Immersion en Communauté 2012

Rapport de stage

PRISE EN CHARGE DES MALADIES INFECTIEUSES A HO CHI MINH–VILLE VIETNAM

Larissa Vorms **Céline Ferraz**

Axel Jaikin **Eloïse Magnenat**

TABLES DES MATIERES

1) INTRODUCTION

2) MOTIVATION DE DEPART ET VISION DU PAYS

3) HISTOIRE, GEOGRAPHIE ET POLITIQUE DU VIETNAM

4) COMPTE RENDU DU STAGE

5) IMPRESSIONS SUR LE STAGE

6) MALADIES INFECTIEUSES AU VIETNAM

- A) Pied–main–bouche
- B) Méningite
- C) Encéphalite
- D) Tétanos
- E) Paludisme
- F) Fièvre Dengue & Fièvre Dengue Hémorragique
- G) Lymphohistiocytose Hémophagocytique
- H) Hépatite (virale)
- I) HIV

7) SYSTEME DE SANTE VIETNAMIEN

- A) Généralités
- B) Organisation
- C) Hôpitaux visités
- D) Assurances, Financement, Privé & Public
- E) Études de médecine et Cursus médical
- F) Métier de médecin
- G) Programmes gouvernementaux : Prévention, Vaccination
- H) Hygiène médical et Maladies Nosocomiales

I) Consultation, Relation Médecin–patient, Education Thérapeutique

J) Place de la Famille & Entourage, Aspects Culturels

K) Médecine traditionnelle

L) Manques et Améliorations

8) CONCLUSION ET POINTS FORTS DU STAGE

9) REMERCIEMENTS

10) ANNEXES

11) BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Notre aventure communautaire a débuté ici même à Genève et s'est achevée dans l'incroyable Hô Chi Minh-Ville, ancienne Saigon, au sud du Vietnam. Durant les quelques mois qui ont précédé notre départ, comme la plupart des autres groupes, nous avons pris connaissance des divers projets qui avaient été réalisés auparavant à l'étranger.

Notre projet initial devait se dérouler au Pérou dans la petite ville de Tarma. En effet, nous avions pris contact avec un organisme genevois dénommé Médibus, fondé par deux médecins genevois. Cette organisation était sur le point de créer un centre de santé dans un quartier défavorisé de cette ville péruvienne et aurait aimé que nous puissions faire une enquête sur les besoins de santé de la population. Après quelques semaines d'attente nous avons eu l'agréable surprise d'être sélectionnés parmi les groupes ayant pris contact avec cet organisme. Nous avons pu rencontrer les médecins qui s'occupent des projets de Médibus et nous avons également pris contact avec les personnes sur place à Tarma pour compléter le projet avec d'autres activités (de prévention, d'hygiène,...). Malheureusement, suite à des tensions dans le pays qui auraient pu interférer avec le bon déroulement de notre stage, nous avons du chercher, en avril dernier, un autre projet.

Nous nous rapprochions donc dangereusement de la date de départ prévue par le calendrier et nous retrouvions sans projet. Notre but était réellement de partir à l'étranger pour voir un système de santé différent du notre afin d'acquérir une expérience nouvelle. Par conséquent nous avons pris contact avec Madame Vu, Professeure ordinaire et directrice de l'UDREM, ici à la Faculté de médecine de Genève en espérant qu'elle pourrait nous aider à monter un tout nouveau projet au Vietnam. Notre destination avait donc changé du tout au tout, nous étions en train de nous diriger vers l'autre bout de la Terre ! Avec l'aide précieuse de Mme Vu, nous avons pu entrer en contact avec le Vice-recteur de l'Université de médecine et pharmacie de Hô Chi Minh-Ville, le professeur Do Van Dung, et sa secrétaire, Mme Hoang. Ce sont eux qui ont permis à notre stage de voir le jour.

Nous désirions concentrer notre projet sur deux grandes lignes directrices. D'une part à un niveau général, nous voulions tenter de comprendre le fonctionnement du système de santé vietnamien et le comparer à notre système suisse. Nous avions également discuté avec Mme Vu et le professeur Dung d'une épidémie de Pied-main-bouche, une maladie virale touchant les enfants au Vietnam, et pensions qu'il serait intéressant de se centrer là-dessus. Le professeur Dung nous a donc ouvert les portes d'un hôpital de pédiatrie et d'un hôpital d'infectiologie. Comme nous tenions à respecter la dimension communautaire de ce projet nous avons demandé au Professeur Dung s'il nous serait possible d'effectuer une dernière semaine de stage dans une association ou une autre structure de santé, pour ne pas visiter uniquement des grands hôpitaux.

