

La famille Cambodgienne **confrontée au SIDA**

Stage d'immersion en communauté



Kharat Aileen

Rossel Anne

Zagoury Judith

Septembre 2006

Index

La famille Cambodgienne.....	1
confrontée au SIDA.....	1
Stage d'immersion en communauté.....	1
Kharat Aileen.....	1
Rossel Anne.....	1
Zagoury Judith.....	1
.....	3
1. Introduction.....	4
2. Les raisons de notre choix.....	6
3. Historique.....	7
4. Le fonctionnement du système de santé.....	11
5. La Croix-Rouge suisse au Cambodge.....	13
5.1. Hôpital de district: Kirivong.....	15
5.2. Hôpital de district: Ang Roka.....	16
6. HIV/SIDA.....	16
6.1. L'étendue du problème.....	16
6.2. Epidémiologie.....	18
6.3. Prévention.....	20
6.4. Dépistage.....	22
6.5. Le suivi médical et les traitements médicamenteux.....	26
6.6. Les infections opportunistes et autres problèmes liés au SIDA.....	31
6.6.1. Manifestations orales.....	31
6.6.2. Manifestations gastro-intestinales.....	32
6.6.3. Manifestations neurologiques.....	32
6.6.4. Manifestations cutanées.....	32
6.6.5. Manifestations pulmonaires.....	32
6.6.7. Effets secondaires des ARV.....	35

6.7. La transmission mère-enfant.....	36
6.8. Le SIDA chez les travailleuses du sexe.....	38
6.9. L'encadrement social.....	40
6.9.1. Les conseillers.....	40
6.9.2. MMM (Mondul Mith Chouy Mith).....	41
6.9.3. Groupes de soutien.....	42
6.9.4. Home Based Care.....	43
6.10. Soutien et éducation des enfants séropositifs	44
6.11. L'impact sur la société et l'économie du Cambodge.....	46
6.12. La place du SIDA dans la culture cambodgienne:	48
6.12.1. Discrimination	48
6.12.2. Mythes.....	49
7. Les plans de NCHADS pour les années à venir	50
8. ONGs nationales et internationales que nous avons rencontrées exerçant des activités liées au SIDA.....	50
8.1 Partner in compassion.....	51
8.2 Maryknoll.....	52
8.3. Center of Hope.....	53
8.4. Hôpitaux de Kantha Bopha.....	53
9. Comparaison avec le SIDA en Suisse.....	55
10. Points de vue personnels et conclusion.....	58
11. Remerciements.....	61
12. Références.....	61

-

1. Introduction

Il n'y a pas de miracle, on ne part pas à l'étranger vierge d'imagination. Avant le départ, toutes sortes d'idées ont déjà rempli notre esprit. On imagine les gens, les paysages, le travail qu'on accomplira. Finalement, on se retrouve dans un pays, on y vit chaque jour et nos idées préconçues passent alors des épreuves de véracité. Certaines idées s'avèrent être vraies, d'autres un peu déformées mais beaucoup ne sont finalement que le résultat d'imagination tronquée par les renseignements que l'on peut obtenir de notre culture occidentale. Le travail le plus important est sans doute de reconnaître et affronter le décalage que l'on peut sentir, de pouvoir s'adapter à la réalité en oubliant le monde que l'on s'était construit.

La première partie de notre stage se déroula à Takeo, à 150km au Sud de Phnom Penh. En partant, nous pensions arriver dans un petit nid à Takeo. Nous pensions que le responsable de la Croix-Rouge suisse nous dicterait un peu ce que nous pourrions faire dans le pays. L'accueil fut excellent, notre lieu d'habitation était très sympathique mais rapidement nous nous sommes senties livrées à nous-mêmes. En effet, après nous avoir présenté l'équipe de Médecins sans Frontière et le directeur de l'hôpital de Takeo, le responsable ne s'est plus vraiment occupé de nous. Nous n'exigions pas du tout que le monde s'arrête pour nous mais nous étions un peu déçues qu'il ne nous demande pas de temps en temps si notre stage se passait bien. Nous avons donc pris en main notre stage et organisé tous les rendez-vous qui nous seraient utiles. Rob Overtoom, le responsable de la Croix-Rouge suisse, nous a quand même beaucoup aidé à trouver les contacts. Finalement, notre indépendance avait de bons côtés. Au lieu de passer toutes nos journées à suivre une personne, nous avons pu voir le SIDA depuis un grand nombre d'angles différents. Nous avons passé la majorité de notre temps à l'hôpital de Takeo avec l'équipe de MSF mais nous avons aussi visité de nombreuses ONG locales et internationales qui traitent le SIDA d'une manière extra hospitalière. Il nous a fallu réaliser que le résultat de notre immersion ne reposait que sur nos épaules mais une fois ceci fait, nous avons pu profiter de l'opportunité de ne pas être affiliées à une seule organisation.

Le Cambodge, lors du choix de notre lieu de stage, nous attirait par sa beauté et la gentillesse de ses habitants. Pour cela, nous n'avons pas été déçues. Même en dehors des sites touristiques tels que les temples de la région de Siem Reap, le pays offre des paysages magnifiques. A peine en dehors des villes, le vert est omniprésent. Le tourisme n'est pas très développé si bien que la nature peut encore répandre librement son souffle de vie pure. Il suffit d'être face aux rizières s'étendant à l'infini pour que le Cambodge s'imprègne en nous. Il suffit encore de rencontrer quelques Cambodgiens pour aimer définitivement ce pays. Souvent surnommé « le pays du sourire », le Cambodge mérite cette réputation. Partout où nous sommes allées, nous avons rencontré des gens adorables, toujours prêts à nous aider comme ils le peuvent. Il est clair qu'il n'existe pas de pays où seuls vivent des anges mais ce fut un bonheur de côtoyer des personnes si accueillantes. A Takeo, là où les problèmes linguistiques étaient les plus importants, les habitants étaient particulièrement

chaleureux avec nous. Lorsque nous traversions la ville sur nos vélos , les enfants courraient pour nous saluer. Nous nous attendions à rencontrer de gens sympathiques mais leur gentillesse dépassait ce que nous imaginions.

Pourtant, rien n'explique une telle amabilité. En effet, le Cambodge n'a pas un passé qui peut pousser les gens à tant sourire. Bien qu'issu du glorieux empire khmer qui laissa une grande richesse culturelle au pays, le Cambodge porte les stigmates des différents combats. La fin de la guerre civile est finalement très proche. Les Khmers rouges sont officiellement restés dans le



pays jusqu'en 1997. Leur régime a totalement décimé la population. Les Cambodgiens ne parlent pas de leurs souffrances au sortir de la guerre et c'est peut-être cette occultation du passé qui les empêche de construire un pays tourné vers le futur. Encore aujourd'hui, ils ont de la peine à se projeter dans l'avenir. Toute leur vie se construit au jour le jour ne sachant pas de quoi demain sera fait.

Peut-être que cette notion de brièveté de la vie leur a donné cette « passion des abréviations » ! En effet, toutes les organisations, pathologies et autres se font nommer par quelques lettres accolées. Peut-être que les abréviations sont aussi un moyen de gagner du temps dans un pays où la patience est un maître mot. Chaque action demande beaucoup plus de temps que chez nous. C'est notamment le cas dans le domaine de la santé où les patients attendent toute une matinée pour avoir une consultation de cinq minutes. Ainsi, il a fallu nous adapter à ce nouveau rythme. Nous avons aussi dû prendre le temps de comprendre et enregistrer les abréviations qu'on nous répétait fréquemment. Nous espérons vivement qu'elles ne vous gêneront pas trop dans la lecture de notre travail. Nous avons préféré les utiliser dans la rédaction de ce rapport parce que finalement, elles contribuent aussi à l'immersion dans les modes de fonctionnement du Cambodge.

Concernant le SIDA, nous nous attendions à rencontrer des mesures précaires, peu d'antirétroviraux et peu de prises en charge. Heureusement, nous nous étions trompées. Beaucoup de moyens ont été mis en place pour lutter contre l'épidémie. Grâce à l'OMS, le Fond international contre le SIDA et la banque mondiale, des millions de dollars sont investis chaque année pour la prise en charge des malades : gratuité des traitements médicamenteux et hospitaliers, soutien des médecins qui participent aux programmes contre le SIDA, etc. En plus des aides internationales, le pays s'est aussi mobilisé. On organise des rencontres pour les patients HIV afin de leur apporter un soutien. On trouve facilement des centres pour le dépistage de la maladie. Dans beaucoup d'hôpitaux, un système de conseillers permet aussi de faciliter la transmission des informations à la population. Ce pays prend le problème du

SIDA très au sérieux, négligeant peut-être d'autres problèmes. Mais ceci est payant : la prévalence du SIDA ne cesse de diminuer. En plus, le Cambodge est un des seuls pays en voie de développement qui a réussi son objectif fixé par l'OMS dans son programme « 3 millions de personnes sous traitement ARV d'ici 2005 ». Ce pays a réagi très rapidement et efficacement ce qui nous donne de l'espoir pour son avenir. Le Cambodge a les moyens de se sortir de situations que l'on croirait sans issue. Pour qu'il puisse se libérer de la corruption, de la pauvreté et de la détresse, il lui faudra du temps mais cela reste accessible. La volonté rejoint la patience à la liste des maîtres mots.



Ainsi, malgré tous les renseignements facilement accessibles aujourd'hui, ce voyage n'a pas cessé de nous surprendre. Peut-être qu'il a été bien de se construire un schéma de voyage au préalable, juste pour avoir le plaisir d'en dépasser les limites. Nous avons pu créer maintenant en nous une nouvelle vérité. Peut-être qu'elle n'est pas véritablement vraie, qu'elle ne correspond à aucun livre mais elle est notre vérité et seule celle-ci demeurera.

2. Les raisons de notre choix

Dès le début, l'idée de faire notre stage d'immersion à l'étranger nous plaisait. Nous voulions acquérir une certaine ouverture d'esprit sur le monde et des connaissances qu'on ne trouve pas forcément dans un livre. Etre immergé dans une communauté permet vraiment de comprendre la vie de ses membres. Un voyage humanitaire nous apprendra forcément plus qu'une simple visite touristique.

Concernant le thème du SIDA, nous l'avons choisi car il est un problème très présent qui peut être abordé de multiples angles différents. Le SIDA est un bon « problème de santé sociale » à aborder puisqu'il s'agit d'une affection dont la prise en charge fait appel à des moyens particulièrement onéreux donc au prime abord peu accessibles dans les pays en voie de développement. Cette maladie est un sujet d'actualité qui a une grande influence sur les mœurs de la société dans laquelle elle sévit. Le SIDA touche toutes les classes d'âge et atteint même les non-malades. Ceux-ci sont forcés à adapter leur comportement afin d'éviter une contamination. Ceci nous permet de considérer la famille et tous les liens qui interagissent dans celle-ci.

Un autre aspect que nous voulions étudier est la comparaison entre un pays industrialisé tel que la Suisse et un pays en voie de développement. Selon les moyens financiers et la culture, la prise en charge des patients séropositifs sera bien différente.

Pourquoi le Cambodge ?

Le Cambodge est considéré comme le pays le plus pauvre d'Asie du Sud-Est et il a un passé de guerre très récent à supporter. Il est aussi un exemple par rapport à sa réaction face à l'épidémie du SIDA.

Aucune de nous n'avait encore eu l'opportunité de visiter le Cambodge. Nous avons choisi ce pays un peu par coup de cœur. Nous étions très motivées de découvrir un pays avec une culture millénaire, comme le témoigne le site d'Angkor et ses magnifiques temples. En plus, il était très intéressant pour nous de nous plonger dans un pays au sortir de la guerre.

3. Historique

Le Royaume du Cambodge est bordé par la Thaïlande à l'ouest, le Laos au nord et le Vietnam au sud. Il compte aujourd'hui 12,5 millions d'habitants dont près d'un million à Phnom Penh.

Environ 80% de la population survit grâce à l'agriculture et à la pêche. 40% de la population est pauvre et souffre de malnutrition chronique. Le taux de mortalité infantile est encore de 65‰. L'espérance de vie est de 56 ans. 30% de la population est illettrée.

Comme tous les pays d'Asie, le Cambodge a eu un développement précoce. L'empire d'Angkor était très glorieux. D'ailleurs, des temples magnifiques construits entre le 9^{ème} et le 13^{ème} siècle sur le site archéologique d'Angkor témoignent de la grandeur de cet empire. Les puissants rois qui se succédaient ont en effet commandé l'édification de nombreux temples à côté de l'actuelle ville de Siem Reap, au nord du Cambodge. Ensuite, l'empire s'est lentement étouffé et ses voisins lui ont grignoté des territoires. Le pays a alors subi une longue dégénérescence. Les rois suivants ont été affaiblis par des querelles internes. Tout l'empire était particulièrement affecté par la prise d'Angkor par les Thaïlandais, ce qui provoqua le déplacement de la capitale à Phnom Penh.

Les Français arrivèrent en 1863 et ils forcèrent le roi Norodom 1^{er} à signer un traité de protectorat. La présence française permit le maintien de la royauté cambodgienne et mit fin à l'expansionnisme de ses voisins. Au départ, les Français ne s'intéressaient guère aux affaires internes du Cambodge, trop préoccupés par leur colonie vietnamienne. Plus tard, la gestion du royaume les intéressa d'avantage et ils en firent une colonie en 1884. L'administration des affaires internes devint au fur et à mesure dictée par les Français. Ceux-ci réussirent à reprendre la Province de Siem Reap et donc le territoire d'Angkor. En 1941, le gouverneur de l'Indochine française choisit Norodom Sihanouk comme roi du Cambodge. Celui-ci âgé de 19 ans paraissait malléable mais cette erreur de jugement va coûter cher aux Français. En effet, en 1952, Sihanouk obtint un soutien international pour l'indépendance de son pays. Celle-ci fut déclarée en 1953.

Sihanouk fonda son parti socialiste et se méfia surtout du régime capitaliste des Etats-Unis. Par la suite, il instaura aussi une dure répression contre les partisans de la gauche. Les premiers communistes, dont Pol Pot, durent se cacher dans les campagnes pour échapper au sort que réservait la police de Sihanouk à tous les membres de ce parti. Sa situation politique fortement détériorée, Sihanouk effectua un voyage en France en 1969. Le général Lol Nol profita de cette opportunité pour destituer Sihanouk avec le consentement du gouvernement américain. Sihanouk prit la fuite à Pékin où il créa un gouvernement en exil géré par des révolutionnaires cambodgiens communistes. Il surnomma lui-même ce gouvernement « Khmer rouge ». Les Khmers rouges purent profiter du soutien de Sihanouk pour recruter de nouveaux membres. Ceux-ci adhérèrent au mouvement pour soutenir leur roi, n'ayant aucun attrait pour le communisme.

Parallèlement, la guerre du Vietnam renforça le régime communiste au Cambodge et augmenta la haine envers les Etats-Unis. Les Khmers rouges virent leur mouvement accueillir de nouveaux membres dépités par la perte de leur foyer suite à des bombardements américains visant des bases communistes au Cambodge. Les Vietnamiens pénétrèrent au Cambodge. L'armée sous Lol Nol était trop petite pour être capable de se débarrasser des troupes vietnamiennes et de leurs alliés khmers rouges. De 1970 à 1975, de nombreux combats détruisirent une grande partie du pays. Pendant cette période, malgré l'aide militaire et économique des Etats-Unis, Lol Nol ne parvint en effet jamais à prendre le dessus sur les Khmers rouges. Au contraire, ceux-ci gagnaient du terrain dans les campagnes où ils menaient une guerre d'usure. Ils tentèrent plusieurs fois de renverser Lol Nol qui prit la fuite au début du mois d'avril 1975. Le 17 avril 1975, les Khmers rouges entraient dans Phnom Penh. Leur accession au pouvoir, nommée « Année zéro », fut suivie d'un isolement total du pays. La monnaie, la poste et tous les transports aériens, mis à part les vols pour Pékin, furent interrompus.

La restructuration visée par les Khmers rouges était radicale : transformer le pays en une coopérative agricole maoïste. A peine au pouvoir, ils vidèrent les villes forçant les habitants à se rendre en campagne et à travailler comme paysans. Tous les gens devinrent de vrais esclaves, travaillant 12 à 15 heures par jour. Toute désobéissance menait à une exécution immédiate. La force de ce régime était de détruire toutes les valeurs auxquelles les Cambodgiens tiennent

le plus, c'est-à-dire, la famille, la nourriture, la terre et la foi. Privés de repères, ceux-ci perdaient la force de résister à leurs agresseurs.

Tous ceux qui suivirent le régime par monarchisme et non par idéologie furent exécutés lors de l'accession des Khmers rouges au pouvoir. Il en fut de même pour les Vietnamiens qui avaient rejoint le mouvement. Ces premières exécutions n'étaient que l'avant-goût des « épurations internes » pratiquées à grande échelle par le régime khmer rouge. Aussitôt au pouvoir, Pol Pot fit exécuter tous les représentants du régime de Lol Nol. L'épuration finit par atteindre des proportions énormes. La « purge finale », la plus sanglante, toucha la zone Est, près de la frontière vietnamienne. Une rébellion éclata dans cette zone et de nombreuses personnes fuirent au Vietnam où ils constituèrent un premier noyau se préparant au renversement des Khmers rouges. En 1978, les Khmers rouges avaient perdu toute crédibilité mais personne n'avait assez d'énergie pour les combattre. Seuls les Vietnamiens en avaient la capacité et ils prirent possession du pays le 7 janvier 1979, grâce au soutien financier en provenance de l'URSS. Les Khmers rouges s'enfuirent dans la jungle près de la frontière thaïlandaise.

Le régime des Khmers rouges dura 3 ans, 8 mois et 21 jours. Pendant cette période, on estime que plus de 2 millions de Cambodgiens furent massacrés. L'adhésion au régime était pour la majorité des gens le seul moyen de survivre. Ainsi, la population a massivement suivi le régime des Khmers rouges, au moins pendant une partie de leur vie. Après avoir obéi pour sauver leur vie, beaucoup de Cambodgiens ont malgré tout été exécutés pour diverses raisons. La mort était finalement un soulagement tant la vie était misérable. Des centaines de milliers de personnes furent exécutées. Dans les camps de travail où l'on exigeait un effort énorme, les gens n'étaient presque pas nourris et les maladies se répandaient très facilement. A cause de cette guerre, il y a actuellement un grand manque d'hommes adultes. En conséquence, plus de 24% des foyers sont monoparentaux et tenus par des femmes.

L'invasion vietnamienne a été accompagnée par la destruction des stocks de riz et l'absence de récolte parce que les deux camps évitaient de nourrir l'ennemi. En 1979, une famine généralisée touchait le pays, augmentant encore la souffrance de tout ce peuple. L'acheminement de nourriture fournie par l'aide internationale se fit principalement à travers la frontière thaïlandaise, nourrissant les Khmers rouges au passage. Ceux-ci reçurent également des armes de Chine, ce qui leur permit de reconstituer une puissance militaire. Ils purent combattre pendant encore une vingtaine d'années. De plus, ils purent participer incognito à une formation de la pose de mines organisée par les Anglais dans la jungle malaise. Ceci fut un nouveau moyen de terroriser la population cambodgienne.

En 1982, sous pression chinoise, Sihanouk accepta de diriger un front militaire et politique pour faire face au gouvernement mis en place par les Vietnamiens. Cette coalition d'opposition était composée de trois partis, le plus puissant étant celui des Khmers rouges. Les crimes des Khmers rouges étaient passés sous silence pour ne pas importuner cette grande puissance. La coalition de Sihanouk conserva un siège aux Nations Unies. Les Khmers rouges représentaient donc leurs victimes et cela ne semblait perturber aucunement l'avis international.

Les affrontements entre les Vietnamiens et la coalition d'opposition augmentèrent encore la misère économique et morale des Cambodgiens. Les Khmers rouges principalement s'engagèrent dans une guérilla visant à démoraliser leurs adversaires. Bombardements de villes, pose de mines le long des routes et des rizières et assassinats massifs sont les principales actions des Khmers rouges pour revenir au pouvoir. Les Vietnamiens, pour tenir les guérilleros éloignés, posèrent le plus grand champ de mines au monde, s'étendant depuis le golfe du Siam à la frontière laotienne. Aujourd'hui encore, les mines restent un grave problème dans le pays. On ne compte plus le nombre d'estropiés et la frontière thaïlandaise demande encore un grand travail de déminage.

En septembre 1989, l'URSS était en pleine perestroïka. Afin de limiter les dépenses militaires, Gorbatchev stoppa tous les soutiens financiers pour le colonialisme des pays communistes. A court de ressources, le Vietnam choisit de retirer toutes ses troupes du Cambodge.

Les efforts internationaux pour mettre fin à la guerre civile commencèrent à porter leurs fruits en septembre 1990. Un plan de paix fut accepté par le conseil de sécurité de l'ONU, par le gouvernement de Phnom Penh et par les diverses fractions de résistants. Suite à ce plan, un Conseil national suprême composé des différents partis fut créé et Sihanouk en fut le président. Parallèlement, les Nations unies devaient surveiller le pays pendant deux ans. La présence de casques bleus encouragea fortement la prostitution et contribua à la propagation du SIDA.

