Etude du système de santé vietnamien

La prise en charge de la tuberculose à la ville et à la campagne

Rapport d'immersion en communauté, juin - juillet 2005

Stéphanie Darbre
Amélie Pauchet
Eric Buffle
Nana Kwabena Poku

Introduction générale

Le Vietnam

La tuberculose

Schéma de l'organisation des soins et parcours de deux patients hypothétiques

L'organisation des soins au Vietnam : un bref aperçu de la situation

Introduction de l'hôpital Bach Mai

Introduction du district de Ba Vi (hôpital de district et centres de soins)

Informations récoltées auprès des médecins de Bach Mai et Bavi, à comparer avec les encadrés contenant les informations officielles.

1. Généralités sur les médecins
2. Incidence, prévalence et étiologie de la tuberculose
3. Campagne de prévention et vaccination
4. Diagnostic
5. Traitement
6. Assurance

Encadrés des interviews des médecins :
Docteur Thai
Docteur Lê, médecin dentiste

Informations récoltées auprès des patients

a) Hanoi : Hôpital Bach Mai
Encadrés des interviews des deux patients

b) Bavi : Hôpital de district et centres communaux
1. Origine des patients et moyen de transport
2. Religion et appartenance ethnique
3. Profession et salaire
4. La maladie
5. Le traitement DOTS
6. Frais du traitement DOTS
7. Assurances
8. D'après les patients, étiologie de leur maladie
9. Connaissance des patients au sujet de leur maladie
10. Perception de la maladie par l'entourage du patient

Encadrés des interviews de cinq patients

Médecine traditionnelle

Encadré de l'interview de la Dr Lê Thuy
Encadré du patient hospitalisé

Grippe aviaire

Conclusion générale

Impressions personnelles

Remerciements

Références

Annexes

1. Questionnaire des médecins
2. Questionnaire des patients
3. Affiche interdisant l'accès aux chambres pour cause de grippe aviaire (Hôpital Bach Mai)
4. Dépliant de médecine traditionnelle

Introduction générale

Notre stage au Vietnam avait pour but d'étudier le système de santé vietnamien en comparant la prise en charge de la tuberculose à l'hôpital Bach Mai de Hanoi et dans les centres de soins du district de BaVi.

Le docteur Jallon, du département de Neurologie aux HUG, nous a mis en contact avec le chef du département de Neurologie à l'hôpital Bach Mai de Hanoi, le docteur Cuong. Il nous a délégué à un de ses collègues, le docteur Hung, qui nous a à son tour mis en contact avec le docteur Chau, chef du département de Pneumologie à Bach Mai.

Nous avons passé une semaine et demie à l'hôpital Bach Mai. Nous avions rédigé avant de partir un questionnaire destiné aux médecins, et un autre destiné aux patients. Avec ces questionnaires, nous avons commencé notre enquête auprès des médecins et patients internés dans le département de Pneumologie. Notre séjour dans cet hôpital a malheureusement été écourté avec l'apparition de plusieurs cas de grippe aviaire dans le département de Pneumologie, avec forte suspicion de transmission humaine.

Pour la deuxième partie de notre stage, une secrétaire de la faculté de médecine de Hanoi a pris en charge l'organisation de notre séjour dans le petit village de Ba Vi, à environ 60 kilomètres de Hanoi. Nous avons donc passé quelques jours à Ba Vi, où nous avons été accueillis à l'hôpital de district par la cheffe de l'hôpital. Dans l'hôpital de district et dans divers centres de soins, nous avons interviewé plusieurs médecins, assistants médecins, et patients tuberculeux à partir des mêmes questionnaires que nous avions utilisés à l'hôpital de Bach Mai.

Finalement, étant donné le fait que nous avions un peu de temps à disposition vu notre départ anticipé de Bach Mai, nous avons profité d'une visite de l'hôpital national de médecine traditionnelle à Hanoi pour questionner un des médecins de l'hôpital et un malade interné dans cet hôpital.

Remarque : une copie du questionnaire que nous avons utilisé pour les médecins et les patients se trouve en annexe à la fin de ce rapport.

Le Vietnam: un pays

Avant de décrire notre expérience d'immersion à proprement parler, nous avons pensé qu'il serait préférable de décrire le pays tel qu'il est actuellement et quelle est l'impression personnelle qu'il nous a laissé et ce qui nous a marqué.

Quelques données officielles :

La population :

Le Vietnam est un pays d'Asie du Sud – Est et compte actuellement 80 millions d'habitants. Il se situe donc au 15ème rang dans la liste des pays les plus peuplés au monde devant la France, le Royaume-Uni et l'Italie, qui comptent chacun, un peu moins de 60 millions d'habitants. L'influence mondiale de ce pays en terme de population n'est donc pas négligeable. De plus, le Vietnam, au contraire de ces trois pays européens possède un taux de natalité impressionnant : 1 million de nouveaux-nés par ans. A ce rythme, il y aura 100 millions d'habitants au Vietnam en 2010 ! Le tiers du pays a moins de 20 ans.

Il existe de plus une incroyable diaspora vietnamienne de part le monde. Cette émigration est en grande partie à attribuer à la guerre du Vietnam, bien que sous l'ère coloniale, de nombreux Vietnamiens aient déjà quitté leur terre natale pour étudier en France par exemple ou en Europe et aux Etats-Unis (un des exemples les plus marquants se trouve en la personne du vénéré Ho Chi Minh, qui parcouru le Monde occidental dans son ensemble, en s'étant forgé une érudition hors du commun.). Pour donner un ordre d'idée : pendant l'époque seule de 1979 à 1988 (période de l'après guerre), un très grand nombre de citoyens fuirent leur pays pour se réfugier en France (250 000), au Canada (110 000), en Australie (120 000) et aux Etats-Unis (1 300 000), parmi eux, une bonne partie de la matière grise nationale. Un exil forcé, pour des raisons politiques au départ et économiques par la suite. Cette diaspora, encore de nos jours, reste forte et solidaire entre elle, et bien qu'elle revendique avec fierté son appartenance à sa terre maternelle, nombreux expatriés viennent revisiter leur pays en simples touristes et peu reviennent y vivre.

Géographie :

La capitale du Vietnam est Hanoi, la communiste, dont l'agglomération compte environ 3 000 000 d'âmes. Cette ville se situe au Nord du pays, dans le delta du fleuve rouge.

Beaucoup plus calme en général que sa « rivale » du Sud (Ho Chi Minh ville), Hanoi se veut aujourd'hui le centre politique et le promoteur de l'idéologie communiste dans le pays. Nous l'avons trouvé bien plus authentique (si nous pouvons la juger ainsi) que Saigon. Mais il lui est bien difficile de résister à la pression capitaliste : la concurrence acharnée entre les hôtels et agences de voyages récemment installés à Hanoi nous sont apparus comme l'une des « percées » les plus voyantes du capitalisme.

Au centre se situe Hué, la capitale sous la dynastie Nguyên. La cité impériale et les tombeaux des empereurs sur la rivière des parfums (fleuve traversant Hué), témoignent de l'importance passée de cette ville.

Au Sud se situe Ho Chi Minh Ville, la capitaliste, qui compte 8 000 000 habitants. Là ce ne sont plus les lacs paisibles et l'ambiance provinciale de Hanoi : les gratte – ciels, la circulation folle et l'appât du gain y ont élu domicile.

C'est Ho Chi Minh Ville qui réellement constitue le moteur économique du pays : c'est là que l'on trouve les grandes affiches publicitaires du pays. Le nom de Ho Chi Minh Ville ne lui a été attribué qu'après la fin de la guerre en 1975. C'est en hommage à Ho Chi Minh, mort avant la fin de la guerre en 1969, que Saigon (nom d'entant) fut rebaptisée par le gouvernement communiste du Nord. Il est cependant intéressant de noter que dans les conversations plus « informelles » avec un Vietnamien (dans la rue ou dans un restaurant), c'est toujours Saigon qui est employé pour désigner la ville. En revanche, lorsque l'on

s'adresse à un soldat ou à un employé de Vietnam Airlines (compagnie appartenant à l'Etat Vietnamien), il est nettement préférable d'utiliser le nouveau nom officiel.
Certains Vietnamiens racontent, qu'après la défaite du Sud en 1975, c'est Saigon qui remporta la dernière victoire, économique cette fois-ci face au Nord. En effet, bien que le Vietnam reste un pays officiellement communiste, le gouvernement a dû recourir à de nombreux réajustements constitutionnels pour faire de la place à un capitalisme qui transpirait déjà à travers toutes les frontières du Vietnam dès la fin de la guerre.

Il est à noter que le Vietnam a depuis très longtemps (presque deux millénaires) subi l'influence de la Chine son grand voisin du Nord. Le pays a d'ailleurs connu des relations sanglantes jusqu'à il y a peu (tentative d'invasion du Vietnam par la Chine : la guerre durera 17 jours et sera matée facilement par une armée vietnamienne affûtée par un quart de siècle de guerre, faisant 20 000 morts côté chinois).

En outre, le Vietnam possède des frontières à l'ouest du pays avec (en allant vers le Sud) le Laos et le Cambodge. C'est d'ailleurs avec ces deux pays que les Français au début du siècle on occupé le Vietnam sous le nom général d' « Indochine ».
Enfin, les limites du territoire vietnamien sont majoritairement constituées par la mer de Chine.

La culture vietnamienne :

Les langues :

Au Vietnam, Le Vietnamien est la langue officielle parlée par la presque totalité des Vietnamiens. Ses origines restent obscures mais l'on sait qu'elle a reçu de nombreuses influencent thaïes et chinoises ainsi que khmer.
Le Vietnamien, du point de vue des francophones que nous sommes, a la vertu de s'écrire en lettres latines (ce qui donne au quidam occidental l'illusion qu'elle est une langue accessible), mais le « vice » si l'on peut s'exprimer ainsi d'être une langue monosyllabique (anticonstitutionnellement se traduit par : « bat hop hien »), tonale (6 manières différentes d' « intoner » un même son : « be » par exemple : pouvant donc signifier *flacon à alcool*, *train - raideau*, *petit*, *rompre*, *avoir honte*, et enfin *gaine de feuille de bananier* selon le ton avec lequel on le prononce) et qu'elle est enfin une langue totalement dépourvue de racines indo – européennes (excepté quelques mots comme « bia » : la bière, directement importés par les américains pendant la guerre probablement). Autant dire, que se faire comprendre et comprendre est une tâche hautement ardue !
Mais pourquoi diantre n'importe quelle occidental est-il capable de « lire » le Vietnamien. Où se trouve donc la connexion entre l'alphabet des Romains et la pays de la Baie d'Halong qui n'ont à priori, rien à voir l'un avec l'autre ? Cette curiosité linguistique, nous la devons à Alexandre de Rhodes (1591 - 1660), l'un des premiers missionnaires venu dans ces lointaines contrées. Arrivé au Vietnam, il se confronta à l'écriture d'alors hautement inspirée des idéogrammes chinois. Il décida alors de transcrire le vietnamien « phonétique » avec les caractères latins et aboutit au vietnamien que nous connaissons aujourd'hui. Pour la petite histoire, fils d'une famille juive puis converti au christianisme, ce brillant jésuite appris le Vietnamien assez rapidement pour prêcher l'Evangile seulement 6 mois après son arrivée. Il appris par la suite, le chinois, le russe, l'hindoustani et le persan !

En plus du vietnamien et des langues propres des minorités ethniques, le français et l'anglais sont deux langues que beaucoup de Vietnamien dans les grandes villes du moins baragouinent voir parlent parfaitement.
Le français est encore parlé (et parfois très bien) par les plus de 55 ans. Ils doivent cette connaissance à la présence coloniale française jusque dans les années 1955. Nous avons rencontré par exemple le gérant d'une échoppe dans une rue à Hanoi qui parlait un français plus qu'acceptable !
L'anglais est cependant la langue étrangère qui remporte le plus franc succès (pas très étonnant !) : elle a remplacé le français dans les écoles et constitue un atout indispensable pour qui veut se lancer dans le tourisme !

Les minorités ethniques :

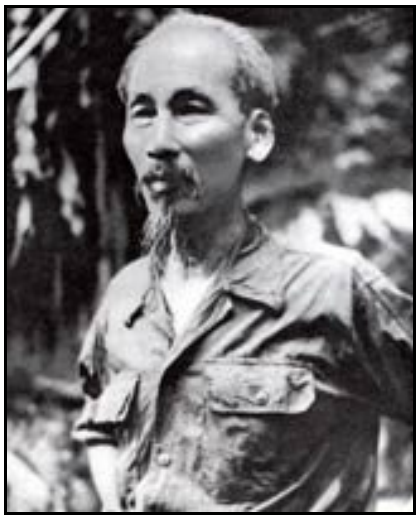
Environ 86 % de la population totale appartient à la l'ethnie « King » : ce sont eux qui ont imposé leur langue au Vietnam dans son ensemble. Cependant, le 14 % ne sont pas dénués d'intérêt : pas moins de 53 minorités ethniques sont éparpillées dans le pays. Elles possèdent chacune leur propre langue (en plus de parler souvent parfaitement le Vietnamien) qui est incompréhensible pour l'habitant de Hanoi par exemple.
Ces minorités se concentrent principalement dans les régions montagneuses à l'intérieur du pays. Il existe par exemple une forte minorité thaïe au Nord - Ouest du pays (communauté estimée à plus d'un million de personne). Leur langue est apparentée au Thaï de Thaïlande (à ne pas confondre avec les Tay vivant dans la même région et plus au sud, appelés ainsi car habitant principalement à l'Est du pays !).

Il existe également une très forte population Khmer dans le Delta du Mékong, dans le sud du pays. Les Khmers parlent leur propre langue qui s'apparente au Khmer du Cambodge et ils pratiquent leurs coutumes dans de magnifiques temples khmers. Le Cambodge sous les Khmers Rouges revendiquait d'ailleurs cette partie du pays ce qui ne les a pas empêché de tuer Khmer – Vietnamiens au même titre que Vietnamiens non Khmers.

A Saigon, vit également une forte communauté de commerçant chinois habitant dans le quartier marchand de Cholon (sous le quartier de l'ère coloniale, c'est là que les français venaient s'approvisionner en opium !). Là encore, dans de superbes temples en plein centre de Ho Chi Minh Ville, on parle chinois.
Les minorités des montagnes exercent le plus souvent des tâches agricoles (récolte du riz, élevage de bétail). Bien que leurs revenus soient des plus humbles (du moins, ceux qu'il nous a été possible d'entre - apercevoir), ils sont pauvres mais ne vivent souvent pas dans la misère : ils mangent à leur faim et ont un toit qui leur appartient (bien que certaines minorités effectuent des tâches telles que la récolte du charbon, beaucoup plus difficile physiquement et nettement plus ingrates).
Malheureusement, ces minorités sont parfois également des « victimes » du tourisme capitaliste : à Sapa dans le Nord du pays, les minorités Hmong, Dzao et Meo arpentent les rues de la ville pour vendre leur costumes traditionnelles et par là se rendent plus « dépendants » du monde occidental ce qui économiquement les fragilise.

Ho Chi Minh : un dieu des temps modernes

Parmi les quelques cinquante pseudonymes adoptés dans sa longue vie par Nguyen Tat Thanh, est resté celui de Ho Chi Minh (qui signifie modestement « l'oncle à la volonté éclairée »). En Occident, il est également très connu comme « l'oncle Ho ». Originaire de Vinh, en 1889 dans la province de Nghe An (dans le nord du pays, au Sud de Hanoi), Ho Chi Minh est le fils d'un modeste lettré farouchement nationaliste. Il devient instituteur. A 22 ans (1911), il s'engage comme boy sur le Latouche – Tréville, paquebot français (sous un autre nom d'emprunt considérant son travail sur le paquebot comme dégradant le nom de sa famille). Commence alors un long voyage hors de ses terres natales où Ho Chi Minh effectuera de nombreuses tâches les plus diverses (jardinier, balayeur, serveur, retoucheur de photos, chauffeur), s'instruira de manière impressionnante (outre le vietnamien et le français qu'il maîtrise à la perfection, il apprendra l'anglais, le russe et le chinois) et acquerra peu à peu ses convictions politiques.



En 1919, il se rend à Paris, où il commence par écrire aux autorités un manifeste pour l'indépendance du Vietnam à l'amiable, lors du traité de Versailles. Il devient également rédacteur en chef du *Paria*, la tribune du prolétariat colonial. Enfin, en 1920, il est l'un des fondateurs du parti communiste français.

En 1923, il part pour Moscou rejoindre l'internationale ouvrière. Il assiste notamment à l'enterrement de Lénine : penseur politique qu'il respectait profondément. Avec Marx, le portrait de Lénine était accroché à une place d'honneur dans l'humble maison sur pilotis d'Ho Chi Minh à Hanoi.

En 1925, il est envoyé en Chine (Canton) où de 1925 à 1927, il s'immerge dans la révolution chinoise tout en y construisant le noyau du futur parti communiste indochinois et du parti communiste vietnamien.

En 1930, à la demande du gouvernement anglais de Hong Kong, il est incarcéré par les français pour activités révolutionnaires en France, en Indochine, en Chine et à Hong Kong. A sa libération, il se rend en Union soviétique, puis retourne en Chine avant de regagner son pays après 30 ans d'absence en 1941 où il est l'un des membres fondateurs du *Viet Minh* ou ligue pour l'indépendance du Vietnam. Le Vietnam est alors encore colonisé par une France en pleine guerre et également en partie occupé par les Japonais. Le Viet Minh est d'ailleurs, au début de son activité soutenu par les Chinois et… les Américains ! Contrairement aux partis nationalistes, le Viet Minh est le seul parti à réellement recevoir un appui populaire notamment auprès des paysans grâce à sa bonne prise en compte des frustrations et aspiration de cette population majoritaire. Le 2

septembre 1945, alors que le Viet Minh est en possession d'une grande partie du pays, Ho Chi Minh déclare l'indépendance du Vietnam sur la place même où se trouve le mausolée dans lequel il repose. Ho Chi Minh et le Viet Minh entreront alors en guerre (« guerre d'Indochine débutée en 1946) contre les Français qui verront progressivement leur pouvoir sur le Vietnam fondre jusqu'en 1954, où ils seront finalement vaincus lors de la bataille de Dien Bien Phu (Petite ville dans le Nord Ouest du pays près de frontière laotienne) et expulsé de leur « Indochine ».

A noter que la momification d'Ho Chi Minh et l'érection de son mausolée vont à l'encontre de ses propres vœux qui étaient qu'une fois mort, il soit incinéré et que ses cendres soient réparties dans les trois grandes régions du pays : le Nord, le Centre et le Sud du pays, symbole de l'union vietnamienne.

En 1954 toujours, suite à la défaite française, le Vietnam est coupé en deux avec pour ligne de démarcation arbitraire, le 17ème parallèle. Au Nord, la République Démocratique du Vietnam est au pouvoir avec Ho Chi Minh comme président. Au Sud gouverne Ngo Dinh Diem, catholique austère qui sera très vite haï par toute le population. Les Français viennent de quitter le sol vietnamien quand déjà, les premiers « conseillers » américains arrivent à Saigon. Furieusement anti – communiste, Diem devient rapidement un dictateur après avoir truqué les élections avec la bénédiction américaine en 1955.

Commencera alors progressivement la guerre du Vietnam avec des forces américaines de plus en plus présentes. Cependant, le gouvernement de Diem et les Américains qui le soutiennent auront énormément de peine à lutter contre le *Viet Cong* (Ligue pour la réunification du Vietnam, héritier du Viet Minh), qui s'infiltrera dans toutes les provinces du Sud surtout dans les campagnes. La plupart des « soldats » Viet Cong dans le Sud sont d'ailleurs recrutés parmi la population paysanne. Paysans le jour et soldats la nuit, ils contribueront énormément à miner le moral des GI's américains qui n'arrivent pas à cerner cet ennemi « invisible ».

En 1969, Ho Chi Minh meurt, alors âgé de 80 ans. Les circonstances de sa mort de même que la date exact resteront largement occultées par le parti communiste. Certaines s'accordent à dire qu'il serait mort d'un problème cardiaque. Ho Chi Minh ne verra pas se réaliser son rêve ultime qui était de voir son pays réunifié, en paix, libéré de l'occupation étrangère.

Il serait superflu d'épiloguer sur le dénouement de la guerre : en 1975, les américains se retirent, ne fournissant plus qu'une aide financière au Sud – Vietnam qui tombera rapidement, subjugué par les forces communistes du Nord.
La guerre du Vietnam aura coûté la vie à 58 183 américains (selon les sources officielles américaines ! A comparer aux 1935 morts U.S. depuis plus de deux ans de guerre en Iraq, et surtout à 4 millions de Vietnamiens (5% de la population à l'époque)!

De nos jours, le Vietnam est un pays où la religion occupe une part moins importante que dans d'autres pays d'Asie du Sud – Est (comme la Thaïlande ou le Cambodge). Il est vrai cependant que beaucoup de Vietnamiens se rendent régulièrement dans des pagodes et que la grande majorité d'entre eux pratiquent le « culte aux ancêtres » comme nous l'expliquons plus bas.
Il est toutefois frappant d'observer l'ampleur de l'hommage rendu à la personne d'Ho Chi Minh

au Vietnam : Tous les billets de banque (de 1000 à 100 000 dong : 10 centimes, à 10 francs *(En image : 50 000 Dong vietnamien : environ 6 de nos Francs)* sans exception sont estampillés d'une effigie d'Ho Chi Minh. Il y a d'ailleurs très peu de variations dans le manière de le représenté : il s'agit toujours du visage à l'expression sage mais souriante d'un homme âgé d'une septantaine d'année avec une longue barbe blanche pointue caractéristique.

Ayant de nombreuses qualités humaines (sa simplicité, son intégrité et sa détermination seront admirées à travers le monde entier), nous avons eu le sentiment qu'il avait réellement été élevé au statut de divinité nationale. En effet chaque principale ville du pays possède son propre « musée Ho Chi Minh » ou des effets personnels du personnage sont rassemblés et mis en vitrine telles de véritables reliques.

Il est vrai que le gouvernement vietnamien tente de préserver à tout pris l'image d'un homme cumulant toutes les vertus, ne connaissant aucun « vice » de la « basse condition humaine ». Un journaliste a d'ailleurs été limogé (ainsi que le rédacteur en chef du journal) pour avoir écrit que Ho Chi Minh s'était marié à une chinoise pendant son séjour dans l'Empire du milieu (Ho Chi Minh n'a officiellement jamais eu d'enfant, il semble préférable aux yeux du parti communiste vietnamien qu'il n'ait jamais eu de relations amoureuses). Toutefois, nous avons été frappé par les nombreuses photos d'un homme très simple, aidant volontiers un paysan dans sa dure besogne, se déplaçant souvent à pied sur de longues distances. Sa maison sur pilotis en plein centre de Hanoi (d'une sobriété frappante) fait d'ailleurs contraste avec la fastueuse résidence du gouverneur d'Indochine qui le jouxte.

Nous avons discuté avec quelques Vietnamiens au sujet d'Ho Chi Minh. Bien que les questions politiques au Vietnam soient encore tabous, la majorité de la population ne s'oppose pas, du moins ouvertement, au gouvernement et au système en place. Certaines voix discrètes, notamment dans la population jeune à niveau d'éducation plus élevé (certains médecins à Hanoi) commencent à émettre quelques opinions plus critiques à l'encontre du pouvoir vietnamien. Tous s'accordent sincèrement à l'unanimité sur un point : Ho Chi Minh, qu'ils respectent profondément, était un grand homme qui a énormément apporté à la nation vietnamienne.

La propagande vietnamienne autour du personnage a eu une grande influence sur certains d'entre nous. Néanmoins, l'impression qu'il était un grand homme plein d'idéaux ayant dédié sa vie entière au peuple vietnamien nous est restée.

Religions et Coutumes

Le culte aux ancêtres

Le culte des ancêtres constitue la plus vieille pratique religieuse du Vietnam, antérieure au bouddhisme et au confucianisme : nombreux sont les Vietnamiens qui s'en contentent car, pour honorer les ancêtres, pas besoin d'aller à la pagode ni de sortir de chez soi. Il suffit de prier ses ascendants devant l'autel des ancêtres. Cette autel occupe une place très importante dans quasiment toutes les habitations vietnamiennes en passant par les bars, les magasins ou mêmes les bateaux ! Mêmes les militants (athées) les plus durs du parti communiste se prosternent, un jour ou l'autre, devant ce petit meuble tout simple sur lequel ont été disposés des photos, des fruits, des fleurs et

quelques bâtonnets d'encens. Pour l'homme de la rizière comme pour le jeune branché de Saigon, les âmes des ancêtres sont les protectrices de la lignée. Il constitue le symbole de la solidarité des générations.

Le Bouddhisme

Le Bouddhisme est également une religion très forte au Vietnam. Les nombreuses pagodes (lieux de culte du Bouddhisme) à travers tout le pays en témoignent. Cependant le Bouddhisme vietnamien s'est mêlé au fil du temps au taoïsme et au confucianisme. S'ils sont interrogés sur leur religion et qu'ils ne se disent pas athées, les Vietnamien se déclareront le plus souvent bouddhistes même s'ils suivent plutôt le Confucianisme pour leurs devoirs familiaux ou civiques et que le Taoïsme est la religion qui reflète le mieux leur compréhension de la nature et du cosmos. Le dictateur Diem (catholique), pendant les années soixante a fortement persécuté les Bouddhistes du Sud – Vietnam poussant certains moines à s'immoler sur la place publiques en signe de protestation.

Le Catholicisme

Avec 7 à 8% de la population vietnamienne, le Catholicisme est la deuxième religion la plus importante après le Bouddhisme. Le Vietnam est d'ailleurs le pays le plus catholique d'Asie après les Philippines. Le Catholicisme fut importé en premier lieux par les missionnaires portugais au XVIème siècle puis par les jésuites (dont Alexandre de Rhodes) au XVIIème.

L'Islam

Appelé « Chams », les musulmans vietnamiens sont une petite communauté religieuse qui se concentre dans le Sud, essentiellement à Saigon et dans le delta du Mékong. Il pratique une religion beaucoup plus « allégée » que le reste du monde musulman : ils ne prient que le vendredi, ne suivent le Ramadan que trois jours par ans et ils ont le droit de boire de l'alcool !

Le syncrétisme religieux

Nombreuses sont donc les religion qui se côtoient au Vietnam. Des mélanges insolites naquirent de ces confrontations de philosophies occidentales et extrêmes orientales. En exemple, nous citerons la secte Cao Daï, fondée en 1920 qui tente créer la religion idéale en associant le Christianisme, l'Islam, le Bouddhisme, le Taoïsme et le

Confucianisme. Cette secte basée essentiellement dans le delta du Mékong compte près de deux millions de fidèles au Vietnam.

La Tuberculose

Nous avons jugé utile d'inclure quelques mots au sujet de la tuberculose avant de présenter les données que nous avons récoltées.

La Tuberculose est une maladie infectieuse d'origine bactérienne qui touche dans la majorité des cas les poumons. L'agent infectieux, Mycobacterium tuberculosis, est une mycobactérie. La paroi des mycobactéries étant particulièrement riche en lipides, elles ressortent en général neutres à la coloration de Gram, et nécessitent donc une coloration spéciale à l'acid-fast stain (coloration de Ziehl-Neelsen) pour être visibles au microscope optique.

Pour infecter un hôte, la bactérie doit être inhalée à l'intérieur d'aérosols. Arrivée dans les alvéoles pulmonaires d'un hôte sain, la réponse immunitaire innée de l'organisme attire au site infecté des macrophages alvéolaires qui ingèrent les bactéries et libèrent des cytokines, contenant ainsi dans un premier temps l'infection. Certains de ces macrophages migrent ensuite vers les nœuds lymphatiques et attirent, environ deux semaines après le début de l'infection, des cellules T au site infecté. Les cellules T CD4+ sont indispensables pour contenir l'infection car elles permettent l'activation des macrophages. Les cellules T CD8+ aident à contenir l'infection en provoquant la lyse des macrophages inactivés incapables de contenir la multiplication bactérienne, permettant ainsi aux macrophages activés alentours d'ingérer les bactéries libérées. La lésion du parenchyme pulmonaire provoquée par l'accumulation de macrophages et de cellules T autour du site infecté forme un granulome. Les macrophages au centre de la lésion fusionnent pour former des cellules géantes multi-nuclées entourées d'une couche de macrophages et de cellules T, empêchant ainsi les bactéries au centre du granulome de se propager.

Pendant toute cette période, l'infection reste asymptomatique. Les bactéries persistent en état de latence dans le centre nécrotique des granulomes. Elles survivent, mais ne se multiplient pas (ou peu). L'infection peut persister de cette manière pendant des années, voire pendant toute une vie.

Par contre, si le système immun de l'hôte est affaibli, les bactéries profitent de la baisse d'activation des macrophages pour se multiplier. Le centre des granulomes se liquéfie, formant des cavités dans le parenchyme alvéolaire. A l'intérieur des cavités, les bactéries se multiplient, diffusent dans les voies respiratoires, et rendent l'infection symptomatique. Toute condition qui déprime l'immunité de l'hôte est un facteur de risque pouvant rendre symptomatique une infection à M. tuberculosis. Un exemple important est la co-infection par le VIH. D'autres facteurs de risque sont la cohabitation à plusieurs dans un petit espace, un environnement d'habitation et de travail précaire, la malnutrition, et l'alcoolisme.

Environ 10% des personnes infectées par M. tuberculosis développeront à un moment donné une tuberculose active, dans la majorité des cas dans les deux premières années suivant l'infection. Les symptômes principaux sont une toux avec expectorations souvent accompagnée de crachats hématopoïétiques, de la fièvre, une perte de poids, une asthénie, une dyspnée, et un malaise général.

Les aérosols contenant la mycobactérie peuvent être générés par la personne infectée en toussant, en éternuant, ou en parlant. La transmission nécessite en général un contact proche ou prolongé avec le malade. La tuberculose n'est contagieuse que sous sa forme

active. Si la compliance est complète, le patient n'est plus contagieux après les premières semaines d'un traitement anti-tuberculeux.

Il existe également une tuberculose extra-pulmonaire, plus rare que la tuberculose pulmonaire. Elle peut toucher les ganglions lymphatiques, la plèvre, ainsi que pratiquement n'importe quel autre organe. La tuberculose extra-pulmonaire n'est pas contagieuse.

La tuberculose est souvent diagnostiquée par un examen direct au microscope optique d'un échantillon d'expectorations colorié à l'acid-fast stain (sputum test). La mycobactérie peut aussi être cultivée à partir d'un échantillon d'expectorations, mais vu sa faible vitesse de multiplication, le diagnostique ne peut être posé qu'après environ deux semaines. Des anomalies d'une radiographie du thorax peuvent aussi aider à poser le diagnostique. L'analyse de la bactérie par PCR est une autre méthode possible, mais qui nécessite une infrastructure plus complexe.

Le test intradermique à la tuberculine (test de Manthoux) permet de détecter une infection à M. tuberculosis, que l'infection soit symptomatique ou non. Elle provoque une réaction d'hypersensibilité retardée chez toute personne infectée ou ayant été infectée par la tuberculose, ou ayant reçu le vaccin BCG.