Finalement, arrivés sur place, nous nous sommes concentrés sur le système de santé vietnamien, et en particulier la prise en charge de nombreuses maladies infectieuses dans différents

cadres, c'est-à-dire à un niveau pédiatrique puis adulte mais aussi dans différents types d'hôpitaux allant de l'hôpital de référence pour tout le sud Vietnam jusqu'à l'hôpital de district. Enfin, parallèlement à ces grands axes, nous nous avons eu la possibilité d'aller observer d'autres domaines de la médecine (la médecine traditionnelle, la chirurgie, les maladies cardiaques, en fonction des contacts que nous faisions sur place) pour notre culture et notre apprentissage personnel !

MOTIVATIONS DE DEPART ET VISION DU PAYS

« Dès que j'ai eu connaissance de cette opportunité de stage d'Immersion en Médecine Communautaire j'ai su que je voulais partir loin de Genève pour aller découvrir une autre pratique de la médecine, d'autres problèmes, d'autres gens.

Après avoir constitué un groupe basé sur l'amitié et la même vision du stage et du voyage (nous voulions idéalement être utiles, avoir un projet précis auprès d'une association ou d'une structure locale basée sur les vrais besoins de la population, avec laquelle nous pourrions collaborer un moment tout en sachant que le projet continuerait après notre départ), nous avons trouvé un projet au Pérou. Quand celui-ci n'a pas fonctionné, au printemps 2012, nous avons cherché – assez frénétiquement – un autre pays et un autre projet. Le Vietnam est apparu comme destination possible, et, nous étant préparés à partir en Amérique du Sud, à parler espagnol, nous étions maintenant devant un pays, une culture, des problématiques complètement différents.

Le Vietnam, pour moi, c'était une image floue de rizières et de femmes à chapeaux coniques, les romans de Marguerite Duras et d'une auteure vietnamienne censurée dans son propre pays, Duong Thu Huong, un passé de guerres longues et meurtrières cristallisé dans cette image de fillette brûlée au Napalm qui a fait le tour du monde, mais pas grand chose de plus. J'y ai découvert un pays complexe formé de paysages et d'ethnies très divers, une culture millénaire et, après la guerre et le communisme, un pays qui renaît et se développe à toute vitesse. Un pays tiraillé donc entre tradition et modernité, entre politique socialiste et économie de marché, et qui tente de garder son identité tout en rattrapant son « retard » sur les autres pays du Sud-Est asiatique. En bref, un pays magnifique et un peuple d'une gentillesse rarement égalée. »

Eloïse Magnenat

« Je ne connaissais du Vietnam que les grandes lignes des horreurs médiatisées de la guerre ainsi que la beauté renommée de la baie d'Along. Il me tardait cependant de découvrir cette culture et d'observer un système de santé différent de celui que nous connaissons et dans lequel nous vivons. Cette immersion en communauté est donc pour moi une chance immense qui permet d'allier la richesse qu'offre la découverte d'une terre inconnue avec l'intérêt propre d'un monde médical nouveau.

Hô-Chi-Minh-Ville ville nous accueille avec ses Klaxons permanents et ses rues pleines de vie : en effet, c'est la densité incroyable de population qui contraste le plus avec le calme des rues de Genève. Il me hâte alors de répondre à cette question : comment donc peut-on organiser des soins pour une telle ville, et à fortiori un tel pays ? »

Larissa Vorms

"Je ressentais un réel désir de pouvoir faire cette immersion en communauté à l'étranger. Il était exclu pour moi de rester à Genève alors qu'on nous donnait l'opportunité de pouvoir découvrir un nouveau pays avec sa propre culture, des paysages uniques et un système de santé différent du nôtre. Je ne savais, avant de partir, que très peu du Vietnam : mise à part les connaissances que j'avais de son histoire mouvementée par les nombreuses guerres endurées, ce pays m'était étranger. Je me réjouissais donc de partir à sa découverte.