En 1993 eurent lieu les premières élections d'après-guerre. Le gouvernement fut pris en charge par deux premiers ministres afin d'éviter de nouvelles tensions mais cette paix fut assez bancal. Sihanouk choisit de devenir roi à nouveau. Par ceci, il est devenu régnant au lieu de dirigeant, laissant la première place aux hommes politiques. Les tensions entre les différents partis menèrent à de nouveaux combats et de fausses accusations. L'ONU déclara le siège du Cambodge vacant et toute nouvelle aide financière de leur part stoppa. Pendant les années suivantes, l'économie du Cambodge fut affectée et les citoyens en devinrent les victimes.

Il est incroyable que les Khmers rouges aient continué de participer à la vie politique pendant toutes ces années. Ils ne furent déclarés hors-la-loi qu'en 1994. Pour les Cambodgiens, cela devait être atroce de devoir obéir à un gouvernement qui avait tué tant de leurs proches. En 1994, les Khmers rouges s'en prirent aux touristes, capturant et tuant certains d'entre eux. Les procès des dirigeants Khmers rouges ne se font qu'actuellement, alors que la majorité d'entre eux est déjà décédée tranquillement de vieillesse. Accusés de génocide, ces grands-pères ne paieront certainement jamais pour tout le mal qu'ils ont répandu dans leur pays.

De nouvelles élections se déroulèrent en 2003. Cette fois, le Parti du peuple cambodgien (PPC) est clairement majoritaire. Le chef du second parti du pays, Sam Rainsy, s'est exilé en France après que le premier ministre Hun Sen du PPC l'ait accusé de diffamation. L'équilibre du Cambodge n'est donc toujours pas assuré. Concernant le roi, Sihanouk abdiqua en 2004 au profit de son fils, sans doute afin de maintenir la monarchie. Il réapparaît de temps en temps sur la

scène politique pour s'occuper de certains dossiers comme les frontières du pays par exemple.

Le Cambodge peut maintenant vivre avec les valeurs qu'il a tenté de maintenir depuis toujours : la famille, la religion et la terre. On vénère toujours le roi et ses parents. Le défi majeur de ce pays est maintenant de réunir le peuple pour marcher ensemble vers l'avenir. Il faudrait pouvoir pour cela affronter le passé. Peut-être que les procès des anciens dirigeants Khmers rouges, malgré leur 25 ans de retard, permettront au pays de clore les périodes de misère. Encore faut-il que la fenêtre de l'avenir soit ouverte sur un printemps et non pas sur les tempêtes hivernales.



4. Le fonctionnement du système de santé

Au Cambodge, le développement du système de santé en est encore à l'état embryonnaire. Dans de nombreux domaines, les prestations de santé varient beaucoup suivant les régions. La situation est particulièrement alarmante dans les régions rurales peu accessibles, surtout dans le nord du pays. Actuellement, le revenu mensuel pour un foyer composé d'environ 7 personnes est de 104 \$US. Près du quart de ce revenu est utilisé pour les coûts de la santé.



Ambulance de l'hôpital de Takeo.

Au sein du ministère de la santé, il existe un département s'occupant tout particulièrement du SIDA. Il s'agit de NCHADS : National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (MST). C'est dans ces bureaux que sont décidées les stratégies de prévention du SIDA pour les années à venir. C'est aussi là que sont centralisées toutes les données épidémiologiques collectées à travers le pays.

Le coût national du programme SIDA au Cambodge est de 22 millions de US\$ par année. Les fonds proviennent essentiellement de la banque mondiale, des Nations Unies via le programme UNAIDS, de l'UNICEF et de l'OMS. De nombreux autres ONG y contribuent également.

Il n'existe pas d'assurance maladie obligatoire. Depuis quelque temps, il est possible de contracter une assurance maladie auprès d'une ONG française (GRET). La prime d'assurance revient à 12\$ par année pour une famille de 5 à 7 membres. Ce projet est encore en développement et il n'est pas très rentable pour le moment.

Les patients non assurés doivent payer eux-mêmes leurs soins. Dans plusieurs hôpitaux et centres de santé, les personnes les plus pauvres peuvent bénéficier d'une aide gérée par l'hôpital et subventionnée par différentes ONGs ("le fond d'égalité" pour la Croix- Rouge suisse). La corruption dans le milieu médical est importante. Les médecins sont payés moins de 100\$ par mois. Pour avoir un meilleur salaire, ceux-ci demandent de l'argent en plus à leurs patients pour chaque consultation.

Dans les hôpitaux, les patients venant pour les consultations arrivent avant l'arrivée des médecins. Selon l'heure d'arrivée, ils reçoivent alors tous un numéro qui détermine l'ordre de passage. Dès ce moment-là, le mot patient prend tout son sens. Tous attendent calmement dehors ou dans un fin couloir où



Salle d'attente du centre de santé de Kirivong

on trouve une télévision sensée les occuper. Certains patients ont droit à un traitement de faveur. Par exemple, les policiers sont exemptés des heures de patience. Ils peuvent dépasser tous les autres dès leur arrivée. Aucun d'eux ne montre de signe d'impatience ou de mécontentement.

Dans chaque district se trouve une dizaine de centres de santé, dont certains au sein même de l'hôpital de district. Le personnel médical y est uniquement composé d'infirmières. Leur rôle est de fournir des soins de base. Si le cas est plus compliqué, les infirmières le réfèrent à l'hôpital.

Nous avons également remarqué que les malades attendent le dernier moment pour se rendre à l'hôpital. Depuis les régions reculées, il est très coûteux pour les patients de se déplacer vers l'hôpital. On essaie d'abord de se soigner soi-même. Les personnes malades ont d'abord recours la médecine traditionnelle. Les personnes âgées ont souvent des tonnes de recettes pour guérir toutes les maladies. Les patients finissent par aller à l'hôpital quand aucun autre traitement ne les a soignés. Ils sont donc souvent admis dans un état critique. Dans un pays comme celui-ci, les moyens de traitement ne sont pas assez développés pour sauver les personnes au seuil de la mort.

5. La Croix-Rouge suisse au Cambodge

La Croix-Rouge suisse (CRS) est uniquement présente dans la province de Takeo où elle veille à la prise en charge médicale de 325'000 personnes.

Dans un premier temps, elle a aidé à mettre en place un nouveau mode de fonctionnement dans l'hôpital de Takeo. Elle a notamment permis d'instaurer une tarification claire. En effet, à l'entrée de l'hôpital, un grand panneau indique le prix à payer pour les soins de base. Chaque patient, avant de recevoir le soin, doit payer la somme appropriée. Par exemple, une semaine d'hospitalisation

coûte 40'000 riels, c'est-à-dire 10\$. Tout séjour plus long est taxé d'un forfait de 15\$. Nous pouvons encore citer le prix d'une radiographie qui est de 1\$. Ce type de tarification a été établi afin de permettre une plus grande transparence et de mettre tous les patients à égalité. Auparavant, la somme à payer pour les soins dépendait des moyens du patient et des besoins financiers du médecin...

Une clinique des maladies chroniques a été construite par Médecins sans Frontière (MSF) sur le site de l'hôpital de Takeo. Cette clinique prend en charge les patients atteints de diabète, d'hypertension, de goitre mais surtout de SIDA. L'idée de regrouper les maladies chroniques est d'éviter les discriminations envers les patients HIV.



Panneau d'affichage à l'entrée de l'hôpital de Takeo

Pour soutenir les plus pauvres, il existe un "fond d'égalité" pour payer les frais médicaux directs et indirects (transport). En plus, la CRS leur donne du riz et un peu d'argent pour qu'ils puissent se nourrir correctement. A ce jour, la CRS subventionne uniquement ce fond à l'hôpital de Takeo. Elle s'est progressivement retirée de toutes ses autres activités. L'hôpital est donc maintenant indépendant.

Pour bénéficier de l'aide du fond d'égalité, la CRS a établi certains critères pour sélectionner les patients les plus pauvres. Le remboursement des soins peut se faire à différents pourcentages (100, 75 ou 50%).

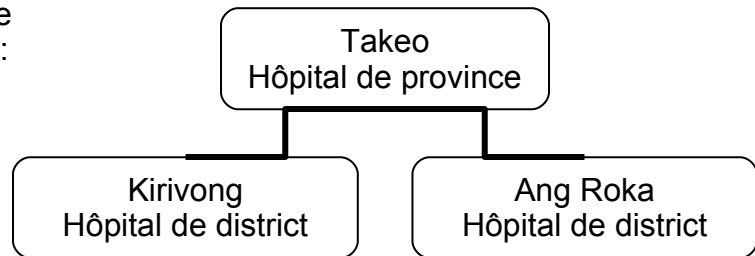
L'évaluation de la situation financière est basée sur plusieurs points:

- La possession de terres cultivables et de moyens de transport,
- Le nombre de membres à charge dans la famille et si certains d'entre eux souffrent d'une maladie chronique
- Le salaire (un policier gagne environ 50\$ par mois) et autres sources de revenus
- Les dettes
- Le niveau d'éducation: les familles très pauvres n'ont pas les moyens d'envoyer leurs enfants à l'école
- Les dépenses de la famille
- Le risque d'inondation de l'habitation lors de la saison des pluies

Un responsable du fond est chargé de visiter le logement de la personne demandant l'aide. Il peut ainsi évaluer si l'aide est justifiée. Pour l'hôpital de district de Kirivong, 28% des patients bénéficient du fond d'aide.

Actuellement, la CRS soutient encore les deux hôpitaux de district de la province de Takeo:

- Kirivong
- Ang Roka



5.1. Hôpital de district: Kirivong



Cour de l'hôpital de Kirivong

Situé à 40 km au sud de la ville de Takeo, cet hôpital reçoit un grand nombre de malades envoyés par les différents centres de santé du district. Il comporte un service de médecine interne, chirurgie, pneumologie, pédiatrie, urgence et une clinique HIV. Il est plus important que l'hôpital d'Ang Roka.

Habituellement, il y a cinq médecins présents pour s'occuper des 120 malades pouvant être accueillis. Nous avons visité l'hôpital un vendredi. Nous avons souvent pu constater que ce jour-là est particulièrement touché par l'absentéisme. En effet, un seul médecin obstétricien/gynécologue était présent.

Nous avons été frappées par le manque d'hygiène et de mesures de protection des personnes saines. En effet, des seringues traînaient par terre à l'endroit où des personnes patientaient. Nous avons également visité le département de pneumologie. De nombreux tuberculeux s'y trouvaient; aucun d'eux ne portait de masque. Si les membres du personnel soignant en portaient un, celui-ci était inadapté aux particules de tuberculose.

Comme il est de coutume dans les hôpitaux du Cambodge, les familles des malades préparent sur place des repas, dans la cuisine à ciel ouvert à disposition. Aucun service n'est fourni par l'hôpital.

5.2. Hôpital de district: Ang Roka

A 22 km de Takeo, se trouve l'hôpital de district Ang Roka. Il comporte un service de médecine interne, pédiatrie, tuberculose et une clinique HIV. Sa capacité d'accueil est d'environ 60 personnes. Son spectre d'action est limité. En effet, les patients nécessitant un acte chirurgical sont transférés vers l'hôpital de Takeo. La ponction lombaire n'y est non plus pas pratiquée. Les patients suspectés d'avoir une méningite sont traités sans diagnostic confirmé. L'hygiène nous a semblé y être meilleure qu'à Kirivong.



Bébé à l'hôpital d'Ang Roka

Après avoir comparé les hôpitaux de ville et de campagne, il apparaît que plus on se retrouve en milieu rural, moins la qualité des traitements est bonne. Le manque de moyens rend les traitements et les diagnostics moins spécifiques. Dans de telles situations, les médecins doivent souvent traiter sans savoir avec certitude ce dont souffre le patient. Dans les campagnes, beaucoup de traitements ne sont pas non plus disponibles. Les

patients doivent faire de longs trajets pour se rendre dans un hôpital capable de les soigner. Le personnel est aussi moins bien formé. Les médecins ne sont pas attirés par les postes éloignés de la capitale. Leur salaire y est moins intéressant car les habitants des campagnes sont très pauvres. Beaucoup de médecins sont forcés par le ministère de la santé d'aller travailler quelques temps en campagne. Leur motivation est alors affectée et ceci se ressent dans les soins. Les médecins ont alors tendance à allonger leurs week-ends pour retourner en ville.

6. HIV/SIDA

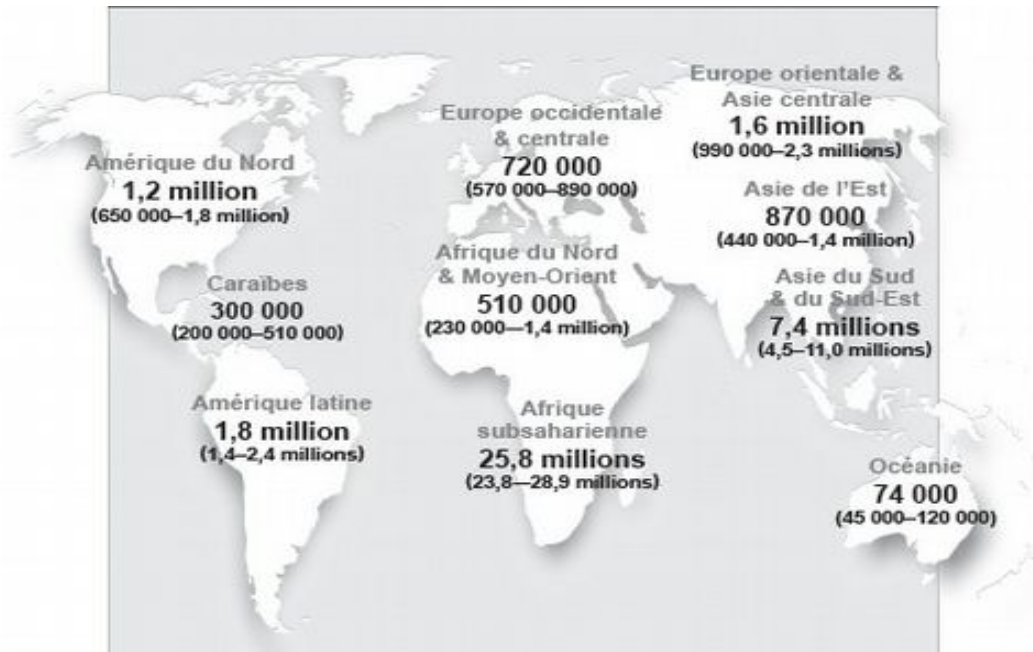
6.1. L'étendue du problème

A l'heure actuelle, près de 40 millions de personnes sont atteintes du SIDA dans le monde. Deux tiers des gens infectés se trouvent en Afrique subsaharienne et un cinquième en Asie. Chaque jour, 14'000 personnes sont contaminées, 8'000 en meurent. Près de 13 millions des personnes infectées sont des jeunes adultes entre 15 et 24 ans, 2 millions sont des enfants.

En Europe occidentale et en Asie, le virus se répand par le biais de la prostitution et de la toxicomanie. En Afrique, l'ensemble de la population est

touché. Les femmes sont actuellement très vulnérables à la propagation du HIV. 35% des sidéens étaient des femmes en 1985. Aujourd'hui, elles représentent la moitié des séropositifs.

Les guerres participent particulièrement à l'extension de l'épidémie. Les soldats, loin de chez eux, ont fréquemment des relations sexuelles avec les femmes de la population locale. Ils répandent le virus à travers les pays.



Le SIDA est une maladie qui doit être prise en charge sous différents points de vue. On peut facilement se rendre compte que les soins médicaux à un patient HIV sans aucune autre aide sont quasiment inefficaces. En effet, en plus d'affecter la santé physique, le SIDA touche la santé psychologique des patients ainsi que celle de leur entourage. Les qualités de chacun des moyens d'intervention sont dépendantes des autres. L'ensemble des structures mises en place pour s'occuper des patients séropositifs est regroupé au Cambodge sous le titre « Continuum of care » (CoC). Nous avons essayé de présenter les différents aspects proposés par le gouvernement pour prendre soin des patients HIV.

La réussite d'un bon CoC est basée sur plusieurs points. Il faut déjà une bonne collaboration entre les services médicaux, les ONGs et les groupes de soutien aux personnes vivant avec le HIV. Les patients doivent bien être intégrés dans chacun de ces aspects afin d'être suivis au mieux.

Le SIDA doit être considéré au niveau communautaire, familial et individuel. Il faut par exemple mettre en place des moyens de prévention pour limiter l'extension de l'épidémie à toute la population. Pour la famille, il faut non seulement empêcher la transmission du virus entre les membres mais aussi apporter un soutien financier. Si celui qui est séropositif ne peut plus gagner sa vie pour cause de discrimination, le reste de la famille n'aura non plus de quoi vivre. Au niveau individuel, la personne vivant avec le HIV doit affronter des

questions existentielles. Bien sûr, elle doit avoir accès au traitement mais elle aura nécessairement besoin de soutien. Comment continuer à vivre avec une maladie incurable ? Comment faire face à l'abandon de ses amis après la révélation de sa séropositivité ? Le but du Continuum of Care est d'améliorer la vie des personnes qui ont un lien avec le HIV/SIDA. Voilà pourquoi son rayon d'action doit être autant étendu.

6.2. Epidémiologie

Le virus HIV fut détecté pour la première fois par le centre national de transfusion sanguine en 1991. Le premier cas de patient sidéen fut diagnostiqué en 1993.

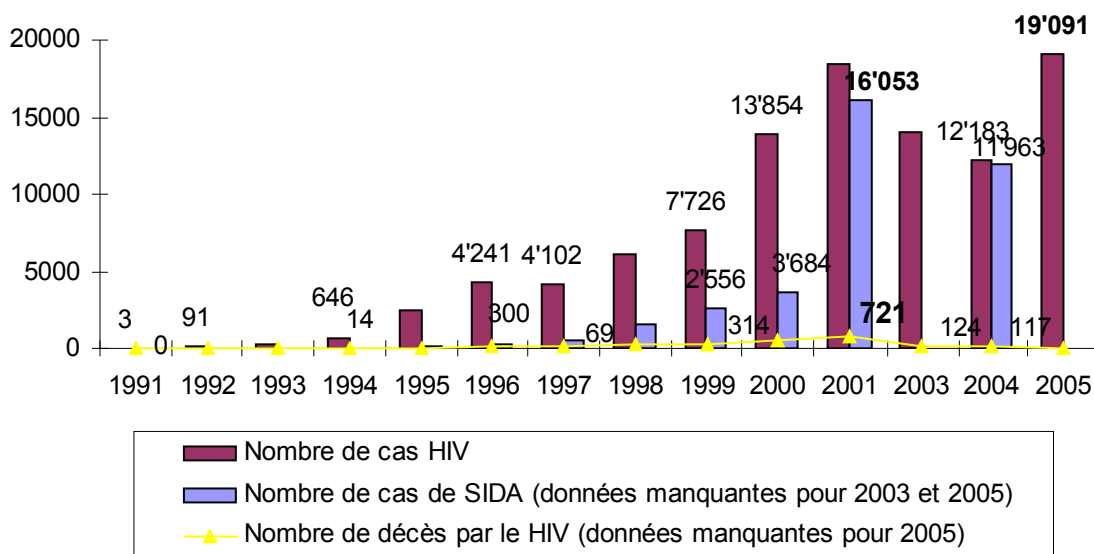
Le Cambodge est le pays du sud-est asiatique le plus touché par le SIDA. Malgré cela, la prévalence du HIV a diminué ces dernières années dans ce pays. Selon NCHADS; elle était de 2.1% en 2001 et de 1.9% en 2003 parmi les 15-49ans. Ce qui revient à dire qu'il y a environ 123'100 séropositifs au Cambodge, dont 47% de femmes. On estime qu'en 2003, 19'800 séropositifs souffraient d'immunodéficience (SIDA). Il y avait alors 12'000 enfants infectés, ce qui représente environ 10% des séropositifs. La réduction significative de la prévalence peut être expliquée par les importants programmes de prévention visant la transmission sexuelle.

Prévalence de HIV dans différents groupes de la population :

	Taux d'infection
Policiers	11.7%
Prostituées (travaillant dans un Bordel)	20.8%
Prostituée indépendante	11.7%
Femme enceinte se présentant pour une consultation anténatale	2.2%

D'après le RHIYA (Reproductive Health Initiative for Youth in Asia, 2004)

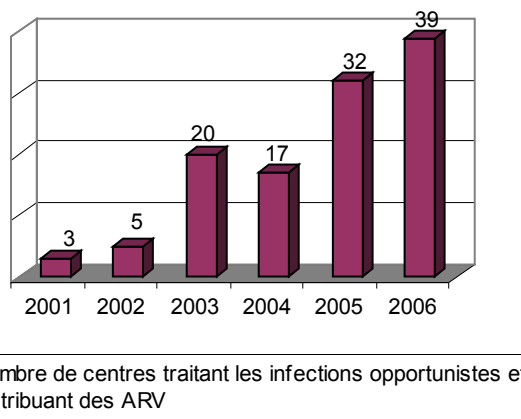
Nombre de cas reportés par année



Remarque : En 2005, pour certaines provinces reculées comme le Modulkiri, le Ranankiri et preah Vihear, aucune donnée sur le SIDA n'étaient encore disponibles, car aucun centre de traitement n'avait encore pu être établi dans ces régions.