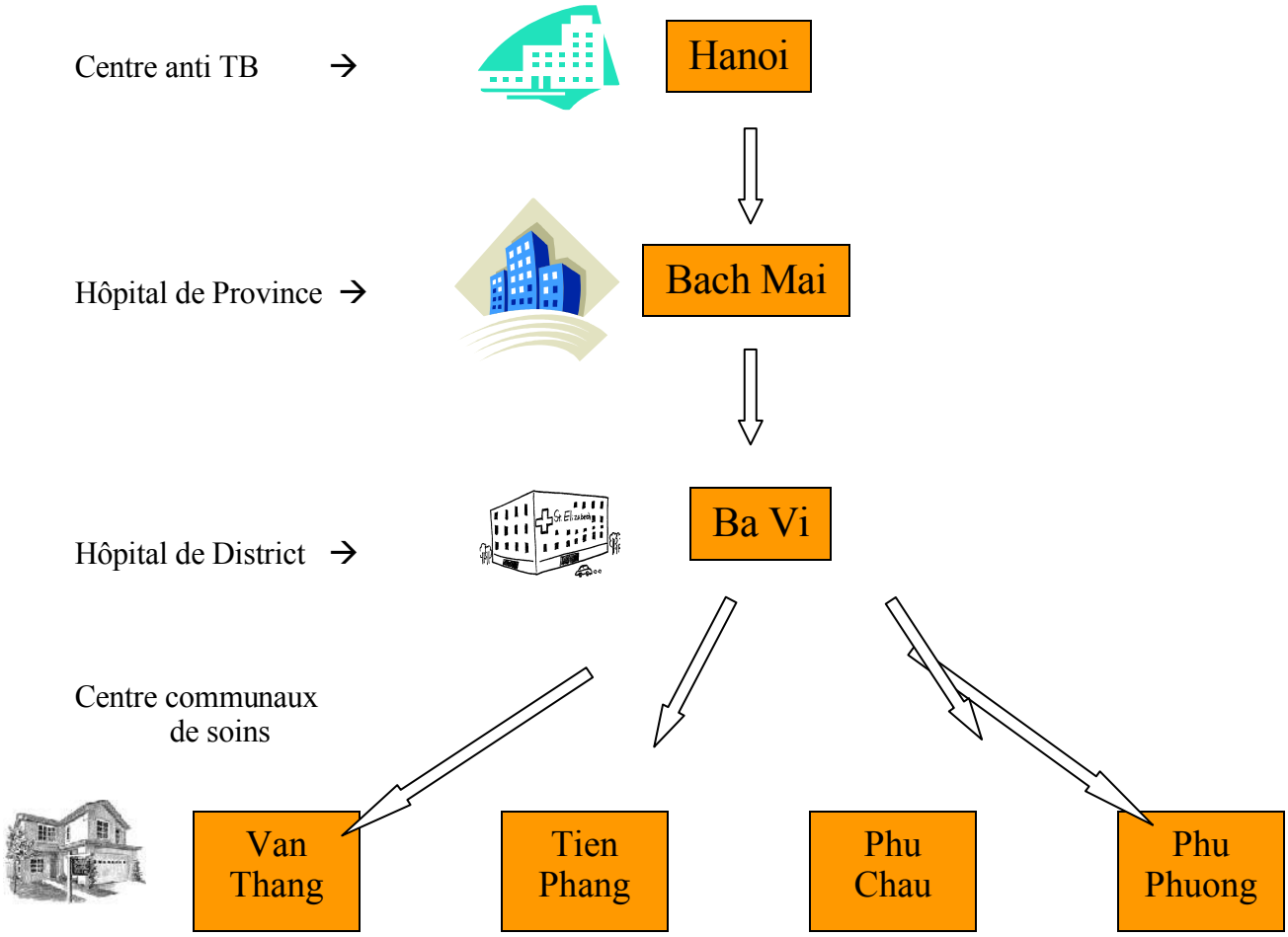
Pour éliminer toutes les mycobactéries chez une personne infectée, même les bactéries en latence, un traitement de plusieurs mois avec une combinaison d'antibiotiques est nécessaire. Les antibiotiques traditionnels étant inefficaces contre les mycobactéries, des antibiotiques spéciaux sont utilisés pour le traitement, dont les principaux sont l'isoniazide, la rifampicine, l'éthambutol, le pyrazinamide, et la streptomycine. La non-compliance due à la longue durée du traitement est un problème fréquent dans le traitement de la tuberculose et peut mener à l'apparition de souches résistantes. Si elle est due à des souches sensibles aux médicaments et si la compliance est bonne, la tuberculose est presque toujours traitable. Non-traitée, elle est mortelle dans plus de la moitié des cas dans les cinq ans suivant le début de l'infection.

Le vaccin BCG confère une protection contre la tuberculose avec un taux d'efficacité estimé, selon les études, entre 0% et 80%. Bien qu'il ne soit presque plus utilisé dans les pays où la tuberculose n'est plus endémique, il est encore recommandé dans les pays où sa prévalence est élevée.

Aujourd'hui, il est estimé qu'environ un tiers de la population mondiale est infecté par la tuberculose.

Schéma de l'organisation des soins et parcours de deux patients hypothétiques

Voici un bref aperçu des niveaux d'organisation des soins :



Intégrés dans ce schéma sont les noms des diverses institutions de soins dans lesquelles nous avons été reçus pendant notre stage.

Nous vous invitons à suivre deux patients hypothétiques : un comptable habitant à Hanoi (M. Ville) et une fermière cultivant du riz (Mme Campagne) habitant la campagne autour de Ba Vi. Ces deux patients développent les symptômes de la TB.

Centre Anti-TB

Après les 8 mois, le sputum test étant devenu négatif, le patient est renvoyé chez lui.

3a

2a

Le patient est donc transféré au centre anti-TB de la province où il va rester interné gratuitement et est traité pendant 8 mois.

MAISON

Hôpital de Province

1a

Monsieur Ville tousse depuis quelques semaines et se rend à l'hôpital. Admis au service de pneumologie, on lui fait passer plusieurs tests dont un cliché thoracique aux Rayon-X et un test du « sputum ». Une fois les résultats obtenus (après environ 3 jours), le test de sputum étant positif, le diagnostic de TB est posé !

Le sputum test restant négatif, des tests supplémentaires doivent être faits.

Le diagnostic de TB est posé sur la base d'autres tests et elle est renvoyée à l'hôpital de district pour commencer son traitement DOTS.

3b

Hôpital de district

2b

Après suspicion de TB, elle est envoyée à l'hôpital de district

5b

Près 10 jours, elle peut rentrer poursuivre son traitement chez elle…

Centre communal de soins

Centre communal de soins

Centre communal de soins

Centre communal de soins

6b

1b

Madame Campagne tousse depuis quelques semaines et présente récemment des crachats de sang qui persistent même avec ses préparations de plantes médicinales. Encouragée par sa famille, elle se rend donc au centre de soins communal.

MAISON

6b… en se rendant cependant régulièrement au centre de soins pour prendre ses médicaments. Elle retourne à l'hôpital de district effectuer un sputum test à 2, 5 et 8 mois du traitement.

L'organisation des soins au Vietnam : un bref aperçu de la situation

L'accès aux soins

Les conditions géographiques propres au Viêt-nam déterminent, pour partie, les conditions de l'accès aux soins.
La population du pays se concentre dans les plaines, qui représentent 20 % du territoire et, plus particulièrement, dans les deux grands deltas, à savoir :
- au nord, le delta du fleuve rouge (et Hanoi), qui regroupe 19 % de la population totale ;
- au sud, le delta du Mekong (et Hô Chi Minh-Ville), où vit 21 % de la population totale.

Dans ces deux deltas, la densité de population, 1.180 habitants par kilomètre carré, est nettement supérieure à la moyenne nationale (235 habitants par kilomètre carré). Les équipements sanitaires y sont donc plus nombreux et, d'une manière générale, l'offre de soins plus diversifiée.
25 % de la population vit dans les sept principaux centres urbains, à Hô Chi Minh-Ville, Hanoi, Haiphong, Hue, Da Nang, Nha Trang et Can Tho.
En revanche, les zones montagneuses, de hauts plateaux ou de jungles, qui recouvrent 80 % du territoire, sont moins peuplées et plus difficiles d'accès. De ce fait, l'accès aux soins y est plus difficile, en dépit des mesures prises par les autorités afin de garantir à leurs habitants un réseau de centres communaux de santé plus dense que dans les plaines. D'une manière générale, ces régions se caractérisent donc par un nombre plus restreint de consultations, une implantation plus clairsemée des professionnels de santé et des indicateurs sanitaires moins favorables.

La politique sanitaire au Vietnam et les moyens mis en œuvre pour l'appliquer

La politique sanitaire du Viêt-nam enregistre d'incontestables réussites. Les principaux succès de cette politique sanitaire sont constatés dans la lutte contre les grandes maladies épidémiques (choléra, peste, variole, tétanos, diphtérie, coqueluche, poliomyélite), la mortalité infantile et le paludisme :

- Les réussites en matière de **lutte contre les grandes maladies épidémiques** traduisent le succès des programmes nationaux définis en ce domaine et, plus particulièrement, d'une vaste *campagne de vaccination* organisée par les autorités compétentes, principalement en direction des jeunes enfants. Plus de 90 % des enfants de moins de 10 ans seraient ainsi immunisés.
Définie sous forme expérimentale en 1982, cette campagne de vaccination a été étendue à l'ensemble du pays dès 1985.
- Le taux de **mortalité infantile** constaté au Viêt-nam est l'un des plus bas de l'Asie du sud-est. Là encore, ce succès traduit donc les effets positifs des *campagnes nationales d'hygiène et de vaccination* mises en oeuvre dans le cadre de la politique de santé publique.

Cependant, malgré les succès de la politique de santé, il reste encore du travail :

- 37 % d'enfants vietnamiens souffrent de **malnutrition**. Les autorités

vietnamiennes ont donc décidé de mettre en place, en 1998, un *programme national de surveillance et de lutte contre la malnutrition.*

- Les maladies infectieuses demeurent :

- Les **diarrhées infectieuses** (la fièvre typhoïde, l'amibiase et l'ulcère gastro-duodénal) et les **pneumopathies infectieuses** (bronchiques aiguës, asthme et tuberculose) figurent parmi les principales causes d'hospitalisation. Concernant la tuberculose, un *programme de lutte contre la tuberculose* a été mis en oeuvre en 1995. Nous avons trouvé la campagne de prévention (sous forme de poster, programmes radio et télévisés et haut-parleurs dans la rue) très présente dans la communauté.
- Les **maladies sexuellement transmissibles** sont, quant à elles, largement sous-diagnostiquées. Par ailleurs, on estime que 20 % de la population est atteinte de l'hépatite B. La vaccination des enfants contre l'hépatite B est d'ailleurs progressivement incluse dans le *programme national de vaccination* avec l'aide de la Banque asiatique de développement.
- La **lèpre**, quant à elle, persiste dans plusieurs provinces du pays, essentiellement dans les régions montagneuses ou rurales éloignées.

- L'extension des maladies virales se fait sentir :

- la **dengue** : en 1998, création d'un comité national de pilotage de la *lutte contre la dengue*, visant notamment à favoriser le dépistage sérologique dans les principaux centres urbains.
- **l'encéphalite japonaise** : un vaccin de fabrication locale a été introduit dans le programme national de vaccination.
- **le Sida** : la prévention, menée par le *Comité de prévention et de lutte contre le Sida* et les Jeunesses communistes, consiste en *campagnes d'information, et en formation des professionnels de santé*. Une aide internationale est également présente, coordonnée par l'ONU (via l'installation d'une de ses antennes spécialisées à Hanoi)

- Les **accidents de la circulation** constituent désormais la deuxième cause de mortalité, après les affections pulmonaires aiguës. En effet, le mode de conduite vietnamien est assez agressif et peu de moyens sont mis en œuvre pour améliorer la sécurité routière.

- L'évolution des modes

de vie et des habitudes alimentaires ainsi qu'une consommation élevée de tabac favorisent également les **maladies cardiovasculaires** qui représentaient, en 1998, la deuxième cause d'hospitalisation et 20 % des cas de mortalité enregistrés à l'hôpital. Toutefois, la prévalence de ces maladies cardiovasculaires est encore limitée aux grands centres urbains, comme Hanoi et Hô Chi Minh-Ville, et frappe essentiellement les couches sociales aisées.

- Des posters promouvant des habitudes alimentaires saines sont présentes. Entre autres, nous en avons remarqué dans plusieurs dispensaires communaux.

- La *campagne de prévention anti-tabac* est pourtant considérablement présente sous forme de posters, et d'interdictions de fumer dans certains lieux publics (comme l'hôpital par exemple).

- Certains observateurs impartiaux s'interrogent sur la réalité de l'immunisation vaccinale, dans la mesure où 60 % au moins des vaccins sont fabriqués sur place avec des moyens limités de contrôle de qualité. Par ailleurs, le protocole vaccinal est rarement suivi jusqu'à son terme dans les campagnes.

- Certaines campagnes de prévention demeurent cependant moins efficaces que celle contre la tuberculose. Par exemple, malgré les *campagnes d'information sur les méthodes de contraception*, le Comité national de la population et du planning familial enregistre encore plus d'un million d'interruptions volontaires de grossesse par an.

La hiérarchisation du système de santé public

Le système de santé vietnamien est essentiellement public, en dépit de l'apparition récente d'un secteur libéral. La politique sanitaire du Viêt-nam ne peut donc plus ignorer les risques d'une « médecine à deux vitesses », risques d'autant plus grand que l'assurance maladie ne bénéficie, actuellement, qu'à une fraction minoritaire de la population.

Le système de santé public du Viêt-nam est décentralisé : il s'est constitué dans le nord du pays dès les années 1950 à partir d'un réseau de dispensaires communaux. Après 1975, ce réseau a été étendu au sud. En 1997, on estimait ainsi que près de 99 % des communes vietnamiennes étaient équipées d'un dispensaire local.

Les dispensaires communaux, destinés à apporter aux populations les soins de base, sont également les relais indispensables pour la mise en oeuvre des programmes nationaux de santé publique, de vaccination et de contraception. Chacun d'entre eux couvrent, en moyenne, une population d'environ 6.000 habitants.

Au-dessus des dispensaires communaux, on trouve **le service de santé du district**, qui

est un échelon territorial intermédiaire entre la commune et la province. Un district regroupe, en moyenne, 10 à 20 communes représentant une population d'environ 100.000 à 150.000 habitants. Il y a actuellement un service de santé dans chacun des 564 districts du pays.
Le service de santé du district est fournisseur de soins, qu'il s'agisse de médecine générale ou spécialisée. A ce titre, il gère les hôpitaux du district (l'hôpital de Bavi dans lequel nous avons effectué notre étude en constitue un exemple), les services de médecine préventive et les polycliniques intercommunales. Il est également l'un des acteurs essentiels des programmes nationaux de santé publique ou de vaccination, en coordonnant et supervisant l'activité des dispensaires communaux. Son financement est assuré en grande majorité par le budget de la province mais également par quelques dotations de l'Etat.

Le service de santé de chaque province supervise et coordonne l'activité des services de santé de district et des dispensaires communaux. Il gère également des hôpitaux provinciaux (par exemple, l'hôpital de Bach Mai entre autres pour la province d'Hanoi) , des services de médecine préventive et produit, dans ses propres unités, des vaccins et du petit matériel médical. Le service de santé de la province assure également la formation de certains personnels médicaux, tels les assistants médicaux, les infirmières ou les sage-femmes.

Enfin, au niveau national, **le ministère de la santé** définit les grandes orientations de la politique de santé publique, arrête les programmes sanitaires nationaux et, d'une manière générale, supervise et coordonne l'action des différents intervenants en ce domaine.
Toutefois, l'Etat n'est pas le financeur principal du système public de santé. En effet, 55 % des dépenses publiques de santé sont pris en charge par les budgets provinciaux, contre 28 % pris en charge par l'Etat, 10 % par l'assurance maladie et 7 % par les malades eux-mêmes. Les dépenses de santé publique ne représentent ainsi que 4 % du budget de l'Etat.
En vertu du principe selon lequel « qui paie commande », les services de santé provinciaux disposent donc, dans les faits, d'une autonomie certaine par rapport aux directives du ministère de la santé.

La place de l'hôpital

L'hôpital public est le principal fournisseur de soins dans le système de santé vietnamien.

En effet, le Vietnam dispose d'un réseau hospitalier relativement dense. On dénombre 817 hôpitaux publics au Viêt-nam. 91 % des hôpitaux publics vietnamiens sont des hôpitaux généraux, et 64 % d'entre eux sont gérés par les services de santé de district. Toutefois, les hôpitaux de district ayant des capacités d'accueil plus modestes que les hôpitaux provinciaux ou les hôpitaux relevant de diverses institutions ou administrations (armée, police, chemins de fer, etc.), ne représentent que 38 % des lits disponibles.

L'hôpital public demeure le lieu d'exercice obligatoire de la majorité des médecins qui, rémunérés sur des fonds publics, doivent y assurer prioritairement leur service, malgré l'apparition du secteur libéral.

Les dispensaires communaux ont des difficultés pour continuer à assurer une médecine curative de bon niveau. Jusqu'à la libéralisation économique, le financement de ces dispensaires communaux était assuré par les brigades de travail locales, qui leur

fournissaient également une partie de leur personnel, notamment les infirmières. Suite à la dé-collectivisation des terres et à la disparition des brigades de travail, la situation matérielle des dispensaires communaux et, par voie de conséquence, la qualité des soins fournis à la population, se sont nettement dégradées. Les budgets des communes étant insuffisants pour assurer le financement des dispensaires, l'Etat a décidé, à partir de 1994, de prendre en charge, sur son propre budget, une partie des salaires de leur personnel. Il a également augmenté les dotations budgétaires consacrées aux programmes nationaux de santé publique, dont les dispensaires communaux sont les principaux bénéficiaires. En dépit de ces efforts, ces dispensaires souffrent toujours d'un manque de moyens matériels et humains. En conséquence, les populations préfèrent désormais s'adresser directement à l'hôpital public pour se faire soigner.

Les fournisseurs de soins du système de santé

Le **médecin** tient une place prépondérante au sein du système de santé vietnamien. On comptait un médecin pour 2.300 habitants en 2000. Chaque année, 2.000 nouveaux diplômés sortent des dix facultés de médecine du pays. Toutefois, les 33.000 médecins en exercice, dont les deux tiers sont des généralistes, se concentrent dans les centres urbains et délaissent de plus en plus les campagnes. Ainsi, un quart seulement des communes rurales ont un médecin et le personnel des postes de santé de district et de communes est, pour l'essentiel, constitué d'assistants médicaux, formés en trois ans.

Enfin, les 46.000 **infirmières**, et les 13.000 **aides-soignantes**, constituent des professions dont le domaine d'activité et les compétences sont encore très limités, les familles préférant soigner elles-mêmes leurs malades, y compris à l'hôpital. Le rôle des familles des malades hospitalisés est d'ailleurs indispensable, dans la mesure où les établissements vietnamiens n'assurent que les soins, et non l'« intendance » (nourriture, blanchisserie) qui doit donc être fournie par les proches.

Beaucoup d'équipements hospitaliers sont peu, ou pas utilisés, faute de personnel qualifié. L'absence **d'ingénieurs biomédicaux** capables d'assurer la gestion de ces équipements, constitue ainsi l'une des grandes faiblesses du système sanitaire du Viêt-nam

La présence de la médecine traditionnelle au Vietnam

Parallèlement à la médecine occidentale, la **médecine traditionnelle**, intimement liée à la culture du pays, et aisément accessible, conserve les faveurs de la population. Elle est officiellement reconnue par les autorités et fait l'objet d'un enseignement universitaire.
Les structures de soins sont présentes dans 40 des 61 provinces du Viêt-nam, sous la forme d'unités spécialisées au sein des hôpitaux publics (le quart des consultations hospitalières étant des consultations de médecine traditionnelle). Parallèlement, on recense environ 3.700 cabinets privés. Le nombre total des consultations, estimé à 20 millions, est probablement très en dessous de la réalité.
Toutefois, la qualité des soins est sujette à caution, en raison du manque de qualification de nombreux praticiens. Ainsi, sur les 5.000 personnes recensées comme prescripteurs de soins en médecine traditionnelle, seulement 438 ont le titre de docteur en médecine.

La libéralisation du système de santé

Dans le cadre de la politique de libéralisation économique engagée à la fin des années 1980, les autorités vietnamiennes ont autorisé l'exercice libéral de la médecine.
A partir de 1989, un cadre juridique spécifique a donc été progressivement défini dont l'élément principal est une ordonnance de 1993 relative à la pratique libérale de la médecine et de la pharmacie. Cette ordonnance énumère les activités pouvant faire l'objet d'un exercice libéral et définit la procédure officielle de délivrance des licences par le service provincial de santé.
Le service provincial de santé est également responsable des contrôles effectués, de manière épisodique et aléatoire, auprès des titulaires de licences afin de s'assurer du bon respect de la réglementation. Cependant, environ 12 % des établissements de soins privés seraient ouverts sans licence officielle dû à un manque de contrôle de la part des autorités.

Seuls les médecins retraités du secteur public peuvent bénéficier d'une licence pour un exercice libéral à temps plein. Les médecins du secteur public encore en activité (c'est-à-dire la grande majorité des médecins vietnamiens) ne peuvent obtenir qu'une licence à temps partiel, valable en dehors de leurs heures de service (généralement le soir).

Les chirurgiens seraient les plus nombreux (37 % des titulaires de licences) à exercer dans le secteur libéral, suivis par les pharmaciens (24 %) et les praticiens de la médecine traditionnelle (13 %).

70 % de l'activité libérale est exercée dans les villes contre 30 % dans les campagnes qui représentent, pourtant, près de 75 % de la population. Ce déséquilibre accentue donc les difficultés déjà rencontrées par les populations rurales pour accéder à des soins de qualité.

Les failles du système de santé

Le **sous équipement du secteur public** est un phénomène encore trop présent.

-Seulement 18 % des équipements médicaux sont modernes, et 50 % d'entre eux sont inutilisables, faute de maintenance.

-Par ailleurs, la capacité d'accueil des hôpitaux est inadaptée à l'accroissement rapide de la population. On comptait ainsi un lit pour 380 habitants en 2000, contre un lit pour 300 habitants en 1989. Ce phénomène est accentué par le fait que les patients s'adressent désormais directement aux hôpitaux des grandes villes, présumés plus efficaces, plutôt qu'aux hôpitaux de district ou aux dispensaires.

La **faiblesse des rémunérations des professionnels de santé dans le secteur public** a des conséquences défavorables sur leur motivation ainsi que leur disponibilité pour leurs patients. Les professionnels de la santé sont rémunérés sur des fonds publics, et assimilés à des fonctionnaires. Ils perçoivent des salaires modestes dont le niveau n'a pas varié, en termes réels, depuis 1994. On évalue à 29 dollars le salaire mensuel moyen dans le secteur public de santé. Pour vivre, la majorité de ces professionnels est donc obligée d'exercer une autre activité, qu'il s'agisse de médecine libérale ou d'un métier totalement étranger au domaine médical.

Des **inégalités dans l'accès aux soins** sont toujours une des principales cibles à

combattre.

- Si les campagnes sont, dans l'ensemble, moins favorisées que les villes, certaines régions éloignées paraissent plus particulièrement pénalisées, notamment dans les montages du centre et les hauts plateaux du nord, où vivent environ 11 % de la population. On constate de grandes disparités entre les provinces. En effet, le financement du système public de santé est principalement assuré par les budgets provinciaux. La richesse de chaque province détermine ainsi le montant des fonds publics pouvant être consacrés à la santé. Les provinces les plus riches sont donc celles dont le système de santé est, en règle générale, le plus développé. Les crédits versés par l'Etat au titre de la santé publique sont répartis entre les provinces sur la base d'indicateurs (population, nombre de lits d'hôpitaux) qui ne contribuent guère à corriger ces inégalités.
- Mais l'accès aux soins est également inégal selon les catégories sociales. Malgré le développement du secteur privé, l'accès à l'hôpital public demeure, au Viêt-nam, le véritable facteur discriminant entre les différentes catégories sociales. La plupart des personnes hospitalisées viennent d'une classe sociale aisée alors que peu sont issus d'une classe pauvre. Cette situation s'explique principalement par une plus forte densité d'hôpitaux publics dans les zones urbaines, l'introduction des honoraires à l'hôpital, qui dissuade les catégories les plus modestes de la population et, enfin, le fait que l'assurance maladie obligatoire profite, pour le moment principalement, à certaines catégories professionnelles bénéficiant déjà de revenus réguliers (fonctionnaires de l'Etat ou salariés des grandes entreprises publiques).

Introduction de l'hôpital Bach Mai

Quelques chiffres concernant Bach Mai

L'hôpital Bach Mai abrite chaque jour en moyenne 2000 patients :

- entre 500 et 1000 patients en ambulatoires chaque jour
- entre 1000 et 1500 patients internés par jour

L'hôpital traite cinq disciplines principales. Il existe même un département de médecine traditionnelle dans l'hôpital.
Le nombre de patients par lits dépend des services. Par exemple, en cardiologie cent patients pour cinquante lits monte à deux le nombre de patients par lits. En neurologie, on arrive même à trois patients par lits. Cependant, on garde des lits libres pour les cas urgents.

Le service de pneumologie compte 50 lits pour 120 patients en moyenne. Un flot de 10 à 20 patients entrent et sortent du service chaque jour.
Pour ces patients, on compte treize médecins (dont une doctoresse absente lors de notre stage pour congé de maternité), une vingtaine d'infirmiers et un technicien. Parmi les médecins trois sont également professeurs à l'Université et doivent donc assurer des cours certains de leurs après midis.
Les maladies les plus fréquemment rencontrées au service de pneumologie sont (par ordre d'importance) : les COPD, les pneumonies et infections puis les cancers.

Notre passage à Bach Mai

Notre arrivée à l'hôpital Bach Mai, situé dans le sud d'Hanoi, fut assez mouvementée. L'hôpital se trouve juste à coté de la voie ferrée et d'une des rues principales de la ville. Il y a régulièrement un attroupement assez important devant l'entrée : des personnes à pied, beaucoup de scooters et de taxis attendant leur clients. Notre taxi, finissant sa rude traversée de la ville rythmée par les klaxons et les coups de freins, nous dépose devant l'entrée.

L'hôpital apparaît sous nos yeux. Par sa façade, il nous apparaît assez récent et loin d'être insalubre. Passés la porte principale, nous nous retrouvons dans un grand hall d'entrée au milieu duquel une vue sur tous les étages se présente à nous. L'hôpital est constitué par deux « blocs » principaux construits ainsi : les six étages se situent sur les bords laissant place au centre à une sorte de cour intérieure que constitue le hall. Il nous paraît immense. Cependant, malgré cette immense établissement, personne n'est à l'entrée pour nous renseigner. N'y a-t-il pas de réception ? Nous finissons par trouver une sorte de guichet d'accueil caché derrière un des panneaux présents dans le hall qui représentent le parcours de la médecine vietnamienne ces dernières années avec photos à l'appui.

Arrivés dans le service de pneumologie, le chef de service nous accueille et, après une petite remarque sur l'heure matinale avancée (9h : et oui le vietnamiens se lèvent à l'aurore) se prépare à affronter un colloque avec les membres de son service.
Dans la salle réservée au personnel médical, la seule à être climatisée de tout le service (ce qui est très appréciable vu la chaleur régnant dans les lieux), on nous propose quelques sièges situés sur un des cotés un peu à l'écart. On y trouve une grande table avec, en bout de celle ci, le « chef » trônant dans son fauteuil matelassé. Tout autour de la table, des médecins et quelques infirmières assis sur de tristes chaises en bois gardent le silence. Ils ont devant eux des monticules de dossiers qui laissent penser que la paperasse administrative n'a l'air que peu soulagée par la présence de deux ordinateurs dans cette même salle.
Malgré une voix basse qu'on entend à peine mais néanmoins ferme, le chef de service reste maître de la situation et on ne s'adresse à lui que si on y est invité. L'atmosphère ainsi présentée pourrait apparaître pesante mais pourtant bizarrement, on pourrait plutôt la décrire comme calme, ordonnée et respectueuse de l'autorité. Pour eux, il est dans leurs habitudes et dans leur éducation de se comporter ainsi.

La salle comporte également un portrait d'Ho Chi Minh, jamais bien loin dans tous les lieux publics. Ici, dans un hôpital, il nous permet de relever le fait qu'au Vietnam, rien n'est entièrement détaché de la politique. Egalement un cadre présentant un proverbe vietnamien au sujet de la médecine sonnant comme un hymne, un slogan au travail quotidien.
Le lendemain, alors que le chef s'est absenté pour un voyage en Hongrie, l'atmosphère est nettement plus détendue et les sourires, même parfois les rires, sont présents. Toutefois, nul autre que la sous-cheffe n'oserait s'asseoir dans le fauteuil !

Tous les médecins sont passablement occupés et vont et viennent entre la salle de colloque et les chambres des patients. Les infirmiers quant à eux ont leur QG derrière la réception du service de pneumologie devant laquelle attendent quelques patients. L'hôpital accepte des patients venus de partout, même si ceux ci auraient pu aller dans un hôpital plus près de chez eux et même si l'hôpital est surchargé (ce qui est le cas vraisemblablement tout le temps !).

Il y a environ 6 chambres : 2 de 2 lits pour des patients de classes aisées, et 4 grandes chambres. Ces chambres sont mixtes.
Dans les grandes chambres, se trouvent 6 lits accueillant donc en moyenne 12 à 18 patients, c'est à dire entre 2 et 3 patients par lits. Un patient s'allonge à l'endroit du lit, l'autre à l'envers posant sa tête aux pieds de son camarade et le troisième peut se trouver au pied du lit sur une paillasse. En général, la salle est beaucoup plus remplie si l'on compte en plus deux à trois membres de la famille pour chaque patient.

En effet, il y a toujours au moins un membre de la famille qu reste avec le patient à l'hôpital. Ils logent dans des petits hôtels aux alentours de l'hôpital. Ils sont chargés de prodiguer les soins de « confort » au patient c'est à dire le repas et les toilettes, même si certains aident également aux soins médicaux (par exemple, on a pu observer le cas d'un père qui s'occupait de l'oxygénation de son fils) . Les membres de la famille sont reconnaissables par une sorte d'imperméable jaune, mais tous ne le portent pas. La famille fournit la nourriture et s'occupe des repas du patient sauf pour des cas exceptionnels lors desquels le patient suit un régime particulier (il sera alors pris en charge par le service de nutrition de l'hôpital). Seulement quelques rares services ont des aides soignants. Les patients s'aident également entre eux. Par exemple, au milieu d'une interview, la patiente interrogée s'est arrêtée pour sa « colocataire » de lit âgée qui semblait à bout de force et peinait pour se transférer de son fauteuil roulant jusqu'au lit.

Chaque lit dispose d'un ventilateur qui constitue un brin de luxe dans cette jungle.

Toutes les personnes travaillant dans l'hôpital portent une blouse. Certaines de ces personnes portent également un masque mais beaucoup de manière inadéquate : certains masques en coton jetable sont portés autour du cou en bas du menton plutôt en guise de collier que de masque ou encore d'autres même si correctement placés sur le visage sont facilement identifiables comme étant à multi-usages et souvent en tissu. Les médecins que nous avons pu interviewer estimaient qu'il y avait suffisamment de moyens de protection mais pourquoi alors conserver le même masque sans le changer. Serait-ce par un manque d'éducation à propos des mesures d'hygiènes ?
Portant ces mesures d'hygiène ont l'air de vouloir se mettre en place petit à petit. On trouve des panneaux au dessus des éviers présentant les techniques de lavage de mains, des nettoyeurs passent assez régulièrement dans les couloirs et on peut voir que les lieux sont en général propres même si souvent les odeurs persistent et se mélangent donnant un résultat assez spécial. Ces odeurs sont de tout ordre étant donné la présence des malades mais également celle des petites cuisines improvisées des familles pour les patients, en notant aussi l'odeur très bizarre du produit de nettoyage qui ne fait pas penser à quelque chose de propre et frais mais plutôt à la maladie.

Nous avions un questionnaire pour les patients que nous avons traduit en vietnamien lors d'un des nombreux moments où l'on attendaient qu'un médecin se libère pour également répondre à nos questions ou pour nous accompagner vers les patients afin de jouer plus le rôle d'interprète que de médecin.

Nous nous sommes donc rendus au chevet de patients dans ces grandes chambres. L'intimité et le secret médical ne nous ont alors pas semblés être les mots clés de cette situation : le médecin s'adresse au patient, parfois sur un ton un peu hautain pour s'assurer de maintenir la hiérarchie, ou l'ausculte, le palpe et brandit ses radios sans le prendre à part alors que tout le monde se trouve autour et entend toute son histoire, sans se soucier de la tristesse, de la honte ou de n'importe quel autre sentiment que le malade pourrait ressentir. Tel fut le cas par exemple pour un toxicomane venant d'un village de

montagne qui présentait un asthme sévère et qui se trouvait sous respirateur artificiel ou pour un vétéran de guerre ayant par le passé subit une pneumectomie pour ôter un bout d'obus venu se loger dans son poumon lors de combats ce qui a défiguré une partie de son dos et qui présentait lors de son hospitalisation un poumon « en nid d'abeille » ou encore pour un patient présentant une forte dyspnée avec tirage sus-sternal et sus-costal chez qui ont a décelé un situs inversus à la radio.