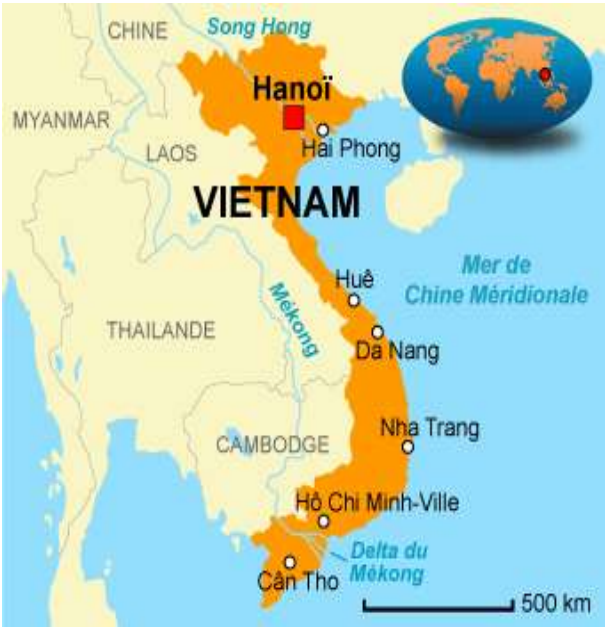
J'espérais que grâce à ce stage, je pourrais partager de belles expériences et de beaux souvenirs avec les patients que nous allions rencontrer malgré la barrière non négligeable qui nous séparait, celle de la langue."

Céline Ferraz

« Tout a été extrêmement rapide, en effet, une semaine après avoir terminé nos examens nous prenions l'avion direction l'autre bout de la planète : Hô Chi Minh-Ville. Je savais que je n'arrivais pas encore à réaliser ce qui nous attendait et pourtant c'était là. Un ensemble d'éléments m'ont fait atterrir rapidement : l'arrivée dans un pays tropical avec un taux d'humidité et une température atteignant des sommets, une ville surpeuplée, des scooters à perte de vue ne nous laissant que périlleusement traverser les rues, des odeurs nouvelles, des personnes inconnues. Le fait que notre projet au Vietnam soit nouveau et non un projet repris d'années précédentes, m' a permis de découvrir vraiment pas-à-pas le système de santé vietnamien, ses spécificités, ses carences et ses bonnes surprises. Il s'agit d'une aventure extraordinairement riche à plusieurs niveaux, tout d'abord professionnel, mais aussi social, humain et personnel. »

Axel Jaikin

HISTOIRE, GEOGRAPHIE ET POLITIQUE DU VIETNAM



http://www.1clic1planet.com/vietnam.htm

Pays du sud-est asiatique, le Vietnam fait frontière avec le Cambodge, le Laos et la Chine. Il est bordé par le golfe de la Thaïlande et celui du Tonkin et est situé à l'ouest de la Mer de Chine. Les vietnamiens voient dans sa forme de S l'image d'un dragon (symbole du pays) ou d'une tige de bambou portant un panier de riz à chacune de ses extrémités. Belle comparaison quand on considère que les deux principales régions de rizières se trouvent au nord au niveau du fleuve Rouge et dans le delta du Mékong au sud.

De façon générale, on y distingue deux saisons, l'une sèche et l'autre humide avec de nombreuses précipitations. Il peut tout de même y avoir de grandes différences de climat entre les régions montagneuses (du nord et du centre) et les régions côtières.

Le Vietnam compte plus de 91 millions d'habitants. La population est plutôt jeune, 25% ont moins de quinze ans. Elle est également très diversifiée, composée de près de 75 ethnies dont les Viêt, les Muons et les Khmer. Le bouddhisme Mahayana est la religion la plus répandue au Vietnam, suivie du catholicisme, à la suite du missionnariat français.

HISTOIRE

Le Vietnam aurait été fondé, selon les historiens vietnamiens, en 2877 avant J.C. sur le territoire de l'actuelle Chine, dans la région de Canton, mais cette hypothèse est largement controversée. Le territoire de l'actuel Vietnam est successivement occupé par des multiples ethnies (viet, champa, khmer), et dès le deuxième siècle après J.C., la région subit l'occupation chinoise, ce qui pousse le Vietnam à lutter très tôt pour son indépendance contre la grande puissance asiatique. Pour ce faire, les paysans s'acquittent, en parallèle de leurs devoirs agricoles, d'une formation militaire permettant ainsi de devenir soldat en temps voulu. La domination chinoise – entrecoupée de brèves périodes d'indépendance – durera jusqu'au 11ème siècle et explique l'influence chinoise qui marque le Vietnam notamment dans les domaines politiques (les dynasties d'empereurs qui se succéderont ensuite et leur cour seront empruntés au système chinois) et culturels (la langue, les idéogrammes dérivés du chinois, les concours que doivent passer les jeunes lettrés,…).