L'épidémie s'étend de plus en plus à la population générale alors qu'auparavant, elle touchait surtout les groupes à risque (travailleuses du sexe). Beaucoup de policiers ainsi que des soldats ont été infectés lors de relations avec les prostituées pendant des missions loin de chez eux. A leur retour, ils ont contaminé leur femme. Maintenant, l'épidémie touche de plus en plus les femmes au foyer et leur famille.

Le nombre de centres médicaux pouvant traiter les infections opportunistes ainsi que procurer un traitement ART a fortement augmenté ces dernières années. Au premier trimestre 2006, 39 centres dont 12 ayant un service de pédiatrie dispensaient ces services. Seuls quatre centres à travers le pays (Phnom Penh, Kompong Cham, Takeo et Battambang) peuvent établir un comptage des CD4.



Actuellement, 50% des séropositifs souffrant de SIDA bénéficient du traitement ARV. Le Cambodge, grâce à l'importance des moyens mis en œuvre, fait partie des pays qui ont réussi à atteindre l'objectif fixé par l'OMS dans sa campagne mondiale qui visait les trois millions de patients sidéens sous trithérapie en 2005. De nombreux pays

d'Afrique, encore beaucoup plus touchés par l'épidémie, n'ont malheureusement pas réussi à atteindre les buts.

6.3. Prévention

Dès le commencement de l'épidémie au Cambodge, les autorités ont mis en place des moyens de prévention ciblant les groupes à risque. Ainsi, les travailleuses du sexe sont testées fréquemment pour le HIV et d'autres MST. Lors de ces visites, elles reçoivent des informations concernant les moyens de prévention. Si une travailleuse du sexe souffre d'une maladie sexuellement transmissible (MST), le conseiller qui la reçoit devra à nouveau la mettre au courant des moyens de se protéger. Le but de cette campagne est le 100% d'utilisation du préservatif chez les travailleuses du sexe. Le nombre de consultations des prostituées est en grande augmentation depuis le début de cette campagne en 2001. Pendant la première année, on en a recensé 5'000 alors qu'il y en a eu 28'000 en 2005. La campagne de 100% d'utilisation du préservatif est utile mais elle concerne surtout les femmes qui travaillent dans les bordels. Il est aussi difficile de contrôler toutes les travailleuses du sexe parce que celles-ci voyagent fréquemment.

Lors des consultations avec les conseillers, les nouveaux patients HIV reçoivent toujours des recommandations concernant la prévention de la transmission. Dans tous les processus de prise en charge, on profite de parler de prévention. En 2005, parmi les nouveaux patients, 71% portaient une infection sexuellement transmissible qui était une cervicite dans la plupart des cas (27%).

Il a été difficile pour nous d'observer la prévention à grande échelle étant donné qu'elle est principalement faite par des ONGs cambodgiennes n'ayant que peu de volontaires parlant anglais. Ces ONG sont des Home Based Care (HBC) qui se rendent dans les villages pour visiter les personnes vivant avec le HIV. Pendant ces visites, les volontaires parlent beaucoup de prévention et ils en profitent pour en discuter aussi avec le voisinage.

Au sein de l'hôpital de Takeo, nous avons pu observer de nombreuses affiches de prévention dont beaucoup étaient des publicités pour des marques de préservatifs. Le travail de prévention est encore plus délicat étant donné que 30% de la population cambodgienne est analphabète. Les illettrés ont d'ailleurs souvent très peu de notions sur le HIV. Malgré ça, la plupart de ces affiches ne sont pas très explicites et sont parfois incomprises du grand public. Le message est exprimé de manière détournée afin de ne pas choquer la population cambodgienne puritaine. On ne parle pas de sexualité au Cambodge. Par exemple, il n'est pas concevable qu'une veuve ou un célibataire soit infecté par le HIV.



Affiche de publicité pour les préservatifs

Avec les nouvelles générations, le sujet devient un peu moins tabou. On organise des séances d'information dans les écoles et dans les villages. Dans les groupes de soutien aux séropositifs, on essaie d'ouvrir des discussions sur ce thème afin de les encourager à utiliser des préservatifs. Les adolescents ont très peu accès à des informations sur la santé sexuelle. Parmi les 34% d'adolescents qui ont déjà eu une relation sexuelle, 58% n'ont pas utilisé de préservatif. Les parents manquent de connaissances sur les maladies sexuellement transmissibles et n'ont aucune idée de la manière d'en informer leurs enfants. Il est très difficile pour les parents d'aborder le sujet de la sexualité. Les adolescents en ville ont accès à la pornographie via la télévision et maintenant internet mais reçoivent peu d'informations ciblées sur la prévention et la transmission du HIV.

Grâce à la contribution de PSI (Population Service International), le prix des préservatifs est le même dans tout le pays. Quatre préservatifs coûtent 200 riels (0.05\$). La clinique des maladies chroniques tenue par MSF à Takeo en distribue gratuitement. Le conseiller qui nous en a donné paraissait d'ailleurs plutôt mal à l'aise.

La prévention doit aussi toucher les autres maladies sexuellement transmissibles. Le contrôle des MST permet de diminuer la transmission du SIDA. En effet, une personne ayant déjà une MST sera plus à risque d'être infectée par le HIV. Parallèlement, une personne qui a une co-infection par HIV et une autre MST transmettra plus facilement le HIV à un partenaire non infecté.

Une femme ne veut pas exiger de son mari qu'il utilise des préservatifs. En effet, en lui demandant, cela veut dire qu'elle doute de sa fidélité et admet donc la possibilité qu'il ait des rapports sexuels non-protégés avec d'autres femmes. Les femmes ne contrôlent pas leur propre protection, elles doivent dépendre du bon vouloir de leur mari. C'est la raison pour laquelle les préservatifs féminins sont de plus en plus recommandés.

En plus de cibler les travailleuses du sexe, la Croix-Rouge cambodgienne a mis en place des cours destinés aux policiers afin de les rendre

attentifs aux risques qu'ils pourraient prendre en ayant des rapports avec des prostituées. Le but de ce programme est d'améliorer leur comportement afin qu'ils deviennent des modèles pour la société.

Concernant la prévention, beaucoup d'efforts sont fournis dans tout le pays pour sensibiliser l'ensemble de la population. Malgré cela, les comportements sexuels ne semblent pas beaucoup changer, en tout cas pas aussi vite qu'il le faudrait.

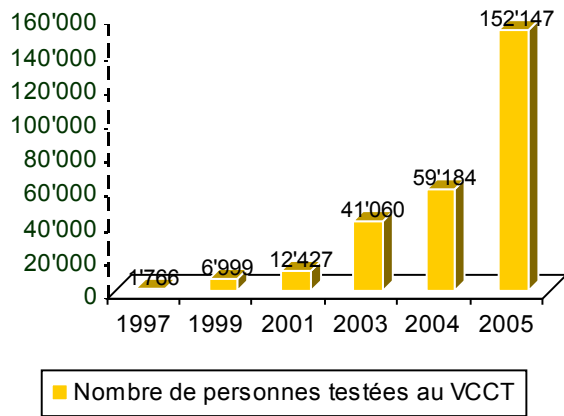
6.4. Dépistage

Le VCCT (Voluntary Confidential Counseling and Testing), un programme de dépistage, existe depuis 1995 dans tout le pays. Au premier trimestre 2006 ce service était dispensé dans 112 centres. Ce programme reçoit les personnes voulant connaître leur statut HIV et cela gratuitement. Parfois, les personnes consultent de leur plein gré : avant les noces, suite à des pratiques à risque ou lors d'une baisse de l'état de santé général. Sinon, elles ont été référées par d'autres départements de l'hôpital, surtout celui de pneumologie (tuberculeux systématiquement en théorie) et de maternité.



Le VCCT est le point d'entrée aux différents services mis en place pour la prise en charge des patients séropositifs. Il sert de premier support psychologique lors de l'annonce de la positivité du test. Il est également un bon outil de prévention puisque les relations sexuelles protégées sont abordées avec toutes les personnes se présentant pour le test.

Le nombre de personnes qui est testé pour le HIV a fortement augmenté ces dernières années. En effet, le gouvernement a mené d'importantes campagnes d'information. A travers le pays, on a beaucoup travaillé à rendre le testing disponible à tous. Les hôpitaux font également de nombreux efforts pour tester de façon la plus systématique possible les tuberculeux et les femmes enceintes. En 2005, 54% de personnes testées étaient de femmes.



Le taux de résultats positifs a diminué avec l'augmentation du nombre de personnes testées. Il était de 24% en 2002 et de 8.7% en mars 2006.

Caractéristiques des clients du VCCT 1^{er} quartier 2006 :

	50'000 personnes testées pour HIV (100%)	4'370 personnes testées positives
Age		
-<15ans	2'008 (4%)	364 (8.3)
-15-49 ans	45'416 (90.6)	3'634 (8.5)
->49 ans	2'713 (5.4%)	372 (8.5)
Sexe		
-homme	22'976 (45.8)	2'001(45.8)
-femme	27'161 (91.3)	2'369 (54.2)
Status HIV		
-positif	4'370 (8.7)	
-négatif	45'767 (91.3)	

A l'hôpital de Takeo, durant le mois de mai 2006, 186 personnes ont été testées :

- Le rapport entre homme et femme était exactement de 1
- 22 personnes étaient HIV positives (16 femmes, 6 hommes)
- 3 résultats étaient incertains
- 55 patients tuberculeux ont été testés, un seul était positif

Ces résultats nous ont surprises. D'après plusieurs de nos documentations, le SIDA au Cambodge touchait premièrement les hommes et la majorité des tuberculeux actifs sont positifs pour le HIV. Concernant le résultat touchant les femmes, on pourrait supposer qu'il est le reflet de l'extension de l'épidémie. Suite à leur infection et pour cause d'absence de traitement, les hommes premièrement touchés par le SIDA sont aujourd'hui décédés. C'est au tour de leurs femmes d'être testées. Une autre possibilité serait que les femmes ne se font tester que lors de l'apparition de symptômes. Une telle démarche affecterait plus leur réputation et menacerait leur vie de famille.

Avant de faire le test, la personne qui consulte a un entretien avec un conseiller. Celui-ci cherche d'abord à savoir la raison de la venue du patient ainsi qu'un peu de son histoire (comportements sexuels, usage de drogue). Il lui parle aussi de la période fenêtre, prévenant ainsi le patient qu'un test négatif n'est pas forcément définitif s'il a eu des rapports à risque dans les trois derniers mois. Il était conseillé à de tels patients d'effectuer un nouveau test trois mois plus tard. Pour nous expliquer ceci, le traducteur a utilisé un exemple qui lui paraissait évident : une femme veuve depuis dix ans ne pourra jamais se trouver dans la période fenêtre...Si son premier test est négatif, on peut établir avec certitude que la patiente est séronégative. Cet exemple illustre bien la naïveté des Cambodgiens en ce qui concerne les pratiques sexuelles dans leur communauté.



Salle d'entretien du VCCT à l'hôpital de Takeo

Dans la suite de l'entretien, le conseiller explore et complète les connaissances du patient sur le HIV/SIDA (mode de transmission, moyens de prévention, différence entre le virus et la maladie). 99.8% des personnes qui ont eu l'entretien pré-test se sont effectivement fait testées.

En fin de journée, les résultats de la prise de sang sont obtenus. Toutes les personnes testées ont un nouvel entretien. Pendant celui-ci, les séronégatifs sont mis en garde contre les risques d'une contamination future.

Si le résultat est positif, une nouvelle explication s'impose. Le patient doit être mis au courant qu'il n'existe actuellement pas de traitement permettant de guérir et que les médicaments peuvent uniquement retarder la progression du virus. Apparemment, la fatalité de la situation n'est pas mise sous silence. Les conseillers expliquent clairement au patient qu'il mourra très probablement d'une infection opportuniste. On lui explique déjà à ce moment-là les maladies les plus fréquentes liées à l'immunodéficience.

Le patient est ensuite dirigé au service des consultations en tant que patient externe. Là, il pourra recevoir des soins médicaux. Les services de consultation suivent les patients pour leur thérapie antirétrovirale et pour le dépistage des maladies opportunistes (OI/ART team).

Si un patient est positif, on lui conseillera d'amener son conjoint et ses enfants pour qu'ils soient aussi testés. Grâce à ces mesures, les enfants infectés peuvent être pris en charge plus rapidement.

Une raison pour laquelle les centres VCCT ont été créés est le problème de falsification des résultats. Avant leur existence, des centres de santé pouvaient faire des tests HIV pour leur propre compte. Avant un mariage, le futur beau-père peut exiger que son gendre soit testé en sa présence. Dans certains cas, lorsque la probabilité de séropositivité est haute, le gendre paie le laborantin pour avoir un résultat négatif. Pour cause de la confidentialité, l'hôpital ne peut pas intervenir dans le choix d'une personne de mentir à son conjoint. Ainsi, les moyens de prévenir la contamination ne pourront pas être mis en place et le traitement des autres membres de la famille sera retardé.

6.5. Le suivi médical et les traitements médicamenteux

Un grand nombre de personnes infectées par le HIV au Cambodge sont maintenant suivies dans les hôpitaux ou centres de santé. Les patients qui viennent en consultation font parti du département des patients externes (OPD : out-patient department). Seule une petite partie d'entre eux est mise sous traitement antirétroviral (ARV).

Les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé sont très mal payées, même les médecins. Ceux-ci préfèrent souvent s'engager dans le domaine privé où leur salaire est supérieur. Pour que les médecins restent dans les services OI/ART publiques, ils reçoivent une prime pour les heures passées dans l'hôpital référé pour le suivi des patients HIV. L'argent est donc utilisé afin de conserver les médecins et les patients dans les hôpitaux publics.

Les grandes lignes du suivi sont :

- La prévention des maladies opportunistes par la prescription d'antibiotiques
- Le dosage régulier des CD4
- La recherche de signes de maladies opportunistes, entre autre le dépistage de la tuberculose
- La recommandation d'une bonne alimentation
- Le dosage des enzymes hépatiques (ASAT et ALAT)

Il y a seulement quatre provinces dans le pays où il est possible de doser les CD4. Les échantillons de sang doivent donc parfois être envoyés loin. Il est difficile de les maintenir dans un bon état.

Un patient séropositif est placé dans une catégorie selon le degré d'avancement de sa maladie. L'OMS a défini un classement en quatre stades :

1	Asymptomatique ou lymphadénopathie persistante généralisée
2	Perte de poids inférieurs à 10% du poids initial Manifestations cutanées mineures Signes liés à Herpes zoster Infections récurrentes du tractus respiratoire supérieur
3	Perte de poids de plus de 10% du poids initial Diarrhée chronique (plus d'un mois)
4	Pneumonie à Pneumocystis carinii Méningite à cryptocoques Tuberculose Candidose (oesophage, trachée, bronches ou poumons) Infections mucocutanées à virus Herpes simplex depuis plus d'un mois Cryptococcose ou Pénicilliose disséminée Cytomégalovirus Sarcome de Kaposi

Au cours de notre stage, nous avons assisté à beaucoup de consultations, la majorité dans la clinique des maladies chroniques de MSF à Takeo et quelques-unes à l'hôpital de district d'Ang Roka. On peut distinguer deux types de consultations : celles pour les patients récemment diagnostiqués et celles de contrôle des patients HIV.

Les maladies opportunistes se retrouvent le plus fréquemment chez les nouveaux patients. Le médecin, dans cette consultation, recherche les différentes maladies qui pourraient être liées à l'immunodéficience, en particulier les maladies respiratoires. Le patient reçoit un petit carnet dans lequel se trouvent beaucoup d'informations sur le SIDA et sur les ARV. Par exemple, le patient apprendra comment conserver ses médicaments ou les règles élémentaires d'une bonne alimentation. Le médecin inscrit dans ce carnet le type de traitement pris et les maladies antérieures. Lors d'une prochaine consultation avec un autre médecin, le patient présentera ce carnet qui contient toutes les informations utiles pour sa prise en charge.

Lors des consultations de suivi, le médecin vérifie que le patient réponde bien aux ARV et qu'il n'ait pas d'effet indésirable. Le médecin évalue l'état de santé du patient, il discute des problèmes rencontrés à cause de la maladie.

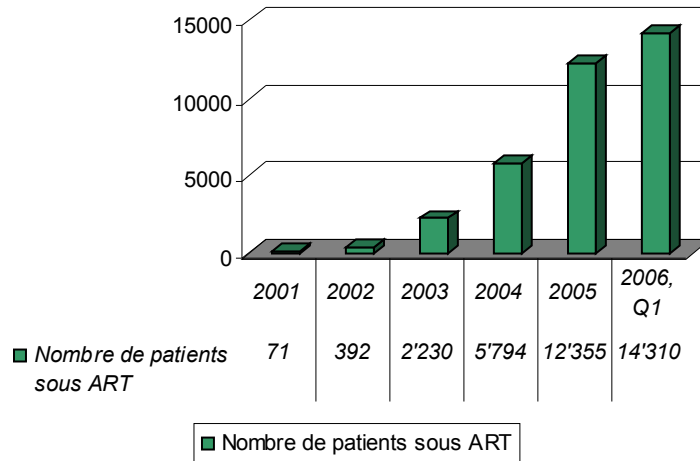
Nous avons été souvent mal à l'aise face aux attitudes adoptées par les médecins. Les consultations se font rapidement. Le médecin fait un examen physique expédié. Il existe surtout un malaise envers les femmes. Quand il faut leur ausculter les poumons ou leur palper l'abdomen, les médecins le font très superficiellement, par-dessus les vêtements. Ils osent à peine toucher les femmes. Nous avons questionné une fois un médecin sur les problèmes gynécologiques rencontrés par les femmes. Le médecin nous a répondu qu'au Cambodge, cela ne se fait pas de vérifier si une femme a de tels problèmes...

Les médecins parlaient assez sèchement à leurs patients. Ils ne se sentaient pas gênés d'interrompre leur consultation pour nous demander combien de temps dureraient nos études ou si nous suivions la coupe du monde de football. De la même façon, les barrières à la communication n'étaient pas du tout évitées. Les patients sont placés à une grande distance du médecin assis derrière son bureau. Souvent le patient ne regarde pas le médecin en face. Il arrive que d'autres médecins pénètrent dans la salle de consultation pour discuter de leur planning de vacances. Quand une délégation de l'Institut Pasteur de Phnom Penh est venue rendre visite à un médecin, la consultation a été arrêtée brusquement. Le médecin a fait sortir son patient pour ne le rappeler que quand il eut fini sa conversation. Dans la culture cambodgienne, le respect de la hiérarchie est très marqué. On sent que le patient occupe une place inférieure à celle du médecin. Les patients se soumettent énormément et ils ne mettent pas en doute les paroles des médecins.

Nous ne voulons en aucun cas donner un jugement de valeur sur la culture cambodgienne. Sans aucun doute, la guerre a fortement affecté les relations sociales et ceci peut se retrouver dans l'interaction qu'un soignant peut avoir avec son malade. Même avec cette culture, il nous semble que l'empathie reste un point à améliorer.

Les premiers traitements ARV ont été introduits en 2001 au Cambodge. A ce moment, leur prix était bien trop élevé pour que les populations les plus pauvres aient accès à ces médicaments. Un grand tournant dans le traitement des patients HIV dans le tiers-monde est apparu lors de la mise sur le marché des génériques d'ARV. L'initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA de mettre sous traitement 3 millions de personnes avant 2005 a joué un grand rôle dans la libéralisation du marché des ARV. En 2003, seulement 900 personnes dans tout le pays étaient sous ARV. Seuls six centres en distribuaient, tous situés dans deux grandes villes (Phnom Penh et Siem Reap).

En fin 2004, ils étaient déjà 4'527 à être sous traitement ARV. Cette avancée est le fruit d'un grand travail fourni par le ministère de la santé, particulièrement l'unité consacrée au SIDA, NCHADS (National Center for HIV and AIDS, dermatology and STDs).



En 2006, 35 districts opérationnels (OD : operational district) participent au Continuum of Care pour distribuer des ARV dans le pays. A la fin de l'année 2005, 12'247 personnes, dont 1071 enfants, vivant avec le HIV recevaient des ARV. Le nombre de personnes traitées représente les deux tiers de ceux qui nécessitent un traitement ARV. Pendant le premier trimestre 2006, plus de 2'000 patients ont aussi commencé la thérapie.

La décision du commencement de la trithérapie est basée sur quatre critères :

- le patient se trouve dans le stade 4 du SIDA sur l'échelle de l'OMS ou son taux de CD4 est inférieur à 200/ml
- le patient est clairement au courant qu'il devra suivre la thérapie pendant toute sa vie et qu'elle ne le guérira pas
- l'apport des ARV appropriés peut être garanti
- il existe des infrastructures et des ressources humaines adéquates pour distribuer les ARV

Le patient doit aussi être mis au courant des effets indésirables qu'il rencontrera certainement. On lui apprend aussi à reconnaître quelques symptômes précoces d'effets secondaires pour que l'on puisse adapter rapidement son traitement.



Affiche de l'hôpital de Takeo expliquant le fonctionnement des ARV.

Pour que le patient reçoive des ARV, son adhérence thérapeutique doit être évaluée. On va éviter de donner une trithérapie à quelqu'un qui ne va pas la suivre alors qu'un autre en aurait aussi besoin et que ce dernier serait plus apte à suivre fidèlement son traitement. Ceci pose bien sûr des problèmes d'éthique et l'évaluation n'est peut-être pas entièrement impartiale. Encore une fois, il faut se remettre dans le contexte. Au Cambodge, malgré les grandes avancées de ces dernières années, les ARV manquent toujours cruellement. On va donc les utiliser avec le plus grand soin, le gaspillage n'étant qu'une mise à mort pour ceux qui n'y auront pas accès.