Un des problèmes que nous avons eu lors des interviews était la distance qui régnait entre nous et le patient étant donné la présence obligatoire du médecin dans le rôle d'interprète. Malgré notre traduction approximative des questions en vietnamien, la présence du médecin nous était nécessaire pour traduire les réponses.
Parfois il s'est avéré que le médecin réponde à la place de son patient en pensant savoir quelle était la réponse. Mais en insistant pour que la question soit réellement posée il s'est trouvé que les deux réponses différaient, nous démontrant ainsi que le médecin pensait quelques fois en savoir plus à propos de son patient qu'il n'en savait réellement.
Même si ce problème d'un intermédiaire entre nous et les patients diminuaient la complicité que nous pouvions créer entre eux et nous, les patients étaient assez coopératifs et certains même rajoutaient des informations à nos questions en nous en racontant un peu plus sur eux.
Malheureusement même si au début de chaque entretien, nous attendions d'avoir l' accord du patient pour lui poser quelques questions, certains d'entre eux avaient l'air de répondre moins aisément que d'autres et avaient l'air de se sentir plus contraints que volontaires du fait de la présence du médecin représentant néanmoins une autorité supérieure à eux dans l'hôpital et du fait que c'était lui qui leur posait les questions.
Cependant, à quelques reprises, les patients arrivaient très bien à refuser d'être pris en photos même si le médecin le leur demandait pour nous.
Le sujet le plus délicat à aborder avec les patients étaient celui de l'argent concernant par exemple leur frais pour leur soins ou leurs revenus. Concernant le mode de paiement des patients dans l'hôpital, il existe un service de subvention où des stocks de médicaments (donnés par des organisations nationales ou internationales)ou d'échantillons peuvent être donnés aux patients pauvres (n'étant pas assurés et ne pouvant payer leur traitement). Le plus souvent, les médicaments leur sont disponibles grâce à ces stocks.

Introduction du district de Bavi

Notre passage dans le District de Bavi fut considérablement différent de celui à l'hôpital de Bach Mai.
Accompagnés par un neurologue, le Dr. Tuan, collègue de notre contact à l'hôpital de Bach Mai, nous nous sommes rendus à l'hôpital de District de Bavi situé dans la province d'Hanoi.
Notre arrivée avait été extrêmement bien préparée et nous avons pu profiter pleinement du temps à disposition sans une minute de répit. Peut être cette mise à disposition plus facile du personnel est due au fait que nous avons dû verser une certaine somme d'argent à l'hôpital afin de payer les interviews des médecins et des patients dans ce district. En effet, chaque patient recevait 20000 dong (ce qui représente un peu plus d'un dollar) et chaque médecin 50000dong (à peu près 3 dollars). Néanmoins, être enfin un peu plus pris au sérieux dans notre projet était très agréable.

La première étape consista en interviews d'assistants médicaux travaillant dans les communes environnantes qui avaient été convoqués à venir à l'hôpital pour répondre à nos questions. Elles eurent lieues dans une salle de conférence de l'hôpital assez représentative du Vietnam : la statue d'Ho Chi Minh se dressait à une extrémité de la salle. Les assistants médicaux nous attendaient déjà dans la salle. Nous avons pu en interroger huit en tout. Nous avions deux interprètes pouvant nous parler en anglais à notre disposition et parfois le neurologue a également pu jouer ce rôle.
Dans le service d'infectiologie de l'hôpital de district dans lequel les patients tuberculeux sont pris en charge, nous avons interrogé les deux médecins responsables ainsi que quelques patients. L'hôpital de Bavi est assez grand et constitué de plusieurs bâtiments. Cependant l'équipement n'est pas très sophistiqué.

Ensuite, nous avons entrepris notre « tour de district » : en effet, nous nous sommes rendus dans 4 centres communaux. Là, nous avons eu le plaisir de retrouver certains des assistants médecins que nous avions interrogés à l'hôpital. Notre étude avait été organisée de telle manière que nous avons pu revoir ces assistants médicaux et nous entretenir avec quelques uns de leurs patients respectifs atteints de tuberculose en général tous traités depuis déjà quelques mois. Cela nous a permis d'établir un point de comparaison avec leurs réponses quelques jours plus tôt et nous étions heureux de retrouver quelques « têtes familières ».

En général, les patients avec lesquels nous avions la chance de pouvoir discuter avaient été convoqués et étaient déjà présents à notre arrivée dans les centres de soins (Nous avons parfois dû chercher un petit moment ces centres car souvent ils se trouvaient dans des endroits « cachés » des différentes communes).

Les médecins savaient alors comment allait procéder l'interview et pouvaient soutenir leur patients. En effet, en général, ils ne s'éloignaient pas trop de leurs patients pendant les interviews. Ceux ci se sentaient alors rassurés par leur présence et quelques uns ont même demandé quelques confirmations pour répondre. Par exemple, un patient qui possède un certificat pour les pauvres (qui lui permet d'avoir un remboursement de ces soins) a demandé au médecin de lui confirmer la date de l'attribution de celui ci dont il n'était plus sûr.
Le médecin est beaucoup plus proche de ses patients qu'en ville. Même les patients entre eux, bien que certains ne se connaissent pas mutuellement, avaient l'air solidaires ; par exemple, lors des interviews dans la commune de Ba Trai, trois patients étaient ensemble dans la salle et même assis à la même table. Chacun écoutait les réponses de l'autre et parfois ils s'entre aidaient même à répondre (par exemple, en ce qui concerne un médicament..).
On a l'impression de pouvoir ici vraiment parler d'une « communauté » vivant ensemble depuis un certain temps et non d'inconnus rassemblés en un même endroit comme il semblait être plus le cas en ville.

Quelques informations générales que nous avons pu récolter quant à :

1) <u>L'origine des patients</u>

Dans le district de Bavi, 32 centres de soins (1 par commune) sont éparpillés autour de l'hôpital de district. Pour aller au centre de soin communal, la distance moyenne à parcourir depuis le domicile du patient est de 1 km et pour se rendre à l'hôpital de district, elle est de 10 km.
Souvent, les patients viennent en motorbike. Il n'y a pas de service d'ambulance dans le District.

Les centres communaux sont souvent le lieu des premières consultations des villageois.
En général, selon les médecins, il y a 2 types de patients se présentant au centre communal : les cas très sévères (après une toux prolongée avec hémoptysies et souvent une automédication inefficace) ou à l'inverse des patients bien informés par la campagne de prévention qui arrivent avec peu de symptômes.
A l'hôpital de District, les patients sont issus de centre de soins communaux, viennent d'eux même directement sans passer par le centre communal, sont renvoyés par l'hôpital de province ou sont envoyés par des praticiens généraux.

L' ethnie majoritairement rencontrée est King. Ce sont les plus nombreux au Vietnam. Un nombre restreint de Muong est également présente.
En grande majorité, les patients se disent non religieux mais croient en Bouddha et possèdent chez eux un autel pour rendre hommage aux ancêtres (NB : on trouve des

autels aux ancêtres dans tout endroit au Vietnam, même un sur chaque bateau !). Ils sont alors plutôt non pratiquants que non croyants.

2) Les maladies rencontrées

Dans les *centres communaux*, les pneumonies, les blessures et accidents de travail ou de circulation, les grippes, les fièvres et les diarrhées (plus spécifiquement chez les enfants) font rages.

A *l'hôpital de District*, en infectiologie, on rencontre le plus fréquemment la TB puis viennent les fièvres, les grippes, les pneumonies, les hépatites et les autres virus.

3) Les infrastructures disponibles pour les soins

Les *centres communaux* sont assez petits, constitués en général par un bâtiment composé de quelques pièces (environ 4 ou 5) (photo ci-contre).
Le nombre de lits y est restreint. Beaucoup de patients viennent seulement pour des soins ambulatoires. En moyenne on trouve 4 lits par centre communal. (photo ci-dessous)

L'*hôpital de District* comporte 10 départements et un total de 160 lits.
En infectiologie, 24 lits avec 26 patients (donc quelques uns partagent leur lits) répartis en 8 chambres qui n'ont pas de standings différents. On compte en plus 4 chambres avec 12 lits pour les patients tuberculeux.

4) Personnel

Le bon fonctionnement des *centres communaux* repose sur la présence des assistants médicaux. Les médecins sont très rares (un seul médecin parmi les huit centres dont on nous a parlé).
Le rôle des assistants médicaux consiste surtout en injections et observations des patients. Ils ont le droit de prescrire des médicaments et sont donc une combinaison entre médecin et infirmier. Ils travaillent 40 heures par semaine et 3 nuits par semaine. En moyenne 3 ou 4 assistants médicaux par centre communal se relayent mais ils sont de garde 24h sur 24 (en cas de problème) et voient défiler environ 300 patients par mois.

L'hôpital de District dispose d'un total de quarante médecins et cent infirmières. Les médecins travaillent 40 heures par semaine et effectuent des gardes de nuit 2 fois par semaine(à ce moment là, ils restent 24 heures d'affilées à l'hôpital). Dans le service

d'infectiologie, deux médecins, trois infirmières et un technicien (s'occupant des tests de laboratoire) travaillent ensemble. Ce chiffre paraît insuffisant et d'après les médecins il faudrait 3 infirmières de plus. Parfois des étudiants en médecine en stage constituent pour eux une aide précieuse.

5) Moyens de protection

Dans les communes :
Des masques pour patients et médecins sont dits être en quantité suffisante mais pas obligatoires.
L'isolation n'est que peu pratiquée. En outre, le patient ne sera pas isolé des autres tant que son diagnostic de TB n'est que suspecté et non confirmé.
Les médecins préconisent beaucoup un mouchoir spécifique au patient dans lequel il peut tousser et cracher pour éviter que sa toux ne contamine les autres personnes autour de lui (le mouchoir sera par la suite brûlé).
Les médecins donnent de nombreux conseils au patient et à sa famille comme manger avec des bols et des baguettes séparées, dormir séparément, « ne pas trop parler »…Ils éduquent en quelque sorte la famille afin qu'elle puisse surveiller le malade et reconnaître les signes d'une rechute éventuelle.

Deux des huit assistants médecins interrogés semblent penser que même si par exemple, les masques sont en quantité suffisante, les moyens généraux de protection, mis en œuvre semblent insuffisants.
Cependant, aucun de ces assistants médecins n'a jamais contracté la TB. Mais aucun test n'est effectué pour dépister une éventuelle infection. Pour le risque qu'ils prennent en travaillant au contact de malades infectieux, ils reçoivent une compensation financière du gouvernement.

Dans l'hôpital de District :
Lorsqu'on les interrogent sur les moyens de protection contre la TB à l'hôpital, les médecins nous parlent de masques, de la présence d'air conditionné, de la présence d'un matériel stérilisé et du changement régulier de blouses. (Tous ces moyens ne semblent pas tous spécifiques ni efficaces contre la tuberculose).

6) Aides soignants

La qualité d'aides soignants reste inconnue à la campagne. Ils sont complètement absents.
La famille des patients est toujours très présente : elle est là, en outre, pour s'occuper des repas, qu'ils paient de leur poche, et de la douche des malades.
Lors d'une interview d'un patient à l'hôpital, il était accompagné de sa femme et même si celle-ci restait sur le pas de la porte à écouter les questions qu'on posait à son mari il lui est arrivé d'intervenir, lorsque celui ci prenait un peu plus de temps pour répondre, comme pour affirmer son rôle dans la prise en charge de la maladie de son mari.

7) Paiement

A l'hôpital de District, l'hospitalisation revient entre 10 000 et 15 000 dong par jour (environ 1 dollar). Les patients ayant des difficultés financières se voient dans l'obligation d'écourter leur séjour à l'hôpital.

Cette somme n'a pu être estimée que par seulement un des 10 médecins interviewés. Les autres savent que les patients doivent payer mais n'ont aucune idée du montant de la somme à verser. L'argent n'a pas l'air d'être un sujet de discussion entre le médecin et son patient. Mais ces médecins n'ont-ils jamais eux même été patients ?

Lorsque l'on posait la question du salaire aux patients lors de nos visites dans les centres communaux, ceux ci esquissaient souvent un petit sourire mais répondaient volontiers à la question, bien plus qu'en ville à l'hôpital de Bach Mai. Une fois même, le patient et notre interprète (qui a ce moment là était un des médecins de l'hôpital de Bavi parlant anglais qui nous avait accompagné pour la journée) se sont attelés pendant 5 minutes à calculer le revenu du patient qui avait du mal à nous donner une réponse. Souvent, les patients pouvaient nous donner un revenu par an et par famille mais rarement par mois et par personne. Leur mode de vie a l'air plus axé vers la famille que vers une vie en solo.
Nous n'avons pu toutefois déterminer si la facilité avec laquelle les patients répondaient aux questions était seulement due au fait qu'ils étaient plus disposés à nous répondre ou qu'ils s'en sentaient plus l'obligation étant donné le fait que les interviews étaient rémunérées même si ce n'était qu'une somme humble (20000 dong par patients ce qui représente un peu plus d'un dollar). Sans doute les deux ont joué un rôle.

Informations récoltées auprès des médecins

Nous avons interviewé 4 médecins à l'hôpital Bach Mai de Hanoi. A Ba Vi, nous avons interviewé 2 médecins et 8 assistants – médecins.
Remarque : nous rapportons les informations officielles comme point de comparaison aux informations que nous avons récoltées.

1) Généralités sur les médecins

a) Bach Mai

Etudes
Les études de médecine au Vietnam durent 6 ans. Il faut 2 ans de spécialisation au moins.

Salaire
Le salaire des médecins à l'hôpital est fixe car ce sont des fonctionnaires. De plus leurs vacances sont payées.
Quant aux médecins installés en ville, ils sont payés à l'acte (leur chiffre d'affaires dépendant du nombre de patients qu'ils voient).

Autre occupation
Les médecins de l'hôpital de Bach Mai peuvent être professeurs à la faculté de médecine donc ils ne travaillent que les matins à l'hôpital.
Pour les autres, ils travaillent à plein temps (7 :30 – 16 :30, tous les jours de la semaine). Ils doivent effectuer 2 à 3 gardes de nuit par semaine.

b) Bavi

Etudes
La plupart du personnel médical que nous avons pu interviewer dans le district de Bavi était constitué par des **assistants médecins** : leur formation se fait dans des institutions différentes de celles des médecins (c'est-à-dire la faculté de médecine à l'université) et sont appelées des collèges médicaux ou écoles secondaires.
Cette formation dure en moyenne 3 ans.
Certains de ces assistants médicaux que nous avons pu interrogés avaient travaillés auparavant dans des départements hospitaliers, par exemple le département d'infection, puis ensuite se sont spécialisés en TB et finalement ont été recrutés par l'Etat pour travailler dans les centres communaux de soins.
Certains de ces assistants médecins ont des compétences multidisciplinaires et peuvent diagnostiquer les maladies simples.

Les **médecins** de l'hôpital de District que nous avons eu la chance d'interroger sont des médecins spécialistes des maladies infectieuses (notamment la TB) qui, après l'université, ont travaillé depuis plus de 15 ans dans cet hôpital.

Salaire

Le salaire moyen d'un **assistant médecin** travaillant dans un établissement de l'Etat est de 650 000 dongs (pour un travail de 40h par semaine), soit 60-70 dollars par mois.
Les 20% de cette somme sont fournis par un programme national et le reste par le gouvernement.
20% du salaire est destiné a subventionner sa retraite (15%), ses assurances sociales (4%) et son assurance maladie (1%).

Le salaire moyen d'un **médecin** travaillant pour l'état est de 1'000'000 dongs par mois.
A ces salaires sont ajoutées diverses compensations, entre autres pour certains risques pris par le personnel de soins dans leur travail.

Autre occupation

Plusieurs médecins et assistants médecins ont un travail supplémentaire dans le secteur privé en plus de celui dans l'hôpital. D'autres qui n'en ont pas en auraient s'ils le pouvaient. Pour pouvoir pratiquer privée ils doivent obtenir la permission de leurs supérieurs. On a rencontré un médecin assistant qui avait comme emploi supplémentaire une clinique privée où il offre des soins dentaires et où il obtient un meilleur salaire (2'000'000 dongs par mois) pour beaucoup moins d'heures de travail (35h). En réponse à la question : « pourquoi continuez vous de travailler à l'hôpital ? » il répondit : « je veux aider ma communauté. » (voir encadré du Dr. Lê, médecin dentiste)

2) Incidence, prévalence et étiologie de la tuberculose

a) Bach Mai

Selon les médecins de l'hôpital de Bach Mai :

Incidence : 2 cas par semaine dans le service de pneumologie.

Prévalence : 30 à 46% (sur l'ensemble de la population vietnamienne).

.

Etiologie :

- pauvres conditions de vie (petit espace vital : 20 m2 pour 10 personnes)
- fumée
- pollution
- « cheminée » (cette réponse fut assez étrange pour nous, le médecin voulait parler de la pollution industrielle probablement)

N.B. : Un questionnaire précis est utilisé à l'hôpital par les médecins pour évaluer les attitudes tabagiques des patients.

Co - morbidité : HIV, cirrhose, diabète

Evolution au cours du temps : le nombre de cas a augmenté à cause des co–morbidités (HIV entre autres) malgré les campagnes de prévention.

b) Bavi

Selon la plupart des médecins et assistants médecins interviewés, l'incidence de la tuberculose dans la population générale est d'environ 5/10000. De plus elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ceci se traduit par un taux d'environ 12 à 13 patients par semaine chez qui on suspecte une TB et 2-3 cas confirmés dans le district de Ba Vi.
La prévalence y serait de 46%.
Ils considèrent les pauvres conditions de vie et les mauvaises habitudes (ex: fumée) au Vietnam comme étant les causes principales de la TB.
D'après eux, ces chiffres élevés font du Vietnam le 13eme pays le plus infecté mondialement et le 3eme pays dans le Pacifique.
Les médecins ont affirmé que l'incidence et la prévalence de la TB ont augmenté ces dernières années notamment à cause de la co-morbidité avec le SIDA, le mouvement des populations (voyages, immigrations,…), l'augmentation de la population générale, les rechutes, et l'émergence de résistances aux médicaments. Mais certains médecins pensent que la meilleure connaissance dans la population générale à propos de la TB (améliorée par les campagnes de prévention) est aussi une cause non négligeable de l'augmentation du nombre de cas déclarés puisque les cas de TB sont plus facilement reconnus autant par le personnel soignant que par les patients.
La déclaration de cas est obligatoire et est promue par divers séminaires réguliers destinés aux médecins et assistants - médecins (1 fois par mois) à tous les niveaux (communal, district, provincial et national) pendant lesquels sont comptabilisés le nombres de cas (déclaration nominative) et unifiés les critères de reconnaissance des cas.

INFORMATIONS OFFICIELLES

Prévalence et incidence de la tuberculose

1) Au niveau mondial

La tuberculose est la deuxième maladie infectieuse au monde après les SIDA par le nombre de nouveaux cas par année.

Un tiers de la population est infectée. Ce sont surtout des porteurs asymptomatiques qui constituent un énorme réservoir de bacilles tuberculeux. Entre 5 et 10 % de ces porteurs développent la maladie ou deviennent contagieux.

On parle d'une infection par seconde. En moyenne, 8,5 millions de nouveaux cas par an sont détectés dont la moitié à frottis positifs.
Le taux d'incidence mondial progresse annuellement d'environ 1% et le nombre de cas de 2,4%.
La tuberculose tue plus de 2 millions de personnes par an, peut être même davantage lorsqu'elle est associée au VIH/SIDA. La tuberculose tue plus d'adolescents et d'adultes que n'importe quelle autre maladie infectieuse.

2) L'Asie du Sud Est

Le nombre de cas de tuberculose recensés en Asie du Sud-Est est le plus grand. Il représente 33 % de l'incidence mondiale. Cependant rapporté à l'incidence par habitant, l'Afrique dépasse de loin l'Asie en y étant 2 fois plus élevée.

NB : pour mémo : l'incidence « brute » (en absolu) en Afrique représente 27% et en Europe 5% de l'incidence mondiale.

Il en est de même pour le nombre de décès dus à la tuberculose. Brut, ce chiffre est le plus important en Asie. Mais le nombre de décès par habitant est à nouveau le plus haut en Afrique.

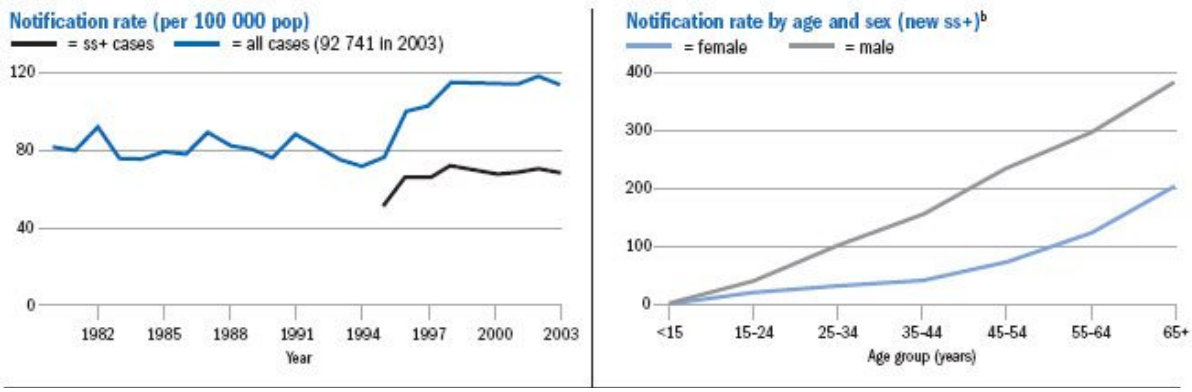
3) Le Vietnam

Le Vietnam est le 13ème pays du monde classé par le nombre de ces malades atteints de tuberculose.
Quelques chiffres pour 2005 :

-Sa prévalence est évaluée à 240 cas pour 100 000 habitants (c'est un des taux les plus élevés au monde) et le nombre de décès à 23 pour 100 000 habitants (environ 20 000 par an).

NB : la population vietnamienne en 2005 est estimée à 81 millions d'habitants.

-L'incidence est calculée à 178 pour 100 000 habitants par an dont 80 (sur les 178) à frottis positifs.



Les étiologies de la tuberculose

L'association TB/VIH

Le VIH et la tuberculose forment un duo létal : chacun accélère l'évolution de l'autre et cette combinaison conduira à la mort de manière beaucoup rapide et certaine.
Un tiers des personnes qui sont VIH positives sont co-infectées par la tuberculose.
Deux tiers des personnes HIV positives vivent dans les 22 pays les plus touchés par la TB.

-Le VIH est une des causes principales responsable de la hausse de l'incidence de TB ces dernières années. Un tiers de l'augmentation de l'incidence de la tuberculose dans les cinq dernières années peut être attribué au VIH.

- Le fait d'être porteur du VIH affaiblit le système immunitaire et peut rendre évolutive une tuberculose latente (c'est à dire développer une tuberculose active) : une personne VIH positive infectée par le bacille de la tuberculose a 30 fois plus de chances de devenir tuberculeuse qu'une personne VIH négative.
- On pense également que le VIH multiplie le risque de contamination par le bacille tuberculeux.

- La tuberculose est la première cause de décès parmi les personnes VIH positives, c'est l'une des premières manifestations du SIDA dans les pays en voie de développement. Aujourd'hui, environ un tiers des décès consécutifs au SIDA sont dus à la tuberculose.

Les conditions de vie précaires

N'importe qui peut attraper la tuberculose, pourtant elle se multiplie plus particulièrement parmi les couches les plus vulnérables de la société : les pauvres, les détenus de prisons, les toxicomanes.

Une probabilité accrue de s'infecter par la tuberculose et de développer la maladie est associée avec :

- la surpopulation de l'habitat
- la mauvaise ventilation
- les mauvaises conditions sanitaires
- la malnutrition
- l'abus de drogues
- le stress psychologique

A noter que beaucoup de ces facteurs augmentent également la vulnérabilité vis à vis du VIH.

La pauvreté prédispose donc à la tuberculose mais…

… la tuberculose peut empirer la pauvreté par :

- une perte de revenus ou un endettement suite à la maladie : par exemple, l'accès au traitement est particulièrement difficile pour les réfugiés ou les ouvriers migrants saisonniers.
- la stigmatisation associée à la TB : elle est parfois plus grande chez les femmes (NB : la TB est la cause la plus importante de mortalité chez les jeunes femmes au niveau mondial) que chez les hommes et amène à l'exclusion, l'abandon, le divorce et les pertes conséquentes de soutien social et économique.

3) Campagne de prévention et vaccination

a) Bach Mai

La campagne de prévention a été lancée il y a 10 ans. Elle consiste en des spots télévisés et radiodiffusés notamment par l'intermédiaire des haut-parleurs de rue (programmes de 10 minutes). Les informations données proviennent de médecins. Elles consistent en ce qui concerne la tuberculose à apprendre aux gens à ne pas manger dans le même plat par exemple, ou expliquent d'autres moyens de transmission et de protection. L'utilisation d'images choquantes est parfois utilisée.
Selon l'un des médecins interviewés, les gens sont en général bien informés grâce à ces campagnes de prévention, mais ils ne consultent cependant pas assez tôt, souvent seulement après l'apparition de signes graves (et non seulement pour les symptômes légers).

Dans le cadre d'une politique de prévention, si un cas de TB est diagnostiqué, toute la famille est testée au Mantoux à l'hôpital de Bach Mai ou dans l'hôpital de District le plus proche de chez eux.

En ce qui concerne la campagne de vaccination, selon un des médecins, tous les enfants sont systématiquement vaccinés au BCG depuis 10 ans.

b) Bavi

Les campagnes de prévention ces dernières années ont aidé à améliorer la connaissance de la population en la TB et facilitent ainsi la reconnaissance des cas. L'information est transmise à l'aide des médias (publicité sur les chaînes radio et télévisées), de posters placés à travers le pays, des infos dans les bus munis d'haut parleurs, et par des réunions locales dans les communes. La journée mondiale de la TB, le 26 mars, sert aussi comme moyen de sensibilisation de la population à cette maladie, ses symptômes, ses moyens de protection et à l'importance de la vaccination. Ainsi depuis 20 ans maintenant la vaccination au BCG est obligatoire chez les enfants.

Remarques : *On peut noter ici une divergence de date entre les médecins de Bach Mai et de Bavi quant à l'instauration de la vaccination BCG obligatoire chez les petits enfants.*
Selon les médecins les vaccins inclus dans le plan de vaccination (dont le BCG) sont gratuits (offerts par le gouvernement).
Les médecins pensent que la vaccination joue un rôle important dans la protection contre la maladie.

4) Diagnostic

a) Bach Mai

Pour un patient se présentant au service de pneumologie avec suspicion de TB, les examens suivants sont pratiqués (dans l'ordre) :

a. Examen physique
b. Test de sputum(= examen des crachats à l'acid-fast staining)
c. Clichés thoraciques
d. Mantoux
e. CT-Scan
f. Bronchoscopie
g. Biopsie (il nous a été précisé que cet examen comportait des risques, notamment celui de pneumothorax)

Tous ne sont pas forcément effectués. Ils dépendent du résultat du précédent test et de la gravité de l'atteinte du patient.

Un médecin nous a exposé le cas d'un patient arrivant au service d'urgence sans avoir été dirigé directement vers le service de pneumologie : « un patient arrivant au service d'urgence est d'abord examiné et subit des tests (examen physique et radios, tests sanguins et tension artérielle), il est alors redirigé dans le service de pneumologie. Si celui ci manque de place, il restera alors dans le service des urgences au début de son hospitalisation. »

b) Bavi

Les médecins assistants n'ont pas les compétences pour faire le diagnostique de la TB. Ils doivent envoyer le patient a l'hôpital du district sur la base des symptômes présentés par celui-ci.
Les médecins a l'hôpital du district se servent de plusieurs tests notamment le 'sputum test' sur lesquels on vérifie la présence ou non d'AFB (acid fast bacilli), préférablement le matin (car la concentration dans la bouche est censée être la plus élevée), des tests sanguins, des rayon-X, et le test du Mantoux pour les personnes entre 15 et 50 ans (car ces derniers ne sont pas vaccinés par le BCG).

Ainsi, pour qu'un cas de suspicion soit confirmé, il faut absolument que le résultat du AFB test soit positif. C'est en général seulement sous cette condition que le patient pourra avoir accès à tout le programme du traitement DOTS et donc à des médicaments gratuits.

Si un patient présente tous les signes et les symptômes de la TB mais par contre reçoit un AFB test négatif, il est envoyé à un hôpital de plus haut rang (un hôpital de province) pour des tests plus compliqués et spécifiques, par exemple une PCR.

5) Traitement

a) Bach Mai

Les médicaments prescrits sont : Izoniazide, Rifampycine, Pyrozynamide. En cas de résistance, l'éthambutol peut être ajouté à ce mélange.
Dans le centre anti-tuberculeux, la compliance est « forcée » : une vérification de la prise des pilules est systématique. L'apparition de résistance est donc rare.

Transfert vers le centre anti-TB et critères de retour à domicile :

- Condition d'entrée au centre anti-TB : test des crachats positif.
- Condition de sortie de ce centre anti -TB: test des crachats négatif après être resté au moins deux mois dans le centre. Le séjour au centre dure en moyenne 6 mois à un an.

Le centre est en général plus confortable que l'hôpital mais la prise d'antibiotique y est fortement contrôlée. Un test hépatique est effectué toutes les 2 semaines pour éliminer l'éventualité d'effets secondaires atteignant le foie.

b) Bavi

Le traitement administré par les médecins et les médecins assistants selon le protocole national (programme DOT) est :

- en urgence : isolation du patient jusqu'à confirmation du diagnostique dans un hôpital du district.

- diagnostic confirmé : DOTS → combinaison de 4 médicaments anti - TB par injections et comprimés pendant 2 mois, administrés d'abord à l'hôpital du district pendant environ dix jours. Puis, selon la sévérité du cas et des possibilités financières du patient, celui ci est renvoyé chez lui pour continuer le traitement dans un centre communal de soins sous la supervision d'un médecin assistant. Ceci constitue la partie intensive et agressive du traitement. Le patient reçoit des brochures explicatives et on lui conseille de se tenir à l'écart de ses proches autant que possible en mangeant séparément, en parlant et toussant ou crachant devant les gens le moins possible et en dormant dans un espace isolé de la maison. Après les 2 mois, le patient est ensuite re-testé pour déterminer la présence d'un AFB dans son « sputum ». Si celui-ci est négatif, le patient peut commencer la dernière partie du traitement (1 comprimé 2 fois par mois pendant 6 mois). Le patient retournera a l'hôpital du district les 5ème et 8ème mois pour vérifier l'efficacité du traitement et la progression de la maladie. (voir itinéraire de Mme. Campagne à la page 17).

- en cas de résistance : Le patient est envoyé dans un hôpital de province et habituellement, l'ethambutol est ajouté a la ration de médicaments administré en

traitement intensif. Selon les médecins, assistants la fréquence de résistances est très basse. Remarque : ceci n'est pas le cas selon les patients.

La compliance au traitement est généralement excellente, mais peut être altérée par les effets secondaires du traitement anti - TB (ex : fatigue, vomissements, allergies cutanées, et les problèmes hépatiques). Selon les médecins le traitement de ces effets secondaires est aussi gratuit.
Le faible taux de mortalité associé au traitement est souvent dû à un âge avancé et la présence d'autres maladies graves comme les cancers du poumon.

L'ensemble des médecins et des assistants médecins affirment qu'il y a toujours assez de médicaments à disposition puisqu'ils sont offert par le gouvernement. Les médicaments proviennent soit de l'Inde et sont à ce moment là bon marché, soit de l'Allemagne (et alors nettement plus chers).