Les dynasties se succèdent donc au "Vietnam" dont les frontières, les capitales et les religions d'état changent en fonction des divers royaumes. Au 19ème siècle, lors de l'arrivée des français (les

missionnaires et les commerçants arrivent dès le début du siècle), la dynastie des Nguyen est au pouvoir et le pays est enfin unifié. L'infanterie militaire française arrive en Cochinchine (Vietnam du sud) en 1858, dans l'espoir d'enrichir leur nation pour concurrencer la puissance anglaise. C'est le début de la colonisation française aboutissant à la création de l'Union Indochinoise en 1887, qui regroupe les territoires du Vietnam actuel, le Laos, le Cambodge et le Kouang-Tchéou-Wan (dans la Chine actuelle).

Influence Française: seules les rues nommées d'après des scientifiques ou des médecins ont gardé leur nom après l'indépendance

L'administration française prélève entre autres les impôts, l'opium et le sel, ce qui lui assure un bon profit économique. Cette occupation dure jusqu'en 1940 et prend fin avec l'invasion par l'empire du Japon lors de la deuxième guerre mondiale. Moins d'une année après, Hô-Chi-Minh fonde le Viêt-Minh, une ligue pour l'indépendance du Vietnam. Ce mouvement est anti-français et anti-japonais, il agira également pour la lutte nationaliste durant la guerre d'Indochine. Finalement, la République Démocratique du Vietnam devient indépendante en 1945, présidée par Hô-Chi-Minh.

Malgré la déclaration d'indépendance, les français rechignent à abandonner la main-mise sur ce territoire asiatique, menant ainsi à la guerre d'Indochine. En 1946, les français déclenchent la bataille d'Haiphong, port au nord du pays convoité par les deux forces en présence. Ce combat sanglant marque la reprise des hostilités entre les adversaires. En réponse aux forces françaises, le Viêt-Minh forme l'armée populaire vietnamienne constituée de troupes locales qui se forment et se dispersent selon les circonstances. Cette armée a une faiblesse matérielle manifeste mais elle est très mobile et peut ainsi semer facilement l'ennemi. En 1949, l'administration française décide de créer l'état du Viet Nam du Sud, doté d'une armée nationale militaire.

Malgré le soutien matériel et financier des américains dont la présence au Vietnam augmente de plus en plus, les français sont envahis par les troupes du Viêt-Minh, surtout à Dien Bien Phu, en 1954. Ils accusent alors la défaite et la guerre d'Indochine prend fin en cette même année avec les accords de Genève: l'Indochine n'existe plus et le pays est séparé en deux. Désormais, la République

Démocratique du Viet Nam, avec Hô-Chi-Minh en tête, gouverne le nord des terres alors que la république nationaliste du Vietnam, soutenue par les américains et présidée par Ngo Dinh Diem, prend forme au sud. Cette répartition, très peu avantageuse pour le nord du Vietnam, devait être une solution provisoire en attendant le référendum mais Ngo Dinh Diem a truqué les votations pour maintenir son pouvoir au lieu de son concurrent Bao Dai. En réaction se forme le Viêt-Cong, un front national pour la libération du Sud-Vietnam: à peine sorti d'une guerre meurtrière, la résistance vietnamienne se remet déjà en place.

En 1956, à peine deux années plus tard, les premiers militaires américains arrivent officiellement pour soutenir les sud-vietnamiens dans la lutte anticommuniste. En 1962, Ngo Dinh Diem parvient à trouver des accords d'entente avec le président Kennedy mais une année plus tard le président du sud du Vietnam subit un coup d'état par son frère, qui prend le pouvoir. Malgré cela, Kennedy prévoit de diminuer la présence américaine au Vietnam, ce qui n'aura jamais lieu puisque le président est assassiné avant de pouvoir mettre en place ces mesures. C'est le président Johnson qui succède au défunt: il choisit de maintenir la présence américaine et de déclarer la guerre au nord du pays qui représente une menace pour l'idéologie capitaliste: c'est ainsi que vingt ans après la guerre d'Indochine se met en place la guerre du Vietnam.