L'adhérence est très importante. Si le patient arrête son traitement, la charge virale pourra augmenter facilement. Si les médicaments ne sont pas pris correctement, l'émergence de résistance sera plus probable. De nouvelles souches virales résistantes pourront devenir dominantes. Pourtant, pour les patients, la thérapie est souvent difficile à suivre scrupuleusement. En effet, les traitements impliquent souvent de nombreuses pilules. En plus, certaines doivent être prises à jeun alors que d'autres doivent être prises avec le repas. Il est vite fait de se tromper dans la médication. Les patients souffrent aussi fréquemment d'effets indésirables des ARV. Il arrive donc qu'ils décident de stopper leur thérapie pour se soulager.

Les conseillers et médecins rappellent toujours aux patients de bien suivre la thérapie comme elle leur est dictée. Il faut que les malades comprennent qu'ils ne peuvent pas arrêter de prendre leurs médicaments parce qu'ils se sentent mieux. L'éducation est le meilleur moyen d'empêcher les résistances.

La première ligne de traitement ARV donnée au Cambodge est composée de deux NRTI (Nucleotides RetroTranscription Inhibitor) et un NNRTI (Non NRTI). On donne 3TC (Lamivudine), D4T (stavudine) et NVP (névirapine), tous regroupés en un seul comprimé pris deux fois par jour. En cas de co-infection avec la tuberculose traitée par rifampicine, la névirapine est remplacée par l'éfavirine (EFV) pour cause d'interactions médicamenteuses. On évite de laisser les patients trop longtemps sous D4T afin de prévenir l'apparition d'une

acidose lactique. A noter qu'au Cambodge, il n'y a encore que très peu d'inhibiteurs de protéase disponibles.

Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) Schéma de traitement	Nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NRTI) Adultes	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) Enfants
Zidovudine (AZT, ZDV)	Tenofovir (TFV) N=13'341	Nevirapine (NVP) N=1'233
Didanosine (ddI)	7'355 (55.1%)	Efavirenz (EFV) 942 (76.3%)
Stavudine (d4T)	2'244 (16.8%)	241 (19.5%)
Lamivudine (3TC)	2'346 (17.6%)	30 (2.4%)
Abacavir (ABC)		
AZT+3TC+EFV		
Antirétroviraux disponibles au Cambodge		995 (7.5%)
		5 (0.4%)
		205 (1.55%)
		13 (1.1%)
Autres		196 (1.55%)
		2 (0.2%)

Pour la prévention des maladies opportunistes, l'antibiotique donné est différent selon le taux de CD4. Pour les taux inférieurs à 200/ml, le co-trimoxazole est donné en prophylaxie. Il prévient notamment les diarrhées et les infections à *Pneumocystis carinii*. Pour les taux inférieurs à 100/ml, le fluconazole prévient les méningites à cryptocoques.

Dans les pays pauvres, il est particulièrement important d'éviter le développement de résistance. Les traitements de deuxième et troisième lignes sont plus chers et plus complexes dans leur prescription. Au Cambodge, la deuxième ligne de traitement ARV consiste en un sirop qui doit être gardé au frais. Pour les patients habitant en campagne où les réfrigérateurs sont rares, la distribution des différents schémas de traitement ARV au Cambodge (31 mars 2006) est la suivante :

Tous les six mois, une prise de sang est faite aux enfants pour doser les CD4. Le traitement antirétroviral est commencé lorsque le taux de ceux-ci est trop bas ou que des maladies opportunistes apparaissent.

Les premières études concernant la survie des patients ont permis de déterminer que 80-90% d'entre eux sont vivants à 12 mois de traitement ARV (valeur comparable aux autres résultats à travers le tiers-monde). Parmi les 12'335 patients recevant une trithérapie en 2005 1'071 étaient des enfants. Leur taux de survie à 12 mois de traitement est de 93.2%.

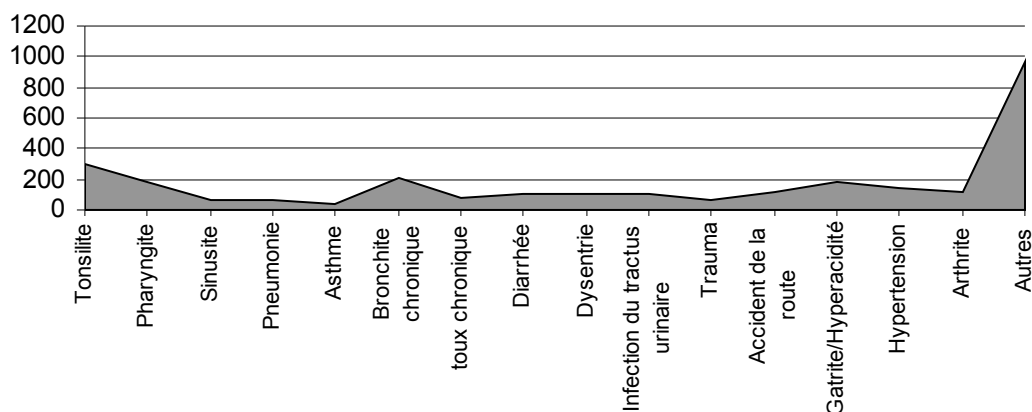
	Takeo, N=650 patients	Siem Reap N =709 patients	Sotnikum (Siem Reap) N=189 patients	Center of Hope, Phnom Penh N=335 patients
Décès	67 (10%)	62 (8.7%)	20 (10.6%)	20 (5.9%)
Patients perdus au cours du suivi	22 (3.4%)	30 (4.2%)	17 (9%)	13 (3.9%)
Patients vivants après 1an de traitement	561 (86.3%)	617 (87.0%)	152 (80.4%)	302 (90.1%)
Toujours traité avec la première ligne de traitement	561 (86.3%)	612 (86.3%)	151 (79.9%)	288 (88%)

6.6. Les infections opportunistes et autres problèmes liés au SIDA

Les infections opportunistes sont le plus fréquemment observées chez des personnes venant d'être diagnostiquées HIV positives. Ce sont d'ailleurs souvent ces pathologies qui les poussent à consulter. Les infections opportunistes sont le plus souvent la cause de la mort des personnes vivant avec le HIV. Le personnel soignant des hôpitaux et des centres de santé doit détecter le plus rapidement les infections afin de les soigner au plus vite.

Les patients sont normalement mis au courant des moyens de prévenir les infections opportunistes. Les patients qui prennent correctement soin d'eux sont moins à risque d'être infectés. L'hygiène est un bon moyen de prévention. Se laver les mains avant de manger, se brosser les dents et laver la nourriture sont autant de moyens de limiter les infections. Une alimentation saine et du repos permettent aussi de combattre plus facilement les infections opportunistes. Dans notre société, ces gestes sont usuels. Dans un pays où l'accès à l'eau est rare, tous ces moyens deviennent nettement plus difficiles à réaliser.

Maladies fréquentes des patients externes de l'hôpital de Kirivong



6.6.1. Manifestations orales

La bouche est très fréquemment affectée chez les gens qui portent le HIV. Tous les patients suspects pour le virus devraient subir un examen buccal même sans plainte à ce niveau. Les infections de la bouche mènent rapidement à des

difficultés pour avaler. Les lésions orales interfèrent avec l'alimentation ce qui augmente les risques de perte de poids. En plus de cela, les problèmes oraux sont gênants pour le patient parce qu'il ne peut plus percevoir le goût des aliments. Une bonne hygiène buccale permettrait de diminuer l'incidence de telles manifestations.

Au cours des consultations, nous avons vu beaucoup de candidoses buccales. L'atteinte par *C.albicans* est fréquente et liée au taux de CD4.

6.6.2. Manifestations gastro-intestinales

La diarrhée chronique touche plus de 50% des patients HIV pendant une période en tout cas. Elle est souvent accompagnée de nausées, vomissements, crampes abdominales et une grande perte de poids. Beaucoup de patients deviennent donc déshydratés.

Dans près de deux tiers des cas, la cause de la diarrhée ne peut pas être identifiée. Ainsi, les patients reçoivent des antibiotiques à large spectre. Pour les séropositifs, la durée du traitement doit souvent doubler, atteignant souvent six semaines de traitement antibiotique. Une telle destruction de la flore intestinale les rend plus susceptibles à de nouveaux problèmes digestifs. Encore une fois, l'hygiène des mains et l'eau propre pourraient diminuer les problèmes digestifs.

6.6.3. Manifestations neurologiques

Les personnes qui souffrent de telles manifestations sont souvent à des stades avancés du SIDA. La méningite à cryptocoques est une infection fongique souvent rencontrée. Si elle n'est pas traitée, la maladie va progresser lentement et devenir fatale. On voit aussi des neuropathies périphériques motrices et sensorielles. Les patients ressentent généralement de violentes douleurs dans les membres. Les manifestations neurologiques sont très inquiétantes pour les patients. Quand ils commencent à avoir habituellement des maux de tête et des pertes de conscience, cela augmente leur peur du HIV.

6.6.4. Manifestations cutanées

Quasiment tous les patients ayant un taux de CD4 inférieur à 200/ml développent des problèmes au niveau de la peau. Bien que les boutons et la peau sèche ne menacent pas la vie, ils ont un impact sur la qualité de vie des patients HIV. Il est difficile pour les patients HIV de cacher des manifestations cutanées. Il s'en suit une honte et une peur de discrimination. Les patients préfèrent alors rester chez eux, ce qui augmente encore leur solitude face à leur maladie. Les virus de l'Herpes se réactivent très souvent, tant au niveau cutané que génital.

6.6.5. Manifestations pulmonaires

Les poumons sont les organes les plus fréquemment touchés par les infections opportunistes. La pneumonie à *pneumocystis carinii* (PCP) est justement la maladie opportuniste sérieuse la plus souvent rencontrée. Le patient devient de plus en plus souffrant. L'hypoxie qui s'en suit peut mener à des confusions. Le Bactrim est utilisé tant pour le traitement que pour la prophylaxie.

Grâce à ce médicament, la mortalité due à cette pneumonie a fortement diminuée.

Pour les enfants nés de mère séropositive, on donne un traitement prophylactique contre la PCP. Comme on ne peut pas savoir avant leur 18 mois quel est leur statut HIV, il faut éviter à tout prix leur infection par *P.carinii*. On leur administre du cotrimoxazole jusqu'à ce que leur séronégativité soit prouvée. Dans le cas contraire, ils recevront cet antibiotique pendant quelques années.

La tuberculose est un réel problème au Cambodge. 60% de la population est porteuse de *Mycobacter tuberculosis*. Nous avons décidé de consacrer un chapitre particulier à cette maladie parce que nous avons été particulièrement frappées par sa prise en charge.

6.6.6. Tuberculose

Le nombre de tuberculoses actives détectées était de 31'814 en 2004. Une étude nationale effectuée en 2005 a déterminé que la prévalence du HIV parmi les tuberculeux est de 10%. Parmi les patients HIV, la tuberculose est une infection opportuniste fréquente, détectée chez jusqu'à 40% des patients sidéens sous ART.

On observe un haut taux de mortalité parmi les patients co-infectés HIV et tuberculose, une étude (CENAT, août 2005) a estimé que leur taux de mortalité était de 37% lors des deux premier mois de traitement ARV.

Théoriquement, les patients souffrant de tuberculose active sont testés pour le HIV. En réalité, malgré la gratuité et la capacité d'effectuer le test HIV, peu de patients sont testés. Les médecins de pneumologie ne recommandent pas assez souvent à leurs patients de se rendre au laboratoire pour faire le test. Parallèlement, les patients HIV devraient être testés pour la tuberculose afin de prendre en charge l'infection avant même l'activation de la bactérie.

La tuberculose extra pulmonaire se rencontre dans les cas de SIDA plus avancé. Le système immunitaire est en effet encore moins capable de maintenir l'extension de *M.tuberculosis*. Les radiographies pulmonaires des patients HIV montrent des aspects différents des séronégatifs lors d'une infection à la tuberculose. Les médecins devraient malgré cela reconnaître les tuberculoses afin que le traitement soit instauré rapidement.

Dès que le diagnostic de tuberculose a été établi, le patient est hospitalisé pendant deux mois pour s'assurer qu'il prenne son traitement correctement et



Technique pour sécher les radiographies à l'hôpital de Takeo

pour limiter la contagion. Après la sortie de l'hôpital, le patient doit encore suivre un traitement pendant quatre mois.

A Takeo, l'infrastructure du département de pneumologie est dans un état déplorable. Tout est sale, les mouches semblent y avoir trouvé leur paradis. Le bâtiment ne peut pas être lavé en présence des patients parce que cela soulèverait encore plus les bactéries qui prolifèrent sur le sol. L'atmosphère est vraiment lourde voire insupportable. Les patients HIV sont regroupés dans une salle encore plus sinistre que le reste.

Dès que le diagnostic de tuberculose a été établi, le patient est hospitalisé pendant deux mois pour s'assurer qu'il prenne son traitement correctement et pour limiter la contagion. Après la sortie de l'hôpital, le patient doit encore suivre un traitement pendant quatre mois.

Nous avons été très frappées par l'état de santé déplorable des malades. Tous sont extrêmement maigres et leur manque de force les empêche de faire quoi que ce soit d'autre que de dormir. Certains sont découragés par leur long combat pour survivre, le temps d'hospitalisation atteignant plusieurs mois. Nous avons vu une femme qui semblait totalement déprimée, son regard ne se portant que sur le mur à côté d'elle. L'ambiance générale du lieu nous donnait le sentiment suivant : il n'y a plus rien à espérer, cet endroit est fait pour mourir.

Les moyens de prévention de transmission de la tuberculose nous ont paru très légers. La plupart des patients dans le département de tuberculose portent des masques en tissu achetés sur le marché. Ces masques sont à la base destinés à protéger les conducteurs de vélomoteurs de la poussière des routes. Le département de pneumologie n'est que peu isolé des autres. Tous les patients sont placés dans une même chambre alors que le département accueille tous les types d'infections pulmonaires. Un patient hospitalisé pour une pneumonie a de grands risques d'être co-infecté avec une tuberculose pendant son séjour. Parallèlement, les patients tuberculeux et immunodéprimés contractent souvent une pneumonie bactérienne secondaire. Le manque de place est un obstacle principal à la prévention des infections nosocomiales. Une patiente avec une tuberculose multirésistante est alitée dans la même chambre que les autres.

Il arrive même parfois que les patients tuberculeux soient mis dans un autre service, dans une chambre où le ventilateur tourne toute la journée. Dans le service de pneumologie, il arrive que la famille, même des enfants, accompagne le malade et reste dans ce département sans masque approprié. Une petite fille passait toutes ses journées auprès de sa mère tuberculeuse. C'est la petite qui allait vider les crachats de la mère dehors. Au-delà des risques élevés d'infection, une pareille vision d'horreur ne devrait pas être le quotidien d'une fillette.

Dans certains départements, nous avons remarqué que le personnel ne met son masque que lorsque le médecin ou l'infirmier de MSF arrive. Une situation qui nous a particulièrement choquées, est la venue du responsable de NCHADS dans l'hôpital de Takeo. Nous nous trouvions dans une chambre commune de médecine interne où se trouvait une patiente avec une tuberculose

miliaire grave. A l'entrée de ce responsable, tout le monde, y compris l'infirmier de MSF et son traducteur, a baissé son masque pour discuter avec lui.

Une étude est actuellement en cours pour savoir à quel moment les ARV doivent être commencés lorsque le séropositif prend déjà un traitement contre la tuberculose (CAMELIA : Cambodian Early vs Late Introduction of ARV in the patient coinfected with TB/AIDS). Dans cette étude, les patients reçoivent soit les ARV après 2 semaines de traitement anti-tuberculeux, soit après 2 mois. Dans les coinfections d'autres types, le traitement ARV débute après le traitement de l'infection opportuniste. Comme le traitement de la tuberculose est très long, le commencement des ARV est souvent nécessaire pendant cette même période.

	Manifestations orales	Manifestations gastro-intestinales	Manifestations neurologiques	Manifestations cutanées	Manifestations pulmonaires
Bactériennes	Gingivite	Campylobacter enteritis, Shigellose, Salmonellose	Méningite tuberculeuse, neurosyphilis	Abcès cutané, impetigo	Pneumonie bactérienne, Tuberculose
Virales	Leucoplasie orale chevelue	Hépatite, colite	Encéphalite à cytomégalovirus, neuropathie périphérique	Herpes simplex, Herpes zoster	Cytomégalovirus, Herpes Simplex
Fongiques	Candidose	Candidose oesophagienne	Méningite à cryptocoques	Candidose cutanée	Pneumonie à Pneumocystis carinii
Parasites		Isosporiasis	Toxoplasmose cérébrale	Gale	Toxoplasmose
Malignes		Sarcome de Kaposi	Lymphome cérébral	Sarcome de Kaposi	Sarcome de Kaposi, Lymphomes non Hodking

Maladies opportunistes les plus fréquentes au Cambodge

6.6.7. Effets secondaires des ARV

Malgré les grands progrès pour améliorer les ARV, beaucoup d'effets indésirables sont observés chez les patients sous traitement. Selon les médicaments utilisés, on retrouve différents effets.

Nous avons rencontré de nombreux patients présentant des éruptions cutanées, la majorité est due à la névirapine. Ces éruptions laissent des cicatrices disgracieuses sur tout le corps. De telles marques ne peuvent être facilement dissimulées.

Selon des études, le D4T (Stavudine) est responsable de beaucoup d'effets indésirables lorsqu'il est utilisé pendant une période prolongée. Il augmente les risques d'acidose lactique, surtout chez les femmes. Il cause également des neuropathies périphériques. Celles-ci paralysent les membres

jusqu'à empêcher certaines personnes de marcher. Un de ses autres effets indésirables est la lipodystrophie qui modifie la morphologie corporelle. On remarque une diminution de la graisse dans les joues, les bras et les fesses. L'AZT (Zidovudine) peut lui provoquer des anémies sévères.

Les effets indésirables touchant l'esthétique du visage comme la lipodystrophie ou les éruptions cutanées peuvent avoir de grandes répercussions sur la vie du patient. Sa séropositivité pourrait être découverte de cette manière, l'exposant à de nombreux actes de discrimination. L'esthétique ne paraît pas autant importante au Cambodge qu'en Occident. Cependant, il doit être encore plus terrible de perdre sa beauté alors que l'on souffre déjà d'une maladie incurable.

6.7. La transmission mère-enfant

Malheureusement, le HIV peut se transmettre de la mère à l'enfant à différents stades de la vie. Le plus souvent, la transmission mère-enfant implique une « primo-infection » du mari qui a eu des rapports sexuels non protégés avec une travailleuse du sexe. Une fois infecté, celui-ci transmet le virus à sa femme, qui à son tour le transmet à leur enfant. Il serait ainsi mieux approprié de parler de transmission parent-enfant du virus HIV et non uniquement mère-enfant. Néanmoins, par souci de clarté, nous nous tiendrons au terme officiel couramment utilisé dans les ouvrages, soit de transmission mère-enfant.

Pour empêcher la propagation de l'épidémie du SIDA, la mise en place d'un protocole unique est nécessaire afin d'éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant. En effet, sans intervention médicale, les risques sont les suivants :

	Risque de transmission
Pendant la grossesse	5 – 10%
Pendant le travail et l'accouchement	10 – 20%
Pendant l'allaitement	5 – 20%

Les risques de transmission pendant l'allaitement augmentent proportionnellement avec la durée de celui-ci.

Normalement, pendant la grossesse, le placenta fait office de barrière de protection pour l'enfant. Dans certains cas, le HIV peut quand même passer à travers, notamment si la mère est infectée par le HIV pendant sa grossesse ou si elle est fortement immunodéprimée. Il est donc particulièrement important de préciser à toutes les futures mères les risques quand à une infection HIV en cours de grossesse. Il y a aussi les infections du placenta (suite à la malaria ou différentes MST par exemple) qui sont une voie directe pour la transmission du virus au fœtus. C'est une des raisons pour laquelle un suivi médical régulier est primordial pendant toute la durée de la grossesse.

La co-infection avec la malaria peut aussi avoir de grandes conséquences pour le bébé. La mère sera en effet plus sujette à l'anémie, ce qui provoque souvent des accouchements précoces. En plus, il semble que la malaria provoque une augmentation de la charge virale du HIV, ce qui augmente en même temps les risques de transmission du HIV pendant la grossesse ou l'accouchement. Il est donc nécessaire de continuer à donner des informations à la patiente sur la prévention de la transmission mère-enfant. On encourage vivement les femmes à n'avoir que des relations sexuelles protégées pendant leur grossesse afin d'éviter toutes les maladies sexuellement transmissibles qui augmentent aussi le risque d'infection du fœtus.

Bien que l'on puisse fortement diminuer le risque de transmission mère-enfant par un traitement aux ARV, ce moyen de prévention est peu utilisé au Cambodge. Théoriquement, toute femme enceinte se fait tester. En réalité très peu de femmes le font. La majorité des femmes accouchera donc par voie basse et allaitera son enfant. Ceci augmente la probabilité d'infection de l'enfant.