Benh lao = tuberculose

Le programme DOTS

Qu'est ce que la méthode DOTS ? Il s'agit du traitement de courte durée sous surveillance directe (directly observed treatment short course), lancé par l'OMS en 1991.
Il est question d'une stratégie permettant de dépister et de traiter très efficacement et à peu de frais la tuberculose. Elle consiste à dépister les malades grâce à l'examen peu coûteux de **frottis d'expectorations** (nb : l'examen microscopique du crachat du malade ne permet pas d'identifier certaines des formes extra-pulmonaires de la maladie ; l'utilisation de techniques d'amplification PCR et de sérologie IgG spécifique a permis d'améliorer le diagnostic des formes extra-pulmonaires) puis à leur administrer pendant **6 à 8 mois** un traitement qui associe plusieurs **médicaments bon marché**. Le soutien permanent du malade est l'un des éléments clés de cette stratégie. Il consiste notamment à **surveiller la prise des médicaments** par le patient et à **suivre l'évolution** de son état par l'examen de ses expectorations, deux mois après le début du traitement et la fin de celui ci, afin de voir si la thérapeutique est efficace.

Fin 2002, la totalité des 22 pays considérés comme les plus touchés par la tuberculose (dont le Vietnam faisait partie) avait adopté le DOTS.
Fin 2003, 182 pays l'appliquaient couvrant ainsi 77% de la population mondiale.

1) But et Objectif

Le but du DOTS lors de sa création, était qu'en 2005, 70% des nouveaux cas de TB soient dépistés dans le cadre du DOTS et 85% de ces cas guéris.
On cherchait ainsi à mettre en place un traitement efficace de la tuberculose à faibles coûts pour plus de 9 patients sur 10 mais également plus récemment de pouvoir prolonger la vie de patients VIH positifs de plusieurs années.
Pour le Vietnam, cet objectif fut atteint en 1999, ce qui représenta un succès exemplaire, et fut poursuivit même au delà. En effet, en 2003, on comptait 86% de cas détectés et 92 % de traitements fructueux grâce au DOTS. Cependant, sans trouver d'explications, on n'a pas pu constater de diminution de l'incidence au Vietnam.
Dès 2006, un « plan stratégique régional halte à la TB » sera proposé et durera jusqu'en 2010 avec comme objectif de réduire de moitié la prévalence et la mortalité dues à la TB dans le « secteur Pacifique » de l'OMS dont le Vietnam fait partie.

2) Les 5 éléments de la stratégie DOTS

La méthode DOTS repose sur 5 points stratégiques :
-l'engagement des pouvoirs publics à lutter contre la tuberculose
-le dépistage par examen microscopique des frottis chez les sujets symptomatiques
-l'approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments antituberculeux de grande qualité
-le traitement de six à huit mois avec surveillance régulière (et même observation directe des malades pour s'assurer qu'ils prennent bien leurs médicaments pendant les

deux premiers mois au moins). Les antituberculeux susceptibles d'être utilisés sont : l'isoniazide, la rifampicine, la streptomycine, l'ethambutol, le pyrazinamide.
- des systèmes de notifications pour suivre les progrès des traitements et les résultats du programme

3) Les résultats du DOTS

Des taux de guérison allant jusqu'à 95%même dans les pays les plus pauvres ont pu être constatés.
En garantissant un traitement à long terme et sachant qu'un malade est contagieux s'il n'est pas traité mais également pendant les 21 premiers jours du traitement, ce programme empêche de nouvelles infections par guérison des malades contagieux. De plus, il empêche le phénomène de pharmacorésistance évitant de préserver des patients dont les symptômes ont disparus mais qui sont toujours infectés suite à un traitement incomplet et qui pourraient redevenir contagieux lors d'une prochaine récidive de tuberculose active.

4) Les problèmes de la mise en place du DOTS

Voici une liste des majeurs problèmes rencontrés dans certains pays quant à sa mise en œuvre :

- manque de volonté et d'engagement politique en faveur des programmes de lutte antituberculeuse
- l'insuffisance du financement et des ressources humaines (manque de personnel qualifié, infrastructure inadéquate, décentralisation des soins mal conduite, faiblesse des services de laboratoires)
- une organisation médiocre des programmes doublée d'un manque de compétence gestionnaire : carences en matière de suivi et d'évaluation, incapacité des programmes DOTS à associer les praticiens privés et d'autres dispensateurs publics de soins à la stratégie
- une discontinuité dans l'approvisionnement en antituberculeux de bonne qualité et sa limitation par les politiques sur les produits pharmaceutiques insuffisamment développées favorisant ainsi l'extension de la pharmacorésistance

5) Le cas du Vietnam

Le programme national de contrôle de la tuberculose vietnamien permet la prise en charge par traitement court de 90% des cas AFB+ (c'est à dire présentant un frottis positif) et de 77% des récidives. Le taux de guérison des cas AFB+ est de 90%.
Le Vietnam repose pour la mise en œuvre de ce programme sur sa collaboration avec des partenaires internationaux, par exemple les Pays Bas ou l'Allemagne…lui permettant de garantir à sa population des services de haute qualité.

- Le système de contrôle de la TB au Vietnam

L'Hôpital National de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires à Hanoi est responsable des activités réalisées à travers tout le Vietnam en ce qui concerne

la TB. Il est néanmoins aidé par **l'Hôpital de Pham Ngoc Thach** à Ho Chi Minh Ville qui supervise les activités dans les provinces du Sud.
Chaque province a un **centre antituberculeux provincial**, sous la direction du service de santé provincial, qui est responsable de l'exécution au niveau local du programme de contrôle antiTB.
Les **unités TB de district**, dirigées par les centres de santé de District, coordonnent quant à elles les activités anti TB à la périphérie. Les centres de soins communaux réfèrent leur patients tuberculeux au centre de district pour un examen de crachats et pour le traitement initial.
L'**examen de frottis** peut se faire dans plus de 600 laboratoires de district. Cependant, si une **culture** est demandé, elle ne pourra s'effectuer que dans un quart des 64 laboratoires provinciaux ou dans l'un des deux laboratoires de référence au Vietnam (Hanoi ou Ho Chi Minh Ville) dans lesquels il est également possible de **tester la susceptibilité de la souche aux médicaments**.

- Les coûts

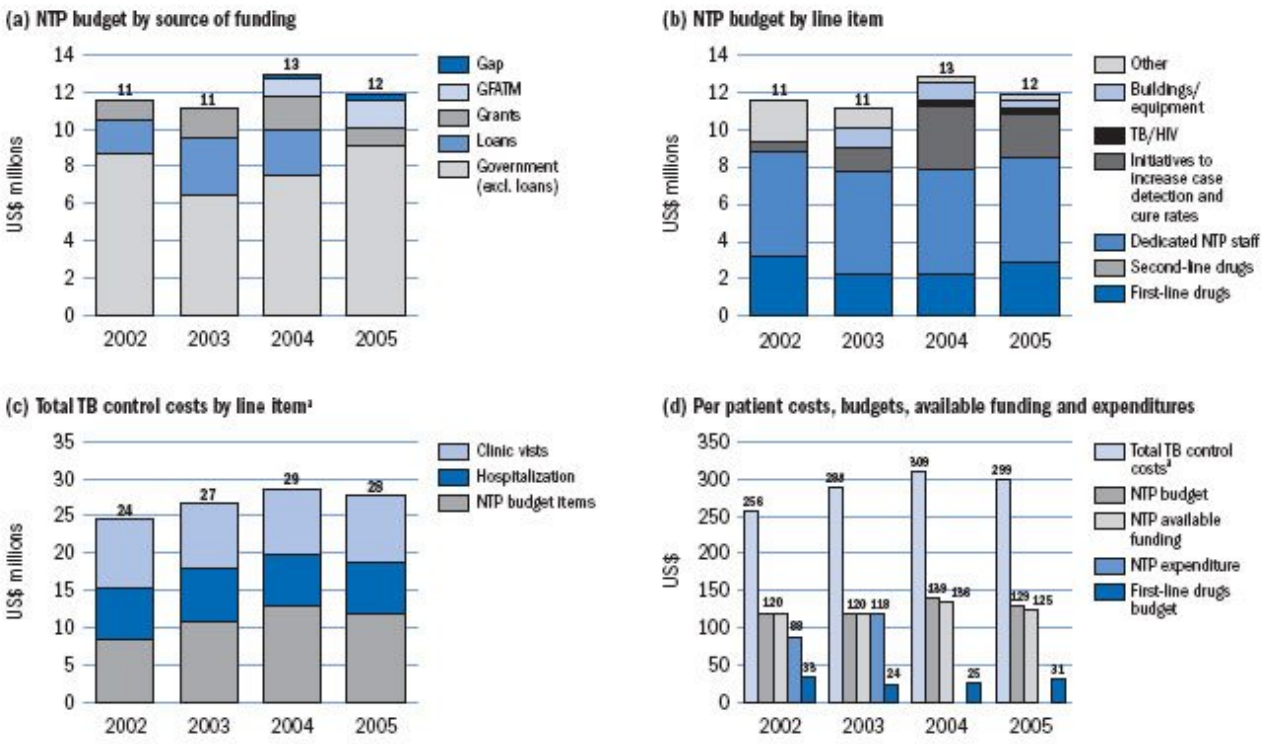
Le budget pour le programme national contre la tuberculose (NTP) s'est régulièrement maintenu autour des 11 à 13 millions de dollars par an (entre 2002 et 2005). Il inclut les médicaments de première et de seconde ligne, le personnel à disposition, les initiatives pour augmenter la détection des cas et les taux de guérison, la lutte coordonnée HIV/TB (représentant un faible pourcentage de ce budget et apparue récemment en 2004) ainsi que l'équipement et les locaux.
Ce budget accorde environ 120 –140 dollars par patient traité alors que le coût total (incluant les lits d'hôpitaux réservés aux patients tuberculeux, les visites en clinique pour le DOT et le monitoring pendant le traitement) se maintient environ à 250-300 dollars par patient traité, infligeant un coût total d'environ 24-30 millions de dollars par an.
La plupart des fonds proviennent du gouvernement mais des subventions forment également une part importante de ce budget. En 2004, la contribution du gouvernement au NTP était de 78% et celle aux coûts totaux pour la lutte contre la TB était de 90% : le gouvernement paie la majeure partie du gap entre le NTP budget et les coûts totaux réels. L'Etat est particulièrement impliqué, ce qui justifie le fait que le traitement antituberculeux soit gratuit au Vietnam (même si quelques fois les patients ont quelques petits frais).
(voir histogrammes à la page suivante)

- Les points à améliorer

Même si officiellement toutes les provinces assurent une couverture de 100% de leur territoire par le programme DOTS, il reste toujours des populations vivant dans des espaces retirés ou montagneux qui ont un accès limité aux services offerts dans le cadre du DOTS.

Garantir un approvisionnement suffisant et constant en médicaments antituberculeux de haute qualité pour le pays entier est un autre des challenge à affronter.
La prévalence en tuberculose multi - résistante parmi les nouveaux cas est évaluée à 2,3%.

La prévalence de HIV parmi les nouveaux cas chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est de 2,8% en 2005. Dans 10 provinces, cette prévalence excède les 3% et dans deux provinces (Binh Duong et Haiphong) elle est supérieure à 10%. Ceci rend urgent la mise en place d'un programme de coordination HIV/TB pour lutter contre ce fléau.
La prise en charge de la tuberculose dans le cadre du DOTS par le secteur privé de soins reste peu convaincant. Une proportion considérable de patients est traitée par des fournisseurs de soins privés dans la métropole d'Ho Chi Minh mais la situation reste incertaine dans d'autres parties du pays. Un projet d'implication du secteur privé entre 2001 et 2004 montré un taux de traitement réussi faible dans les cliniques privées probablement dû au fait que les médicaments fournis n'étaient pas entièrement dénués de charges financières imposées au patient.
La communauté (par exemple au sein d'un village, par l'intermédiaire de l'Union des femmes, l'Union des agriculteurs) est impliquée dans des campagnes d'information et de prévention au sein des activités du programme mais ces interventions restent limitées et devraient être renforcées.



[1] Total TB control costs for 2002 and 2003 are based on expenditures, whereas those for 2004 and 2005 are based on budgets. Estimates of the costs of clinic visits and hospitalization are WHO estimates based on data provided by the NTP and from other sources. See Methods for further details.

INFORMATIONS OFFICIELLES

Le phénomène de résistance au traitement

Dans tous les pays du monde, il existe au moins une souche résistante à au moins un des antituberculeux. Environ 50 millions de personnes sont infectées par ces souches résistantes.

Cette résistance est due à un traitement suivi irrégulièrement ou partiellement car les patients commencent à se sentir mieux, un mauvais schéma thérapeutique a été prescrit ou un mauvais approvisionnement en médicaments s'installe. Le traitement supprime certaines souches mais favorise la multiplication de souches résistantes au traitement. Il s'agit d'un phénomène de **résistance acquise**.
Des taux de guérison de la tuberculose inférieurs à 70% font que l'épidémie et les résistances augmentent.

La **tuberculeuse multirésistante** (MDR-TB) est une tuberculose dont les bacilles résistent aux deux principaux médicaments antituberculeux : l'isoniazide et la rifampicine.
Elle est présente au Vietnam chez 2,3 % des malades tuberculeux. Elle peut être transmise d'une personne à l'autre : sa propagation constitue alors un **phénomène de résistance primaire**.
La MDR-TB constitue un grave problème car l'isoniazide et la rifampicine constituent le traitement le plus efficace et le seul accessible pour certains malades. Dans les pays en développement, aucun traitement n'est disponible pour ces souches résistantes. Dans d'autres pays, un traitement pour les TB résistantes peut être instauré : il s'agit de chimiothérapie mais d' une durée de 2 ans, pour un coût environ 100 fois supérieur au traitement ordinaire et avec une toxicité plus grande.

6) Assurances

a) Bach Mai

Voilà différentes réponses que nous avons reçues de médecins de l'hôpital de Bach Mai quand nous leur avons demandé ce qu'il en était du système d'assurance maladie au Vietnam :

a. « L'assurance n'est pas chère pour les étudiants en médecine car ils sont peu malades ! » Ce même médecin n'était pas très au courant de l'état des choses pour le reste de la population.

b. Les fonctionnaires (=un tiers de la population) sont tous assurés (dont les médecins). Les fonctionnaires retraités sont assurés et ne paient rien. Les fonctionnaires actifs paient actuellement 20% des frais mais dû à des changements de lois récents ils ne devront plus rien payer à l'avenir. Le médecin interrogé ne sait pas combien il paie car cela lui est directement prélevé sur son salaire. Les deux tiers restants de la population ont la possibilité de s'assurer mais la plupart ne le font pas (ex :aucun paysan en général).

c. Officiellement, tout le monde devrait être assuré au Vietnam et paierait une cotisation. Mais dans les faits, seulement 20% de la population est assurée (pour reprendre l'expression d'un des médecins de Bach Mai : « système pied-bot »). Le but pour 2010 selon une nouvelle réforme est que 100% des gens soient assurés. Si l'assurance est considérée comme « sociale », il faut tout de même payer une cotisation et 20% des frais (80% des frais sont payés par l'assurance).

b) Bavi

Les médecins pensent qu'environ 30% des patients sont assurés et couvert à 100%. (*Remarque : il est a noter que ce chiffre est bien loin de la réalité*).
Mais l'assurance n'intervient pas dans le traitement de la TB car celui-ci est gratuit pour tous les patients, pourvu que le diagnostique soit confirmé.
Les patients bénéficient aussi de divers compensations sociales offertes par le gouvernement telles qu'une pension pour les retraités, les fonctionnaires (ex : médecins), et même une compensation pour les familles ayant perdu des membres de leur famille pendant la guerre. Il existe aussi un certificat dit « des pauvres » avec lequel un individu et toute sa famille considérés comme étant très démunis par l'état bénéficient de soins gratuits (payés par le gouvernement).
Le problème du système d'assurance, nous expliquait un médecin, était qu'il coûtait très cher et n'était donc accessible qu'aux riches.
Les médecins sont assurés d'office par le gouvernement mais avec 1% déduit de leur salaire.

INFORMATIONS OFFICIELLES

Le système d'assurance au Vietnam : un pays peu assuré

Le chiffre d'affaires total des primes d'assurance en tout genre représente environ 2 % du PIB Ces dix dernières années, ce chiffre a connu une croissance annuelle de 30 %.
Son produit intérieur brut par habitant de 400 $ place encore le Viêt-nam parmi les pays dits « pauvres »-PIB pour le pays= 31 milliards de dollars.

Les assurances sociales

Alors que la loi oblige toutes les entreprises à assurer leurs salariés, 5 millions seulement des quelque 50 millions d'actifs vietnamiens (ce qui représente dix pour cent des travailleurs) bénéficient d'une protection sociale, **des fonctionnaires et des cadres pour la plupart. Les ouvriers, plus exposés, ne sont pas couverts.**
Auparavant, seuls les employés des secteurs publics pouvaient bénéficier d'une couverture sociale. Le gouvernement réservait une partie de son budget pour couvrir leurs frais de congés de maternité ou de maladie, et les indemnités de retraite… A présent, selon la loi de 1995, l'employeur et l'employé doivent cotiser, respectivement, à hauteur de 15 et 5 % du salaire de base.

L'assurance maladie au Vietnam

L'assurance maladie ne bénéficie encore qu'à une fraction minoritaire de la population, seulement 13%.

L'assurance santé obligatoire couvre 7% de la population par deux caisses (une pour les fonctionnaires et une pour les salariés du secteur privé) tandis que l'assurance volontaire touche 6% des vietnamiens. Le gouvernement projette d'étendre l'assurance obligatoire à d'autres couches de la population mais la situation de la protection existante n'est pas satisfaisante (carence chronique des cotisations et déficiences en matière de gestion des caisses).

Instituée en 1992, réformée en 1998, **l'assurance maladie obligatoire** couvre environ 10 millions de personnes. Il s'agit principalement des travailleurs du secteur public et parapublic : **fonctionnaires d'Etat, membres du Parti communiste vietnamien, salariés des entreprises publiques et invalides de guerre**. Moyennant une cotisation égale à 3 % du salaire, cette assurance maladie obligatoire prend en charge les honoraires de consultation médicales et le coût des soins hospitaliers. Les dépenses fixes, constituées des salaires et de la formation des personnels médicaux, relèvent directement du budget de l'Etat.

Parallèlement, **l'assurance santé volontaire** concerne environ 4 millions de personnes, dont 17 % des **étudiants**. Elle demeure, toutefois, hors de portée de catégories entières de la population, dont la plupart des agriculteurs, les chômeurs et les personnes les plus déshéritées.

De ce fait, l'assurance maladie bénéficie davantage aux couches les plus aisées de la population vietnamienne. Ainsi, 6 % seulement des personnes ayant les revenus les plus bas bénéficient d'une couverture maladie, contre 29 % parmi les personnes ayant les revenus les plus élevés.

Interview du Docteur Thai

Dès notre premier jour à l'hôpital de Bach Mai, le chef du service nous a délégué à un autre médecin qui parlait français, docteur Thai. Celui-ci était un personnage assez marquant de notre immersion.

Il nous a tout de suite emmené au chevet des malades sans s'enquérir des motivations de notre séjour ici desquelles il n'avait pas été mis au courant par le chef de service. Nous sommes partis à sa poursuite parmi les patients dont il nous faisait un topo clinique. Nous ne pouvions que l'écouter car nous étions dépendant de lui et surtout il ne s'arrêtait pas de parler une seule seconde.

Après avoir fait le tour des cas les plus intéressants selon lui d'une des grandes chambres du service, nous avons pu lui expliquer que nous aurions aimé voir les quelques patients tuberculeux du service et leur poser quelques questions au sujet de leur maladie ainsi qu'à d'autres médecins. Il nous a vaguement proposé de nous aider pour traduire notre questionnaire en vietnamien, mais sans trop insister. Le fait que notre but principal n'était pas d'observer les différents cas cliniques qu'il nous exposait (même si ceux-ci étaient particulièrement intéressants) l'a littéralement transformé, il ne paraissait plus motivé ou intéressé à nous montrer « sa médecine » dont il paraissait fier. L'idée de devoir répondre à des questions l'indisposait, même sans qu'on les lui ait posées... Il nous a dit :
« La langue n'est pas de l'os**.** Ce qu'on dit peut être tourné dans n'importe quel sens. »
Sans doute était-il habité par la crainte que ce qu'il pourrait nous dire puisse se retourner contre lui. D'ailleurs, à ce moment de la conversation, un officier en uniforme est entré dans la salle et le docteur Thai est devenu soudain beaucoup plus évasif et parlait moins.

Le lendemain, dès notre arrivée, il nous a « abandonné » aux mains d'une de ses collègues le temps de partir faire une bronchoscopie. En réalité, il n'est pas revenu dans le service avant notre départ ce jour là et sa collègue ne s'étant pas souciée de nous, nous sommes restés une grande partie du temps à attendre (profitant du temps alors pour traduire à ce moment notre questionnaire en vietnamien). Heureusement un jeune médecin nous a permis de voir quelques patients.

Le lendemain, aucune excuse de la part du docteur Thai, d'autant plus qu'il paraissait avoir du travail concernant les quelques cas de grippe aviaire qui agitaient le service. A ce moment là nous avons néanmoins pu lui poser quelques questions concernant le sujet de notre étude. Nous prenions cependant garde à la tournure de nos questions. Des propos trop inquisiteurs l'auraient définitivement renfermé sur lui-même :

Pouvez vous nous expliquer la prise en charge des patients à l'hôpital Bach Mai ?

« Dans le service de pneumologie, on compte environ 10 à 20 entrées et sorties par jour. Le patient peut choisir de venir se faire traiter ici même s'il existe un hôpital plus près de son domicile et nous le soignons même si le service manque de place. Le patient arrive au service de consultation de l'hôpital et subit les principaux examens : examen physique, radio, prise de la TA et examen sanguin. Selon les résultats il est alors redirigé vers le service adéquat pour être hospitalisé (si le service d'accueil manque de place il peut être gardé quelques temps dans le service d'urgence). »

Que pensez vous de la médecine traditionnelle ?

« Selon moi, elle est utile seulement si elle est associée à la médecine moderne et elle est surtout efficace pour les personnes âgées et pour le traitement des maladies articulaires.
Il existe un service de médecine traditionnelle ici à l'hôpital qui possède 30 lits. La médecine traditionnelle est officielle : une formation de médecine traditionnelle constituée de 4 ans de tronc commun avec le reste de la médecine et de 2 ans de spécialisation est offerte à la faculté de médecine.
La médecine traditionnelle travaille avec des produits à base de plantes, de produits de baleine ou d'autres animaux, de bile de poissons, surtout sous forme de massages ou aussi d'acupuncture.
Officiellement il n'existe pas de liens entre les deux médecines : le patient est libre de choisir le type de traitement qu'il désire. Les liens entre ces deux médecines sont encore assez tabou : on ne critique ni l'une ni l'autre des médecines par respect et par convention. »

Qu'avez vous a nous dire au sujet de l'assurance maladie au Vietnam ?

« C'est un système « pied bot » au vietnam. Officiellement tout le monde devrait être assuré et devrait payer des cotisations mais dans les faits seulement 20 % des gens sont assurés. Le but pour 2010 est que 100% des gens soient assurés. On paie 20% des frais et les 80% des frais sont remboursés par l'assurance. »

Malheureusement l'interview s'est arrêtée car il nous dit devoir retourner au travail. Nous n'avons pas eu d'autres opportunités pour l'interroger à propos du système de santé vietnamien ou au sujet de la tuberculose. Cependant, vu la situation de grippe aviaire les jours suivant nous avons pu en discuter un peu avec lui.

Il nous a exposé le fait qu'une dizaine de patients étaient atteints mais n'a jamais prononcé les mots « transmission humaine » même si il nous a fait comprendre qu'elle était fortement suspectée par l'exemple suivant :
« Il y a quelques jours, une patiente à qui l'on a diagnostiqué une grippe aviaire a été transférée à un autre service. Bizarrement son ancien voisin de chambre présente aujourd'hui après quelques jours d'intervalle, les mêmes symptômes et a aussi maintenant été diagnostiqué pour une grippe aviaire. »
Nous avons une fois de plus relevé la langue de bois du docteur Thai, c'est à dire son hésitation à divulguer des informations in officielles ainsi que sa propre opinion.

Etes vous inquiet ?

« Oui, mais beaucoup moins qu'il y a deux ans lors de l'épidémie de SRAS. Je n'ai pas peur de l'épidémie : j'ai déjà eu la grippe aviaire trois fois. Chacun doit bien mourir de quelque chose. Vous savez : tous les intestins sont les mêmes et ils contiennent tous des selles».

Nous sommes restés un peu dubitatif devant ces sortes de proverbes un peu bizarres… sans doute du fait à un problème de traduction ou peut être est ce le personnage lui même qui est assez étrange ? C'est à ce moment qu'il nous a mis en garde contre la grippe aviaire et nous a déconseillé de revenir dans le service. Il nous a ensuite parlé du jeune médecin qui était peut être atteint de grippe aviaire car il en présentait les symptômes. Drôle de moyen pour nous faire fuir que de nous faire peur ?
Il nous a ensuite confié qu'il ne fallait en aucun cas que la situation du service n'en sorte et qu'il nous était interdit d'en parler autour de nous. Il a même mimé le fait de se trancher la gorge…

Ce personnage était vraiment très théâtral et nous a beaucoup frappé par son attitude assez hors du commun...

Encadré du Dr. Lê, médecin dentiste

Le docteur Lê (2ème médecin de premier secours des communes aux environs de Ba Vi que nous avons interrogé) travaille dans le centre de santé de la commune de Ba Trai. Il a effectué ses études au « medical college » de la ville de Haiphong (dans le Nord).
Sa fonction, nous a-t-il expliqué, est de surveiller le bon déroulement du traitement des maladies considérées comme « sociales » : HIV, Tuberculose et les maladies psychiatriques. Chacune de ces maladies est sous l'égide de programmes nationaux.

La plupart des patients qu'il rencontre sont des cas de Tuberculose. La prévalence étant de 0.55 pour mille (il y a en effet 5 cas répertoriés dans sa commune qui compte 9000 âmes).
Les autres maladies rencontrées sont l'ARI (Acute Respiratory Infection), et également des cas de BPCO.
Selon lui, les facteurs de risques pour la Tuberculose sont les suivants :

1. Pauvres conditions de vie, insalubrité.
2. La fumée. *(Le Dr. Lê est le seul à avoir mentionné ce paramètre comme un facteur de risque et à notre connaissance, bien qu'il y ait destruction certaine du parenchyme pulmonaire, la fumée ne constitue pas un facteur de risque scientifiquement avéré)*
3. Le taux bas de vaccination. *(il est intéressant de relever que la majorité des médecins que nous avons interrogés considèrent que la vaccination au BCG est un moyen de protection efficace. A mettre en relation avec le taux effectif de protection allant de 0% à 80% selon les études des références du module 4)*
   Selon le Dr Lê, la vaccination est donc un bon moyen de prévention.

Il note également une forte co-morbidité de la Tuberculose avec l'ARI.

Le Dr Lê n'a pas la compétence pour poser des diagnostiques

Le Dr. Lê nous a également décrit le programme « Dots » comme suit : il y a d'abord 2 semaines de confinement suivies de 2 mois d'injections au centre communal. Durant ces deux mois, un test sputum de routine est effectué. Enfin, le patient doit suivre six mois de traitement à domicile (sans injection, simple prise orale de médicaments). À la fin de ces huit mois, un autre test sputum de routine est mené.

S'il y a suspicion de Tuberculose dans le centre communal, le patient est envoyé à l'hôpital de district (de Ba Vi en l'occurrence). Le patient est alors hospitalisé pendant deux semaines pour poser (ou non) le diagnostique définitif. Si le diagnostique est posé, le programme « Dots » est enclenché. Dans tous les cas, le patient rentre dans sa commune.

Les ethnies qu'a le plus souvent rencontrées le docteur Lê sont des personnes appartenant à l'ethnie des « King » (qui constituent le groupe ethnique majoritaire au Vietnam. Ils sont à l'origine de la langue vietnamienne parlée dans tout le Pays) ainsi qu'un nombre restreint des « Mương ». Selon Le Dr. Lê, il n'existe pas de disparité salariale *(nous avons même interrogé une Mương, et elle était la seule à avoir les moyens de se rendre dans un hôpital privé. Les minorités ethniques sont souvent des paysans vivant dans les montagnes avec des moyens très humbles)*.

Le centre communal dans lequel il travaille est en moyenne à 3 kilomètres de la maison des patients. Les patients se rendent en général en « motorbike » *(scooter de faction chinoise ou russe coûtant environ 1000 USD)*. Il n'existe pas de système d'ambulance.

Selon le Dr. Lê, la Tuberculose ne peut être traitée par la médecine traditionnelle car bien que les effets soient réels, ils sont trop lents pour être considérés comme dignes d'intérêt. Le Dr. Lê lui-même n'a jamais utilisé la médecine traditionnelle.

La compliance de certains patients est faible car ces derniers croient que la Tuberculose est due au fait qu'ils travaillent trop dur *(croyance que nous avons pu directement confirmer à l'interview de plusieurs patients)*. Ils ne réalisent pas le danger qu'implique la Tuberculose. Ils arrêtent donc parfois leur traitement et leur cas s'aggrave.
Les médecins, nous a expliqué le Dr. Lê, ne peuvent en aucun cas forcer les patients à prendre leur traitement mais ils fournissent de grands efforts pour convaincre les patients.

Le Dr Lê a deux emplois : il travaille 40 heures par semaine dans le centre (8 heures par jour du lundi au vendredi) et il possède une clinque privée où il fournit des soins dentaires (3 à 4 heures les soirs de la semaine et dix heures le samedi et le dimanche) : en tout, 80 heures hebdomadaires. Les patients qu'il reçoit dans sa clinique privée sont d'une classe sociale plus élevée que ceux qui se rendent dans le centre communal de soin.

Le salaire du Dr Lê peut être étudié de la manière suivante :

a. Concernant le centre de soin communal, il gagne 774 000 dongs (environ 48.8 USD) par mois
b. Concernant la clinique, il gagne 2 000 000 dongs (environ 126 USD) par mois.

20% de son salaire est déduit de la façon suivante :

- 15% est destiné à subventionner sa retraite.
- 4% est destiné à subventionner ses assurances sociales.
- 1% est destiné à subventionner son assurance maladie.

Il précise que, bien qu'il gagne beaucoup moins en tant que médecin au centre de soins communal, il continue à y travailler pour aider la communauté.

Informations récoltées auprès des patients

a. Hanoi

Nous n'avons pu interroger réellement que 2 patients au cours de notre séjour à l'hôpital de Bach Mai. Nous rapportons ici ces 2 interviews.

Il nous faut noter que ce patient a été notre premier interview de tout le stage. Il a été réalisé seulement 4 jours après notre arrivée à l'hôpital après 3 longs premiers jours très peu productifs (pour ne pas dire nul du point de vue de la récolte d'informations non subjectives). Nous nous étions rabattus sur l'élaboration d'un questionnaire traduit en Vietnamien plus que rudimentaire. A la fin de cet interview (qui n'a pas été le plus riche en informations récoltées, loin s'en faut), notre moral a grimpé du stade de néant désespérant à celui de sentiment d'avoir accompli enfin quelque chose de constructif ! Cela nous a réellement remis d'aplomb !

Interview du premier patient à Bach Mai

Ce patient s'appelle Nguyên Dúc Thình.
Il a 65 ans.
Il habite dans une province à 100 kilomètres de Hà Nôi.

C'est un ancien médecin à la retraite depuis 10 ans.

Il souffre d'une BPCO.
Il connaît très bien sa maladie. (dû au fait qu'il est médecin nous a expliqué notre interprète.)

Le patient est sous traitement depuis 2003. Les médicaments qu'il prend sont les suivants : théophylline, salbutamol, β- agonistes, broncho dilatateurs. *(À noter qu'il connaît le nom de ses médicaments ce qui est probablement dû au fait qu'il était médecin. Cependant ce phénomène a été suffisamment rare pour que nous trouvions important de le relever)*.