En 1965, le nord-Vietnam est dévasté par les nombreux raids aériens et découvre avec effarement l'effet drastique du napalm tandis que Johnson tente en parallèle d'anéantir toute manœuvre de rébellion dans le sud du pays. Les années passent et le conflit perdure: les horreurs de la guerre fatiguent également les soldats américains et le peuple qui subit les atrocités sur-médiatisées des combats. Celui-ci comprend de moins en moins les motifs de la bataille et chaque jour plus de personnes affichent leur opposition de manière ouverte et radicale. Ainsi, en 1969, le président Nixon

fraîchement élu met au point une politique de "désengagement de la guerre": le but est de se retirer en douceur du territoire asiatique en aidant la République du Vietnam à se défendre de manière autonome.

Malgré ses projets, en 1972, la République démocratique du Vietnam lance une offensive contre le sud du pays. Celui-ci, qui reçoit toujours une aide américaine, veut forcer le nord à négocier: la guerre devient plus que jamais chimique, et le pays est détruit par le napalm et les exfoliants, dont le terrible agent orange (ou dioxine). Finalement, en 1973 sont signés les accords de paix de Paris, réunissant le nord-Vietnam, le sud-Vietnam, le Viêt-Cong et les Etats-Unis. Cette négociation officialise la retraite des troupes américaines.

Cependant, deux ans plus tard, les nordistes soutenus par l'URSS et la Chine relancent une offensive au sud déjà affaibli par une aide américaine de plus en plus discrète. Saigon finit par tomber en 1975 aux mains des communistes qui la rebaptisent Hô Chi Minh-Ville. Le Vietnam s'unifie sous le nom de République Socialiste du Vietnam, gouverné par un parti communiste unique, et dont la capitale est Hanoi. Cette reconstruction se caractérise aussi par une restriction économique doublée d'une dictature stricte qui laisse peu de place à la liberté d'opinion. En conséquence, les opposants sud-vietnamiens cherchent l'exil en masse, souvent par voie maritime, et deviennent les "boat people".

Au final, le pays compte des milliers de pertes humaines, mais aussi un grand gouffre financier et matériel. En réaction à l'exode massif, de nombreux intellectuels ont pris la fuite pour ne laisser la place qu'aux personnages qui affichent des idées pro-gouvernementales. Du côté américains, le choc psychologique est violent et le peuple a une confiance fragilisée dans les instances de guerre gouvernementales.

Propagande politique: L'Oncle Hô ("Bâc Hô") toujours omniprésent dans les rues d' Hô Chi Minh-Ville

Par la suite, le Vietnam n'a cessé de lutter pour sortir de ces décennies d'enfer. Pour cela, le pays s'est engagé dans une véritable révolution économique. Dans les années 80, le pays s'est orienté vers une économie « socialiste de marché », qui autorise les entreprises privées malgré la main-mise économique de l'Etat. L'économie vietnamienne s'est encore libéralisée par la suite, ce qui a fait croître le PIB de façon exponentielle (la croissance du PIB était de 4,7% en 2001 et de 6,8% en 2010).

Le Vietnam est aujourd'hui le troisième exportateur de riz mondial, avec comme partenaires économiques principaux les USA, le Japon et la Chine. De plus, le secteur agricole emploie une partie

considérable de la population mais c'est l'industrie du textile et l'industrie alimentaire qui sont les principaux responsables de la croissance économique vietnamienne. Le Vietnam est aujourd'hui le treizième plus grand producteur de pétrole d'Asie du sud-est.

Sur le plan politique, le pays compte désormais un Secrétaire général du Parti, un Président, *Truong Tan Sang*, et un Premier Ministre. Bien que le pays soit officiellement une "république socialiste", le parti communiste contrôle toute la politique du pays et "l'oncle Hô" est encore adulé, mais les souscriptions aux "jeunesses communistes" diminuent et la jeune génération s'intéresse beaucoup moins à la politique qu'à rattraper le retard économique pris sur la Thaïlande, souvent citée comme exemple de développement. Le pays est toujours classé comme 172ème sur 179 par Reporters sans Frontière sur le plan de la liberté de la presse et des médias, et de nombreuses personnalités vietnamiennes prônant la démocratie ou critiquant le système politique en place sont encore en prison.

