser une jeune Laotienne avec laquelle il rêve d'avoir des enfants. Voilà bientôt deux ans que son traitement ARV a commencé, et Kinoy peut enfin reprendre la vie normale d'un jeune homme de son âge.

Cet exemple illustre avec beaucoup d'espoir les résultats des nouveaux traitements et contribue à encourager les nombreux patients, souvent très faibles, à débiter les ARV. En voyant Kinoy, certains reprennent courage et peuvent croire davantage en un avenir meilleur. C'est donc lui qui représente, et peut témoigner en quelque sorte, de la réussite du projet MSF au Laos.

Khop tchai laï laï (merci beaucoup en laotien)

J'aimerais terminer ce travail en remerciant vivement tous les gens qui nous ont aidés à mener à bien cette expérience unique, et grâce auxquels nous avons pu découvrir une autre forme de médecine, plus pragmatique et plus directe. Etre immergés pendant plus d'un mois dans une culture si différente de la nôtre, au milieu de gens si accueillants et si ouverts, nous a beaucoup appris et nous a également fait réfléchir.



Nous tenons à remercier en particulier Dr Ann Meeussen sans laquelle nous n'aurions jamais pu vivre cette aventure. Un grand merci aussi à toute l'équipe sur place : Thierry, Ahmed, Philippe, Ann, Ashild et Anne-Lise. Merci aussi à tous les employés laotiens de MSF : les traducteurs, les chauffeurs, les médecins et les infirmières pour nous avoir accueilli si agréablement.



Mme Theung et Mélissa

Durant notre séjour, nous avons également côtoyé d'autres personnes, comme M. Seth et son épouse Mme Theung, avec lesquels nous avons passé beaucoup de temps et qui nous ont énormément touchés. Mme Theung travaille depuis plusieurs années avec des organisations humanitaires comme interprète francophone, depuis que l'Etat ne lui verse plus son salaire d'enseignante. Elle a fait preuve d'une grande attention à notre égard et nous a souvent invités à de somptueux repas traditionnels au sein de sa famille. Nous avons ainsi fêté les 30 ans de son fils en compagnie de ses enfants et petit-enfant. Ces moments forts resteront pour nous inoubliables.

Grâce à sa générosité et à son hospitalité, nous avons eu la chance de nous retrouver au cœur d'une famille laotienne avec tout ce que cela comporte d'authentique. Mme Theung restera pour moi un bel exemple de bonté et de bienveillance, et c'est d'ailleurs quelqu'un avec qui je ne manque pas de garder contact.



Mme Puvan, Alexis, Kinoy et Mélissa

Nous espérons de tout cœur que notre court passage au sein de MSF au Laos encouragera la venue d'autres stagiaires et qu'il puisse donner à cette organisation l'envie d'offrir cette opportunité à beaucoup d'autres étudiants afin qu'ils puissent vivre une expérience comparable.