Il a pris ses médicaments à l'hôpital de son district
Il est à l'hôpital depuis le 29 mai (depuis 11 jours)

Il a une assurance (car il est médecin).
Les médicaments sont remboursés par son assurance qu'il possède grâce à son statut de médecin. Cependant, il doit payer le 10% de sa prise en charge (le reste étant prise en charge par l'assurance).

Il nous a de plus mentionné que bien que la majeure partie de ses soins ne soient pas à sa charge, il trouvait néanmoins que ce qu'il devait payer de sa poche était « un petit peu cher pour lui » *(on peut ici se rendre compte ce que représente le traitement de maladies similaires pour la majeure partie de la population vietnamienne qui n'a pas d'assurance !)*

Les causes de sa maladie, selon lui, sont les suivantes :

- 70% de sa maladie est due à la cigarette : il a fumé pendant trente ans et à arrêté en 1998 (il y a 7 ans). Il fumait un paquet de cigarettes par jour (de la marque ''*« Hero » that made him feel strong !!''*)
- Les 30% restant sont dus, d'une part à la guerre, et d'autre part, au fait qu'il ait reçu un traitement tardivement.

Le patient a essayé la médecine traditionnelle, entre autre pendant 20 jours avant sa venue à l'hôpital mais elle a été sans effets.

Il possède une famille de 6 personnes mais ne vit en ce moment qu'avec sa femme.

Interview du deuxième patient de Bach Mai

La patiente s'appelle Phap Tui.

Elle est âgée de 34 ans.La jeune médecin qui était notre interprète nous a spontanément présenté le cas : a patiente a de la toux sans hémoptysies. Elle a perdu 1 à 2 kilogrammes. Les symptômes sont apparus il y a 1 mois. Il y a présence de tuberculômes sur les clichés thoraciques.
Le lieu d'origine de la patiente est Ha Noi.
Elle exerce le métier de comptable.
Elle souffre de Tuberculose, le diagnostique ayant été posé avec un test sputum positif aux AFB (Acid Fast Staining Bacilli). Elle ne souffre pas d'autres maladies.
Elle a eu connaissance de sa maladie seulement après son hospitalisation.
Les médicaments sont administrés 6 à 9 mois après la sortie de l'hôpital. La patiente doit rester à l'hôpital deux semaines supplémentaires. (Il est à noter qu'au cours de l'interview le médecin a souvent jugé qu'il n'était pas nécessaire de poser la question directement au patient. De nombreuses réponses sont donc celles du médecin et non du patient.)
Compte tenu de son allergie, la patiente doit recevoir un traitement inhabituel. (Le traitement habituel est le suivant :Streptomycine, Pirozynamide (PZH), Isoniazide (INH), Rifampycine. *Ceci est une fois de plus une information provenant du médecin*).
Durée du traitement : La patiente est à l'hôpital depuis 1 mois. Le diagnostique de tuberculose a été posé il y a deux semaines. Un traitement devrait donc être commencé mais la patiente présente des allergies aux médicaments et une cirrhose. Des test complémentaires pour trouver un traitement sont en cours ce qui retarde le transfert de la patiente au centre anti-tuberculeux de Ha Noi.
Remarque : la patiente reste avec les autres patients malgré le fait qu'elle soit contagieuse.
Elle possède une assurance. Mais celle-ci ne rembourse pas les médicaments anti-tuberculeux achetés à la pharmacie en dehors du programme national contre la Tuberculose.
N.B. : au centre anti-tuberculeux, les coûts des médicaments sont pris en charge par le programme national.
La patiente possède une assurance. Elle doit cependant payer le 20% des coûts médicaux mais ne connaît pas la somme que lui coûtent les médicaments ou les frais d'hôpitaux.
Elle avoue ne vraiment pas être préoccupée par ses paiements.
Là encore, nous pouvons noter une différence flagrante avec les patients interrogés à Ba Vi : La patiente d'une part a une assurance, fait rarissime à la campagne, et d'autre part, elle doit être suffisamment aisée pour ne pas savoir ou être préoccupée par le coût de sa santé !
Elle ne trouve pas que l'hôpital ou les médicaments soient chers pour elle.
Elle n'a pas utilisé de médecine traditionnelle.
Elle vit avec son mari et ses deux enfants.
Lorsqu'elle est à l'hôpital, elle se fait remplacer au travail par des collègues.

b. Ba Vi

Introduction

Au cours de notre troisième et quatrième jour à Ba Vi, nous nous sommes rendus à quatre centres de soin, chacun situé dans une commune différente à l'intérieur du district de Ba Vi. Chaque centre de soin était dirigé par un des assistants-médecins que nous avions interviewé les jours précédents. Nous avons interviewé trois à cinq patients par demi-journée, parfois en groupes de deux, parfois, lorsqu'un seul traducteur était disponible, en un seul groupe. Les responsables des centres de soin nous recevaient dans leur centre à notre arrivée. Souvent, ils restaient dans la salle pendant les interviews des patients. Lorsqu'ils voyaient un des patients hésiter devant une question, il leur arrivait de les aider à répondre. Les patients étaient souvent à plusieurs dans la salle. Ces patients qui attendaient d' être interviewé, ou parfois la femme du patient interviewé, discutaient, contredisaient, confirmaient, ou apportaient des compléments d'information aux réponses données. Notre traducteur, Dr. Tuan, nous donnait de temps en temps des explications à propos des coutumes, du mode de vie, ou de l'histoire du Vietnam afin que nous puissions mieux comprendre les réponses des patients.

Nous avons interviewé en tout **14 patients dans les centres de soin communaux** ainsi que **2 patients hospitalisés à l'hôpital de district**. Tous avaient reçu le diagnostic de tuberculose. De ces 16 patients, il y a 11 hommes et 5 femmes, entre 30 et 77 ans. Notons que 14 de ces patients souffrent d'une tuberculose pulmonaire, un des patients d'une tuberculose extra-pulmonaire (pleurale), et une des patientes d'une tuberculose ganglionnaire.

Il est important de garder en tête que les résultats que nous avons obtenus n'ont aucune valeur statistique. Nous nous sommes efforcés à poser systématiquement toutes les questions de notre questionnaire à chaque patient, mais ceci n'a pas toujours été fait. À ce problème viennent s'ajouter les inexactitudes des réponses, de traduction, et de notre propre compréhension des données. Nous sommes donc conscients que ces données ne peuvent pas servir de base pour une étude épidémiologique, mais ont pour seul but d'illustrer et de comprendre certains aspects de la prise en charge des patients tuberculeux dans les villages du Vietnam.

1) Origine des patients et moyen de transport

a) Distance parcourue par les patients pour arriver au centre de soin

500 mètres ou moins: 7 patients

1 kilomètre à 1.5 km: 4 patients

2 km: 2 patients

3 km: 1 patient

Pour les 2 patients hospitalisés à l'hôpital de district, les distances parcourues pour arriver à l'hôpital sont de: **10 km** et **15 km**

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

Remarque: Tous les patients interviewés habitent dans le district de Ba Vi.

b) Moyen de transport utilisé pour arriver au centre de soin

Moto: 1 patient

Motorbike (vélomoteur): 9 patients, dont une femme de 67 ans amenée par son petit-fils en scooter

Vélo: 3 patients, dont un homme de 77 ans amené en vélo par un membre de sa famille

À pied: 3 patients, dont une femme de 70 ans qui a pris 30 minutes pour parcourir le kilomètre à pied (alors que la même distance lui prendrait environ deux minutes en vélomoteur).

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

2) Religion et appartenance ethnique

a) Ethnie:

Appartiennent à **l'ethnie King**: 13 patients. C'est l'ethnie majoritaire au Vietnam.

Appartiennent à une autre ethnie: 1 patient. Cette patiente appartient à une minorité ethnique au Vietnam, les **Muong**.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 2 patients

b) Religion:

N'ont **pas de religion**: 7 patients. L'un nous dit qu'il croit pourtant en Bouddha, un autre qu'il pratique un culte aux ancêtres.

Bouddhistes: 2 patients. L'un d'entre eux nous dit que, bien qu'il soit bouddhiste, il ne va à la pagode que quelques fois par an, à l'occasion des fêtes. Le reste du temps, il pratique chez lui.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 7 patients

3) Profession et salaire

a) Occupation des patients (si le patient est retraité, occupation la plus récente)

Paysan: 11 patients, dont un est aussi vendeur au marché, un autre est aussi poseur de briques, et un troisième est aussi conducteur de camion.
Tous les paysans cultivent du riz (ainsi que du mais, des litchis, ou autre) et la plupart possèdent quelques animaux (cochons, poules, vaches).

Vendeur de nourriture au marché: 3 patients (dont un est aussi fermier)

Vendeur de phò (soupe aux nouilles): 1 patient

Bûcheron: 2 patients

Poseur de briques: 1 patient (est aussi fermier)

Conducteur de camion: 1 patient (est aussi fermier)

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

Remarque: 3 patients sont **retraités** (un homme de 77 ans, une femme de 70 ans, un homme de 55 ans).

Remarque au sujet du **service militaire**: Il est intéressant de noter que presque tous les patients (hommes) entre 48 et 60 ans interrogés ont servi dans l'armée vietnamienne pendant quelques années, entre le milieu des années 60 et le milieu des années 80. Un d'entre eux nous a raconté qu'il avait finalement été autorisé à quitter l'armée après quelques années due au décès en combat de deux de ses trois frères. Un autre patient, bien que n'ayant pas servi en tant que soldat, avait fait parti du groupe de défense de son village.

b) Revenu des patients avant le début de leur maladie

Sur les 16 patients interviewés, 9 d'entre eux nous ont donné une estimation quantitative de leur revenu. Nous avons transformé les revenus annuels par famille en revenus par mois par personne.

1 Dollar = 15800 Dongs

Moins de 5$ par mois par personne: 1 patient (4.75$). Il dit que c'est juste assez pour se nourrir.

5$ à 15$ par mois par personne: 4 patients (8.7$, 10.6$, 11.9$, 14.9$), dont deux nous disent que c'est juste assez pour vivre. Un autre nous dit que s'il gagne si peu, c'est qu'il ne possède pas beaucoup de terre cultivable.

Plus de 15$ à 32$ par mois par personne: 3 patients (23.7$, 31.6$, 31.6$)

Plus de 32$ par mois par personne: 1 patient (52.7$). Plus de la moitié de cet argent lui est envoyé par son fils, qui habite en ville.

Remarque 1: Un seul salaire doit souvent subvenir aux besoins de plusieurs membres de la famille. Quatre des patients interviewés vivent à six, sept, ou neuf dans une seule maison. La femme aide parfois à apporter le revenu, mais c'est surtout les hommes de la maison qui rapportent l'argent pour tous les membres de la famille.

Remarque 2: La question du revenu a été délicate à poser. Nous avons dû décider à quel moment au cours de l'interview, et de quelle manière, la poser. Nous n'avons pas toujours osé la poser au patient, et certains patients nous ont dit qu'ils ne savaient pas ou nous ont répondu de manière imprécise. Une patiente de 70 ans par exemple, qui habite seule, dépend de l'argent que lui envoie son fils de manière irrégulière suivant combien il a gagné pendant ce mois. Un autre patient nous a répondu qu'il vend deux tonnes de riz par année. Il a gagné moins cette année que d'habitude car ses poules ont été tuées due à l'épidémie de grippe aviaire. Enfin, un autre patient nous dit qu'il ne connaît pas son revenu car c'est sa femme qui s'en occupe. Quant aux patients qui ont réussi à nous donner des chiffres, ça reste des approximations autant de leur part (dans l'estimation de leur revenu annuel par famille) que de la nôtre (dans la conversion des données en revenu par personne par mois). De plus, l'estimation peut être faussée sachant que certaines familles comptent plus d'enfants que d'adultes.

c) Remplacement au travail pendant l'hospitalisation des patients pour la tuberculose

La famille remplace le patient au travail (et le patient reste seul à l'hôpital): 4 patients. La femme d'un de ces patients est restée avec son mari les trois premiers jours d'hospitalisation, puis est rentrée après trois jours pour le remplacer à la ferme.

Patients ayant employé des travailleurs pour les remplacer à la ferme: 2 patients. Dans un cas, les personnes employées sont des voisins, dans l'autre c'est des employés payés 25000 Dongs (1.58$) par jour.

Un membre de la famille fait des allers-retours entre l'hôpital (pour s'occuper du patient) et la ferme: 2 patients. Dans un des cas, c'est le frère et la sœur du patient qui sont venus aider à la ferme pendant que la femme passait la journée à l'hôpital, puis la femme rentrait le soir à la maison pour travailler.

Quelques membres de la famille restent avec le patient à l'hôpital tandis que **d'autres membres de la famille et voisins le remplacent au travail**: 2 patients

Personne ne le remplace au travail et la famille reste avec le patient à l'hôpital : 1 patient. Notons que ce patient est celui avec le revenu le plus élevé parmi tous les patients interrogés.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 5 patients

Remarque: À l'hôpital de district de Ba Vi, comme à l'hôpital Bach Mai, c'est la famille du patient qui est chargée de s'occuper des repas et des douches du patient. La famille essaye donc de s'arranger pour qu'au moins une personne puisse rester à l'hôpital avec le patient pendant son hospitalisation.

d) Remplacement au travail pendant les huit mois du traitement DOTS

7 patients ont répondu à cette question. Dans tous les cas, leur capacité de travail est diminuée pendant cette période à cause de leur faiblesse, fatigue et dyspnée à l'effort.

Dans un cas, c'est la femme du patient qui travaille à la ferme, qui s'occupe des enfants, et qui s'occupe de lui. Lorsque c'est nécessaire, ils emploient des travailleurs à la ferme pour la journée.

Dans un autre cas, c'est la femme et la fille de 16 ans qui remplacent le patient à la ferme. Il prévoit aussi d'employer des travailleurs si ceci ne suffit pas.

Pour le troisième patient, c'est aussi sa femme qui le remplace. Il dit qu'elle travaille pour les deux, sans aucune perte de revenu par rapport à avant sa maladie.

Dans le quatrième cas, c'est aussi la femme qui travaille, et le patient l'aide à cuisiner.

Dans un autre cas, le fils du patient a dû commencer à travailler depuis le début de la maladie.

Une patiente continue à récolter le thé et à faire la cuisine, mais a dû arrêter de s'occuper des animaux.

Dans le dernier cas, la femme et le fils du patient travaillent pendant que le patient reste à la maison et s'occupe des enfants.

e) Capacité de travail après la fin du traitement DOTS

Pensent qu'ils ne travailleront plus du tout après la fin de leur traitement: 4 patients, tous entre 60 et 77 ans. Deux d'entre eux disent qu'ils sont trop âgés pour récupérer assez de forces pour reprendre le travail, même après le traitement.

Pensent pouvoir travailler, mais avec une capacité diminuée: 7 patients. Ils disent qu'ils se sentent affaiblis par la maladie, donc ne pensent pas pouvoir travailler aussi bien qu'avant.

Pensent pouvoir travailler aussi bien qu'avant le début de leur maladie: 3 patients. Ils disent qu'ils se sentent déjà beaucoup mieux avec le traitement anti-tuberculeux.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 2 patients

4) La maladie

a) Rechutes de tuberculose

5 patients sur les 16 interviewés souffrent d'une rechute de tuberculose, dont un de ces patients a déjà souffert de multiples rechutes.

Laps de temps écoulé entre cette rechute et la dernière manifestation de tuberculose:

Moins de 18 mois: 2 patients
3 ans: 1 patient
20 ans: 1 patient
37 ans: 1 patient

Dans un des cas, on peut noter des différences intéressantes entre la première manifestation de tuberculose, et la rechute trois ans plus tard:

	1ère manifestation	Rechute
Symptômes initiaux:	Toux hémoptysique	Toux hémoptysique
Temps d'attente entre l'apparition des symptômes et 1ère consultation:	4 à 5 mois	Consultation immédiate
1er lieu de consultation:	Centre de soin communal	Soins intensifs de l'hôpital de district

b) Symptômes présents lors de la première consultation:

Toux avec crachats hémoptysiques : 5 patients

Toux (sans crachats hémoptysiques): 8 patients

Fièvre: 9 patients

Dyspnée: 3 patients

Fatigue: 3 patients

Perte de poids: 1 patient

Autres: 1 patient s'est plaint de maux de dos, 1 autre de ganglions dans le cou agrandis (dans le cas de tuberculose ganglionnaire)

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

Remarque: Un seul patient peut avoir plusieurs des symptômes ci-dessus.

c) Temps d'attente entre apparition des symptômes et 1ère consultation:

Ont consulté dès l'apparition des symptômes: 7 patients

Ont attendu moins d'une semaine: 2 patients

Ont attendu entre 2 et 6 mois: 4 patients

Ont attendu 8 mois: 1 patient

Patients ayant dit qu'ils avaient attendu « **longtemps** »: 2 patients

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

d) 1er lieu de consultation:

Le centre de soin communal: 4 patients

L'hôpital de district de Ba Vi: 7 patients

Un hôpital de province: 3 patients, dont un à l'hôpital de province de Hanoi, un à un hôpital de la province de Son Tay, et un à un hôpital de l'armée.

Le centre de tuberculose de Ho Chi Minh City: 1 patient

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

e) Depuis la 1ère consultation jusqu'à la détermination du diagnostique, nous avons calculé, pour chaque hôpital ou centre de soin, le nombre de patients qui y sont passé au moins une fois:

Centre de soin communal: 4 patients

Hôpital de district de Ba Vi: 15 patients

Hôpital de province: 8 patients, dont 4 à l'hôpital de province de Hanoi, 2 à l'hôpital de province de Son Tay, 1 à l'hôpital « poumon et tuberculose » de Ho Chi Minh City, et 1 à l'hôpital de l'armée

Centre de tuberculose de Ho Chi Minh City: 1 patient

Hôpital d'oncologie de Hanoi: 1 patient (dans le cas de tuberculose ganglionnaire)

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

Remarque : Tous les patients ayant répondu sont passés au moins une fois par l'hôpital de District.

f) Depuis la 1ère consultation jusqu'à la détermination du diagnostique, nous avons calculé le nombre total d'hôpitaux et centres de soin que chaque patient a consulté:

Ayant consulté un seul hôpital ou centre de soin: 7 patients

Ayant consulté 2 hôpitaux ou centres de soin: 5 patients, dont 4 ont consulté en premier lieu dans leur centre de soin communal et ont ensuite été redirigés. Le 5ème patient a d'abord reçu un faux diagnostique.

Ayant consulté 3 hôpitaux ou centres de soin: 2 patients, les 2 ayant d'abord reçu des faux diagnostiques.

Ayant consulté 6 hôpitaux ou centres de soin: 1 patient, qui a effectué des examens directs de crachats systématiquement négatifs. Son diagnostique de tuberculose a finalement été basé sur la radiographie des poumons.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

Remarque: 6 des 16 patients interviewés ont reçu un faux diagnostique, et ont été traité inefficacement pour cette maladie faussement diagnostiquée, avant d'arriver au diagnostique final de tuberculose:

- Un de ces patients se plaignait de toux depuis 6 mois et a reçu le diagnostique de maux de gorge.
- 2 patients ont été diagnostiqués, dans leur centre de soin, de la grippe, et ont pris une semaine de médicaments.
- Un autre patient a été diagnostiqué de pneumonie et a pris des antibiotiques.
- Un médecin a diagnostiqué à un patient de problèmes neurologiques et lui a prescrit des séances d'acupuncture.
- Finalement, un des patients n'a reçu aucun diagnostique car son examen direct de crachats est revenu négatif, et il s'est donc auto traité (voir encadré du patient numéro 1).

g) Lieu où le diagnostique de tuberculose a été posé:

Hôpital de district de Ba Vi: 9 patients. Un de ces patients y a été redirigé depuis l'hôpital de l'armée où il y avait eu suspicion de tuberculose à partir d'une radiographie du thorax.

Hôpital de province: 5 patients, dont 3 à l'hôpital de province de Hanoi, 1 à un hôpital de province de Son Tay, 1 à l'hôpital « poumons et tuberculose » de Ho Chi Minh City. Ce dernier patient y a été redirigé depuis un centre de tuberculose à Ho Chi Minh City où une radiographie du thorax avait été faite démontrant un épanchement pleural.

Hôpital d'oncologie de Hanoi: 1 patient (dans le cas de tuberculose ganglionnaire)

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

Remarque : L'hôpital de District est le lieu où la majorité des diagnostics sont posés. En effet, l'hôpital possède toutes les ressources nécessaires. Ce sont en général que les cas compliqués qui doivent être redirigés vers un hôpital plus grand.

h) L'examen direct des crachats comme moyen diagnostique :

Ayant eu un examen de crachats positif: 5 patients

Ayant eu un examen de crachats négatif: 2 patients

N'ayant pas fait d'examen de crachats: 4 patients, dont un ne l'a pas fait car l'hôpital dans lequel il se trouvait n'offrait pas ce test, et 2 autres car leur toux était non-productive.

N’ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 5 patients

i) Depuis la 1ère consultation jusqu’à la détermination du diagnostic, nous avons calculé, pour chaque test, le nombre de patients l’ayant effectué

Examen direct des crachats: 7 patients

Radiographie du thorax: 11 patients

Prise de sang: 7 patients

PCR: 1 patient

Test d’urine: 2 patients

Ultrason: 2 patients

Echographie: 1 patient

Biopsie ganglionnaire: 1 patient (dans le cas de tuberculose ganglionnaire)

Test de Manthoux: 1 patient. Vu qu’un test direct de crachats n’était pas possible, le diagnostic de tuberculose a été posé sur la base d’un test de Manthoux positif.

N’ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 4 patients

Remarque 1: Le plus souvent, le diagnostic de tuberculose est posé sur la base d’un examen direct de crachats positif. S’il n’est pas possible d’effectuer ce test, c’est des anomalies sur une radiographie des poumons qui sert le plus souvent à poser le diagnostique.

Remarque 2: Mise à part la PCR et la biopsie ganglionnaire, tous les tests ci-dessus peuvent être effectués à l’hôpital de district de Ba Vi.

j) Temps écoulé entre la 1ère consultation et la détermination du diagnostique:

4 patients ont répondu à cette question:

- 3 patients ont attendu respectivement 4, 6, et 10 jours pour le résultat de leur test de laboratoire.

- 1 patient a dû revenir pour plusieurs consultations car son examen direct de crachats revenait systématiquement négatif. Son diagnostic a donc pris, depuis sa première consultation, 14 mois.

k) Co-morbidités et leur traitement:

N'ont pas de co-morbidités: 8 patients

Douleurs généralisées: 2 patients. Les deux se traitent avec de la médecine traditionnelle.

Maux de ventre: 4 patients, dont 2 non traités, un se traitant tout seul, un autre se traitant avec de la médecine traditionnelle.

Calcul rénal: 2 patients, dont un non traité, et l'autre se traitant avec de la médecine traditionnelle.

Maux de dos: 1 patient

Problèmes de locomotion: 1 patient, non traité

Douleurs dans la poitrine: 1 patient

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

Remarque: Un seul patient peut souffrir de plusieurs des problèmes ci-dessus.

5) Le traitement DOTS

a) Durée d'hospitalisation dans l'hôpital de district pendant les deux premiers mois du traitement DOTS

1 jour: 1 patient. Elle n'est restée hospitalisée qu'un seul jour car elle devait rentrer pour travailler et s'occuper de ses enfants. Elle s'est donc arrangée pour que quelqu'un vienne chez elle chaque jour depuis son centre communal pour lui administrer les injections durant les deux premiers mois du traitement DOTS.

Plus d'un jour à une semaine: 3 patients

Plus d'une semaine à deux semaines: 4 patients

1 mois: 3 patients, dont un nous dit qu'il est resté aussi longtemps hospitalisé car ses symptômes étaient très sévères.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 5 patients

Remarque: Les patients hospitalisés pour plus d'un jour ont tous commencé le traitement DOTS pendant leur période d'hospitalisation.

b) <u>Où et avec quelle fréquence les patients obtiennent leurs médicaments</u>

i) Pendant les 2 premiers mois d'injections:

Tous les patients ayant répondu à la question reçoivent leurs injections chaque jour à l'hôpital de district pendant la durée de leur hospitalisation à l'hôpital de district.

Après leur sortie de l'hôpital, certains patients continuent à faire le trajet jusqu'à l'hôpital de district pour prendre les injections, d'autres vont faire leurs injections à leur centre de soin communal:

Injection journalière effectuée au centre communal: 6 patients

Injection journalière effectuée à l'hôpital de district: 1 patient

Vont chercher les médicaments une fois par mois à l'hôpital de district, et injection effectuée tous les jours au centre communal: 1 patient

Reçoivent quelqu'un chez soi chaque jour pour faire les injections: 1 patient

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 7 patients

ii) Pendant les 6 mois de prise de pilules orales:

Tous les patients ayant répondu à la question vont chercher leurs pilules dans leur centre communal:

Une fois par semaine: 2 patients

Une fois par mois: 4 patients

N'ont pas donné la fréquence avec laquelle ils vont chercher leurs médicaments au centre communal: 5 patients

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 5 patients

c) Effets secondaires du traitement DOTS

Des 16 patients interviewés, 6 d'entre eux se sont plaints d'effets secondaires de leur traitement anti-tuberculeux:

- Un patient se plaint de **vertiges** et de **bouche sèche**, traité avec des vitamines.
- Un autre se plaint de **fatigue** et de bouche sèche, traité avec des vitamines et de l'albumine.
- Un autre d'une **perte de goût**, traité avec les vitamines B1, B6, B12.
- 2 patients se plaignent de **maux de ventre** apparaissant après la prise des médicaments, non traités.
- Finalement, une patiente a des **douleurs et une perte de mobilité dans le bras** autour du site d'injection du médicament. Elle se traite avec de la médecine traditionnelle.

Remarque: Dans tous les cas ci-dessus sauf un, les médicaments destinés à traiter les effets secondaires des médicaments anti-tuberculeux sont payés entièrement par le patient.

d) Connaissance des patients au sujet de leur traitement DOTS:

i) Connaissance du nom des médicaments:

Ne connaissent pas du tout les noms, mais reconnaissent les médicaments par leur taille ou par leur couleur: 11 patients. Un des patients nous dit qu'il se souvient par contre des noms de médicaments plus courts, par exemple, la vitamine B1, B6, et B12.

Connaissent en partie le nom de leurs médicaments: 2 patients

Connaissent tous les noms de leurs médicaments: 1 patient

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 2 patients

ii) Connaissance de la durée du traitement:

Ne la connaissent pas: 3 patients

La connaissent: 10 patients

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 3 patients

6) Frais du traitement DOTS

Les deux mois d'injections et les six mois de pilules du traitement DOTS sont entièrement pris en charge par le gouvernement pour tous les patients. Les patients assurés ou qui ont un certificat pour les pauvres ne paient pas non plus les tests de laboratoire, les vitamines associées au traitement anti-tuberculeux, etc. Pour les autres patients, ces frais supplémentaires sont à leur charge.

Ne paient rien du tout pour leur traitement: 7 patients. Sont inclus les 5 patients sur les 16 interviewés qui ont une assurance ou un certificat pour les pauvres.

Ayant payé pour des tests diagnostiques: 5 patients. Un patient a payé pour une radiographie. Un autre a payé pour des tests à un hôpital de province de Son Tay: 16000 Dongs pour une radiographie et 20000 Dongs pour un test sanguin. Il pense que c'est le prix normal à payer. Un autre patient a payé 17000 Dongs pour une radiographie et a aussi payé pour des tests sanguins. Il dit ne pas les avoir trouvés trop chers. Une patiente a payé pour plusieurs radiographies. Finalement, une patiente a payé 680000 Dongs à l'hôpital d'oncologie de Hanoi pour une radiographie, un ultrason et une biopsie ganglionnaire. Elle a surtout trouvé la biopsie ganglionnaire très chère.

Ayant payé pour des vitamines, prises pour traiter les effets secondaires du traitement anti-tuberculeux: 2 patients. Ils les paient 1200 Dongs par jour, et les deux trouvent que ceci n'est pas trop cher.

Ayant payé pour un traitement inefficace suivant un faux diagnostique: 2 patients. Un patient a payé 80000 Dongs pour un faux diagnostique de maux de gorge et a trouvé ça cher. Le deuxième patient a payé 200000 Dongs pour cinq jours de traitement suivant un faux diagnostique de grippe.

S'est auto-médiqué avant de consulter un médecin: 1 patient. Il a acheté des médicaments contre la toux dans une pharmacie privée.

Doivent acheter, en cas de besoin, des médicaments pour faire baisser la fièvre: 1 patient. Il dit que c'est difficile de payer ces médicaments avec un salaire de fermier.

Achètent des feuilles séchées pour soulager un site d'injection douloureux: 1 patient, qui paie 40000 Dongs par kilo de feuille séchée.

Paient pour un service d'injection journalière à la maison pendant les deux premiers mois du traitement DOTS: 1 patient, qui paie 60000 Dongs en tout et trouve que c'est un prix normal.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

7) Assurances

Rappelons que le traitement DOTS lui-même est pris en charge par le gouvernement, et est donc gratuit pour tous les patients indépendamment du fait qu'ils soient assurés ou non.

N'ont pas d'assurance: 11 patients, dont une patiente nous dit que personne de son entourage n'est assuré, donc elle ne sait pas comment procéder pour s'en procurer.

Ont un certificat pour les pauvres: 2 patients. Le certificat pour les pauvres est un certificat attribué par la commune aux résidants les plus pauvres, leur donnant droit à un accès gratuit aux soins.

Sont assurés: 3 patients. En général, l'assurance couvre 80% des frais médicaux, le reste étant à la charge du patient. De ces trois patients, l'un d'entre eux est retraité et son assurance est prélevée directement de sa pension que lui vers l'Etat. Un autre a travaillé pendant 27 ans pour le gouvernement dans l'industrie du bois. Il nous dit qu'au Vietnam, tous les fonctionnaires sont assurés à vie. Le troisième bénéficie d'une assurance car son fils est soldat. Il nous dit que les parents et enfants de soldat sont assurés. Il paye par contre un complément en santé qu'il trouve cher.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

Remarque: **Très peu de personnes, surtout à la campagne, sont assurées au Vietnam. Les personnes en bonne santé ne veulent pas payer la cotisation mensuelle pour l'assurance. Dans le cas des personnes souffrant d'une maladie chronique, c'est les assurances qui refusent souvent de les accepter comme client car ils leur coûteraient trop cher.**

8) D'après les patients, étiologie de leur maladie

Attribuent leur maladie au fait qu'ils **travaillent trop**: 10 patients. Un des patients nous dit qu'il est arrivé à cette explication car c'est le seul de sa famille à être tombé malade et c'est lui qui travaille le plus.

Attribuent leur maladie à des **mauvaises conditions de vie ou de travail**: 4 patients. Une patiente nous dit qu'elle pense que sa tuberculose pourrait avoir un rapport avec le pesticide qu'elle met sur ses produits alimentaires.

Attribuent leur tuberculose à la **fumée**: 3 patients. Un d'entre eux nous dit qu'il a fumé un paquet par jour de cigarettes et la pipe tous les jours lorsqu'il était jeune. Un autre a également fumé des cigarettes et la pipe, et le troisième a fumé la cigarette pendant 40 ans.

L'attribuent à **leur constitution**: 2 patients. Une patiente pense qu'elle a un système immun trop faible, une autre pense qu'elle a du mauvais sang.

L'attribuent à de la **malchance** : 1 patient

L'attribuent à un **« rhume »** ayant précédé la tuberculose: 1 patient

L'attribuent au fait qu'ils ont bu du **vin** dans le passé: 1 patient

Pensent que c'est **héréditaire**: 1 patient. Il s'agit du cas de tuberculose ganglionnaire. La patiente a un oncle qui est décédé de tuberculose ganglionnaire.

Pensent qu'il y a eu **transmission**: 1 patient

Ne savent pas: 2 patients

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 0 patients

Remarque 1: Un seul patient peut attribuer plusieurs des causes ci-dessus à sa maladie.