L'OMS considère la prévention de la transmission mère-enfant et le traitement les femmes enceintes HIV positives comme une priorité actuelle. Au premier trimestre 2006, 39 centres de santé à travers le pays disposaient de programmes de prévention de transmission mère-enfant. Certes c'est loin d'être suffisant mais chaque vie sauvée compte.

Avant de discuter des différents programmes de prévention, il est nécessaire de faire le point sur le SIDA chez les enfants au Cambodge. La quasi totalité des enfants HIV de bas âge ont été contaminés par leur mère pendant ou après la grossesse. Moins de la moitié des femmes enceintes font des visites prénatales. Parmi elles, seulement 52% ont fait un test HIV. Plus de 80% des femmes diagnostiquées de cette façon recevront un traitement ARV de prophylaxie. Il faut savoir que seulement 34% des femmes enceintes habitant dans les régions rurales ont recours aux services anténataux dans les hôpitaux publics et 85% de ces femmes accouchent en dehors des centres médicalisés, augmentant ainsi les risques de contamination par manque de moyens et de connaissances. Ceci explique la nécessité d'instaurer un programme de prévention.

On propose aux femmes HIV positives d'être suivies avant, pendant et après l'accouchement. Ce suivi comporte des soins médicaux, des séances avec des conseillers, des cours pour femmes enceintes, et un traitement prophylactique médicamenteux. Si la mère est connue comme porteuse du virus HIV, celle-ci devra prendre au cours de sa grossesse une dose unique de ARV (Néviparine par exemple) puis une seconde dose pendant l'accouchement. A la naissance, le nouveau-né recevra une dose unique d'un ARV (Néviparine par exemple) puis un traitement à base d'AZT pendant sa première semaine.

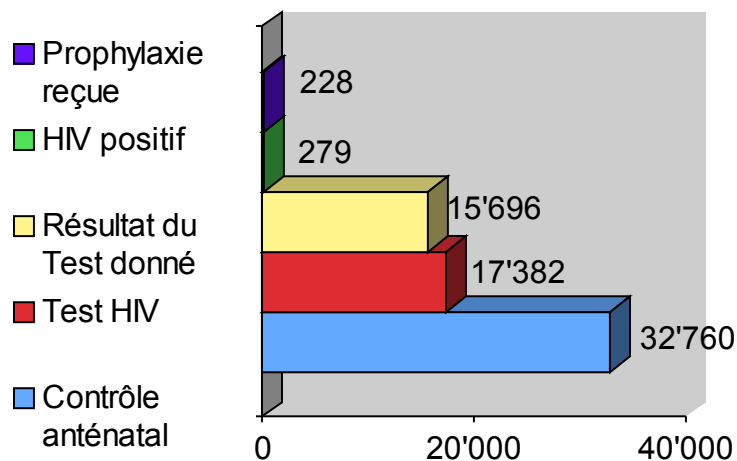
Dans les pays industrialisés, on recommande une alimentation alternative à l'allaitement au sein. Dans les pays en voie de développement tels que le Cambodge, les alternatives à l'allaitement au sein sont hors de prix pour qu'une famille moyenne puisse y avoir accès. Depuis peu, la mère peut aussi obtenir un soutien financier pour acheter du lait en poudre. De plus, il ne faut pas oublier que le lait en poudre pour nouveau-né nécessite de l'eau potable ce qui peut se révéler difficile pour les plus démunis. En effet, seulement 35% de la population cambodgienne y a accès. Face à ses problèmes, l'OMS a dû adapter son

protocole pour convenir à chaque pays. Pour les pays en voie de développement, l'OMS conseille l'allaitement exclusif pour les quelques premiers mois.

Pendant l'accouchement, il a été démontré qu'une césarienne diminue les risques de transmission. Dans les pays en voie de développement, ce procédé n'est pas utilisé s'il n'y a pas d'autres indications favorables car le prix de l'intervention est élevé.

Pour aider les femmes HIV en âge de procréer, il y a plusieurs projets :

- Prévention primaire (safe sex, déstigmatisation des préservatifs,...)
- Prévention des grossesses non-désirées
- Prévention de la transmission à l'enfant



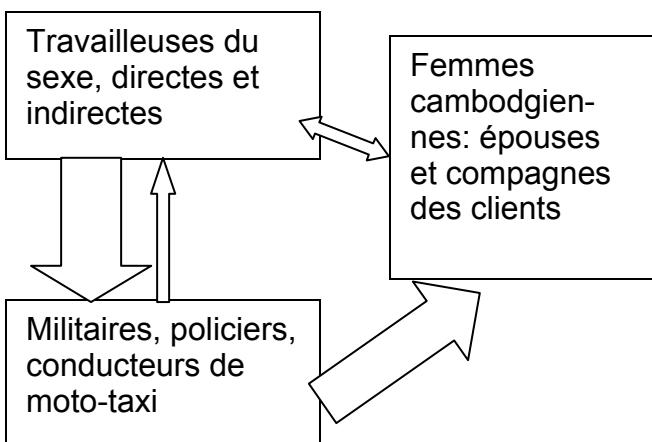
Déroulement des procédures de prévention de la transmission mère-enfant parmi les 70'000 grossesses que compte le Cambodge chaque année

6.8. Le SIDA chez les travailleuses du sexe

Les travailleuses du sexe sont un groupe particulièrement à risque d'infecter et d'être infectées par le HIV. Pour cela, elles sont spécialement ciblées par les programmes de prévention. Un programme de surveillance (BSS : Behavioral Surveillance Survey) étudie l'évaluation du SIDA parmi les travailleuses du sexe et leurs principaux clients, les policiers et les conducteurs de taxi. Cette surveillance permet d'identifier les comportements à risque parmi les groupes sentinelles afin de développer une prévention plus adaptée aux pratiques de ces populations.

Les travailleuses du sexe ont des consultations gratuites pour le dépistage des MST. On profite de les éduquer sur le SIDA. Le but de la surveillance des prostituées est l'utilisation du préservatif à 100% avec leurs clients.

On sépare les travailleuses du sexe en deux catégories. Les travailleuses directes sont établies dans les bordels alors que les travailleuses indirectes sont des femmes travaillant dans les karaokés et celles travaillant pour des compagnies de bière. En effet, des femmes sont engagées par des compagnies de bière pour vendre leurs produits dans les bars. Les femmes reçoivent une commission sur le nombre de bières vendues. Elles doivent donc utiliser tous leurs charmes pour convaincre les clients d'acheter leur marque plutôt que celle d'une de leurs collègues. Voilà pourquoi elles appartiennent aux groupes à risque.



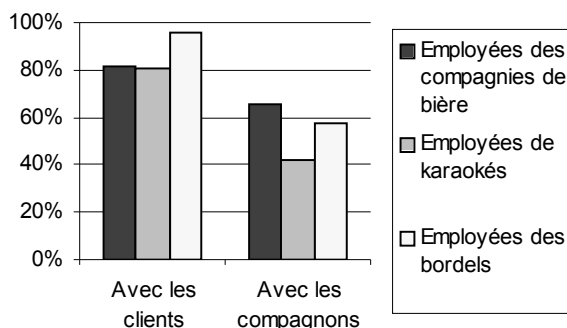
Les principaux clients des travailleuses du sexe sont bien sûr aussi à risque d'être infectés. Ils représentent aussi le lien entre les groupes à risque et la population générale. Si ces clients ne se protègent pas, ils transmettront la maladie à leurs partenaires futures. C'est souvent par ces hommes que l'épidémie du SIDA s'étend. Il faut préciser que plus de 50% des hommes mariés avouent avoir des relations extra-conjugales.

La moyenne d'âge des travailleuses directes est de 23 ans. Un tiers d'entre elles a vendu sa virginité dans un bordel mais la majorité a eu sa première relation sexuelle à 17 ans, lors de son mariage. Les hommes, pour leur part ont leur première relation sexuelle à 23 ans en moyenne. Un quart d'entre eux a perdu sa virginité avec une travailleuse directe.

Les travailleuses du sexe sont un groupe très volatile. Elles passent souvent moins d'un an dans un bordel et s'éloignent toujours de leur lieu d'origine pour gagner de l'argent. La moyenne des revenus des prostituées est de 50\$ par mois. Pour arriver à ce salaire, elles ont en moyenne 80 clients par mois.

Avec une telle activité, on comprend aisément que le risque d'infection par le HIV est énorme. Heureusement, 96% des prostituées utilisent un préservatif avec leurs clients mais elles ne sont que 57% à en utiliser aussi avec leur compagnon. 93% des travailleuses directes ont déjà eu des informations sur le SIDA. Si beaucoup en ont eu au travers des médias, les ONG sont quand même une grande source

Utilisation des préservatifs par les travailleuses du sexe en 2003



d'informations puisque 89% des femmes ont eu un contact avec une ONG dans les six derniers mois.

Les femmes travaillant dans les karaokés ont une condition assez semblable aux travailleuses directes. Elles gagnent environ le même salaire, vivent aussi dans l'établissement qui les emploie et voyagent énormément. Par contre, les employées des compagnies de bière semblent avoir une plus grande stabilité. Elles gagnent aussi plus d'argent : 70\$ par mois. Pour les travailleuses indirectes, la moitié n'a pas pratiqué de sexe contre rémunération. En moyenne, elles ont deux relations sexuelles rémunérées par mois. Parallèlement, 80% des travailleuses du sexe indirectes utilisent le préservatif avec leur client, 66% avec leur compagnon.

La plupart des filles qui n'utilisent pas de préservatif avec leur compagnon le font parce qu'elles ont confiance en eux. Il arrive que leur partenaire amoureux refuse de porter un préservatif.

61% des travailleuses du sexe avaient déjà été testées pour le HIV en 2003. Plus de la moitié se sont fait tester dans un VCCT. Le nombre de travailleuses du sexe infectées par le HIV a fortement diminué depuis le début de l'épidémie. Elles étaient 42,6% en 1998 et 28,8% en 2002.

Beaucoup de jeunes prostituées n'ont pas assez de confiance en elles pour exiger que leurs clients portent un préservatif. Quand elles deviennent assez matures, il est souvent trop tard. Le virus les a déjà atteintes.

Les travailleuses du sexe infectées par HIV se retrouvent sans moyens de subsistance lorsque la maladie devient apparente ou que leur séropositivité se fait connaître. Elles doivent alors accepter d'avoir des relations sexuelles avec de très jeunes clients (entre 12 et 15 ans) pour des sommes dérisoires. Souvent, ces relations ne sont pas protégées puisque selon eux, il n'existe pas de préservatif à la bonne taille pour les jeunes adolescents. Beaucoup des femmes travaillant dans les bordels avaient un métier avant celui-là. Elles étaient surtout masseuses, serveuses et employées dans les karaokés. Le retour à leur ancien métier ne leur donne donc pas des meilleures perspectives. C'est pourquoi elles restent souvent travailleuses du sexe même s'il faut avoir des relations avec des adolescents.

6.9. L'encadrement social

6.9.1. Les conseillers

Dans les cliniques HIV, beaucoup de volontaires ont des entretiens réguliers avec des patients séropositifs. Ces conseillers fournissent des informations englobant différents sujets touchant leur maladie. Nous n'avons pas assisté personnellement à de telles consultations par souci d'intimité. Nous savons effectivement que les sujets traités peuvent être très personnels. En lisant une feuille d'évaluation des conseillers, nous avons appris qu'il leur est demandé d'aborder des thèmes tels que les idées de suicide, la sexualité, l'éventualité d'une grossesse future. Mais la psychologue belge de MSF qui tente

d'améliorer les méthodes de travail des conseillers a constaté qu'ils abordent facilement les problèmes médicaux pratiques alors que les aspects plus psychologiques sont délaissés. Ces aspects sont souvent négligés par manque de formation et par soucis de tradition.

Cette constatation ne nous a pas étonnées. En effet, lorsque nous discutons avec les différentes personnes travaillant à l'hôpital, celles-ci pouvaient nous donner énormément d'informations sur le suivi médical. Par contre, il était bien plus difficile de nous expliquer concrètement comment se passe le soutien psychologique. Le plus difficile était de nous parler de sexualité. Il existait toujours un malaise lorsque nous posions des questions à ce sujet. On nous répondait quand même mais les visages étaient plus tendus, les mots moins fluides.

6.9.2. MMM (Mondul Mith Chouy Mith)

MMM est une association de soutien pour les personnes vivant avec le HIV, ainsi que leur entourage. MMM est l'abréviation de Mondul Mith Chouy Mith, qui signifie en khmer « des amis rencontrent des amis ». Pour attirer les gens au départ, MMM a utilisé une formule simple : nourriture gratuite et remboursement des frais de transport. Maintenant, MMM a gagné sa réputation et de nombreuses personnes sont prêtes à sacrifier une journée pour participer à une rencontre.

MMM organise une fois par mois une réunion pour les personnes séropositives. A chaque réunion, dans la province de Takeo, il y a entre 70 et 100 personnes venant parfois de villages reculés. Le comité d'organisation de MMM est constitué en grande partie de volontaires séropositifs. Le financement de ces rencontres se fait grâce à différentes associations et ONG dont MSF. MMM est également inscrite dans le programme de Continuum of Care du Cambodge. Nous avons pu, durant notre séjour, assister à une rencontre justement avec une équipe de MSF.

La réunion se déroulait en deux parties. Durant la première, des intervenants ont encouragé les participants à prendre soin de leur santé et de celles de leur communauté. Ils leur conseillaient vivement de se protéger lors de rapports sexuels, de prendre assidûment leur traitement et aussi de partager leurs connaissances avec leur entourage qui n'était pas présent. Un des buts de MMM est que la population soit éduquée à propos du HIV/SIDA. Pour cela, les volontaires vont aborder souvent la prévention de la transmission du HIV mais aussi la prévention des maladies opportunistes. On va aussi parler aux gens de l'hygiène et de l'alimentation correcte.

Parmi les intervenants, des moines ont prié pour les malades. MMM veut aussi en effet amener un soutien spirituel aux malades par la prière et la méditation. La religion est importante pour les Cambodgiens et elle influence leur manière de voir la vie et la maladie. Le président de MMM a ensuite appelé les participants à chercher du positif dans leur situation même si comme ils le savent, l'issue est fatale.

Entre les deux parties, il y a eu quelques jeux pour détendre l'atmosphère. D'après le traducteur, cet amusement était là pour effacer par le rire le poids de la maladie.

Pour la reprise, une jeune femme a raconté sa propre expérience de la maladie. Quand elle a appris qu'elle était atteinte, cette femme avait voulu se jeter sous une voiture. Pour ses enfants, elle a choisi de vivre. Actuellement, sa famille l'empêche d'avoir un contact avec ses enfants à cause de sa séropositivité. MMM va lui fournir des conseils et l'aider à rétablir le contact avec sa famille.

Après ce récit émouvant, l'assemblée pouvait poser des questions, surtout sur le thème du traitement et des effets secondaires. Un infirmier anglais de MSF a tenté de répondre au mieux aux interrogations. Il a insisté sur l'importance de continuer le traitement ARV malgré les effets indésirables tels que ceux évoqués par les malades (dysesthésie, diarrhées, céphalées, malaise général). Nous avons été surprises par une question demandant s'il était possible de guérir du HIV alors que l'ensemble des personnes présentes semblait avoir de bonnes connaissances sur le SIDA.

MMM a pour but de faire le lien entre les personnes vivant avec le HIV et les hôpitaux. Grâce à ces rencontres, le personnel soignant peut se rendre compte des soucis non cliniques des patients. Les conseillers peuvent apprendre quels sont les sujets à discuter. Dans l'autre sens, les patients peuvent poser leurs questions à un soignant présent à la réunion.

MMM permet de diminuer l'isolation des personnes vivant avec le HIV. Les réunions de MMM créent un endroit sûr où les patients sont libres de partager leurs problèmes et de poser leurs questions. Il est rassurant pour eux de voir que d'autres personnes se trouvent dans des situations similaires aux leurs. Pour les plus timides, ils peuvent apprendre beaucoup des questions posées par les autres.

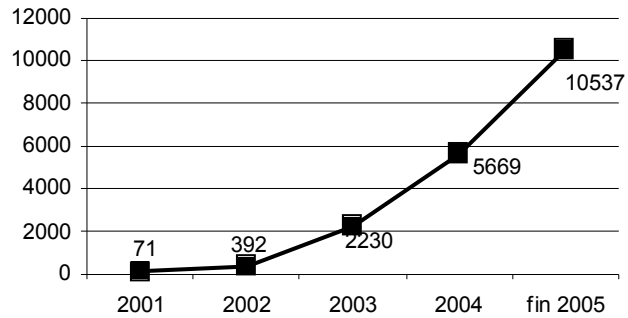
6.9.3. Groupes de soutien

Basé sur le même principe que MMM, des groupes de soutien sont organisés chaque jour à la clinique des maladies chroniques de Takeo. Les gens qui y participent sont à la clinique pour attendre leur consultation avec le médecin. La rencontre leur permet de passer le temps mais aussi de leur apporter un soutien psychologique. Durant la rencontre, les gens peuvent aborder tous les sujets qui les préoccupent. Un animateur les encourage à exprimer leurs soucis et s'efforce à chercher des solutions satisfaisantes.

Nous avons assisté à l'une d'entre elles. Nous n'avons pas pu comprendre la discussion en khmer mais l'animateur paraissait savoir écouter et soutenir les personnes présentes. Les gens étaient actifs mais affichaient une certaine retenue. Peu d'entre eux prenaient longuement la parole pour étaler leur vie. Peut-être que le fait d'être en groupe empêche les gens de raconter les vrais problèmes intimes qui les rongent. Malgré ça, discuter avec des personnes ayant les mêmes préoccupations permet sûrement de se sentir moins seul. Les patients peuvent aussi se rendre compte que les questions et problèmes qu'ils rencontrent sont tout à fait normaux et partagés par d'autres.

Bien souvent au cours de notre stage, nous avons trouvé qu'il manquait de l'empathie dans les relations soignants-patients. Cette réunion représentait pour nous un progrès plein d'espoir pour le futur.

Personnes vivant avec le HIV qui participent à des groupes de soutien



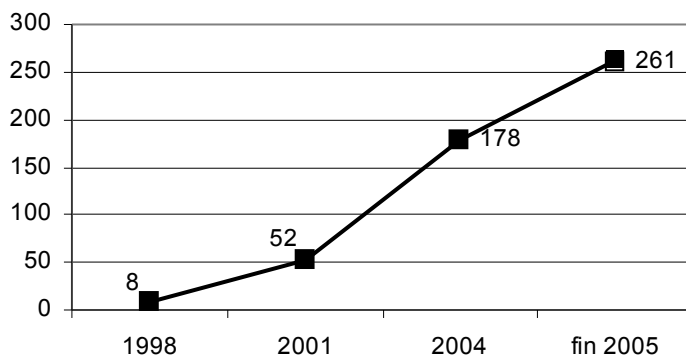
6.9.4. Home Based Care

Les Home Based Care (HBC) sont des ONGs cambodgiennes dont le but est d'aller chez les patients pour leur apporter les soins. Ceci permet une grande économie d'argent et de temps pour les patients. En même temps, cela diminue la charge de travail des hôpitaux. Les patients suspectés d'être infectés par le HIV vont être référés à un VCCT. Les cas sérieux vont être hospitalisés. Les volontaires de ces ONGs doivent aussi vérifier que les messages de santé publique aient atteint la population et qu'ils aient été compris. Comme les malades sont détectés plus vite, les ARV peuvent aussi être commencés plus rapidement, ce qui augmente les chances de survie. Il y a actuellement 261 HBC dans tout le pays qui s'occupent de 16'000 personnes vivant avec le HIV. Cela ne représente que 20% de tous les séropositifs à travers le pays.

Comme les volontaires des HBC viennent visiter les personnes chez elles, celles-ci ne doivent pas dépenser de l'argent pour se rendre à l'hôpital et elles ne

perdent pas une journée pour y aller. En plus de cela, la famille et le voisinage peuvent aller à la rencontre des volontaires travaillant pour les HBC. Ainsi, les gens de villages reculés peuvent apprendre des choses sur le HIV et le SIDA. L'éducation permet de promouvoir la prévention et de diminuer la crainte du virus et les discriminations envers les personnes vivant avec le

Nombre de HBC s'occupant de personnes vivant avec le HIV



HIV. La famille est une cible pour la prévention du SIDA. Au sein de celle-ci, le volontaire d'une HBC pourra plus ouvertement aborder des sujets comme les comportements sexuels à risque.

Les HBC apprennent aux membres de la famille à s'occuper d'une personne séropositive. Les mesures d'hygiène prises par tous les membres peuvent retarder l'apparition de maladies opportunistes. La thérapie

antirétrovirale peut être mieux suivie si toute la famille contrôle les prescriptions. La famille est souvent la plus grande ressource pour les personnes nécessitant des soins à cause d'une maladie incurable. Ensemble, la famille peut trouver des solutions aux problèmes. Toutes les interventions des volontaires de HBC ont pour but d'améliorer la vie des séropositifs dans leur milieu.

En montrant clairement aux citoyens du village qu'il n'est pas dangereux de s'occuper de patients séropositifs, les volontaires des HBC tentent de diminuer la discrimination.

6.10. Soutien et éducation des enfants séropositifs

L'enfant est testé environ à l'âge de 18 mois. Avant cela, le test ne peut pas être fait puisque les anticorps de la mère se trouvent dans le sang de l'enfant. Seule la PCR pourrait déterminer le statut HIV de l'enfant avant cet âge mais ceci ne se fait quasiment jamais au Cambodge.