Remarque 2: Nous avons demandé à 11 patients s'ils avaient eu un contact avec d'autres cas de tuberculose avant de tomber malade. 3 d'entre eux nous ont répondu que oui. Dans un cas, la patiente nous dit que sa belle-sœur toussait beaucoup. Dans un autre cas, le frère aîné du patient a eu la tuberculose et a été traité avec succès. Il ne pense pas qu'il y a eu transmission car son frère habite très loin. Dans le dernier cas, la patiente connaît une autre personne souffrant de tuberculose dans le village. Elle ne pense pas qu'il y a eu transmission, car cette personne habite très loin.

9) <u>Connaissance des patients au sujet de leur maladie</u>

a) <u>Connaissance avant le 1er diagnostique de tuberculose</u>

Ne connaissent **rien** (ou très peu) au sujet de la tuberculose: 9 patients

Connaissent les **symptômes** de la tuberculose: 3 patients

Savent comment la tuberculose est transmise, comment la traiter, comment éviter la transmission: 3 patients

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

b) <u>Connaissance après le diagnostic de tuberculose</u>

Ne connaissent **rien** (ou très peu) au sujet de la tuberculose: 4 patients. Nous leur avons demandé si leur médecin ne leur avait pas donné d'explications au sujet de la tuberculose. Deux des patients nous ont répondu que leur médecin leur avait seulement donné leur diagnostique et encouragé à bien suivre leur traitement. Un autre nous a dit que son médecin lui a expliqué quelque chose au sujet de la tuberculose mais qu'il ne s'en rappelle plus. Un autre médecin a juste dit à son patient d'aller régulièrement au centre de soin communal.

Connaissent les symptômes, comment la tuberculose est transmise, comment la traiter, comment éviter la transmission: 11 patients. La plupart des patients nous ont

dit qu'après avoir reçu leur diagnostique de tuberculose, leur intérêt pour la maladie a augmenté et qu'ils ont prêté plus d'attention aux campagnes de prévention.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

c) Sources d'information des patients :

Médecin: 8 patients

Programme à la radio: 5 patients

Programme de télévision: 5 patients

Posters: 2 patients

Journaux: 1 patient

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée, ou n'ont reçu aucune information au sujet de la tuberculose: 7 patients

Remarque 1: **Les programmes de radio et de télévision ainsi que les posters font tous partie de la campagne de prévention anti-tuberculeuse du gouvernement.**

Remarque 2: Des 16 patients interviewés, 3 nous ont dit avoir été surpris lorsqu'ils ont reçu leur diagnostic de tuberculose. L'un nous a dit qu'il avait toujours été en bonne santé et n'avait jamais prêté beaucoup d'attention à la campagne anti-tuberculeuse. Un autre nous a dit que tout le monde travaillait beaucoup dans son entourage et que c'était considéré normal pour tout le monde de tousser. Le troisième, qui connaissait les symptômes de la tuberculose pulmonaire, s'est dit surpris en recevant son diagnostique de tuberculose extra-pulmonaire car ses symptômes ne correspondaient pas avec les symptômes de la tuberculose qu'il connaissait.

d) Isolation des patients

S'isolent pour dormir ou pour manger, ou pour les deux: 9 patients. Dans 2 cas l'initiative est propre au patient, dans un autre cas c'est un conseil du médecin. Les patients qui continuent à manger avec leur famille ne partagent ni bols ni baguettes.

Ne s'isolent pas: 5 patients. Deux d'entre eux savent qu'ils ne sont pas contagieux pendant le traitement. Un autre ne s'isole pas car le médecin ne lui a pas conseillé de s'isoler. Les deux cas restants sont les cas de tuberculose extra-pulmonaire. Ces deux patients savent que leur forme de tuberculose n'est pas contagieuse.

Un patient prend d'autres précautions: Il ne partage pas ses seringues, aère bien et nettoie bien sa maison.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 2 patients

10) Perception de la maladie par l'entourage du patient

a) Stigmatisation ou discrimination ressenties par le patient:

Patients ne ressentant **aucune stigmatisation ni discrimination**: 12 patients.
L'un d'entre eux nous dit que ses proches lui ont quand même encouragé à manger et dormir séparément. Un autre nous dit qu'il reçoit encore des visites chaque jour de ses voisins bien que ses voisins savent qu'il a la tuberculose, et un autre dit qu'il reçoit d'avantage de visites aujourd'hui qu'avant sa maladie. Son fils et sa fille, par exemple, viennent plus souvent chez lui pour l'aider à la ferme et le soutenir moralement. Un autre patient nous dit que c'est lui qui prend l'initiative d'aller moins souvent visiter ses voisins car il ne veut pas leur transmettre sa maladie.

Patients qui ressentent une certaine **stigmatisation ou discrimination**: 3 patients. Un d'entre eux nous dit que moins de voisins viennent le rendre visite qu'auparavant. Un autre dit que ce n'est que sa famille qui vient chez lui. Ses voisins le saluent de loin mais ne viennent plus chez lui. Il dit que ceci ne le dérange pas. Un autre patient se demande si ses voisins, bien qu'ils lui rendent de temps en temps visite, ne cachent pas une certaine inquiétude lorsqu'ils sont chez lui.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

Remarque: C'est la coutume dans les petits villages au Vietnam d'aller boire du thé régulièrement chez ses voisins.

b) Peur ou inquiétude des patients face à leur maladie:

Se disent inquiets: 2 patients. L'un, qui a déjà souffert de multiples rechutes, est inquiet surtout parce qu'il a peur de ne pas être assez présent pour son fils. L'autre patiente nous dit qu'elle a peur et qu'elle est inquiète parce qu'elle pense que sa vie ne sera plus jamais comme avant. A ce moment de l'interview, elle commence à pleurer. Nous avons pu remarquer que cette question l'a beaucoup affectée.

Se disent inquiets, mais ont confiance en leur traitement: 4 patients. Ils nous ont tous les quatre dit qu'ils croyaient en leur traitement. L'un nous a pourtant dit qu'il craignait les effets secondaires du traitement, un autre nous a dit qu'il était inquiet car il savait que la tuberculose était une maladie dangereuse.

Ne sont pas inquiets: 9 patients. Deux d'entre eux nous disent qu'ils sont déjà vieux, qu'ils pensent avoir assez vécu donc qu'ils n'ont pas peur de mourir. Quatre d'entre eux disent avoir pleinement confiance en leur traitement. Un d'entre eux dit qu'il n'est pas inquiet car il connaît quelqu'un qui souffrait de la tuberculose et qui en a guéri.

N'ont pas répondu ou la question ne leur a pas été posée: 1 patient

1 : Patient interrogé au centre communal de Vau Thang dans le district de BaVi

Mr. Le Van Dong, âgé de 64 ans, est fermier à Mai Trai situé à 500 mètres du centre de soins auquel il s'est rendu en motorbike. Il appartient à la communauté King.

Parlez nous de votre maladie ?

En 1968, mes premiers symptômes étaient de la fièvre, surtout l'après midi, et de la toux qui durait depuis assez longtemps. Je me suis rendu à l'hôpital de District de BaVi mais mon test de crachats était négatif donc les médecins ne m'ont pas donné de traitement. **J'ai alors décidé de me traiter tout seul sans les conseils des médecins : j'ai regardé dans des livres de médecine et j'ai été conseillé par d'autres patients à l'hôpital qui présentaient les mêmes symptômes que moi. J'ai alors pris de la streptomycine et de la rifampicine que je me suis procuré à la pharmacie. J ai dû payer moi même ces médicaments.**

Les symptômes ont alors disparus jusqu'à il y a 5 mois… .J'ai eu à nouveau de la fièvre et de la toux avec du sang cette fois-ci et j'ai perdu du poids aussi. Cette fois-ci, on m'a diagnostiqué une TB à l'hôpital de District. Un traitement a donc été installé.

De quel traitement s'agit-il ?

Le premier mois, j'avais de la streptomycine et de la rifampicine et dès le deuxième mois j'ai eu de l'EMB et de l'H…quelque chose. Je prends mes comprimés le matin avant le repas. Mes comprimés je les trouve ici, au centre communal. Je viens les chercher une fois par mois. Je ne sais pas encore combien de temps je dois poursuivre le traitement.

Souffrez vous du traitement ?

Lorsque je prends le traitement, je me sens mal, inconfortable pendant toute la journée. Je ne peux plus travailler car sinon j'ai des problèmes pour respirer. Si je travaille j'ai du mal à respirer. Cela fait 20 ans que je ne travaille plus. Alors je prends soin de la maison et je m'occupe de mes petits-enfants. **J'ai trop travaillé étant jeune** et ça doit sûrement être la cause de ma maladie.

Financièrement, comment vous débrouillez vous ?

Je dépends financièrement de ma famille : surtout de ma femme et mon fils. Nous sommes 7 à la maison : ma femme, ma fille, mon fils et sa femme ainsi que leurs deux enfants. Heureusement le traitement pour la TB est gratuit. Et **depuis 2 ans, j'ai une assurance qui m'est offerte car mon fils est soldat.** C'est une assurance dont les parents et les enfants de soldats bénéficient. La seule chose que je paie est une sorte d'assurance complémentaire mais je trouve que c'est cher !

Comment vivez vous votre maladie ?

Je suis le seul à être malade chez moi : pour protéger les autres, je ne partage pas leur repas et je me méfie de mes aiguilles. J'ai ma propre chambre où je dors seul. Je nettoie bien ma maison et j'ouvre grand les fenêtres. Je n'ai pas de problèmes avec les autres personnes, je ne me sens pas mis à l'écart. J'avais peur des effets secondaires du traitement surtout mais je suis assez confiant à présent, je pense que ça me sera bénéfique.

2 : Patient interrogé au centre communal de Phu Chau dans le district de BaVi

Mr. Nguyen Van Hy est âgé de 77 ans et vit à 1,5 km du centre de soins auquel il a été amené par un membre de sa famille en bicyclette.

Il fut fermier jusqu'à l'âge de 72 ans (cultivant le riz et possédant un élevage de cochons). Il est à présent retraité depuis 5 ans. Il n'a pas été dans l'armée mais nous précise qu'il faisait partie du groupe de défense du village à l'époque de la guerre du vietnam.

Il appartient à la communauté King et est bouddhiste mais il pratique chez lui, il ne va à la pagode que quelques jours par an, à l'occasion des fêtes.

Parlez nous de votre maladie ?

Il y a un mois, je toussais beaucoup et j'avais du mal à respirer surtout lors d'effort. Je me suis tout de suite rendu au centre communal d'où l'on m'a envoyé faire des examens au centre de Bavi. C'est ma famille qui m'y a emmené. On m'a fait une radio, des tests sanguins, d'urine et une échographie. Je n'ai pas eu de tests de crachats car ma toux n'était pas productive. Après 4 jours, un médecin m'a annoncé que j'avais la tuberculose. Je suis resté 2 semaines à l'hôpital puis je suis rentré.

Comment s'est passé votre séjour à l'hôpital ?

Je suis resté seul à l'hôpital car il n'y avait pas de lits pour ma famille. Ils devaient travailler mais venaient me voir une fois par jour. **Je me suis fait aider par d'autres personnes autour de moi, des patients ou leurs familles, pour aller m'acheter ou me donner à manger.**

Quel est votre traitement ?

Le patient sort de sa poche un petit paquet d'où il sort un flacon de streptomycine sous forme de poudre à diluer pour ses injections et deux sortes de pilules reconnaissables par leur taille et leur couleur différentes.

Tous les jours je viens ici pour que le médecin me fasse mes injections, j'en ai 2 à 3 par jour. Mais c'est moi qui vais chercher les flacons au centre de district de Bavi une fois par mois.

J'ai aussi ces pilules qu'on me donne ici. J'en prends 5 par jour. Avant j'avais 4 ou 6 sortes de pilules mais maintenant plus que 2 : des **blanches et des brunes**. Je prends 2 blanches et 3 brunes à 7h du matin avant le petit déjeuner.

Je ne sais pas pour combien de temps je dois continuer mon traitement.

Aviez vous déjà été malade auparavant ?

Je souffre régulièrement de maux de ventre. Tous les 5 à 7 ans, ceux ci sont assez importants et **je me traite avec une ceinture me serrant très fort le ventre**.. J'attends jusqu'à ce que la douleur parte, cela marche bien en général mais quelques fois j'ai dû me rendre à l'hôpital car la douleur persistait. En 1982, mes douleurs étaient accompagnées de toux avec du sang, j'ai été traité pendant 18 jours à l'hôpital jusqu'à ce que je sois guéri.

Aussi, lorsque j'étais jeune, j'ai eu la malaria car j'ai beaucoup voyagé, surtout dans le Nord pour mon travail car à l'époque j'ai été bûcheron puis fabriquant de briques.

Pensez vous qu'il y ait une cause précise de votre tuberculose ?

Je pense que **j'ai trop travaillé**. Et puis aussi, **je fumais** dans le temps. J'ai décidé d'arrêter la cigarette il y a 40 ans et la pipe il y a seulement 8 ans.

Comment payez-vous vos médicaments ?

Je n'ai rien à payer. J'ai le **certificat pour les pauvres** depuis…2 ans. *(le patient se retourne pour demander confirmation à son médecin resté dans la salle pendant les interviews).* Avant de l'avoir je devais payer mes médicaments seul lorsque j'étais malade, cela était bien trop cher.

Comment ressentez-vous votre maladie, pour vous et vis-à-vis de votre famille et entourage ?

Le traitement marche bien, j'ai déjà récupéré la moitié de ma forme mais je ne fais rien de mes journées car si je marche trop, je suis vite fatigué et je m'essouffle. Je ne sais pas si je pourrais être aussi fort qu'avant à la fin du traitement car je commence à me faire vieux. Je n'ai pas peur de la tuberculose car j'ai assez vécu.

Avant qu'on me diagnostique ma maladie, je ne connaissais que peu de choses sur la tuberculose car je m'y intéressais peu. Maintenant grâce au docteur de l'hôpital de Bavi que je voyais une fois par jour et à la **radio et télévision**, j'en sais plus. Je dors donc seul et même si je mange toujours avec ma famille, j'utilise mon propre bol et mes baguettes. Dans ma famille nous sommes 4 : moi, mon fils, sa femme et leur fils. Pour eux, la maladie n'a rien changé.

Mes voisins eux, me saluent toujours de loin mais viennent moins souvent boire le thé à la maison qu'avant. Ca ne me gêne pas, **je n'ai pas honte de ma maladie** mais je comprends qu'ils aient peur.

3 : Patiente interrogée au centre communal de Ba Trai dans le district de Bavi

Madame Bui Thi Yen est âgée de 38 ans. Elle habite à 500 mètres du centre de soins auquel elle s'est rendue en motorbike en 5 minutes.

Elle appartient à la minorité ethnique Muong et n'a pas de religion.

Elle vend du riz ainsi que de la nourriture pour animaux et possède des champs mais n'y travaille pas.

Parlez-nous de votre maladie ?

En novembre dernier, j'ai eu des symptômes grippaux avec surtout de la toux et mes ganglions du cou devenaient particulièrement gros. En février, je me suis rendue à l'hôpital qui s'occupe de traiter les cancers de Hanoi sous les conseils de mon médecin de commune. J'ai dû louer une voiture pour m'y rendre. J'y suis allée seule. Là bas on m'a fait des radios, des ultrasons et une biopsie des ganglions. Après tout ça on m'a diagnostiqué une tuberculose. De là, ils m'ont envoyés vers l'hôpital de Province (qui se trouve aussi à Hanoi) pour plus de tests et eux m'ont renvoyés à Bavi.

Comment s'est passé votre traitement ?

Je ne suis pas restée à l'hôpital de district car je dois travailler. Je suis rentrée directement chez moi. Lors des deux premiers mois pendant lesquels j'ai reçu des injections, quelqu'un venait tous les jours chez moi car je ne peux pas me déplacer tous les jours au centre communal. Par contre, je devais aller chercher les flacons d'injections à l'hôpital de district une fois par mois.

Je ne suis jamais restée plus d'un jour dans un hôpital car je dois m'occuper de mes enfants. J'ai fait un jour dans chacun des 3 hôpitaux (hôpital d'Oncologie de Hanoi, hôpital de Province de Hanoi et hôpital de District de Bavi)

Je ne connais pas les noms de mes médicaments, je prends des pilules tous les jours. **Avant je les reconnaissais par la couleur mais maintenant par la taille. J'ai déjà fait 4 mois de traitement. J'ai 8 mois de traitement en tout !**

Avez vous eu d'autres problèmes médicaux ?

J'ai des douleurs osseuses et des maux de ventre.

Pour traiter mes maux de ventre, j'ai utilisé la médecine traditionnelle, qui a bien fonctionné mais depuis mon traitement antituberculeux, ils sont réapparus. J'ai arrêté la médecine traditionnelle car j'ai peur des effets secondaires si je combine médecine moderne et traditionnelle.

Et donc, je ne peux pas prendre d'anti-douleurs pour mes os à cause de mon ventre !

Pensez vous qu'il y ait une cause pour votre TB ?

Ca doit être dû à **mon environnement de travail** : je vends de la nourriture pour animaux et je travaille dur. Et peut être aussi que **c'est héréditaire** : j'avais un oncle qui est décédé de **tuberculose ganglionnaire** il y a 4 ans car il n'avait pas d'argent pour payer son traitement et personne de la famille ne s'est occupé de lui.

Que connaissez vous de la tuberculose et quelles conséquences a-t-elle sur votre présent et aura-t-elle sur votre avenir ?

Avant ma maladie, je connaissais déjà un peu la tuberculose grâce à la télévision. J'ai vu un reportage sur un homme qui s'était fait traité pour une tuberculose et qui encourageait les gens à aller consulter leur médecin s'ils en présentaient les symptômes.

Après mon diagnostic, je me suis intéressée de plus près à cette maladie. Mon médecin m'a expliqué que **ma tuberculose ne touchait que les ganglions, qu'elle n'était pas pulmonaire et donc pas transmissible**. Je ne ressens pas de discrimination.

Le médecin m'a également affirmé qu'étant donné le fait qu'on ait commencé le traitement tôt dans l'évolution de la maladie, je pourrai être totalement guérie. Je pense que je pourrai travailler comme avant une fois guérie car depuis le début du traitement je me sens déjà mieux ; j'ai aussi repris du poids. J'ai confiance.

Avez vous une assurance et devez vous payer vos soins?

Non, je n'ai pas d'assurance et je ne connais personne qui en ait une. Donc je ne sais ni où ni comment l'acheter.

Je ne paie pas mes médicaments contre la tuberculose. Par contre, j'ai payé 680 000 dong *(45 dollars*) pour les tests à Hanoi : la biopsie était très chère ! J'ai également 60 000 dong *(4 dollars)* pour le service d'injections à domicile pendant 2 mois.

Combien gagnez vous par mois ?

Pour toute la famille, nous gagnons 1 500 000 dong par mois (=100 dollars). Nous sommes 4 à la maison : mon mari, mes deux enfants et mois.

4 : Patiente interrogée au centre communal de Ba Trai dans le district de Bavl

Madame Phai Thi Mat, âgée de 67 ans, est King et n'a pas de religion. Elle vit à 500 mètres du centre de soin auquel elle a été amenée par son petit fils en moto.

Elle est fermière : elle cultive le riz, les lychees, le thé et élevait également des animaux jusqu'à récemment.

Parlez nous de votre maladie ?

Au début de l'année 2003, je toussais beaucoup sans avoir beaucoup de crachats. Mon fils m'a conseillé de me rendre à l'hôpital de Bavi. J'y suis allée trois fois pour trois tests de crachats qui ont tous été négatifs.

J'ai décidé d'aller à l'hôpital de Son Tay *(hôpital privé d'une ville non loin de Bavi)*. On m'y a fait une radio du thorax et même si on a trouvé des anomalies, on ne m'a toujours pas donné de diagnostic.

Après être retournée encore une fois à Bavi, le test étant toujours négatif, ils m'ont envoyé à l'hôpital de Province à Hanoi où le diagnostic de tuberculose a été posé selon les observations radiographiques malgré un nouveau test de crachats toujours négatif.

J'ai alors été renvoyée au centre de district pour y rester 10 jours afin de commencer le traitement. C'était en novembre 2004.

Après ces 10 jours, j'ai enfin pu rentrer chez moi et poursuivre mon traitement au centre communal.

Quel est votre traitement ?

Je ne connais pas mon traitement. Tout ce que je sais c'est **reconnaître quelles pilules prendre selon leur taille** : deux grosses et une petite par jour. J'ai déjà fait 7 mois de traitement.

Que connaissez vous de la tuberculose ?

Avant de savoir que j'en étais atteinte, je connaissais déjà les symptômes et comment éviter la transmission grâce aux informations reçues par les médias.

Je pense que si je suis tombée malade, c'est parce que je travaillais trop et que mon sang n'est pas bon. Il y a quelqu'un dans le village qui a aussi la tuberculose mais nous habitons loin l'un de l'autre alors je ne pense pas que ce soit lui qui me l'ait transmise.

Une fois malade, le médecin m'en a expliqué plus au sujet de ma maladie et **je sais qu'il est très important que je suive bien le traitement alors je fais de mon mieux pour venir tous les jours au centre de soin, même s'il pleut.**

Avez vous d'autres maladies ?

J'ai eu des douleurs au bras suite aux injections du traitement antituberculeux et donc j'ai des problèmes pour le bouger. Ma douleur s'aggrave car je ne suis pas traitée. **Parfois je me traite seule en utilisant la médecine traditionnelle. J'utilise des feuilles brûlées que je mets sur mon lit, des massages à base d'alcool et de feuilles ainsi que des boissons à base d'eau et de feuilles.** Ces feuilles je les trouve chez une dame d'une minorité ethnique que j'ai connu par l'intermédiaire de personnes qui utilisent également ce traitement pour d'autres douleurs et c'est efficace.

Avez vous une assurance et avez vous dû payer vos soins ?

Je n'ai pas d'assurance.
J'ai dû payé mes radios. Je ne paie rien pour mes médicaments antituberculeux mais je paie 120 000 dong (8 dollars) tous les 10 jours pour des vitamines et d'autres médicaments que je prends. Je pense que c'est un prix raisonnable.

Pour mes feuilles, je paie 40 000 dong (3 dollars) le kilo.

Est ce que votre maladie a bouleversé votre vie ?

En plus de ma maladie, je deviens vieille. Je pense qu'après mon traitement je ne pourrai plus travailler comme avant. Je ne ferai que la cuisine ou aller récolter le thé.

Nous sommes deux à la maison : mon fils et moi. C'est lui qui apporte l'argent : entre 500000 (33dollars) et 600 000 dong (40dolllars) par mois. Avant de tomber malade, nous gagnions plus : un million de dong (66 dollars) environ. En plus, pendant mon séjour à l'hôpital, il venait me voir le matin alors il ne pouvait travailler que l'après midi. Il doit me remplacer et faire le travail que je ne peux plus faire.

J'ai aussi d'autres enfants mais ils sont déjà partis de la maison. Mais ils sont présents lorsque j'ai besoin d'eux : c'est mon petit fils qui m'a emmené en moto d'un hôpital à l'autre avant qu'on trouve ce que j'avais.

Je ne me sens pas considérée différemment par rapport à avant par mon entourage mais je suis quand même inquiète et j'essaie de suivre au mieux les conseils du médecin. J'ai confiance en lui et en la réussite du traitement.

5 : Patient interrogé dans le centre communal de Vau Thang dans le district de Bavi

Le patient Phuong Ngoc Chat, un homme de 48 ans, arrive en moto devant le centre de soins communal portant des lunettes de soleil sombres, des habits occidentaux, et une barbiche bien taillée au menton. Tout son aspect, sa démarche relâchée et nonchalante, son arrivée en fanfare à moto, sa manière de jeter ses clés de moto négligemment sur la table d'interview, le détachent des autres patients que nous avons interviewé jusqu'à présent.

Il nous dit qu'il est vendeur de phò (une soupe aux nouilles qui se vend dans des petits restaurants de rue au Vietnam). Il a servi dans l'armée jusqu'en 1987, puis, de 1995 à 1999, il a habité à Ho Chi Minh City. C'est là qu'il est devenu, d'un jour à l'autre, très riche. Pendant ses années à Ho Chi Minh City, il buvait beaucoup de vin *(remarque : le « vin » au Vietnam est une liqueur de riz assez fortement alcoolisée)* et sortait souvent avec ses amis. En 1995, il commence à tousser et, alerté par l'apparition de sang dans ses crachats, consulte un médecin. Il est diagnostiqué de tuberculose et suit les huit mois de traitement DOTS. Il a été très surpris de tomber malade, nous dit-il, car il avait beaucoup de muscles auparavant, participait à des combats, et avait toujours été en bonne santé. Il pense que les quantités importantes de vin qu'il a bu à Ho Chi Minh City sont, du moins en partie, responsable de sa maladie. On lui a diagnostiqué à ce moment un calcul rénal qu'il ne traite pas, et qui engendre aujourd'hui des douleurs lorsqu'il fait des efforts.

Chaque année depuis ce premier diagnostique de tuberculose en 1995, il souffre d'une rechute de tuberculose. Chaque année depuis 1995, il suit les huit mois de traitement DOTS et chaque année, quelques mois après la fin du traitement, la toux et les crachats hémoptysiques réapparaissent et il commence une nouvelle fois les huit mois de traitement. Lorsqu'on lui demande pourquoi il ne cherche pas à se faire traiter autrement, contre une éventuelle résistance, il nous répond qu'un autre traitement que le DOTS lui reviendrait trop cher car ce ne serait pas remboursé. Il n'a jamais non plus essayé la médecine traditionnelle car, d'après lui, elle consiste juste à prendre des feuilles. « Je crois seulement en la médecine moderne, dit-il, car elle est scientifique ».

En 1999, il fait faillite. Il est ruiné et est contraint à retourner habiter dans sa commune d'origine dans le district de Ba Vi, à trois kilomètres du centre de soin où nous l'avons interviewé. Malgré ses rechutes annuelles de tuberculose, il ouvre un petit restaurant de rue qui lui rapporte environ 1.5$ par jour, ce qu'il juge « juste assez pour vivre ». Avec ce revenu, il soutient également sa femme, son fils de 19 ans, ainsi que sa mère de 93 ans. Depuis quelques années, il bénéficie d'un certificat pour les pauvres, qui lui a été attribué par sa commune. La vitamine A qu'il prend contre la sécheresse de bouche qui accompagne le traitement anti-tuberculeux est, par contre, toujours à sa charge. Tout en sachant qu'il n'est pas contagieux lorsqu'il est sous traitement, il nous avoue qu'il se sent un peu mal-à-l'aise vis-à-vis de ses clients dans son travail de restaurateur.

Aujourd'hui, il en connaît plus au sujet de la tuberculose que la plupart des autres patients que nous avons interviewés. Il sait qu'il s'agit d'une infection respiratoire, il connaît les modes de transmission et sait comment s'en protéger. Il nous récite les noms complets des antibiotiques qu'il prend dans le cadre du traitement DOTS, leur posologie, et la durée pendant laquelle ils doivent être pris. Ce qui l'inquiète le plus, c'est qu'il soit trop faible pour s'occuper de son fils. « Je voudrais m'occuper de mon fils, dit-il, mais aujourd'hui, c'est mon fils qui doit s'occuper de moi ». Bien qu'il ait noté au cours de ces dernières années une disparition de la stigmatisation à laquelle les patients tuberculeux étaient soumis avant le début de la

campagne de prévention anti-tuberculeuse, il se demande si les voisins qui viennent le visiter chez lui ne cachent pas une certaine anxiété à son égard.

Il y a un mois, il a arrêté de boire du vin, habitude qu'il avait gardée de ses quatre années de luxe à Ho Chi Minh City. Depuis, nous dit-il tout à fait sérieusement, il a commencé à boire de la bière. Notre traducteur se met à rire, nous rions après qu'il nous ait donné la traduction, et le patient se met à rire aussi.

A la fin de l'interview, le patient nous demande d'où nous venons. « La Suisse !, dit-il en anglais, c'est un très beau pays. Vous avez du bon football ». Et, après avoir remis ses lunettes de soleil, il s'en va sur sa moto.

Médecine traditionnelle

Introduction

Nous avons profité du fait de partir dans un pays d'Asie pour étudier de plus près une médecine peu développée encore en Occident : la médecine traditionnelle. Nous avons passé une demi journée à l'hôpital national de médecine traditionnelle de Hanoi qui est en collaboration avec l'OMS.
Nous avons été reçus par un médecin responsable des relations internationales et un des médecins chef de l'hôpital dans une salle de conférence où se trouvait accroché au mur un tableau décrivant les différentes étapes du traitement par la médecine traditionnelle.

Nous avons ensuite pu faire une visite guidée des locaux de cet hôpital assez impressionnant par sa taille et son luxe (cet hôpital possède même son propre dépliant pour sa pub : voir annexe numéro 4) pour terminer par une interview d'un des patients hospitalisés dans cet hôpital depuis quelques temps.

NB : on a pu noter que comme tout au Vietnam (même si c'est aussi le cas dans d'autres pays du monde) : rien n'est gratuit. Nous avons été très heureux d'avoir eu l'occasion et l'autorisation de visiter cet hôpital, cependant nous nous sommes rendus compte que notre présence là bas représentait avant tout pour eux un petit profit (640000dong =40 dollars pour ces 3h passées dans les lieux).

Un petit peu d'historique

La médecine traditionnelle, la science inexacte par excellence, a toujours existé et continue à évoluer.

En l'an 1000 environ de notre ère, la médecine traditionnelle vietnamienne a commencé à être grandement influencée par celle des chinois.

Le premier livre sur la médecine traditionnelle au Vietnam a été trouvé au 14ème siècle. A cette même époque un des médecins traditionnels du roi (considéré comme un des fondateurs du système vietnamien actuel) est partit en Chine pour étudier de nouvelles méthodes. Il est revenu ensuite répandre ses connaissances au Vietnam en commençant par le Nord, raison pour laquelle la médecine traditionnelle du sud est beaucoup moins influencée par les chinois et est la référence en matière de médecine traditionnelle purement vietnamienne.

Jusqu'au 18ème siècle, la médecine traditionnelle était l'unique système de santé au Vietnam. La médecine occidentale est apparue seulement lors de l'arrivée des colons français.

Dans le passé, il y avait une collaboration totale entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale (i.e. les deux types de médecines travaillaient ensemble).
Maintenant, dû à des changements de lois récents, il y a beaucoup moins de collaboration entre les deux écoles. Par exemple les chirurgiens opérant à l'hôpital de médecine traditionnelle doivent avoir effectué une formation complémentaire pour

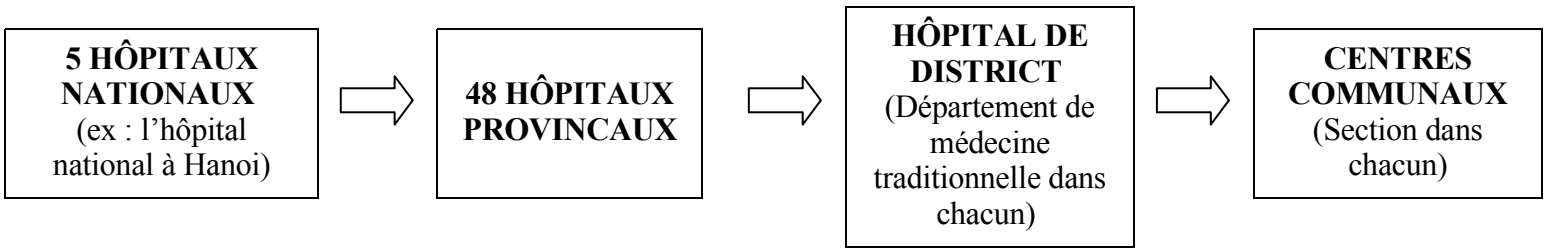
travailler dans cet hôpital alors qu'auparavant, même sans avoir suivi de formation spécifique de médecine traditionnelle, un chirurgien pouvait y opérer un patient.

Cette loi a promu la médecine traditionnelle au statut de médecine à part entière, alors qu'auparavant la pratique de la médecine traditionnelle dépendait de la médecine moderne (i.e. les médecins traditionnels étaient obligés de travailler avec des médecins modernes).
La raison de cette loi, d'après le médecin, était qu'il y avait :

1. plus de demande pour la médecine traditionnelle
2. des conflits entre la pratique des deux types de médecines.

Par contre, récemment, une bonne relation entre les deux médecines se développe puisque certains médecins modernes et expérimentés sont invités à travailler comme collaborateurs à l'hôpital de médecine traditionnelle sans toutefois faire vraiment partie du personnel.

Le système d'organisation de la médecine traditionnelle au niveau national



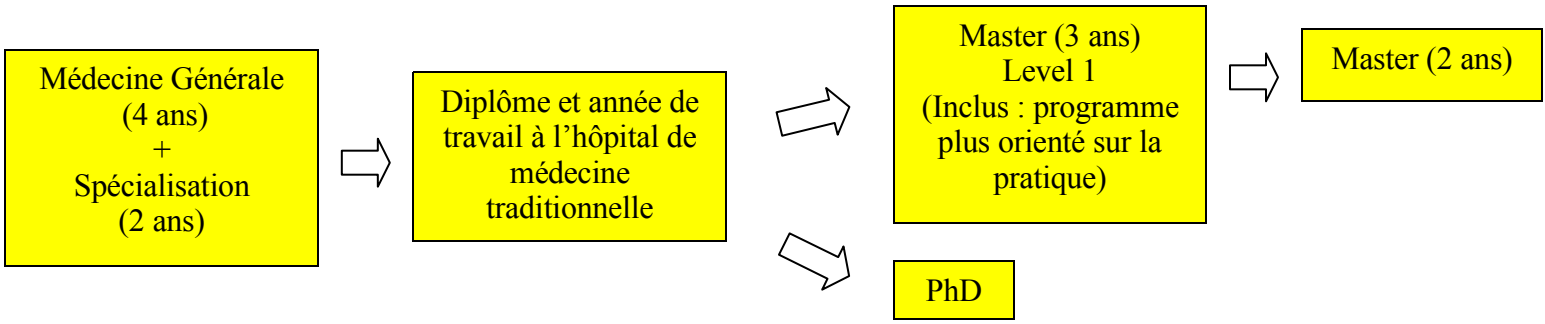
Ces différentes branches sont non seulement des centres de soins traditionnels mais aussi des centres d'information générale et servent de banque de données (statistiques nationales).

L'OMS et l'hôpital de médecine traditionnelle

Une collaboration entre l'OMS et les institutions de médecine traditionnelle au Vietnam existe depuis 1988. D'après les médecins qui nous ont reçu, cette entente est due à la nécessité d'évaluer, par la recherche, la sûreté des médicaments utilisés et la qualité des soins et permet sans doute d'harmoniser la médecine occidentale et la médecine traditionnelle en échangeant les connaissances par exemple.

Formation des médecins traditionnels

La médecine traditionnelle est une spécialité médicale depuis plusieurs années au Vietnam. Ainsi, les étudiants en médecine suivent les mêmes cours les 4 premières années puis leurs chemins se séparent.



Certains médecins qui ont acquis leur savoir grâce à leur famille ou leur communauté et qui n'ont jamais étudié à l'université peuvent tout de même être reconnus par l'Etat comme médecins traditionnels bien qu'ils doivent auparavant respecter certains critères. Ces médecins choisissent en général de travailler de manière indépendante, plus souvent à la campagne dans des cliniques privées que dans des hôpitaux.

<u>La demande en médecine traditionnelle</u>

L'utilisation de la médecine traditionnelle au Vietnam a augmenté.
En voici les principales raisons :

- la mentalité des gens a changé (i.e. de plus en plus de gens veulent se faire traiter par des méthodes plus naturelles).
- les traitements sont plus sûrs qu'avant (par ex : médicaments à base de plantes)
- la médecine traditionnelle est plus reconnue au niveau international qu'auparavant

Selon le médecin interrogé, la médecine traditionnelle est beaucoup plus utilisée dans la campagne que dans les villes. Il y aurait un staff de médecine traditionnelle ainsi qu'un jardin de plantes médicinales dans chaque centre communal.

Lors des interview des patients dans le district de Bavi, à la question : « Est-ce que vous utilisez la médecine traditionnelle ? », les réponses étaient très partagées.

Ceux qui l'utilisaient affirmaient que la médecine traditionnelle était inefficace contre la TB mais était en revanche très utile contre divers maux de tête, estomac, rhumatismes et baisse de l'état général. Certains achètent les préparations déjà faites chez un médecin traditionnel alors que d'autres les préparent eux-mêmes puisqu'une grande partie de la connaissance en cette médecine est transmise de génération en génération dans la famille. Les préparations sont souvent à base de plantes, tronc

d'arbres et de fruits que chacun peut facilement se procurer dans son jardin ou dans la nature non loin de chez eux, pour ceux habitants à la campagne.

Ceux qui ne l'utilisent pas ne croient pas en l'efficacité et l'utilité de la médecine traditionnelle ou tout simplement n'ont jamais eu à l'utiliser pour se soigner et donc ne connaissent pas son efficacité. Ainsi, ils ont affirmé faire entière confiance en la médecine occidentale « scientifique ».

Certains encore croyaient en l'association productive des deux types de médecines.

Admission a l'hôpital

Il n'y a pas de véritable système de consultation sur rendez-vous, les patients viennent et attendent leur tour (l'attente peux durer jusqu'à un jour entier). L'hôpital essayait en ce moment d'instaurer un système de consultation basé sur rendez-vous mais c'était très difficile puisque le système actuel a été de vigueur pendant très longtemps.

Visite guidée de l'hôpital

Au centre de la cour devant l'hôpital se dresse la statuette de Mai Thuong Lan Ong (1720-1791). C'est lui qui a réuni les connaissances de médecine traditionnelle pour en faire une discipline reconnue et répandue dans la population vietnamienne.

Remarque : Nous avons remarqué que l'établissement était en pleine expansion et renouvellement. Il était visible que des investissements financiers substantiels avaient été versés à cet hôpital, contrairement à l'impression qu'on avait eu à Bach Mai.
Nous avons aussi pu observer que tous les médecins étaient en blouse blanche comportant le symbole du yin yang et des stéthoscopes dans leurs poches.

a) Site de fabrication des médicaments :

On nous a d'abord fait visiter la section de l'hôpital où avait lieu la transformation des matières brutes (plantes, racines, bois, fruits,…) en composés de base des médicaments « traditionnels ». Bien que le travail puisse être effectué par des machines, on nous a précisé qu'il était préférable que ce travail soit fait par des personnes ayant une formation en médecine traditionnelle. Nous avons donc pu voir comment ces personnes utilisent de simples instruments (couteaux…) pour cette transformation.

b) Université et laboratoires de recherche

A quelques mètres de « l'usine » se trouvent les auditoires de l'université.

On est ensuite passé aux laboratoires de recherche ou une équipe de chercheurs étudient et testent la sûreté et les effets secondaires des médicaments sur des animaux puis sur l'homme par le biais de tests sanguins suivant, nous a-t-il affirmé, les guidelines de l'OMS. Selon l'équipe, aucun effet secondaire néfaste n'avait été trouvé pour la plupart des médicaments.

Remarque : Nous avons trouvé étrange le fait, qu'étant donné le nombre de médicaments commercialisés même si tous n'ont pas forcément été testés (voir

paragraphe du département de désintoxication), ils n'aient jamais trouvé d'effets secondaires.

c) Pharmacie

Dans le bâtiment central et non loin de l'entrée principale se trouve la pharmacie.

Avant d'y parvenir, nous sommes passés dans la salle d'attente. Contre un mur était en exposition une panoplie de médicaments traditionnels. Les chaises dans la salle d'attente étaient toutes tournées vers cette vitrine !

Remarque : Nous avons eu l'impression d'être en face d'un magasin exposant ses produits car ces médicaments n'étaient pas destinés à être utilisés mais seulement exposés au public.

La pharmacie était constituée par des personnes qui mélangeait les médicaments selon les prescriptions, afin d'associer des médicaments d'action synergique. Ils répartissaient en petits sacs les différents composés afin d'obtenir des préparations prêtes à être distribuées aux patients.
Dans la même section, ils préparaient aussi des liquides médicinaux (potions) en bouillant les matières premières des médicaments. Notre guide nous a alors précisé que les patients pouvaient choisir de faire ça eux-mêmes.
La pharmacie préparait la plupart des médicaments sous forme de liquides, alcools, poudres, cachets, et thé.
Remarque : C'est à ce moment que notre médecin nous a fait goûter certains fruits secs et racines contre les maux de gorge ! C'était sympa !

On a ensuite rendu visite aux laboratoires destinés à l'analyse de tests cliniques et des examens identiques à ceux utilisés en médecine occidentale (mesure des paramètres sanguins, CT-scan, …).

Le médecin accompagnant nous a expliqué qu'un patient était hospitalisé seulement si le diagnostique correspondait à une maladie qui pouvait être traitée par la médecine traditionnelle.
Les démarches d'investigation en vigueur dans l'hôpital sont en effet identiques à celles utilisées en médecine occidentale et comprennent principalement l'anamnèse et les examens complémentaires (ex : sanguins, urinaires, …). L'hôpital a aussi à sa disposition des moyens d'investigation très modernes et donc plus coûteux réservés aux patients pouvant les payer (ex : Ultrason, Doppler, Endoscopie et bientôt, d'après notre guide, un IRM).

d) Le département de présentation de la vitalité et de l'acupuncture.

Une équipe d'infirmières nous a accueilli dans cette section. Elles nous ont expliqué diverses thérapies, par exemple :
« Comment augmenter la température des « méridiens » ? » (photo de droite)

« Un traitement d'acupuncture pour soigner la paralysie faciale d'un enfant » (photo ci-dessous)

À part les patients hospitalisés, le département met aussi à disposition un service ambulatoire où les patients peuvent venir une fois par jour pour leur traitement pendant une période bien définie, habituellement 10 à 15 jours !
Beaucoup de maladies peuvent être traitées par les patients eux-mêmes, mais certaines nécessitent absolument la supervision d'un médecin traditionnel.
Avec le but de renverser la tendance des patients à préparer leurs propres médicaments traditionnels et à s'auto - médiquer, plusieurs campagnes ont été instaurées par l'Etat pour instruire la population à distinguer les maladies qui peuvent être traitées sans consultation de celles qui ne le peuvent pas.

e) Le département de désintoxication

Dans un autre immeuble, nous nous sommes rendus au service de désintoxication pour les toxicomanes. Notre guide nous a présenté le médicament principal utilisé dans ce département : « le CAMAT ». D'après elle, ce médicament était utilisé pour diminuer le désir de prendre des substances illicites. Elle a aussi affirmé que le mécanisme d'action n'était pas encore connu mais qu'une recherche à ce sujet était en cours. Le médicament en question a très longtemps, génération après génération, été utilisé par de nombreux villages, période pendant laquelle il avait fait ses preuves. Sa « sûreté » a ainsi été reconnue sans que d'autres recherches sur lui ne soient effectuées avant de pouvoir être prescrit à la population.
Remarque : nous pensons que le fait qu'un médicament ait été utilisé pendant de plusieurs générations n'apporte pas la preuve scientifique qu'il n'a pas d'effets secondaires. Il est discutable d'utiliser les « réussites » passées du médicament comme seule base à sa commercialisation.

f) Chambres des patients hospitalisés

L'hôpital est équipé de lits en suffisance pour tous les patients puisque la proportion de lits au nombre de patients est de 1 pour 1. Il est rarement surchargé. L'hôpital de médecine traditionnelle a le taux de remplissage le plus bas (100%) par rapport aux autres hôpitaux de Hanoi (Bach Mai 200%, Viet Duc 500% selon les dires de la doctoresse).

Les maladies les plus fréquemment traitées sont :
- le diabète
- l'hypertension

- les dépressions
- les maladies du foie
- les pneumopathies
- les maladies liées au vieillissement

Notre guide nous a alors expliqué que, pour le traitement de ces maladies, la médecine occidentale était utilisée en phase aigue alors qu'en post-aigue elle était combinée à la médecine traditionnelle.

g) Le département de chirurgie

Un ascenseur très luxueux avec même un portier nous a conduit à ce département où notre guide nous a expliqué que les chirurgiens avaient tous suivi une formation de chirurgie couplée à la médecine traditionnelle.
En post-opératoire, les préparations traditionnelles priment dans la prise en charge des patients.
Nous avons été surpris d'apprendre que l'acupuncture était une des méthodes utilisées pour les anesthésies locales nécessaires pour certaines interventions comme, par exemple, les chirurgies de la glande thyroïde.

h) Le département des soins intensifs

Cette section était beaucoup plus moderne (équipée d'air conditionné et de matériel sophistiqué pour le monitoring des paramètres vitaux des patients) que les chambres que nous avions vu à Bach Mai.
Une infirmière nous a présenté le cas d'un patient souffrant d'une BPCO, et d'un escarre au dos et qui venait d'avoir un AVC. Il avait récemment été transféré depuis Bach Mai. Son traitement se composait d'une combinaison de médecine occidentale et de médecine traditionnelle, ce qui avait réussi à stabiliser et même améliorer son statut. Un traitement constitué principalement d'herbes était utilisé pour soigner son escarre.
L'infirmière a fini la présentation en nous révélant que le fils du patient (qui pratiquait la médecine occidentale dans un autre hôpital), avait en dernier recours accepté le transfert de son père dans l'hôpital de médecine traditionnelle et avait été très surpris par l'amélioration rapide de son état et par l'efficacité du traitement !

Cette présentation a amené la visite à une fin et nous sommes retournés dans la salle de conférence où on nous a servi un thé délicieux fait a partir de racines d'un arbre spéciale.

i) Coût de la santé et des soins

Le coût par lit/patient revient à 1$ et le coût d'une consultation à environ 0.5$. La médecine traditionnelle offre donc une prise en charge beaucoup moins coûteuse que tous les autres hôpitaux. Ceci nous a amené à demander comment l'hôpital trouvait ses ressources financières : la doctoresse nous a alors révélé qu'à part les ressources attribuées par l'Etat, diverses organisations étrangères (notamment espagnoles) investissaient dans l'hôpital.

j) Les patients de Bavi face à la médecine traditionnelle

Lors des interview des patients dans le village de BaVi, à la question : « Est-ce que vous utilisez la médecine traditionnelle ? », les réponses étaient très partagées :
Ceux qui l'utilisaient, affirmaient que la médecine traditionnelle était inefficace contre la TB mais qu'elle était en revanche très utile contre divers maux de têtes, estomac, rhumatismes et baisse de l'état général. Certains achètent les préparations déjà faites chez un médecin traditionnel alors que d'autres le font eux-mêmes puisqu'une grande partie de la connaissance en cette médecine est transmise de génération en génération et de famille en famille.
Les préparations sont souvent à base de plantes, tronc d'arbres et de fruits.
Ceux qui ne l'utilisent pas ne croit pas en l'efficacité et l'utilité de la médecine traditionnelle ou tout simplement n'ont jamais eu à l'utiliser pour se soigner et donc ne connaissent pas son efficacité. Ainsi, ils ont affirmés faire entière confiance en la médecine scientifique.
Certains encore croyaient en l'association productive des deux types de médecines.

Interview de la doctoresse Le Thuy en médecine traditionnelle

-

Etudes et expérience professionnelle :

La doctoresse, une jeune femme, a fait une formation de médecine générale, puis s'est spécialisée en médecine traditionnelle de 1987 à 2003. Elle a ensuite fait de la recherche pendant 2 ans (programme master), mais a arrêté ses études avant la fin de sa dernière année (3ème).
A part ses consultations à l'hôpital de médecine traditionnelle, elle travaille comme professeur et s'occupe de la formation d'étudiants étrangers depuis 2001.

Philosophie de la médecine traditionnelle :

En utilisant les reins comme exemple et tout en soulignant la difficulté de la tâche, elle nous a expliqué comment le corps humain était décrit. Elle nous a fait comprendre qu'en médecine traditionnelle les fonctions des différents organes étaient très différentes de celles attribuées en médecine occidentale et qu'un point fondamental était l'association d'organes pour effectuer des fonctions précises.
Par exemple : « les reins, responsables de la reproduction et contenant le génome de l'homme et de la production de la moelle osseuse, travaillaient en association avec les poumons pour évacuer les flux « nuageux » du corps ! »
En voyant de l'incompréhension dans nos expressions, elle a partagé avec nous le fait que souvent ses étudiants lui posent des questions auxquelles elle ne pouvait pas répondre et elle leur disait : « Je ne peux pas répondre le comment du pourquoi, mais je sais que ça marche !».
Selon elle, pour comprendre les concepts de la médecine traditionnelle, il faut faire « page blanche » dans son esprit et oublier toute la médecine occidentale apprise auparavant.

Différences entre la médecine traditionnelle et occidentale :

D'après elle, il existe aussi des guidelines assez précises mais de base que chaque médecin respecte. Toutefois, une très grande liberté est laissée au médecin traditionnel pour développer son propre traitement et sa prise en charge souvent selon son expérience personnelle La créativité et l'intuition du médecin ont une place beaucoup plus importante en médecine traditionnelle qu'occidentale.
La prise en charge est plus adaptée à chaque patient individuellement qu'en médecine occidentale, raison pour laquelle elle pense que les médecins traditionnels ont besoin de passer plus de temps avec leurs patients.
Au sujet des démarches diagnostiques elle nous a affirmé que dans son travail, elle considère avoir une approche différente des autres médecins traditionnels qui puisqu'elle dépend de la médecine occidentale uniquement pour son raisonnement (« decision making ») et utilise quasiment seulement la médecine traditionnelle pour soigner ses patients.

Elle pense qu'il n'est pas très judicieux de vouloir combiner les deux types de médecine et ceci pour plusieurs raisons :

- la médecine occidentale est trop systématique et ne laisse que très peu de place a l'intuition et la créativité des médecins.

- la conception du corps humain (philosophie, physiologie…) dans les deux médecines est trop différente.
- la combinaison des deux types de médecines peut avoir des effets toxiques surtout à long terme, par ex : les antibiotiques. De plus ce serait très difficile d'identifier exactement quel traitement est responsable de ces effets toxiques.

La doctoresse a quand même reconnu que très rarement, on obtenait une bonne synergie entre les deux traitements. Selon elle, le médecin devrait choisir entre les deux types de médecines et y rester fidèle. Cependant, chaque médecin devrait connaître les notions de base de la médecine même s'il ou elle n'a pas choisi de s'y dévouer.
Elle a aussi affirmé qu'il n'y avait pas de guidelines concernant les effets toxiques et contre-indications dus à la combinaison des deux médecines mais par contre elle pense que plus d'efforts devraient être faits dans la recherche pour apprendre à les combiner.

Au sujet de la TB, la médecine traditionnelle ne peut pas être utilisée indépendamment pour traiter cette maladie, mais peut soulager le patient des effets secondaires du traitement agressif des deux premiers mois et renforcer le système immunitaire en général.

En réponse à la question : « Quel type de patients consulte le plus souvent ? » Elle nous a révélé que jusqu'à présent c'était surtout l'ancienne génération qui avait le plus recours à la médecine traditionnelle mais que récemment on observe un engouement nouveau de la nouvelle génération envers la médecine traditionnelle.

Système de rémunération :

La doctoresse trouve que le salaire des médecins traditionnels est beaucoup plus bas que celui des autres médecins.
Le salaire dépend du nombre d'années travaillées dans l'hôpital et provient du :

1. Gouvernement → 60$ pour un médecin de son niveau
   200$ pour certains de ses supérieurs
2. Hôpital → offre à chaque membre un supplément de salaire

Avenir de la médecine traditionnelle :

La doctoresse pense que l'efficacité, les mécanismes d'action et les effets secondaires des médicaments traditionnels devrait être plus documentée.
Elle a conclu l'interview en nous expliquant les objectifs du corps des médecins traditionnels qui se résument en :

1. Plus de reconnaissance et d'acceptation de la médecine traditionnelle par la communauté scientifique
2. D'avantage de soutien par les gouvernements vietnamien et internationaux

Interview du patient hospitalisé en médecine traditionnelle

Nous avons eu l'opportunité d'interviewer un patient hospitalisé dans l'hôpital de médecine traditionnelle.

Il s'agit d'un homme de 29 ans.

Il travaille comme informaticien dans le FFI (Flora and Fauna International) et est très stressé par son travail.

Il est affecté par une dégénérescence cervicale (problème nerveux), tremblements dus au stress et une hypertension, ce pour quoi il décide de consulter.
Il avait essayé plusieurs hôpitaux auparavant (pendant environ 4 ans) sans trouver une thérapie efficace. Il a alors décidé par lui-même de venir à l'hôpital de médecine traditionnelle car il n'avait entendu que des bonnes choses à son sujet. C'était sa 45ème journée dans l'hôpital.

Le traitement qu'on lui administrait consistait en des séances d'acupuncture et de préparations orales de médicaments qu'il trouvait très efficaces.

Il nous a révélé qu'il devait rester encore une semaine à l'hôpital mais une fois sorti, il devrait continuer son traitement à domicile car c'était une thérapie à long terme.

En réponse à la question : « Faites-vous entièrement confiance à la médecine traditionnelle maintenant ? » il a répondu : « Si moi ou un autre membre de ma famille tombait malade à l'avenir je n'hésiterai pas à venir ici ou à conseiller la médecine traditionnelle ».

Les soins qu'il recevait lui revenaient à 15 000 dongs par jour. Cette somme est bien moindre que dans les autres hôpitaux de médecine occidentale où il devait payer 50 000 dongs par jour.
Il pense aussi que les coûts de médicaments traditionnels sont beaucoup moins chers.

Il a une assurance payée par son employeur, même s'il y contribue en partie.

La grippe aviaire à l'hôpital Bach Mai

Lorsque nous sommes arrivés vendredi dans le service de pneumologie de l'hôpital Bach Mai, comme nous le faisions alors depuis une semaine, l'agitation (qui régnait il est vrai de manière constante) avait monté d'un cran. Il a bien fallu attendre une heure et demi dans notre coin habituel de la salle des médecins pour tenter une approche de l'une des blouses blanches. Nous avons alors envoyé une « délégation spéciale » qui est allé interroger la médecin chef (médecin qui remplaçait le Dr. Thai_en congrès dans le Sud du Vietnam, qui lui-même remplaçait le Dr. Châu en congrès en Autriche…).
Nous avons tendu nos oreilles au maximum pour obtenir quelques bribes de conversations.

Discussion avec Dr. NYDoc

Remarque : Nous avons appelé le docteur NYdoc ainsi car ne connaissant pas son nom nous avons taché de lui en trouver un, afin de pouvoir le citer dans notre projet. NYdoc correspond à « Nice and Young ».

Le Dr NYDoc nous a informé que quatre nouveaux cas de suspicion de grippe aviaire étaient apparus pendant le week-end en plus des deux cas de suspicion de vendredi (6 cas suspects en tout donc). Chacun de ces 4 patients avait été admis pour une autre cause que la grippe aviaire. Par conséquent, il y avait un risque non négligeable de transmission d'homme à homme, mais sans preuves suffisantes (« not enough evidence » comme il le disait avec son charmant accent vietnamien.)

Les 2 cas de suspicions de grippe aviaire d'avant le week-end avaient été confirmés par RT-PCR. Il y avait donc en fait deux cas de grippe aviaire avérés. Les deux cas, après cette confirmation de diagnostic, avaient été transférés dans le service de médecine tropicale (ce qui correspondait à la marche à suivre en vigueur face à une telle situation). Dans ce service, les patients étaient alors traités avec de l'Amantadine et du Tamiflu.

Dans les salles dans lesquelles les patients avec suspicion ou confirmation de grippe aviaire avaient résidé de manière prolongée, tous les autres patients résidents étaient systématiquement testés ainsi que le personnel soignant en charge de ces salles.

Les résultats des tests RT-PCR sont obtenus normalement en 2 à 3 jours.

Les symptômes de la grippe aviaire et de l'influenza « classique » humaine sont les mêmes. Mais, contrairement à la situation en occident, l'incidence de la grippe aviaire est bien plus élevée en Asie. Par conséquent, à la présence de ces symptômes, on suspecte en premier lieu un cas de grippe aviaire même sans exposition avérée à la volaille. (Une évidence d'exposition à la volaille renforce très fortement une suspicion de grippe aviaire).

Le Dr NYDoc a en outre ajouté que le nombre de masques anti-aérosols était insuffisant pour toute l'équipe du service si une épidémie de grippe aviaire venait à se produire.

Après le lui avoir demandé, le Dr NYDoc nous a révélé qu'il était inquiet car le nombre de cas de grippe aviaire suspectés et confirmés était grand et que le service était en ce moment surchargé. (120 patients pour 50 lits !)

Discussion avec le Dr. Thai

Nous avons ensuite interrogé le Dr. Thai concernant la situation en cours de grippe aviaire. Il nous a alors parlé d'une « dizaine de cas » dans le service de pneumologie, sans jamais prononcer le terme de « transmission humaine » mais l'a laissé sous - entendre en citant l'exemple suivant :
Il y a quelques jours, une femme à qui l'on avait diagnostiqué une grippe aviaire avait été transférée dans un autre service. « Bizarrement » (avait ajouté le Dr. Thai), le voisin de chambre de cette patiente avait présenté quelques jours après le départ de cette dernière les mêmes symptômes et on lui avait finalement aussi diagnostiqué une grippe aviaire.

Nous avons une fois de plus relevé le malaise du Dr. Thai à notre égard qui se traduisait par son hésitation à divulguer des informations non officielles pouvant peut – être se retourner contre lui ainsi qu'un refus permanent de nous faire part de sa propre opinion.

Nous lui avons ensuite demandé s'il était inquiet : il nous a répondu que oui mais qu'il l'était beaucoup moins que lors de la dernière épidémie de SARS deux ans auparavant. Il nous a cependant dit qu'il ne craignait pas l'épidémie : en effet, il nous a révélé qu'il avait déjà eu la grippe aviaire plusieurs fois (information que nous ne pouvons vérifier naturellement) et que « de toute façon, toute personne doit bien mourir de quelque chose car tous les intestins sont les mêmes et ils contiennent tous des selles » (sic !).

C'est à ce moment que le Dr. Thai a commencé à nous mettre en garde. Il nous a dit qu'il était trop dangereux pour nous, en tant qu'occidentaux de rester dans le service. *Remarque : nous nous sommes demandés si les risques étaient plus grands pour nous en tant qu'occidentaux car nous avions été moins en contact avec la grippe aviaire que les vietnamiens ou s'il évoquait un problème d'ordre diplomatique si nous attrapions la grippe aviaire.*
Ils nous a ensuite montré les affiches qu'il avait fait imprimé pour interdire : l'accès aux chambres où se trouvaient les cas de grippe aviaire (voir annexe numéro 3).

Après avoir terminé l'entretien avec le Dr. Thai, nous avons assisté à une situation pour le moins ambiguë : alors que le Dr. NYDoc se trouvait sur le balcon, le Dr. Thai nous a confié que l'on venait de recevoir les résultats de laboratoires révélant que le Dr. NYdoc avait été infecté par la grippe aviaire.
C'est alors que le Dr NYDoc (qui ne portait alors aucun masque) entra dans la salle. Il échangea quelques mots en vietnamien avec les médecins assis autour de la table (dont le Dr. Thai). Plusieurs d'entre eux se mirent à rire. Nous ne savions pas comment interpréter cela : le Dr. NYdoc était-il réellement infecté ou s'agissait – il d'une plaisanterie de mauvais goût destinée à nous convaincre définitivement de ne plus remettre les pieds dans le service ?

Le Dr. Thai nous a ensuite interdit de parler de cette affaire à quiconque en dehors du service de pneumologie : à la fois dans les autres services ainsi qu'en dehors de l'hôpital. Il a même mimé de se trancher la gorge : était – ce son sort si la nouvelle se répandait ou le nôtre ?

Face à cette situation, nous avons décidé de contacter une personne de confiance de la faculté, bien que nous ayons reçu l'ordre de ne rien dire et que les représailles évoquées par le Dr. Thai ne nous aient pas laissés complètement indifférents.
Suivant les conseils de notre contact genevois, nous avons décidé de ne pas revenir à l'hôpital, l'information d'épidémie ayant l'air d'être cloisonnée au service de pneumologie, l'épidémie elle-même n'était peut-être pas aussi efficacement contenue. Une question cependant subsistait : comment allions – nous nous y prendre lors de notre rendez – vous du lendemain avec le Dr. Hung, neurologue responsable de notre stage a Bach Mai ? Devions – nous lui confier la vraie raison pour laquelle nous ne pouvions pas retourner à l'hôpital ?

Discussion avec le docteur Hung, notre responsable de stage à Bach Mai

Le lendemain, lors de notre entrevue avec le Dr. Hung, nous lui avons fait part de notre décision de ne plus retourner à l'hôpital mais dans un premier temps, nous avions décidé de ne pas mentionner notre motivation si cela n'était pas indispensable. Cependant le Dr. Hung, à juste titre d'ailleurs insistait pour connaître la vraie raison de notre départ. Il finit par perdre patience (fait rarissime pour un Vietnamien) et nous lui contâmes alors l'affaire. Il commença par nous dire qu'il n'était pas au courant, banalisa ensuite totalement l'affaire et mis rapidement un terme à l'entretien. Ne nous croyait – il pas ? Ou encore regrettait – il que des petits étudiants fraîchement débarqués de Suisse pour qui il avait organisé un séjour dans son propre hôpital soient les témoins d'une telle situation ? Ceci étant nous avions pu constater le dangereux manque de communication entre les services face à une information de cette importance.

Nous sommes ensuite revenu deux semaines plus tard à l'hôpital, pour remercier le Dr. Chau de nous avoir accepté dans son service. Armés d'une boîte de chocolat, une délégation spéciale du groupe (le reste ayant refusé catégoriquement de revenir dans le service même) a repénétré sur les lieux du crime : nous avons alors constaté que les affiches restreignant l'accès aux chambres des patients atteints de grippe aviaire étaient toujours placardées aux murs du service. Nous y avons vu le Dr. Chau, l'avons remercié en lui donnant les chocolats (qu'il a directement jeté au fond de son placard, nous nous sommes dits que nous en aurions peut – être fait meilleur usage.). Nous n'avons cependant pas résisté à l'envie de lui demander ce qu'il en était de cette épidémie de grippe aviaire. Il nous a répondu que cela arrivait assez fréquemment! Il a tout de même rapidement conclu l'entretien car il avait du travail. Et nous sommes repartis.

Enfin dans l'ascenseur, nous sommes finalement tombé sur… le Dr. NYDoc : il arborait un sourire beaucoup plus radieux que deux semaines auparavant, mais néanmoins, lorsque les portes de l'ascenseur s'ouvrirent, il se précipita en dehors. Malgré son sourire, il ne semblait pas comblé par ces retrouvailles. L'ayant rattrapé, nous nous sommes cependant enquis de sa santé. Il nous dit que tout s'était bien terminé avant de repartir en coup de vent sans que nous ayons le temps d'ajouter quoi que soit. Nous n'étions pas plus avancé sur le fait de savoir si le diagnostic dont le docteur Thai nous avait fait part à son sujet quelques jours plus tôt, traitait plus de la farce que d'un vrai cas de grippe aviaire.

Conclusion générale

Dans la prise en charge de la tuberculose et dans le système de santé vietnamien, les points suivants sont ressortis de notre étude.

Nous avons noté que la prise en charge de la tuberculose est très différente selon que le patient habite en ville ou à la campagne. En effet, à la campagne, les patients restent peu de temps internés à l'hôpital et ont la possibilité de rentrer chez eux rapidement afin de continuer leur traitement sous une supervision moins contraignante. En ville, les patients sont, nous a-t-il semblé, contraints de rester dans le centre antituberculeux jusqu'à la fin de leur traitement. Nous avons trouvé ce système adapté, étant donné la nécessité souvent évoquée par les patients interviewés à la campagne, de retourner rapidement travailler afin de subvenir à leurs besoins.