A l'hôpital de Takeo, les enfants HIV bénéficient d'un réseau de conseillers et d'un suivi médical par un pédiatre cambodgien. Les enfants ont des rendez-vous fréquents avec le pédiatre et il existe aussi une chambre commune spécifiquement réservée aux les patients séropositifs pour de possibles hospitalisations. Cet hôpital prend en charge tous les enfants de la province de Takeo et quelques enfants des provinces voisines. Les parents doivent souvent faire de longs trajets pour se présenter aux consultations. Les consultations avec le pédiatre pour les enfants déjà sous ARV se font à la fréquence d'environ une par mois. Ceci représente de grandes charges financières pour une famille. En plus, pendant la journée de consultation, l'enfant ne peut pas suivre les cours et le parent qui l'accompagne ne peut pas travailler. Pour aider ces familles, l'hôpital offre aux plus démunis les soins ainsi que de l'argent pour les frais indirects.

Avant d'être auscultés par le pédiatre, les enfants sont accueillis dans une pièce où ils sont pesés et mesurés. Il est en effet très important de surveiller la croissance de l'enfant parce qu'elle est un bon indicateur de l'avancée du HIV. Une faible croissance précède souvent une diminution du taux de CD4 et le développement de maladies opportunistes. Une bonne alimentation permettra une croissance optimale et une meilleure résistance contre les maladies opportunistes. En effet, les enfants séropositifs sont encore plus susceptibles de souffrir de dénutrition. L'avancée du SIDA provoque des pertes d'appétit et les enfants ont des diarrhées à répétition.

Nous avons pu assister à quelques consultations avec le pédiatre. Nous avons été quelque peu surprises par la rapidité des entretiens. Après avoir patienté toute la matinée, le parent et l'enfant sont finalement accueillis dans la salle de consultation. Le pédiatre échangeait quelques mots avec le parent puis pratiquait un examen physique superficiel : légère palpation des ganglions et rapide auscultation des poumons. La consultation en entier ne durait pas plus de cinq minutes, la majorité de ce temps étant consacré à l'agencement du prochain rendez-vous. Il arrive que le pédiatre doive quitter précipitamment la salle pour une urgence. Lorsque nous étions présentes, il est parti sans explication pendant

près d'une heure. Bien sûr nous comprenons l'importance de la réanimation d'un nouveau-né mais nous estimons que quelques explications aux patients s'imposaient.

Les conseillers en pédiatrie voient régulièrement les enfants séropositifs. Pendant ses séances, le matériel mis à disposition est très basique : quelques livres pour enfants et une boîte pour leur comprimés. Les enfants apprennent très vite à devenir responsable de leur traitement et à acquérir une certaine autonomie. Les conseillers présentent la maladie de façon simple et interactive. La nécessité d'éviter les contacts sanguins est le seul sujet qui n'a presque pas été abordé. En effet, les explications étaient centrées sur la prise de médicaments, la maladie, le mode de vie sain. La prévention n'a pas été traitée, alors que, d'après nous, il n'est jamais trop tôt pour en parler.

Un important point à soulever est que tous les enfants qui consultent sont âgés de moins de dix ans. En effet, les traitements ARV ne sont disponibles dans les pays du tiers-monde que depuis quelques années. Les enfants infectés avant la distribution massive des ARV avaient peu de chances de vivre au-delà de leurs cinq ans. En 1990, leur espérance de vie était de 2,2 ans. En 1996, elle avait atteint 9,6 ans chez les enfants ayant accès aux ARV. Avant les ARV, la prise en charge des enfants consistait à les accompagner jusqu'à leur mort.

Les enfants peuvent maintenant vivre plus longtemps avec le SIDA. La société se trouve face à de nouveaux défis pour s'occuper correctement d'eux. Il faut adapter les explications concernant le SIDA afin qu'elles soient compréhensibles pour tous les âges.

Avec les ARV, le SIDA évolue lentement vers une « maladie chronique ». Fréquemment, les enfants atteints doivent supporter, en plus de leur maladie, la perte d'une partie de leur famille. Il doit être horrible pour un enfant d'avoir à se battre contre la même maladie qui a emporté ses propres parents. Les orphelins sont à la charge d'autres personnes. Bien souvent, ils sont déscolarisés pour aider leur nouvelle famille dans les travaux domestiques.

En plus du traitement contre le SIDA, il serait bénéfique d'apporter un soutien psychologique aux enfants HIV. Ceci constitue un objectif du réseau des conseillers de l'hôpital de Takeo.

A Takeo, une rencontre pour les enfants séropositifs et leurs parents est organisée une fois par mois par le service de pédiatrie. Durant celle-ci, des enfants sidéens entre six et dix ans se rencontrent et participent ensemble à différentes activités. Beaucoup de jeux sont organisés mais le point central était la narration d'une histoire à propos d'une fillette séropositive (cf. Annexe). Cette histoire imagée permet aux enfants de comprendre leur maladie et, dans la rencontre que nous avons suivie, elle a permis d'ouvrir une discussion sur les ARV. Nous avons été impressionnées par l'étendue de leurs connaissances. Ils ont répondu avec beaucoup de précision et d'intérêt à des questions relatives à la prise de médicaments et l'apparition de résistances. Ils savaient qu'il fallait prendre leurs médicaments à des heures fixes le matin et le soir et qu'il ne fallait pas inverser les pilules.



Children's meeting à l'hôpital de Takeo. La conseillère raconte l'histoire de Phally

Pendant que les enfants se rencontraient, les parents étaient réunis dans une autre salle. Ceux-ci ont partagé les difficultés rencontrées par rapport aux traitements de leurs enfants. Les animateurs leur ont rappelé leur devoir et leur responsabilité envers leurs enfants.

6.11. L'impact sur la société et l'économie du Cambodge

Le SIDA touche essentiellement la tranche d'âge entre 15 et 49 ans. Le décès et la détérioration de l'état de santé de ces personnes provoquent la diminution du nombre d'adultes capables de travailler.

Durant ces dernières années, un grand nombre de projets ont dû être créés dans tout le pays. En effet, les autorités ont réalisé à quel point il est important de mettre en place des moyens pour prévenir l'extension de l'épidémie afin de ne pas ralentir le développement du pays. Pour les patients déjà infectés, il était primordial d'instaurer un suivi médical et psychologique accessible à tous, même dans les endroits les plus reculés. Tout cela nécessite de grands investissements financiers de la part du gouvernement. Le dépistage et la distribution d'ARV sont gratuits pour les Cambodgiens mais ceci engendre obligatoirement des frais pour l'Etat. Pour aider à faire face, des ONG soutiennent cette démarche. Néanmoins, cet accès facile à la prise en charge représente un coût de renonciation important pour un pays où beaucoup de domaines demanderaient une amélioration. Tout l'argent dépensé pour lutter contre le SIDA ne pourra pas être investi dans l'éducation ou le traitement d'autres maladies. Cependant, les nombreuses mesures prises par le gouvernement pour un meilleur suivi des séropositifs grâce aux home based

care permettent aussi de dépister et traiter certaines maladies autres que le SIDA parmi la population rurale.

La prise en charge des sidéens nécessite aussi le recrutement d'un nombre important de médecins, ainsi que du personnel paramédical (conseillers) formé dans le milieu hospitalier et extra-hospitalier (Home Based Care). Ceci favorise le développement des métiers dans le domaine médical en créant de nouveaux emplois. Cet aspect économique permet à de nombreuses familles de vivre du SIDA.

Malgré les nombreux efforts déjà fournis, il reste encore beaucoup à accomplir. Dans les campagnes, surtout au Nord, les ONGs sont peu présentes et l'accès aux différents moyens de prise en charge est très limité. Finalement, les chances de survie à long terme d'un patient séropositif sont encore très différentes selon son lieu de domicile. Dans certaines provinces, aucune route n'est bétonnée. Celles-ci deviennent quasiment impraticables à la saison des pluies. Dans une situation pareille, on comprend bien que l'égalité des chances à la naissance n'est qu'un mythe.

Des fonds importants et de nombreuses ONG sont engagés dans la lutte contre le SIDA. Ces employeurs offrent aux médecins spécialisés dans le domaine du SIDA un salaire plus élevé que les médecins dans le domaine public. Ce qui aurait pu être un point positif soulève un nouveau problème : la motivation première des médecins n'est plus le patient mais l'aspect financier de ce genre de travail.

Beaucoup d'enfants deviennent orphelins dans leur jeune âge. La famille élargie, oncles, tantes et grands-parents doivent alors subvenir aux besoins financiers et psychologiques de ces enfants. Ces orphelins représentent aussi un coût pour l'économie du pays. Des orphelinats ont été construits pour les accueillir et des éducateurs sont nécessaires pour prendre en charge ces enfants bien différents des autres.

Dans la culture cambodgienne, le mariage est synonyme de fidélité éternelle. Les croyances ont un certain décalage avec les pratiques. Effectivement, le SIDA se transmet essentiellement chez des adultes mariés. Ceci devrait ouvrir les yeux de la population sur la réalité des relations sexuelles d'aujourd'hui. Les discours que nous avons entendus font encore preuve d'une grande naïveté à ce sujet.

En présentant la prévention contre le SIDA de façon plus ouverte, on apporte aussi une prévention et un contrôle contre toutes les autres maladies sexuellement transmissibles qui sévissent aussi beaucoup au sein de la population. On prodigue également à la population des enseignements concernant l'hygiène et la nutrition.

Pour parler d'une maladie sexuellement transmissible, les Cambodgiens ont dû surmonter les tabous qui entourent les relations intimes. Par contre, l'homosexualité reste un sujet sensible. Il est difficile d'en parler et la société préfère ignorer ce genre de pratiques plutôt que de trouver des moyens de sensibiliser ce groupe à risque.

Une meilleure insertion des séropositifs dans la société cambodgienne et dans la population active représente également un objectif important pour l'avenir. A ce jour, les centres d'accueil et départements hospitaliers pour

sidéens tentent d'aider les séropositifs à subvenir à leurs besoins en leur permettant de trouver un emploi qui leur corresponde.

6.12. La place du SIDA dans la culture cambodgienne:

6.12.1. Discrimination

Au sein de la société cambodgienne, les personnes HIV sont souvent mises à l'écart. Il arrive souvent que leurs familles les chassent de chez elles. Il est très mal vu de vivre avec une personne séropositive dans sa maison. Ainsi, la pression exercée par la société devient supérieure aux liens familiaux. On considère que les enfants nés avec le virus ne méritent même pas de vivre. Quand ils ne sont pas abandonnés à la naissance, ils sont négligés dans leur foyer. On ne leur permet pas de jouer avec les autres enfants et ils ne sont pas scolarisés. Un des défis pour les années à venir est l'intégration des enfants sidéens dans le système scolaire sans qu'ils soient mis à l'écart et sans qu'ils mettent en danger la santé des autres élèves. Encore une fois, ce souci est assez récent puisque auparavant, les enfants HIV n'atteignaient pas l'âge de scolarité.

Même parmi les prostituées, qui sont le groupe le plus touché par le VIH, 13% refuserait de s'occuper d'un membre de sa famille s'il était séropositif. Un tiers des travailleuses du sexe n'achèterait pas de légumes à un vendeur si elles le savaient atteint par le HIV. Ces chiffres sont assez inquiétants quand on pense que les travailleuses du sexe sont aussi le groupe à qui l'on donne le plus d'information à propos du virus.

Les commerçants sidéens voient leurs affaires péricliter par manque de fréquentation. Trouver un emploi en tant que sidéen est un calvaire. Ceci incite les séropositifs à devoir toujours se déplacer pour trouver du travail dans une région où leur état de santé est inconnu. Tous ces voyages participent à la propagation de la pandémie.

Tous les services du Continuum of Care assurent la confidentialité. Aucune information concernant le patient ne sera donnée contre sa volonté. Mais, selon le CoC, les conseillers devraient encourager les patients HIV à travailler positivement avec leur statut HIV. Ainsi, ils devraient considérer les rumeurs comme des opportunités de parler du SIDA. Dans l'idée du CoC, les patients HIV devraient mettre de côté leur peur d'être abandonnés pour faire de la prévention. Le sacrifice de sa réputation pour limiter la transmission du SIDA est certes un bel objectif mais clairement utopique. Perdre ses amis et sa source de revenus pour que quelques personnes portent des préservatifs n'est une décision facile à prendre.

Depuis peu, une nouvelle loi a été adoptée par le gouvernement pour condamner la discrimination envers les sidéens. Cette loi n'est pas vraiment appliquée. Peu de gens sont au courant de son existence et personne n'a encore été puni.

Dans différentes cliniques, un effort est fourni pour éviter l'isolation des patients HIV hospitalisés. Ils sont placés avec les autres patients dans le département de médecine. Mais les patients séropositifs ont quand même souvent des chambres qui leur sont réservées.

Dans la clinique des maladies chroniques de Takeo, MSF a engagé de nombreux sidéens pour travailler dans l'administration. Les conseillers sont eux aussi pour la plupart sidéens. Ceci est une bonne chose tant pour le conseiller que pour le patient. Pour le conseiller, avoir du travail lui donne un nouvel élan dans sa vie. Ceci permet de lui apporter une source de revenus et de déstigmatiser sa maladie. Il est motivant pour lui de participer à un programme destiné aux gens infectés comme lui. Pour le patient, il peut voir qu'il y a une vie possible avec le HIV. En plus, le conseiller est bien plus apte à comprendre ses inquiétudes. Il peut partager ses propres expériences et soutenir ainsi le patient.

Nous avons entendu dire que certaines cliniques privées refusent de traiter les patients HIV. Le soin de ces patients est considéré comme un travail dévalorisant et peut porter préjudice à la réputation de l'établissement. Même dans les hôpitaux publics, les infirmières ont tendance à négliger les sidéens. Selon elles, la séropositivité est la punition de comportements peu respectables. Elles préfèrent ne pas avoir de contact avec des gens comme eux.

Un autre point que nous avons constaté est qu'à l'hôpital les patients transportent eux-mêmes leurs dossiers sur lesquels il est inscrit en grand: « ARV commencé le jj mm aaaa ». Les autres patients peuvent donc facilement connaître la raison de la consultation. Nous avons discuté du problème de confidentialité avec un des employés. Selon lui, puisque la clinique n'est pas exclusivement réservée aux patients HIV, personne ne peut savoir quels sont les sidéens parmi les patients chroniques dans le hall d'attente. C'est pour cela que les personnes ne voulant pas dévoiler leur séropositivité sont conduites à la clinique des maladies chroniques alors que ceux qui craignent moins les répercussions sociales de leur statut HIV pourront bénéficier de l'aide des Home Based Care.

6.12.2. Mythes

De nombreuses légendes circulent concernant le HIV. Selon certains dires, les préservatifs contiendraient des virus du SIDA qui infecteraient leurs utilisateurs. Ceci serait une conspiration des Occidentaux afin d'éliminer le peuple cambodgien. Une autre croyance sur les préservatifs est qu'ils provoqueraient des infections utérines. Toutes ces fausses croyances vont à l'encontre des campagnes de prévention et rendent l'utilisation des préservatifs moins fréquente.

Dans les régions rurales, plus de la moitié des malades a encore recours à des guérisseurs traditionnels malgré un coût beaucoup plus élevé. Les aînés conseillent fréquemment à leurs enfants d'aller les consulter. Comme la croyance aux pouvoirs surnaturels est très répandue, les personnes attendent d'être sûres que la guérison par les potions de plantes n'aura pas lieu avant de

se rendre à l'hôpital. Même pour les patients HIV, il faudra qu'ils se sentent vraiment malades pour consulter.

Selon d'autres croyances, les hôpitaux seraient habités par des fantômes. Beaucoup de personnes ont peur de s'y rendre. Pour faire fuir les esprits, des croix sont peintes sur les portes.

La croyance en la fidélité absolue au sein d'un couple est ancrée dans une culture traditionaliste. Par exemple, il est difficile pour femme d'accepter qu'elle est porteuse du HIV étant donné que son mari lui est fidèle. Le choc de la nouvelle est amplifié. Le constat de l'infidélité peut provoquer encore plus de dégâts dans un foyer que la maladie elle-même.

Un peu comme dans notre propre société, le SIDA est souvent considéré comme la punition des péchés.

7. Les plans de NCHADS pour les années à venir

Dans sa lutte contre le SIDA, NCHADS s'est fixé cinq objectifs principaux :

- Sensibiliser et éduquer la population vis-à-vis du SIDA.
- Développer le programme "100% d'utilisation des préservatifs".
- Assurer l'accès de toute la population aux services de prévention: dépistage, conseil, prévention de la transmission mère-enfant, banque du sang fiable.
- Rendre le traitement, dans des conditions humaines, accessible à tous.
- Développer des programmes de recherche et renforcer les systèmes d'information concernant la santé.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire, dans les prochaines années, d'augmenter le nombre et la capacité de traitement des centres HIV. Récemment, grâce aux campagnes de présentation, le nombre de nouvelles contaminations par le HIV a diminué. Malgré cela, le nombre de patients dont l'immunité devient trop faible et qui requièrent un traitement augmente encore. Ceci reflète les nombreuses contaminations ayant eu lieu il y a quelques années.

Il est également très important de suivre de près les populations à risque comme les prostituées, et de dépister chez elles les MST.

Ces mesures sont prises afin d'allonger l'espérance de vie des sidéens. Depuis quelques années déjà, de nombreux programmes ont été établis dans ce sens. De grands progrès ont d'ores et déjà pu être remarqués, et NCHADS espère voir la situation évoluer encore dans ce sens dans les années à venir.

8. ONGs nationales et internationales que nous avons rencontrées exerçant des activités liées au SIDA

8.1 Partner in compassion

De nombreuses ONGs locales pour la plupart sont implantées dans la province de Takeo. Nous avons rencontré quelques difficultés à nous mettre en contact avec eux. En effet, peu de leurs employés parlent anglais ou français alors nous avons dû nous limiter à certaines d'entre elles. C'est ainsi que nous nous sommes rendues à Wat Opot pour rencontrer les responsables de Partner in Compassion (PC). Cette organisation oeuvre dans plusieurs domaines. Elle fait du Home Based Care dans toute la province de Takeo et comporte aussi un complexe d'accueil pour les sidéens. Celui-ci est tenu par deux infirmiers missionnaires américains, tous deux rescapés de la Guerre du Vietnam. Il est financé par des dons privés venant de pays européens et des Etats-Unis.

A l'origine, ce centre recevait des sidéens en fin de vie pour qu'ils puissent mourir dignement. Comme le nombre de décès s'élevait à plusieurs par jour, un crématoire avait été construit dans le complexe même. Maintenant avec l'apparition des ARV et les meilleures conditions de vie, le centre ne dénombre que quelques décès par an. Le centre a dû s'adapter pour répondre aux nouveaux besoins de ses occupants. Il accueille des orphelins sidéens ou dont les parents l'étaient et des personnes délaissées par leur famille suite à leur séropositivité. Certaines familles se recomposent au sein de cette communauté. Ainsi, on voit des femmes célibataires élever des orphelins. Les responsables tiennent à coeur la scolarisation de tous les enfants du centre et des villages avoisinants pour leur donner les meilleures chances. Les habitants ont une certaine autonomie, ils ont bâti certaines maisons pour leurs besoins : école, logement, atelier de tissage, cuisine.

Avec la longévité croissante de la vie des sidéens, le centre se trouve face à de nouveaux défis. Actuellement personne ne sait ce qu'il adviendra de cette organisation. Beaucoup de personnes étaient venues là dans l'optique de mourir, mais ils sont actuellement en bonne santé et doivent organiser une réinsertion dans la vie active. Cependant ce passage est très difficile pour certains, mentalement pas prêts à affronter le monde extérieur. Leur entourage et la société en général ne leur ouvrent pas les portes pour retrouver leur vie d'avant.

Wat Opot a été pour nous la découverte d'un havre de paix. Nous avons été très chaleureusement accueillies. Les rires des enfants arrivent à nous faire oublier un instant l'incertitude de leur avenir.



8.2 Maryknoll

A Phnom Penh, nous avons rencontré un deuxième centre dirigé par une petite ONG indépendante. Elle est nommée Maryknoll. L'hospice de Maryknoll est situé dans la périphérie de la capitale et comporte 7 chambres destinées à accueillir 14 patients sidéens. Les patients, contrairement à tout ce que nous avons pu voir dans le reste du pays, bénéficient d'une surveillance médicale jour et nuit. On y trouve également des aides-soignantes et des nettoyeurs. Dans tous les autres centres médicaux que nous avons visités, ces occupations étaient à la charge de la famille des patients. Grâce à la présence de ces employés supplémentaires, le bâtiment est ainsi propre et donc beaucoup plus attrayant, ce qui rend l'atmosphère plus positive que dans les autres centres médicaux. Toute cette infrastructure créée en 2001 est dirigée par un prêtre originaire des USA, Fr. Ed. Ce centre dépend de fonds privés et publics, offerts par d'autres ONGs.

En plus du centre, les fonds permettent également d'aider à payer l'éducation des enfants se trouvant dans le besoin à cause leur séropositivité ou celle de membres de leur famille.

Dans son centre, Fr. Ed nous a expliqué qu'il dispensait un type particulier de soins qui s'appelle TLC, qui correspond à l'abréviation de « Tender Loving Care » soit « des soins prodigués avec tendresse et amour ».