La campagne de prévention, très présente au Vietnam, ainsi que la gratuité des traitements, tous deux pris en charge par l'Etat, nous ont paru efficaces. Il semble que le gouvernement ait pris conscience de l'importance du fléau que pourrait constituer la tuberculose si elle n'était pas ainsi médiatisée et combattue.

Le succès du programme DOTS au Vietnam vient peut-être aussi en partie du fait que le respect de l'autorité est ancré dans la mentalité vietnamienne. La non compliance nous a paru être un problème peu présent, du moins d'après ce que les patients nous ont dit sous le regard de leur médecin.

Voici quelques points à noter concernant une comparaison entre les patients de Bach Mai et de Ba Vi :

- Nous pouvons observer que la relation à l'argent des patients est bien différente : les deux patients que nous avons interrogés à Bach Mai sont assurés. De plus, la part subsidiaire qu'il doivent payer est « un peu chère » pour le premier ou dans l'autre cas, elle ne s'en soucie même pas.
- Nous avons également remarqué que les métiers étaient d'une « classe sociale » supérieure (un médecin et une comptable) à celle des patients interrogés à Ba Vi (tous des paysans pour la plupart).
- De plus il nous est difficile de tirer des conclusions définitives mais il faut noter tout de même que le premier patient que nous avons interrogé à Bach Mai était presque le seul à connaître le nom de ses médicaments. Il nous est impossible de dire que l'information est meilleure en ville car, le patient interrogé est médecin (bien qu'à la retraite) et donc plus susceptible d'avoir connaissance en la matière. De plus les campagnes de préventions, comme nous avons pu le voir sont également présentes dans les campagnes (surtout dans les dispensaires et hôpitaux).

Bien que ce ne soit pas le sujet principal de notre étude, la grippe aviaire a été une expérience frappante dans notre interaction avec le système de santé. La prise en charge de l'épidémie de grippe aviaire nous a laissés dubitatifs quant à la transparence de l'information divulguée au sujet de cette épidémie au Vietnam, et éventuellement quant à celle d'autres problèmes de santé là bas.

Notre petit passage dans le domaine de médecine traditionnelle nous a permis de voir un autre aspect du système de santé au Vietnam et d'entrevoir son importance au sein de ce système. La collaboration des deux médecines nous a étonné, sachant qu'en occident elle ne se développe que depuis peu et reste encore peu acceptée.

Lors de notre dernière entrevue avec le Dr. Cuong il aura cette phrase au sujet de la mise en œuvre du programme DOTS (qui est une grand réussite de la santé publique vietnamienne) qui illustre bien la situation au Vietnam dans le domaine de la Santé mais également dans la société toute entière :
« Au Vietnam, nous avons un excellent réseau, ce qu'il nous manque, ce sont les infrastructures ».
Il est vrai que la force humaine et son organisation permettent déjà d'assurer une base solide à un système de santé, même avec peu de moyens financiers.

Impressions personnelles :

Stéphanie

Le lundi matin, nous sortons de notre chambre et traversons la cour de l'hôtel de Ba Vi dont nous sommes les seuls occupants. De la fenêtre de la petite maison qui fait office de réception, une fille nous voit arriver, tire rapidement les rideaux, et disparaît. Nous leur avions demandé le soir d'avant s'il serait possible d'avoir un petit-déjeuner « européen ». Le propriétaire, semblant un peu troublé, nous avait pourtant affirmé qu'il n'y aurait pas de problème.
Dans l'immense salle à manger, une seule petite table est mise avec deux assiettes remplies de pain frais et une assiette de bananes au centre. Nous entendons un bruit derrière la porte entre-ouverte et nous apercevons une vielle dame entrer dans la cuisine. Je me demande depuis quelle heure elle est réveillée, attendant que nous arrivions pour le petit-déjeuner. Alors que l'eau chaude commence à bouillir, nous entendons des battements sourds et réguliers qui durent plusieurs minutes. La vielle dame frappe sur le couvercle d'une boite de lait condensé avec un clou géant qu'elle tient fermement d'une de ses mains. Les bruits cessent, et elle apparaît peu de temps après avec deux grands verres de lait et deux petits plats de lait condensé dans lesquels tremper notre pain. En m'efforçant de boire le lait condensé à peine dilué, je regrette profondément de ne pas avoir appris assez de vietnamien pour la remercier correctement.
Au milieu du repas, le propriétaire de l'hôtel entre discrètement dans la salle communicante avec la salle à manger où se trouve un vieux tourne-disque. Bientôt, un disque américain, un peu rayé avec le temps, se met à tourner et remplit l'immense salle à manger presque vide. Il jette un coup d'œil dans notre direction pour s'assurer que nous n'ayons besoin de rien et, semblant satisfait, il s'en va avec un signe de la tête, nous laissant seuls, au milieu d'une chanson démodée d'Elvis Presley.

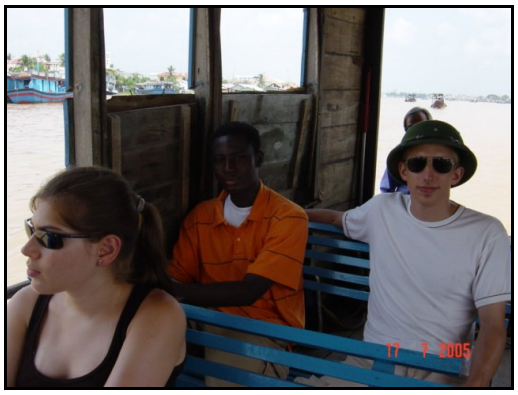
Lors de notre arrivée à l'hôpital de Ba Vi, les responsables des centres de soin nous attendent, un peu anxieux, dans la salle de conférence, chacun avec un cahier rempli de courbes, de statistiques et de notes personnelles et un stylo posé soigneusement devant eux pour répondre à notre questionnaire. Puis, au cours des deux prochains jours, ils nous attendent, relâchés cette fois-ci, devant l'entrée de leur centre de soin pour nous recevoir avec fierté et nous offrir une tasse de thé. Au cours de ces deux jours, les patients se sont assis devant nous, l'un après l'autre, avec la ferme volonté de nous aider de leur mieux. Ils arrivaient presque toujours en avance au rendez-vous, et attendaient patiemment que ce soit leur tour de nous raconter leur histoire. Un patient nous a amené dans sa poche de chemise un petit sac en papier recyclé où il avait préparé ses médicaments pour nous les montrer. Un autre patient, lorsqu'on lui pose une question délicate au sujet de son assurance pour les pauvres, se tourne spontanément vers le directeur du centre de soin pour lui demander la date exacte à laquelle il lui avait été attribué. Notre traducteur aussi a passé plusieurs minutes à faire des calculs sur une feuille de brouillon aidant un patient à transformer son rendement annuel de riz en dollars par mois afin de nous donner une estimation de son revenu. Les

exemples continuent. Tout le monde s'est efforcé à nous aider avec sincérité, avec simplicité, du mieux qu'il le pouvait. J'aurais aimé offrir à chaque personne que nous avons rencontrée au cours de notre séjour à Ba Vi au moins l'espace d'un encadré individuel dans notre projet. Pour leur courage face à leur maladie, pour leur sympathie à notre égard, pour leur fierté en leur village, pour leur volonté à nous aider et à contribuer à notre enquête, pour tout ceci je ne les oublierai pas.

Eric

Le « communautarisme » m'a particulièrement frappé au Vietnam. Que ce soit à l'hôpital où il y a quasi-systématiquement un membre de la famille prenant soin du malade (nourriture et hygiène de base) ou encore, les chambres d'hôpital, où les patients, deux à trois par lit, « subissent » cette surpopulation sans mot dire. Ici on a vraiment l'impression que la communauté prime sur l'individu, par culture ou par la force des choses.

Un autre point chez les Vietnamiens qui m'a énormément frappé était leur grande détermination et leur force de caractère face à leurs problèmes économiques. Nombres d'entre eux (surtout les personnes que nous avons rencontrées dans le domaine du tourisme) déployaient une énergie considérable pour subvenir aux moindres désirs des touristes (la principale source de revenus pour certains d'entre eux.). Il nous est par exemple arrivé d'entrer dans un restaurant « Italien – Vietnamien ». Après avoir commander, le serveur a disparu dans la cuisine et est revenu 10 minutes plus tard avec un plat de poulet à l'ananas et deux assiettes de pâtes à l'italienne, tous excellents. Ce serveur, qui était également l'unique cuisinier et le seul employé du restaurant avait donc acquis une dextérité et une rapidité impressionnante qui avait, de plus, conquis nos papilles en un temps record.
Nombreux étaient également les personnes qui, armés d'un petit manuel d'anglais, pour débutant parlait un anglais au vocabulaire très riche, sans n'être jamais sorti de leur province (le vietnamien n'étant pas une langue indo européenne, nous avons pu nous-même évaluer leur prouesse en constatant le gouffre linguistique qui nous sépare d'eux).
En définitive, il en ressort chez eux, une grande débrouillardise, un sens de l'adaptation hors du commun et une volonté de fer inébranlable.



Ces caractéristiques observées peuvent être mises en relation avec des personnages de l'histoire récente du Vietnam. On peut par exemple comprendre comment les forces Viet Cong composé d'humbles paysans le jour se transformant en redoutables guerriers la nuit, armés de leur quasi seule détermination, ont miné petit à petit le moral de la plus puissante armée au monde et en sont pour finir venus à bout.

L'infiltration des forces Viet Cong dans le Sud avec le soutien de la population locale, exprime là encore bien la puissance de ce « réseau communautaire».
Ho Chi Minh reste sans aucun doute le symbole le plus fort de cette détermination vietnamienne à toute épreuve.

Amélie

Je garderai un souvenir du Vietnam comme d'un pays qui doit sa force aux gens qui l'habitent…
Je n'avais auparavant pas rencontré de peuple ayant une telle hospitalité et un si grand cœur. Voici une petite anecdote : le premier jour de notre séjour à l'hôpital Bach Mai, une fois notre travail à l'hôpital terminé nous avons entrepris de remonter en centre ville à pied. Nous n'avions pas évalué la distance jusqu'à celui ci et nous nous sommes laissés prendre par la pluie…ou plutôt devrais-je dire par une « mousson »…en effet en quelques minutes, le ciel est devenu noir et puis quelques gouttes sont tombées rapidement suivies par des trombes d'eau comme j'en ai rarement vu. Nous cherchions désespérément un abri mais nous nous trouvions dans un quartier plutôt constitué de grandes rues sans petites échoppes ni autres possibilités d'abri… Nous avons finalement vu non loin de nous un petit restaurant de rue devant lequel une bâche était accrochée plus ou moins fixement. Nous avons décidé de nous abriter là jusqu'à ce que la pluie passe. Puis n'ayant pas déjeuner nous nous sommes dit que nous pourrions en profiter pour manger quelque chose. Les dames de cette maison nous ont alors laissé nous asseoir à l'intérieur, bien au sec et se sont alors activées pour nous apporter les différents plats. La quantité était impressionnante même si nous ne savions pas toujours ce qu'était le contenu de chaque assiette. En plus du fait que nous ayons mangé à notre faim pour trois fois rien, ce qui m'a le plus marqué était qu'à la fin du repas, elles tenaient à nous offrir quelque chose.. Nous avons eu droit aux lychees qui avaient été destinés comme offrande aux ancêtres quelque jours plus tôt, qu'elles ont été recherché sur l'autel aux ancêtres. Sachant à quel point les vietnamiens tiennent à leur culte aux ancêtres j'ai trouvé ce geste d'une grande gentillesse envers nous, quatre étrangers momentanément trempés…

Une autre chose qui restera gravé dans ma mémoire est la conduite automobile des vietnamiens… Nous avons eu plusieurs expériences à ce sujet et toutes me rappelleront de ne jamais essayer de m'aventurer sur la route au vietnam.

Le premier jour, notre traversée de la ville en taxi était assez impressionnante. Etant donné le fait que les rues sont bondées de scooters, les voitures sont en minorité et c'est vraiment ce qu'on appelle : « la loi du plus fort ». Aux intersections sans feux tricolores (et même parfois à celles qui en possèdent !), chacun se lance dans le flot de la circulation comme il veut en se disant que l'autre s'arrêtera bien si jamais !! La

voiture prédomine sur le scooter, qui prédomine sur le vélo qui lui a la priorité sur les piétons…Les premiers jours, tenter de traverser une rue était une rude affaire…

Lors de notre voyage à travers le pays, nous sommes montés dans une voiture « de ville » qui devait nous amener au pied d'une montagne. Le chemin pour y aller était en travaux et il y avait des monticules de sable de chaque coté de la route. A un moment précis celle ci était vraiment trop réduite pour pouvoir passer. Nous pensions alors peut être devoir faire demi-tour mais le chauffeur avait une toute autre idée. La voiture a alors commencé à escalader le tas de sable et ainsi en équilibre sur deux roues d'un coté nous avons traversé cette partie étroite de la route.

Quelques fois aussi, un scooter s'est renversé devant nous. Heureusement, malgré leur conduite assez pittoresque, les vietnamiens ne conduisent pas trop vite. Le conducteur du scooter se relève et après s'être assuré qu'il ne s'était rien cassé repart. Le responsable de sa chute s'il y en a un est déjà bien loin mais cela ne semble pas poser le moindre problème. Personne ne s'arrête pour lui proposer de l'aide ; au contraire, il lui est même arrivé de se faire klaxonné car il gênait en plein milieu de la voie.

Cela m'a montré à quel point les vietnamiens prennent la vie comme elle leur vient. Pour parvenir à mettre un vietnamien en colère, il faut vraiment s'y prendre sérieusement. Ils sont ce que l'on pourrait appeler dans un langage peu soutenu des gens « zen » et cette attitude est vraiment une chose qui m'a beaucoup plu.

Kobby

Dès mon arrivée au Vietnam, sans même être sorti de l'aéroport et au contact des premiers Vietnamiens j'ai tout de suite réalisé que je me trouvais dans un coin du monde extrêmement riche en **chaleur** humaine et culture. Cette observation s'est avérée très juste au fur et à mesure que l'on s'immergeait dans la société et le peuple Vietnamien. J'ai pu ajouter à mon bagage personnel une ouverture d'esprit que je n'avais pas avant.

Dès mon arrivée à l'hôpital le premier jour de notre stage, je me suis dit : « Ouais mon grand, t'aurais dû prendre au sérieux ton auto apprentissage avec l'**Assimil** ». Mais même s'il est vrai que la barrière linguistique était parfois un « set back », et que finalement la langue que j'ai utilisée pour communiquer consistait en un beau mélange d'anglais, français et 'vietnamien' **(«**

le vietfranglish ») j'ai pu apprendre beaucoup de choses. J'ai pu comprendre en peu de temps les bases du système de santé du Vietnam, des bases retrouvées dans n'importe quel pays sous différentes formes et approches.

Dès mon retour en Suisse, la nostalgie d'un pays merveilleux me hantait déjà (sans même être sorti de l'aéroport). Je suis revenu plus riche en connaissances médicales, santé publique, et, sans oublier, appris la vie et le travail en groupe. Je garderai pour toujours avec moi tous les souvenirs de cette expérience inoubliable.

19 6 2005

Remerciements :

Dr. Pierre Jallon aux HUG, pour avoir été notre premier contact dans l'élaboration de ce projet et avoir réglé certaines tracasseries administratives lorsque nous étions sur place.

Prof. Chastonnay, surtout pour nous avoir rassuré lorsque nous l'avons contacté à propos de l'épidémie de grippe aviaire.

Dr. Cuong, pour s'être investi pour nous dans les relations vietnamo helvétiques et nous avoir permis d'effectuer ce stage.

Dr. Hung, pour l'intérêt qu'il a manifesté en notre projet et le temps qu'il nous a consacré.

Dr. Chau et Dr. Thai, du service de pneumologie de Bach Mai.

Nous tenons à remercier tout particulièrement le Dr. Tuan pour sa gentillesse et sa générosité tout au long de notre séjour à Ba Vi.

Toute l'équipe de l'hôpital de district de Ba Vi.

Les responsables des centres communaux de Ba Vi qui nous ont accueilli.

Tous les médecins et patients qui ont répondu à nos questions.

Madame Monica Meyer et son fils Philippe pour leur chaleureux accueil et leur hospitalité pendant les premiers jours de notre séjour à Hanoi.

Jonathan Beroud, pour le généreux prêt de son natel lorsque nous cherchions désespérément de l'aide !

Nos amis et nos parents qui nous ont soutenu dans notre petite aventure à l'autre bout du monde !

Références

Le Vietnam

- http://www.photius.com/rankings/population.html
- http://icasualities.org.oif/
- Le guide du Routard : Vietnam 2005

La tuberculose

- Bacterial pathogenesis . a molecular approach, second edition 2002 (Salyers AA and Whitt DD)
- Tuberculosis : a problem with persistence - Nature reviews Microbiology
- Latent tuberculosis : mechanisms of host and bacillus that contribute to persistent infection – Lancet infectious disease, vol. 3
- Harrison, 15ème édition (chap. VII: maladies infectieuses)

Informations officielles concernant le système de santé vietnamien

- Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing ; WHO report 2005
- Global tuberculosis control, surveillance, planning, financing ; WHO Report 2004
- Global tuberculosis control ; WHO report 2001
- Site de l'OMS sur la tuberculose : http://www.who.int/mediacentre/factshetts/fs104/fr/print.htm
- Rapport du « Bureau régional du Pacifique occidental » (appartenant à l'OMS) de juillet 2005
- Le Courrier du Vietnam du 11/09/05
- Rapport d'information sur la politique sanitaire du Vietnam de 2001-2002 http://www.senat.fr/rap/r01-241/r01-2412.html
- Site du ministère des affaires étrangères de France : http://www.diplomatie.gouv.fr
- http://www.lmvntd.org/avl/presse/030822nouv.htm
- http://www.positifs.org/h/h-7.htm

Annexe 1 :

Questionnaire aux médecins 1)

1) Questions générales :- lieu d'étude / place of study

- Présentation: nom, poste, âge
- expérience professionnelle / professional experience

1 bis) question 19 (fin)

2) Tuberculose : - étiologie, incidence, prévalence
- comorbidité (cirrhose, HIV, ...)
  - Liaison avec mode de vie?
- Evolution au cours du temps
- Déclarat° des cas

3) TB campagne de prévention / prevention campaign

- Vaccins?

4) Comment TB est diagnostiqué / how TB is diagnosed:

examen physique, sputum (AFB), X-ray, CT-SCAN, bronchoscopie, biopsie

5) Traitment : a) en urgence (avant confirmation du diagnostique) / before confirmation of diagnosis

b) après / after diagnosis

c) en cas de résistance / in case of resistance

d) suivi → centre antituberculeux (comment ça se passe?)

6) Y'a-t-il assez de médicaments à disposition? / Is there enough medicine?

- Où sont-ils à disposition? (Approvisionnement)

7) A la sortie de l'hôpital / after leaving the hospital:

le patient rentre-t-il chez lui ou est-il transféré vers un autre centre de soin? / does the patient return home or is he transfered to another care center?

- Si retour à domicile : critères
- Si transfert : vers où? Pour quelles raisons (cas spécifiques)?

8) D'où viennent les patients et pourquoi viennent-ils ici? / Where do the patients come from and why do they come here?

9). Moyens de protection utilisés / protection used :
par les médecins, les patients, la famille / by the doctors, patients, Family • sont-ils en quantité suffisante?

10). Les médecins sont-ils assurés? Les patients sont-ils assurés? Combien payent-ils pour l'assurance par mois? /
Do the doctors have insurance? Do the patients have insurance? How much do they pay for it?

11). Mode de paiement des patients pour leur traitement / How patients pay for their treatment ;
combien le traitement coûte-t-il? / How much does the treatment cost?

12). L'hôpital fournit-t-il le repas aux patients ou est-ce la famill qui ammène le repas? / Are the meals provided by the hospital or by the patient's family? • Y a t-il des aide soignants?

13). Médecine traditionnelle / traditional medicine:
- qu'en pensez vous? / what are your views on it?
- combien de patients y ont recourt? / how many patients use it?
- conseillez vous la med. tradit. à vos patients? Si oui ds quels cas?

14). Comment la maladie (TB) est-elle perçue par la population? / How is the illness (TB) perceived by the population? • Tabou, honte. Knowledge, tabou, attitude of people infront of this disease.

15). Les chambres dans l'hôpital / rooms in the hospital:
nombre de patients par chambre, différents standings, ... / number of patients per room, different classes, ...

16). Rémunération des médecins : salaire fixe, à l'acte, ... / Doctors' salaries • estimation du salaire

17). Staff et organisation générale de l'hôpital / general organisation of the hospital • rôle de chacun

18). A part votre travail dans l'hôpital, avez-vous une autre occupation? / Besides your work at the hospital, do you have another occupation?

19). Quelles sont les maladies que vous voyez le plus souvent? What are the most frequent illnesses you see at the hospital?

Annexe 2 :

1

Questionnaire aux patients

① Chào Ông / Bà
- Bonjar
- Hello

② Chúng Tôi tên là ....
- Nous nous appelons ...
- Our names are ...

④ Chúng tôi muốn hỏi một câu gì ?
- Nous aimerions vous poser quelques questions.
- We would like to ask you a few questions.

⑤ Ông / Bà có đồng ý không ?
- Est ce que vous êtes d'accord?
- Do you agree?

⑥ Ông / Bà tên là gì ?
- Quel est votre nom?
- What 's your name?

⑦ Năm nay Ông / Bà nhiêu Tuổi ?
- Quel âge avez vous?
- How old are you?

⑧ Ông / Bà đi đến từ ở đâu?
D'où venez vous? (Ethnie particulière?) Religion?
Where do you come from?

• Distance parcourue, temps et moyen de transport.
How far away is it from the hospital, and how did you get here

⑨ Ông / Bà làm nghề gì?
Quel est votre métier? Guerre?
What is your occupation?

⑩ Ông / Bà bệnh gì?
Quelle est votre maladie?
What is your illness?

⑩bis Ông / Bà có thác bệnh không?
Avez vous d'autres maladies?
Do you have other illnesses?

⑪ Ông / Bà có biết bệnh của Ông / Bà không?
Que connaissez vous de votre maladie? (avant / après, comment?)
What do you know about your illness?

⑫ Ông / Bà có phải uống thuốc sau lối ra bệnh viện?
Devez vous prendre des medicaments après la sortie de l'hopital?
Must you take medication after leaving the hospital?

⑬ Cái đó thuốc gì?
Legal?
Which one?

⑭ Ông / Bà phải uống thuốc bao lâu?
Combien de temps devez vous prendre les medicaments?
How long do you have to take the medication for?

(15) Ông / Bà tìm ra thuốc ở đâu? ở bệnh viện? ở dược hạ?
où trouvez vous les médicaments? Pharmacie / Hopital?
Where do you find the medication? Drugstore / Hospital?

(16) Ông / Bà trả thuốc thế nào?
Comment payez vous vos médicaments?
How do you pay for the medication?

(17) (+10) Ông / Bà là ở bệnh viện từ bao lâu?
Depuis combien de temps êtes vous à l'hopital?
How long have you been in the hospital for?

Pourquoi êtes vous venus à l'hopital? (avancée des symptô influence des proches

(18) Ông / Bà có bảo hiểm không? Bao nhiêu tiền Ông / Bà trả? (tháng / tháng).
Avez vous une assurance? Combien payez vous par mois?
Do you have insurance? How much do you pay per month?

(19) Bệnh viện và các thuốc là đắt cho Ông / Bà không?
L'hopital et les medicaments sont ils cher par vous?
Do you find the hospital and medication expensive?

(20). Bao nhiêu tiền Ông / Bà trả để các thuốc và bệnh viện?
Combien vous coutent l'hopital et les médicaments?
How much do you pay for the hospital and medication?

(21) Theo Ông / Bà nguyên nhân của bệnh là gì?
→ a) thiên. chất
b). tình trang của sự sống

• Selon vous quelle est la cause de votre maladie? Divinité / Conditions de vie?
• What do you think is the cause of your illness?
Divinity / Living conditions?

(22) Ông / Bà dùng y truyền thống không?
Avez vous utilisé la medecine traditionnelle?
Do you use traditional medicine?

(23) Bao nhiêu người trong gia đình?
Combien de personnes êtes vous dans votre famille? Qui apporte le revenu dans la famille? (combien est-il
How many people are in your family? Who brings in the salary in your family?
• Est ce que des pers. de votre famille ont aussi la tuberculose?

(24) Ai làm việc của Ông / Bà trong trong ông / Bà là ở bệnh viện?
Qui fait votre travail pendant que vous êtes à l'hopital?
Who replaces you at work while you are in hospital?

(25) Ông / Bà sẽ có thể làm việc cũng như thế trước đây không
Pourrez vous travailler comme avant après la sortie de l'hopital?
Will you be able to work the same as before arriving in the hospital?

(26) Ông / Bà có thể nói cho chúng tôi một chút việc bận hàng ngày ở bệnh viện? Ví dụ: thức ăn?
Pourriez vous nous parler un peu de vos occupations quotidiennes à l'hopital? Par ex. la nourriture, douches, visites des médecins (nb suffisant?)...
Could you tell us a little bit more about your daily occupations in hospital? For example, food...

(27) Que ressentez vous depuis que vous connaissez votre maladie?
- regard des autres
- anxiété
- peur de la mort.

What do you feel since you know your illness? - attitude of others
- anxiety
- fear of dying

Annexe 3 :

BỆNH VIỆN BẠCH MAI

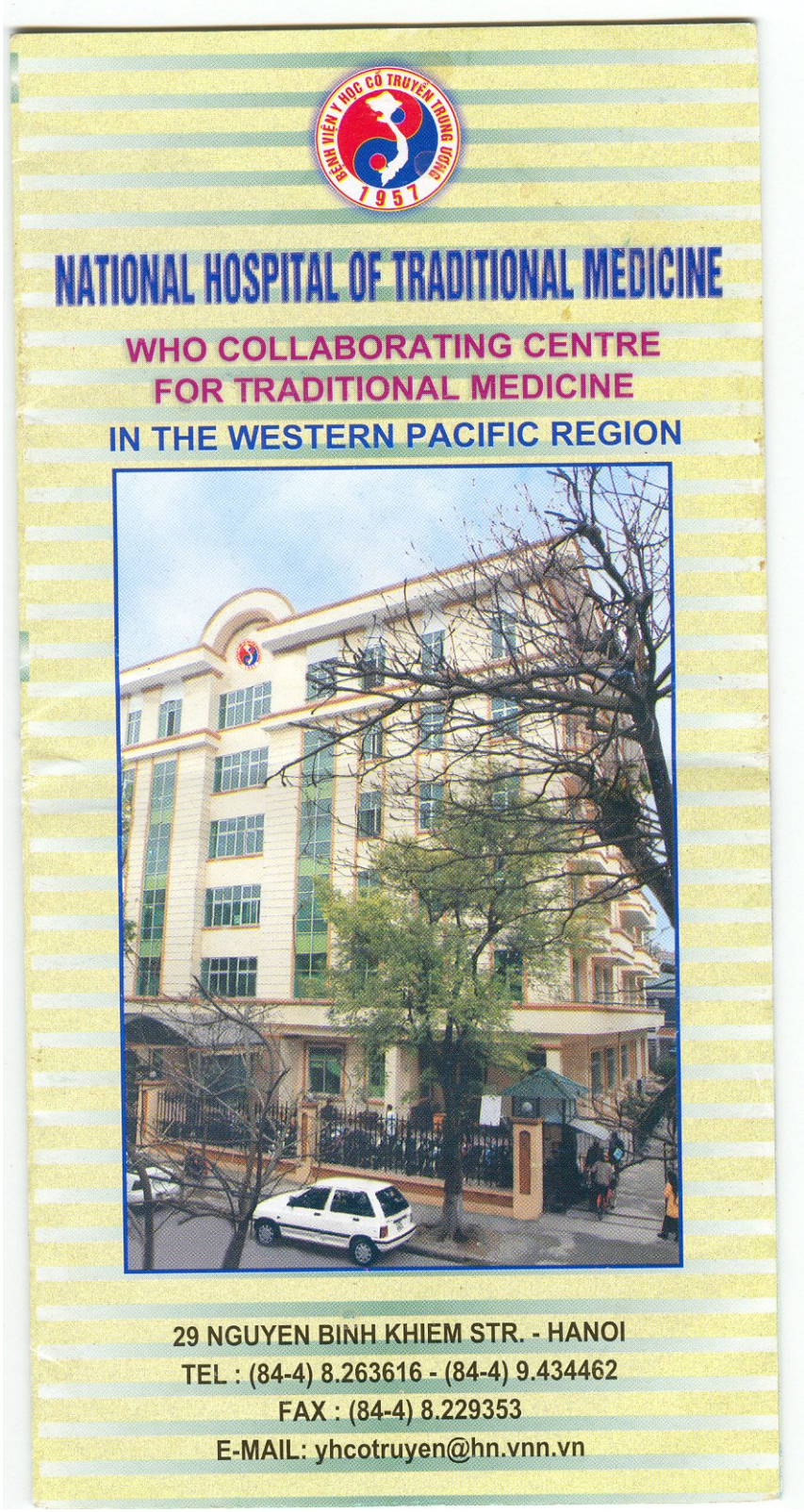
KHOA HÔ HẤP

PHÒNG CÁCH LY

BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHÀ

HẠN CHẾ VÀO THĂM

Annexe 4 :


BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG
1957
NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE
WHO COLLABORATING CENTRE
FOR TRADITIONAL MEDICINE
IN THE WESTERN PACIFIC REGION
29 NGUYEN BINH KHIEM STR. - HANOI
TEL : (84-4) 8.263616 - (84-4) 9.434462
FAX : (84-4) 8.229353
E-MAIL: yhcotruyen@hn.vnn.vn

DEPARTMENT OF PHARMACY

- Fully and timely supplying of herbal ingredients and products originated from high-quality medicinal plants
- Possessing of a modern processing line for producing medicines in order to meet the demands of the patients.

DEPARTMENT OF IMAGING DIAGNOSIS

This Department offers precise diagnosis and timely treatment through modern and synchronous equipments such as CT scanner, X-ray machines, endoscope, colored Doppler ultra-sound, ECG, EEG, etc...

DEPARTMENT OF DIAGNOSTIC LABORATORY

- Precisely and quickly providing hematological biochemistry, and microbiologic tests by using modern equipment.

EXPERIMENTAL MEDICAL LABORATORY

- Carrying out researches to evaluate the efficacy and safety of herbal medicines in the experimental models.

ACTIONS PROGRAMS FOR HOSPITAL ASSISTANT

- Provide assistance in training staff and technical transfer to lower level hospitals or grassroots medical units.
- Coordinate and assist the TRM network to prepare work plans and to carry out activities for development of TRM
- Set up the programs in dissemination for TRM knowledge

TRAINING

- Organize TRM courses for general doctors.
- Open frequently TRM classes to improve and upgrade knowledge in both TRM and MM for TRM staff.
- Coordinate with Hanoi Medical University in training the under graduated and post graduated students including the masters, Ph.Ds and TRM specialized doctors at the level I and II.

INTERNATIONAL COOPERATION

- Exchange information and specialists in the field of TRM with WHO Collaborating Centres, International Organizations, and interested individuals

- Co-organize seminars and training courses in TRM

- Work in collaboration with foreign specialists in diagnosis and treatment
- Provide TRM courses for students from oversea countries.

DEPARTMENT OF GERIATRICS

This Department provides treatment of diseases commonly encountered in the elderly such as hypertension, diabetes and its complications, acute and chronic gout, hyperlipemia, atherosclerosis, acute and chronic arthritis, osteoarthrosis, osteoporosis, etc...

DEPARTMENT OF ACUPUNCTURE AND VITALITY PRESERVATION

This Department is specialized in treatment of musculoskeletal diseases, sequel of cerebral vascular accident, facial paralysis and spasm, trigeminal neuralgia, etc... It is applying traditional medicine combined with modern equipment for treatment, including acupuncture, electric acupuncture, laser acupuncture, plum blossom acupuncture and auricular acupuncture, massage, acupressure,cupping,physiotherapy.

DRUG DEPENDENCE CONTROL CENTER

- Using a combination of TRM and MM to help the drug addicts to relieve from the drug withdrawing symptoms.