La prise en charge est complète et gratuite. Les patients sont tous sans famille ni ressource. Ils ont été sélectionnés parce qu'ils se trouvaient dans les situations les plus précaires parmi les nombreux patients des départements pour sidéens des hôpitaux de Phnom Penh.

Ce centre a également permis la réinsertion professionnelle de certains patients dont l'état de santé s'était amélioré. Le centre les forme et les emploie en tant qu'aides-soignants. Selon les responsables, la qualité du travail qu'ils fournissent semble d'ailleurs presque meilleure que celui de personnel externe.

Le prêtre a dû faire face à la réticence des habitants du quartier lorsqu'ils ont appris l'établissement d'un centre pour sidéens. En effet, les séropositifs sont très mal vus, ils ne parviennent pas à se faire une place dans la société et vivent souvent à l'écart.

Pendant notre visite du centre, nous avons constaté que la prévention de la transmission de la tuberculose est inadéquate. Nous avons vu des patients atteints de tuberculose multirésistante partager leur chambre avec d'autres patients immunodéprimés ne souffrant pas de cette maladie, et cela sans aucun moyen de protection. Le personnel soignant ne se protège pas non plus.

8.3. Center of Hope

Un des principaux hôpitaux de la capitale, « Center of Hope Hospital » a une annexe située dans un quartier pauvre de la ville, spécialisée dans le traitement du SIDA.

Ce centre est soutenu par une ONG américaine « Hope Worldwide ». Il fournit aux patients HIV des ARV depuis la fin de l'année 2002. De 2002 à 2005, seulement 33% des gens éligibles pour un traitement à ARV en bénéficiaient par manque de médicaments. Les patients qui recevaient le traitement étaient choisis après un procédé de randomisation, ce qui était selon la directrice le moyen le plus équitable de procéder. Aujourd'hui, le centre suit 1'400 patients dont 900 sont sous ARV. Avant de prescrire les ARV, il y a un protocole précis à suivre : le patient doit se présenter à 3 rendez-vous hebdomadaires et assister à des séances de conseil. Ces séances consistent en des discussions avec deux ou trois conseillers et des observateurs. Comme à Takeo, les soins et les traitements sont gratuits pour tous les patients. Nous avons remarqué que la notion de confidentialité y est un peu relative. En effet, les locaux peu isolés et le nombre de personnes présentes pendant les entretiens personnels rendent la discrétion difficile.

Le centre ne soigne pas encore les enfants, mais il fait de la prévention de la transmission mère-enfant pour les femmes enceintes. Le suivi de la grossesse se fait au centre même, puis la future mère est transférée au département anténatal de l'hôpital pour l'accouchement.

Une chose frappante est que tous les patients reçoivent un masque lorsqu'ils se présentent pour un rendez-vous au centre.

Le centre ne s'occupe pas des tuberculeux. Ces derniers sont référés à l'hôpital central qui possède un service de pneumologie.

L'établissement est très propre et de construction récente. Très peu d'actes médicaux y sont effectués, mise à part les prises de sang et les signes vitaux.

8.4. Hôpitaux de Kantha Bopha

Nous avons beaucoup entendu parler du pédiatre suisse Dr Beat Richner qui est à la direction de plusieurs hôpitaux au Cambodge et de la fondation « Hôpitaux Kantha Bopha ». Il travaille au Cambodge depuis de nombreuses années, et y a construit quatre hôpitaux pédiatriques dont deux à Phnom Penh et un à Siem Reap. Souvent critiqué ou considéré par d'autres comme un sauveur, nous avons voulu nous faire notre propre opinion de ce personnage. Pour cela, nous nous sommes présentées à son hôpital d'Angkor, Jayavarman VII. A notre arrivée, nous avons été conduites par la secrétaire personnelle du Dr. Richner qui fait l'intermédiaire entre les visiteurs et lui dans une salle sur-climatisée et décorée à l'effigie du médecin.

La première chose qui nous a frappées est l'architecture moderne de l'hôpital et la statue imposante du roi Jayavarman sur le toit. Rien à voir avec ce dont nous étions habituées jusque-là. Pour la première fois depuis le début de

notre travail, nous avons vu le personnel médical cambodgien travailler de façon active. En plus, le nombre de soignants est très élevé par rapport aux autres centres et hôpitaux que nous avons visités. L'hôpital comporte différents services chacun répartis dans des bungalows individuels tels que les soins intensifs, les urgences, la pneumologie, etc.



Entrée de l'hôpital Kantha Bopha à Siem Reap

Contrairement aux autres hôpitaux, à Jayavarman VII, la famille ne doit pas faire la toilette aux malades. En effet, il y a du personnel soignant spécialement employé à cet effet. Le lieu est très propre et l'hygiène égale celle des hôpitaux occidentaux. L'équipement médical est moderne et permet de soigner beaucoup de maladies différentes. Jayavarman VII est le premier et seul hôpital du Cambodge qui possède un CT-Scan et un laboratoire performant de haute technologie. Un autre service fait la fierté du Dr Richner, celui du don du sang. Il paraît que nombreux sont les touristes qui s'arrêtent donner de leur sang en chemin vers le site d'Angkor et ses temples.

Le Dr Beat Richner, aussi connu sous le nom d'artiste « Beatocello », est un violoncelliste réputé. Tous les samedis soirs, il se produit dans une des salles de conférence de l'hôpital d'Angkor. Lors de ces concerts, il prononce un discours sur la nécessité de récolter des fonds pour continuer à faire fonctionner ces hôpitaux. Apparemment beaucoup de touristes assistent à ces concerts.

Les importants fonds nécessaires au fonctionnement des hôpitaux proviennent de fonds privés (dont une grande partie sont récoltés en Suisse,

auprès de généreux mécènes), de multinationales helvétiques qui fournissent le matériel médical, de la confédération suisse et du gouvernement cambodgien.

Nous avons alors demandé à être mises en contact avec le Dr. Richner ou tout autre médecin capable de nous renseigner sur les soins apportés aux enfants sidéens dans cet établissement. On nous a alors répondu qu'aucune personne étrangère ne pouvait pénétrer dans les services ni s'entretenir avec un médecin de l'établissement sans y avoir été autorisé par le Dr. Richner en personne. Celui-ci était à ce moment trop occupé pour nous rencontrer. Avec un peu d'insistance, le Dr. Richner nous a accordé un entretien le surlendemain.

Dr Beat Richner nous a fait une visite guidée de Jayavarman VII. Sa politique est d'offrir des soins aux normes européennes. Pour les prodiguer, il emploie des médecins cambodgiens qui bénéficient d'un salaire honorable bien supérieur à celui des autres médecins du pays. Ceci est fait dans le but de dissuader le personnel de travailler en dehors de l'hôpital et d'éliminer au maximum la corruption. Dr Richner nous a expliqué que tous les enfants hospitalisés sont testés pour la tuberculose et le HIV (test p24).

Concernant notre sujet de stage, le HIV, il nous précise que ses hôpitaux n'offrent pas encore de traitements ARV mais qu'il y a un programme de prévention de la transmission de la transmission mère-enfant. Selon le Dr Richner, le SIDA est un domaine très subventionné par de nombreuses organisations et ceci peut attirer des gens mal intentionnés. Nous avons remarqué que le Dr Richner souhaite absolument se détacher des autres ONGs existantes, qu'il critique d'ailleurs ouvertement dans son livre.

Pendant notre visite guidée, Dr. Richner nous a tenu un discours très publicitaire. Il était réticent à répondre à nos questions, se sentant parfois attaqué personnellement à tort. Il ne répondait d'ailleurs pas vraiment aux questions mais donnait des phrases toutes faites de façon à nous faire adhérer à sa politique.

Nous avons été quelque peu surprises par la manière avec laquelle le Dr. Richner se positionne comme maître absolu de ses hôpitaux. Il en est le seul porte parole, décideur, dirigeant. Il se méfie de chaque personne étrangère qui pénètre son hôpital. Notre impression générale du personnage est assez mitigée mais nous admirons son travail auprès des enfants démunis cambodgiens. Il est également de notre avis qu'il est inacceptable de pratiquer une médecine de pauvres pour les pays pauvres mais nous n'acceptons pas son attitude face aux organisations internationales. Il se considère un peu comme le seul sauveur du Cambodge.

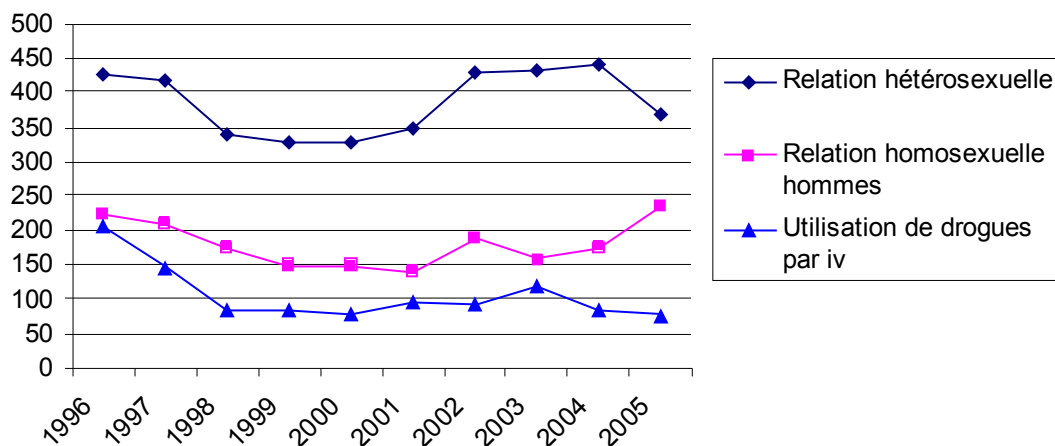
9. Comparaison avec le SIDA en Suisse

Le premier cas de SIDA en Suisse a été diagnostiqué en 1981 soit dix ans avant le premier cas de HIV au Cambodge. Le virus du HIV a sans doute commencé à se propager en Suisse dans les années 70. L'incidence des malades du SIDA a rapidement augmenté parmi les homosexuels et les personnes consommant de la drogue par voie intraveineuse. L'augmentation du

nombre des cas parmi les hétérosexuels n'a eu lieu qu'au milieu des années 80. Le maximum de nouveaux diagnostiqués a été atteint en 1991. 2144 personnes (soit près de 6 par jour) ont été diagnostiquées cette année-là.

Dans les années 90, le nombre de tests HIV déclarés a diminué, suite aux effets de la prévention. En 2002, le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 25%, peut-être que les gens s'étaient justement lassés des campagnes de prévention et avaient baissé leur vigilance. Cette nouvelle hausse touchait principalement des hommes suisses ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ainsi que des personnes hétérosexuelles provenant de pays à forte prévalence du HIV. La Suisse avait alors un taux de HIV/SIDA supérieur à la moyenne européenne. On estime que 22'000 personnes vivent aujourd'hui avec le HIV/SIDA en Suisse.

Diagnostic de HIV et les moyens d'infection en Suisse



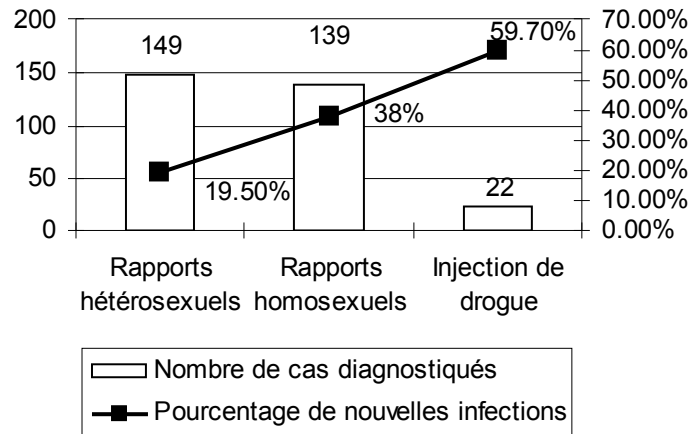
L'évolution de l'épidémie en Suisse est très différente de celle du Cambodge où les premiers cas se trouvaient chez les prostituées et leurs clients. Pourtant, on ne peut pas s'arrêter à des comparaisons autant strictes. En effet, aucun rapport ne nous a permis de connaître la prévalence du HIV chez les homosexuels cambodgiens. En effet, l'homosexualité est totalement occultée au Cambodge. Elle est considérée comme un vice si grand que les autorités préfèrent jouer la politique de l'autruche. Pour eux, il n'y a pas d'homosexuels dans leur pays.

Outre le nombre de personnes infectées, une autre différence que nous pouvons noter entre ces deux pays est le décours temporel. L'épidémie a été découverte bien plus tard au Cambodge. Peut-être que ce « retard » est uniquement dû à la pauvreté des moyens disponibles pour le dépistage au Cambodge.

Selon le dernier rapport de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le nombre de cas de HIV/SIDA en Suisse est en légère diminution cette année.

Mais cette diminution cache un phénomène important : la recrudescence du nombre d'infection parmi les homosexuels. En effet, le nombre de leurs tests positifs a augmenté de 34% en 2005. Cette tendance est aussi remarquée dans les autres pays d'Europe. La principale inquiétude est que beaucoup d'infections parmi ce groupe à risque sont d'origine récente (environ 40%). Peut-être

Tests positifs en Suisse pour le premier semestre 2006



que les homosexuels se font plus tester maintenant que des services de VCT (voluntary counselling and testing) leur sont destinés à Genève et à Zurich.

Par contre les infections chez les hétérosexuels montrent un recul important, même pour les personnes originaires de pays à forte prévalence du HIV. Parmi les personnes d'origine suisse, 51 ont été testées positives pendant le premier semestre 2006. Ceci est le plus bas taux enregistré. 56 personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont également été testées positives. Parmi les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, le recul est aussi ostensible, sans doute grâce aux programmes d'échange de seringues et de mise à disposition de lieux d'injection dans tout le pays. Il est important de noter qu'en Suisse, pendant le premier semestre 2006, aucune contamination par transfusion ni contamination verticale ne s'est produite.

Il est important de désigner les groupes à risque et de préparer des programmes de prévention qui leur sont spécifiquement destinés. Pour éviter les stigmatisations, les campagnes de prévention sont soigneusement préparées avec des personnes appartenant à ces groupes à risque. A l'heure actuelle, la prévention cible les hommes homosexuels, les travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que leurs clients, les émigrants et les personnes voyageant dans des régions endémiques et ayant des rapports sexuels non protégés.

En Suisse, on essaie de provoquer un mouvement de solidarité envers les personnes vivant avec le HIV. Dans un pays où la lutte contre la stigmatisation et la discrimination est une valeur fondamentale, l'attitude face aux séropositifs est assez détendue mais l'indifférence n'est pas égale à la solidarité. Sans rejeter ouvertement les patients HIV, beaucoup de Suisses ne se préoccupent pas de leur condition de vie. La stigmatisation a tout de même plus ou moins disparue grâce aux discussions ouvertes à propos de l'épidémie. Les campagnes de prévention sont extensives, parfois choquantes mais elles atteignent bien leurs buts. On peut dire que quasiment toute la population a entendu parler du SIDA.

La discrimination reste malgré tout un problème pour beaucoup de patients. Au niveau du travail, il existe encore des licenciements abusifs et des

difficultés à trouver un emploi. Il reste également impossible de conclure une assurance-vie et sans doute très difficile de changer de compagnie d'assurance.

Les thérapies antirétrovirales firent leur apparition en Suisse dès 1995. Le nombre de décès a fortement diminué depuis ce moment. Ainsi, l'année 1994 comptait 686 décès. Les ARV furent accessibles depuis 1997. Actuellement, on a atteint un plateau d'une centaine de décès par années.

La Suisse ne se concentre pas uniquement sur ses malades du SIDA. Elle est l'un des fondateurs du «Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria» (GFATM), qu'elle soutient également sur le plan financier. Parallèlement, la Suisse siège à ONUSIDA et elle est membre de la Banque mondiale, agence de financement des programmes contre le SIDA. Par la commission des droits de l'homme de l'ONU, elle protège les droits de sidéens (accès aux médicaments, protection contre la discrimination, etc.)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait des efforts énormes avec le ministère de la santé et les ONGs pour éradiquer le HIV/SIDA dans le monde. Son action est surtout ciblée sur la mise à disposition de fonds pour le développement de traitement, la recherche médicale, la mise en place de programmes ainsi que le renforcement des infrastructures déjà présentes.

10. Points de vue personnels et conclusion

Aileen :

Après un voyage quelque peu tourmenté, la mise en route de notre stage a été très différente de ce que j'en attendais. Au début un peu déçue d'être que spectatrice et pas affiliée à un service précis, on a ensuite pu en tirer avantage pour adapter notre stage à nos intérêts et nos envies. En effet, notre personne de contact à la Croix Rouge Suisse nous a présenté diverses personnes, puis il ne dépendait que de nous de faire les démarches nécessaires pour avancer dans notre stage et visiter des centres médicaux en dehors de l'hôpital de Takeo. Nous étions donc maîtresses de notre stage ce qui a été une motivation tout au long de notre séjour cambodgien.

Toutes les personnes que nous avons rencontrées ont été sympathiques et intéressées par notre travail. Les Cambodgiens m'ont laissé une impression très positive. Malgré la lourdeur de leur passé qui aurait pu les anéantir, ils croient en la vie et en attendent beaucoup. Les malades séropositifs et sidéens arrivent à faire face à de terribles souffrances autant physiques que mentales sans perdre de leur humanité. J'ai été impressionnée par leur courage et leur force d'esprit. C'est un exemple de courage pour tous.

Grâce à nos divers déplacements à travers le pays, nous avons pu observer et apprendre les systèmes médicaux tant au niveau provincial que général. Le HIV/SIDA est pris très au sérieux par le personnel médical ainsi que les politiciens. Nombreuses sont les personnes qui se battent contre ce fléau dans l'intérêt des malades. Les dispositifs déjà mis en place portent une note d'optimisme et reflètent les progrès faits en quelques années à peine. Presque

tous les patients HIV peuvent recevoir de l'aide à condition de la chercher et de montrer un intérêt en leur vie et leur avenir. D'accord, il reste énormément d'efforts à fournir pour éradiquer le HIV/SIDA mais les Cambodgiens m'ont montré qu'ils en étaient capables.

Deux aspects dans l'administration cambodgienne qui m'ont particulièrement étonnée et qui ont parfois été un frein dans nos recherches sont la paperasse et le sens de la hiérarchisation. En effet, les médecins passent une majorité de leur temps à remplir des feuilles et très peu de temps au final à faire des actes médicaux en tant que tels. Pour ce qui est de la hiérarchisation, il était souvent inévitable de passer par plusieurs intermédiaires avant d'atteindre la personne concernée.

Je terminerai en disant que ce stage d'immersion en communauté au Cambodge a été une expérience inoubliable en tous points de vue : médical, culturel, humain et j'ai découvert des personnes extraordinaires dont mes deux camarades. En résumé : expérience à renouveler !!!

Judith :

En ce qui me concerne, j'ai trouvé ce stage au Cambodge extrêmement enrichissant, malgré le fait que nos activités sur place consistaient presque uniquement en de l'observation. A cause de la barrière de langue, il nous était en effet très difficile de communiquer avec les patients. En plus de cela, le Sida est une maladie complexe touchant beaucoup la sphère privée. Nous avons appris à connaître plus largement la prise en charge de cette pathologie au fil des consultations.

Je suis très satisfaite d'avoir choisi d'étudier une pathologie dont les possibilités de traitement dans le tiers monde se sont à ce point métamorphosées ces dernières années. J'ai été beaucoup touchée par certains patients que nous avons rencontrés, particulièrement par les enfants nés séropositifs. Ces enfants ont été élevés dans la pensée que tôt ou tard ils décèderaient du SIDA. Grâce à la disponibilité des trithérapies, ils sont aujourd'hui en bonne santé. Ils doivent maintenant réapprendre à vivre et à se construire un avenir.

Le SIDA est l'objet de nombreux travaux de recherche dans tous les domaines qu'il renferme. Les trithérapies ont justement fait de grands progrès ces dernières années. Enormément d'argent et d'attention ciblent actuellement le recul du SIDA dans le monde. Les programmes de prise en charge des patients séropositifs sont très extensifs. Tous ces éléments nous ont livré une grande matière d'étude. Toutes les rencontres que nous avons faites ont été pour moi très intéressantes. Cela m'a permis de me faire une opinion sur des modèles de prise en charge très variés.

Cette pathologie était également intéressante à étudier car elle touche presque tous les groupes d'âges, les personnes les plus aisées comme les plus pauvres, les hommes comme les femmes.

J'ai été très impressionnée par les progrès qui ont été faits dans ce domaine au Cambodge dans ces dernières années.

J'ai eu beaucoup de plaisir à pouvoir faire ce stage à l'étranger dans des conditions très différentes de celles que nous avons pu observer jusqu'ici dans les hôpitaux suisses. Le Cambodge est un magnifique pays en plein

développement et reconstruction après ces nombreuses années de guerre, j'ai beaucoup eu de plaisir à le visiter et à rencontrer ses habitants. J'ai été toute particulièrement touchée par la volonté de ses habitants de rendre leur pays à nouveau aussi prestigieux qu'il l'était à l'époque de l'empire khmer.

Anne :

Tout voyage laisse une empreinte. Celui-là m'a peut-être encore plus apporté. Je me suis confrontée à un univers que je connaissais peu. Tout était à découvrir.

J'ai été impressionnée par la volonté des Cambodgiens pour que le SIDA ne soit plus le fléau qu'il est actuellement. Ils refusent de s'arrêter à leur condition de pays pauvre complètement envahi par la maladie. Bien sûr que l'aide internationale est nécessaire pour la lutte. Bien sûr que le virus n'a pas arrêté sa formidable course parce que des barrières tentent de le limiter. Pourtant, même si l'épidémie n'est pas contenue, j'ai été réjouie de voir les efforts que chacun a envie de fournir. Chaque action compte. La victoire sur un tel géant ne s'obtient que par un mouvement de masse. Mais la partie n'est pas encore gagnée.

Les chiffres concernant la situation du Cambodge donnent bon espoir. Ce pays se bat. La prévalence diminue, le nombre de personnes sous ARV ne cesse d'augmenter. Mais si l'on s'éloigne des chiffres et qu'on se concentre sur chaque personne, la souffrance demeure. Des milliers de Cambodgiens meurent encore à cause du SIDA. Alors, quand on se retrouve confrontée à la mort et qu'on ne peut rien faire à part attendre, on se demande pourquoi cela n'a pas pu être empêché. Je suis heureuse de savoir que beaucoup de gens n'ont pas été infectés grâce aux campagnes de prévention mises en place. Mais finalement, on ne pense pas à ces gens-là quand on voit les personnes souffrantes qui attendent à l'hôpital. On se sent tout simplement incapable, voir inutile.

Il y a des moments où vous êtes heureux de voir tout ce que les gens entreprennent pour améliorer l'état d'un pays. Il y a pourtant des instants de vie où vous vous trouvez face à vos limites. Parce qu'effectivement, nous ne sommes que des humains : trop faibles pour être invincibles, trop sensibles pour s'en moquer. Mais nous sommes assez humains justement pour vouloir faire quelque chose pour les autres.

Il y a des opportunités qui vous amènent au-delà de ce que vous êtes. Pour moi, ce voyage m'a fait franchir plus que les limites territoriales. J'ai été dérangée dans ma manière de concevoir les relations entre médecins et patients. J'ai été choquée dans ma sensibilité lorsque j'ai vu les patients dénutris du service de pneumologie. J'ai surtout été troublée par les regards échangés avec les personnes séropositives. Chaque regard en dit bien plus long que des mots. Il raconte une histoire. Il remercie, il souffre ou il espère. Dans ces moments-là, même les problèmes de langue n'existaient plus.

Il y a des rencontres qui vous marquent. Il y a des sourires qui vous perturbent. Il y a des regards qui vous émeuvent.

Il y a simplement des voyages qui s'inscrivent dans votre futur.

11. Remerciements

A l'hôpital de Takeo :

- L'équipe de MSF : Dr Françoise et Christopher ainsi que leurs traducteurs
- Le directeur : Dr Hem Sareth
- Le pédiatre
- Dr Thong, Dr Mhuny

A l'hôpital de Kirivong

A l'hôpital de Ang Roka

Aux employés du bureau de la SRC de Takeo

- Dr Rob Overtoom

A Wayne et Theresa de Wat Opot

Au Dr. Beat Richner de Kantha Bopha

Au Dr. Nicole Seguy de l'OMS

Aux collaborateurs de NCHADS

A la directrice de Center of Hope

A Father Ed de Maryknol

Au Dr. Chastonay

12. Références

- Medinews (newsletter éditée par Medicam pour les organisations de santé au Cambodge) parution num.2, février 2006.
- POPIN, réseau d'information sur les populations des Nations Unies
- Social consequences of antiretroviral therapy: preparing for the unexpected futures of HIV-positive children, Gretchen J. Domek, The Lancet, volume 365, 22 avril 2006
- Beat RICHNER, le médecin au violoncelle, éditions Favre
- Brochures publiées par l'OMS: What are the options ?
HIV and infant feeding counselling tools.
HIV transmission through breastfeeding.
Prevention of HIV in infants and young children.
- Lonely Planet, Cambodge 2006
- Behavioral Surveillance Survey, Cambodia 2003, Heng Sopheab, Guy Morineau, Pamina M.Gorbach, juin 2005

- A Case Study of the Continuum of Care for People Living with HIV/AIDS in Cambodia: Linkages and Strengthening in the Public Health System, William A.Wells, Ph.D., M.I.A, début 2006
- Comprehensive report on HIV/AIDS activities in Cambodia Quarter1 2006, Nicole Seguy, NCHADS
- Progress report for opportunistic infection (OI) and antiretroviral treatment (ART), Dr. Mean Chhi Vun, Mr. Mam Sovatha, Dr. Nicole Seguy, NCHADS, 30 septembre 2005
- Health Messenger, brochure destinée à la population cambodgienne, éditée en mars 2006 par NCHADS
- Sites internet de la Croix-Rouge suisse: www.redcross.ch

Informations sur le SIDA :

- www.stopaids.ch
- www.bag.admin.ch
- www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/aids
- www.aids.ch
- www.aidsfocus.ch
- www.unaids.org
- www.who.int
- www.ifrc.org
- www.ifrc.org/fr/what/health/hivaids/antistigma

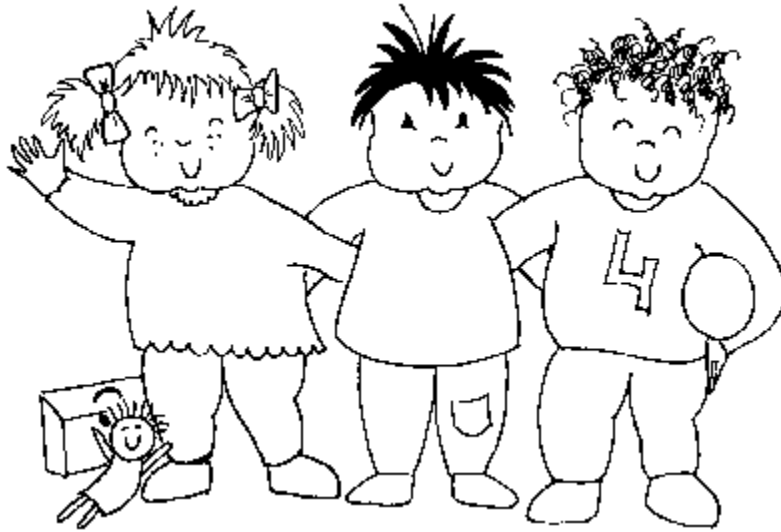
13. Annexe

13.1. Citations utilisées dans les campagnes de prévention de la transmission verticale, entre la mère et l'enfant.

« Si maman et papa deviennent infectés, que va-t-il m'arriver à moi, leur enfant ? »

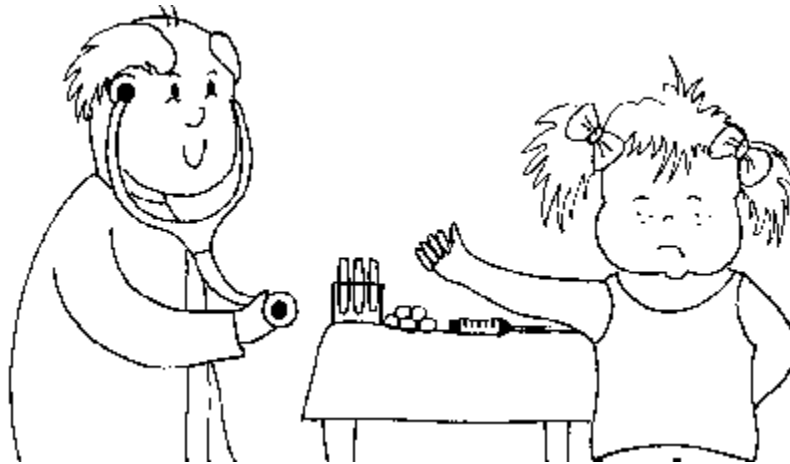
« Ces yeux viennent de mon père, ce nez de ma mère. Qu'en est-il du HIV ? »

13.2. Story of the little dragons : histoire utilisée à Takeo pour expliquer le HIV/SIDA aux enfants.



Phally and the little dragons

Phally is six years old. She is a happy girl and she has many friends. Since a little while she is going to school.

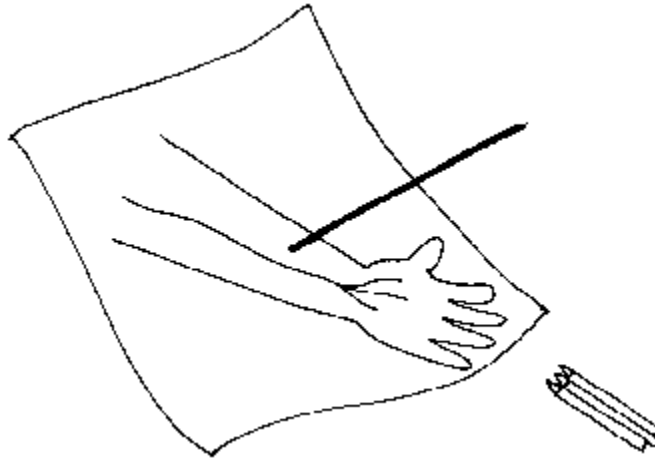


Today Phally is not going to school. She has to go to the hospital.

The nurse takes some blood out of her arm. Aw, does that hurt! In a little tube the nurse takes away the blood.

"Counsellor, why do you need to take my blood? I don't feel sick? "

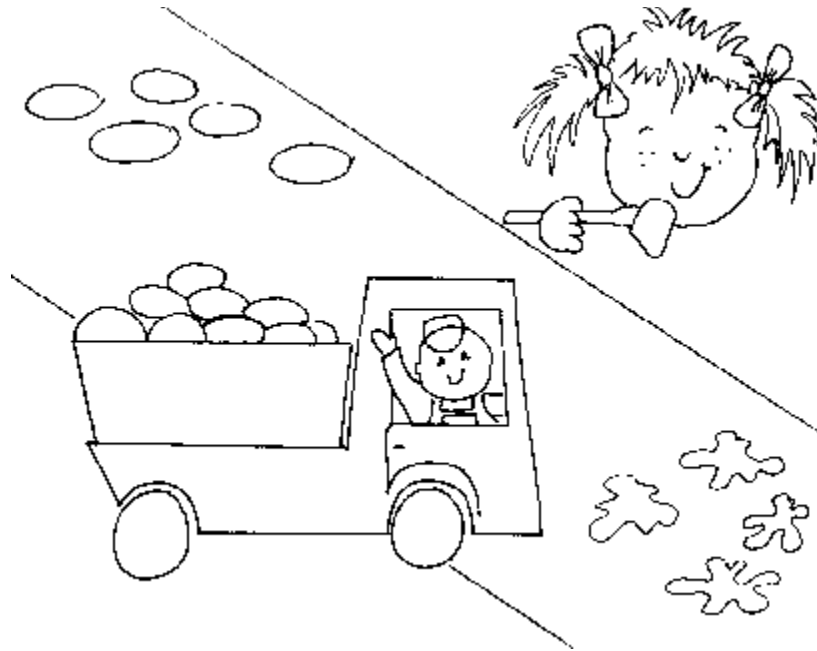
Counsellor Vann is nice. He likes to explain everything to her.



Phally can sit with the counsellor at his desk. He takes a large sheet of paper and markers.

"Look at the inside of your arm ," He says. "You see this blue line?"
"Yes, it's like a road which runs up from my hand " chuckles Phally.
"Right. This road I will draw on this sheet in big."

Scratch – scratch. A big blue line over the whole sheet.



"This road they call a vein. Your blood runs through this. Like this you have in your body veins. Blood is very important, did you know this?"

Phally knows this a little bit, but why that is...?

"Blood is not just red water, you know. Look here we have red blood cells. They are just like trucks, who bring building bricks to all places in your body, so you can grow."

"Building bricks?" asks Phally surprised. "where do they get those from?"

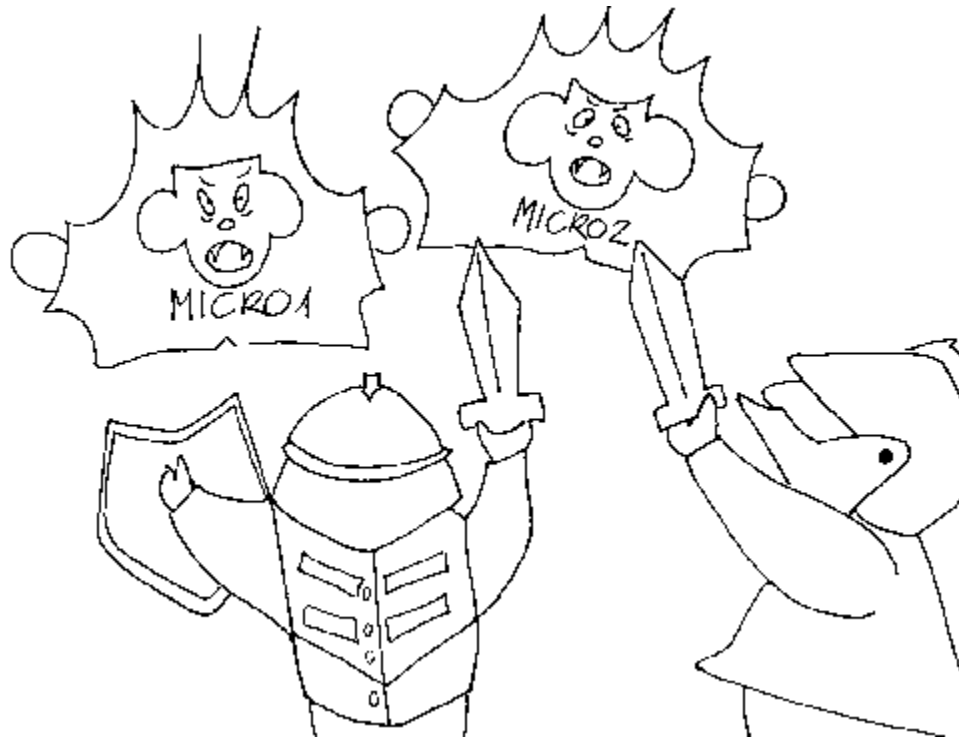
Counsellor Vann is laughing.

"What does your mother say when she has prepared food? To grow well you have to..."

"... eat well!" screams Phally.

"Right. The rice, noodles and everything that you eat, those are the building bricks for your body. And also the air that you breathe."

This Phally doesn't understand very well, but if the counsellor says so, it must be true.



"What are those ?" asks Phally, while counsellor Vann draws little men on the vein-road. They look like soldiers with swords and helmets.

"Those are the white blood cells. As brave soldiers they defend your body against enemies. "

"But I don't have enemies! I have a lot of friends !"

"Off course silly girl. I don't mean men - enemies. The enemies your soldiers fight against are little beasts, we call them microbes. They enter your body and make you ill. Because of the little beasts you can get a flu or a lung infection."

"Do my soldiers kill the little beasts then ?"

"Yes that is their job."

"And if they don't succeed ? If the little beasts are stronger or many more than the soldiers ?"

"Then the doctor knows what to do !"

Phally looks at counsellor Vann with eyes full of questions.

"Then you get medicine. They help your soldiers to fight the enemies. "

Phally nods. So that is why she had to take the yukky sirop a little while ago !



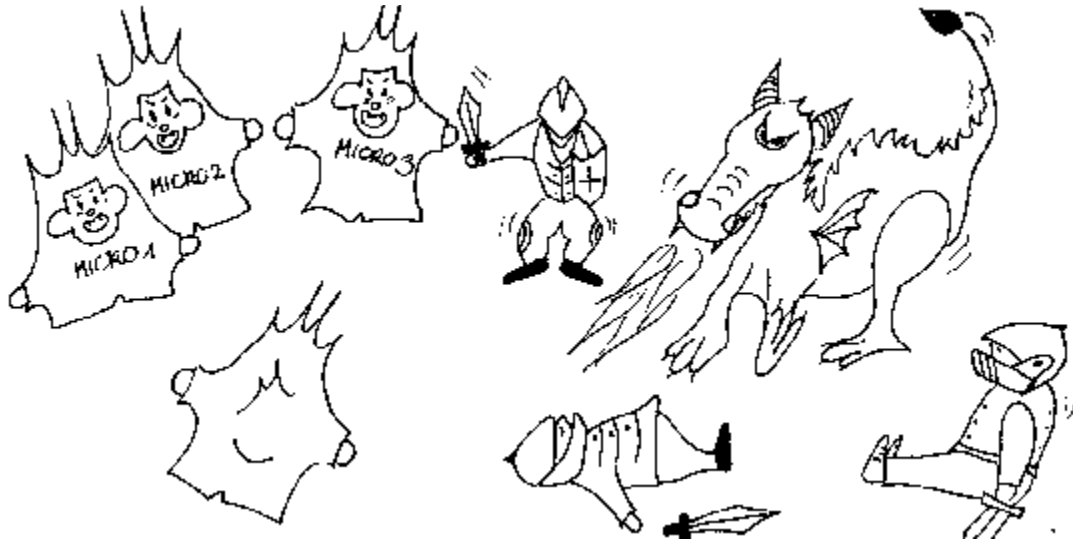
Counsellor Vann takes a green marker. What is he drawing now on the vein-road? A dragon! And another one...and another one... A few dragons are walking between the red and white blood cells. Phally asks the counsellor.

"Dragons in my blood ?" She gets goosebumps when she thinks about this ! Yuk...

"Yes Phally you have little dragons in your blood."

"But I don` t feel anything ?"

"No you don` t feel anything. The dragons are just swimming in your blood. They leave you alone most of the time. But every once and a while they become very bad.

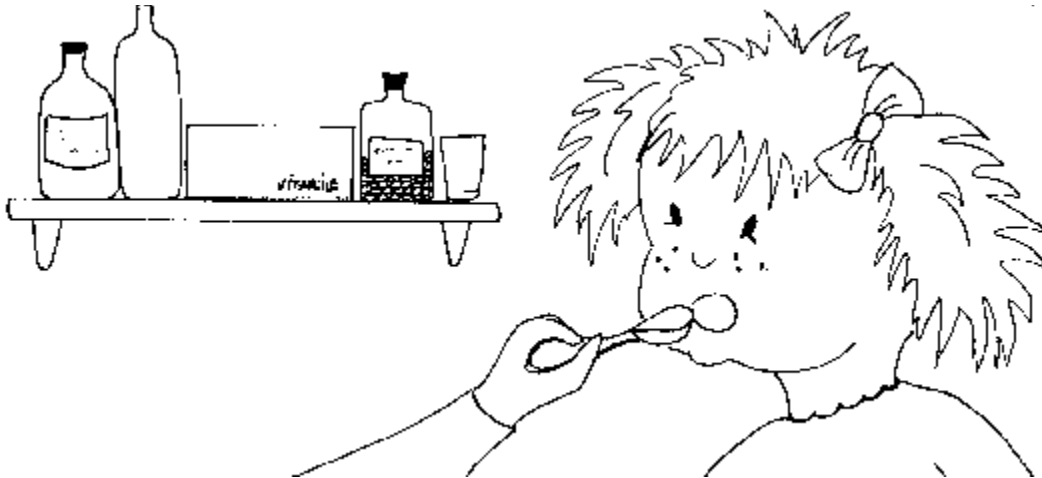


"What do the little dragons do in my blood when they become bad ?
" asks Phally.

"They fight against the soldiers. This way the soldiers become tired,
very tired or they even die. And then they are too tired and too
weak, or they are not enough to hold back the enemies and then
you get ill."

"And then I have to take medicine ..." sighs Phally.

"Right."



"Do you understand a little bit ?"

Counsellor Vann looks seriously at Phally.

"A little bit. But do all children have little dragons in their blood ?"

"No Phally. Only you and some other children I know. And also some grown-ups. When your dragons get stronger than the soldiers, you get AIDS. That is short for a very difficult English name which means that your body can not win any fights with the disease-enemies by itself. That is why you need a lot of medicine then. And those little dragons make you very tired, because they always want to be the boss in your body. "

"Is there no sirop that can kill the little dragons or chase them away ?" wonders Phally.

"No, little girl, untill now that does not exist. But over the whole world there are very educated people who are searching for something against AIDS. "

"Okay," nods Phally and she jumps out of her chair.



"But tell me counsellor, why do you need to take my blood every month?"

"O yes, that. That is to look in your blood if you still have enough soldiers and if they are strong enough to defend you. And to see if your little dragons are still sleeping."

"Yes, no I get it. Thank you for your explanation counsellor!"



In the afternoon Phally has to go to bed. She is very tired since the morning in the hospital. Actually she doesn't want to sleep. She wants to play with the other children !

Mum brings her to bed anyway.

"If you do not sleep and get too tired, little Phally, then your soldiers will get tired also, you know that, and what happens then?"

"Then...um...get the little dragons in my blood stronger than the soldiers and I become ill. Mum I am so angry with the little dragons! I don't want them in my body! cries Phally.

"I am angry too, sweetie," answers mum quietly and she kisses away a tear. "And that is why we will make it very difficult for the little dragons, okay ?"

"But how ?"

"By eating well, taking your medicine in time and go to bed early. Can we do this ?"



Phally doesn't like it, but she knows that her mother is right. "okay mum !"



The next day she shows her friends the band-aid she got in the hospital and tells them all about soldiers and dragons.