COMPTE RENDU DU STAGE

Entrée de l'hôpital pédiatrique numéro 1

Pendant les quatre semaines de stage que nous avons effectuées à Hô Chi Minh-Ville nous avons tenté d'acquérir une vision large du système de santé, en visitant de grands hôpitaux de référence et de petits hôpitaux de district, tâchant de rencontrer des médecins, des infirmières, des étudiants et des professeurs.

Nous avons tout d'abord effectué deux semaines de stage à l'hôpital Pédiatrique numéro 1 d'Hô Chi Minh-Ville (Children Hospital N° 1,ou *Nhi Dong Benh* 1), situé dans le district 10. Cet hôpital est l'un des deux hôpitaux pédiatriques de référence (voir rubrique "organisation du système de santé) pour tout le sud et centre du Vietnam situés à Hô Chi Minh-Ville. L'hôpital, construit dans les années 20 compte mille lits mais beaucoup plus de patients, ceux-ci se partageant souvent, même aux urgences, le même lit à plusieurs. On y voit (en comptant la partie ambulatoire) environ 5000 patients par jour. C'est un ensemble de bâtiments joliment peints avec des personnages de Walt Disney sur les murs, des jeux

Attente avant l'admission

pour enfants, une cantine pour les parents en visite.

Nous venions habituellement le matin pour assister à la ronde que les médecins effectuaient parfois vers 7h30-8h et découvrir les services. Comme les étudiants en médecine viennent à l'hôpital tous les après-midi les médecins avaient plus de temps à nous consacrer en matinée. Au commencement du stage nous voulions nous concentrer sur l'épidémie de Pied-main-bouche qui sévit au Vietnam depuis quelques années, donc nous avons d'abord visité pendant trois jours le service de maladies infectieuses. Ce service est presque exclusivement dédié au Pied-main-bouche et aux méningites et encéphalites dont la prévalence est haute pendant la saison des pluies. Le service comporte une salle de consultation gérant les nouvelles admissions (ainsi que la distribution de médicaments par les infirmières), une salle d'urgence et différentes salles où les patients sont regroupés par maladie et ensuite par sévérité. Dans ce service nous nous sommes concentrés sur la maladie de Pied-main-bouche, décrite ci-dessous, en observant les patients et en discutant avec les internes et les chefs de clinique. Nous avons également pu voir quelques enfants souffrant de méningite et d'encéphalite.

Excision d'une tumeur au foie chez un jeune enfant

Nous avons ensuite passé deux jours dans le département de chirurgie. Celui-ci est subdivisé en salles d'urgence, de chirurgie cardiaque, néonatale et générale. Les opérations ont lieu de 7h à 15h, les salles de pré- et postopératoire sont également divisées par systèmes ou maladies (mégacôlon, tractus génito-urinaire, oncologie,...). Les anesthésistes et les chirurgiens ne s'occupent pas du patient en stade pré- ou postopératoire, le suivi est assuré par un spécialiste du système concerné (par exemple un gastro-entérologue). Nous avons pu assister à plusieurs opérations (dont l'excision d'une tumeur au foie, une atrésie des voies biliaires et un hypospadias, très commun au Vietnam et donc effectué par une équipe minimale de deux chirurgiens.

Au début de la deuxième semaine nous nous sommes séparés par groupes de deux afin de nous rendre à tour de rôle dans les départements de cardiologie et d'urgences - réanimation. Le service de cardiologie est centré sur les maladies cardiaques congénitales, très fréquentes au Vietnam, il comporte 5 salles dont deux d'urgence (vitales et moins sévères), deux dédiées aux maladies congénitales (ainsi que quelques infections : endocardite, myocardite, péricardite), et une salle de pré- et postopératoire. Ce service, où travaillent 10 docteurs comporte 50 lits bien qu'il y ait rarement moins de 60 patients et au maximum environ 90. La partie ambulatoire, elle, s'occupe d'environ 100 patients par jours.

Le service d'urgences et de réanimation comporte une grande salle où sont installés cinq lits pour enfants et deux pour nouveaux-nés. Le nombre de patients varie fortement (entre 0 et 50 par jour), mais les lits doivent souvent être partagés par plusieurs enfants. Le tri et l'admission des malades se fait dans une grande cour à l'extérieur des urgences, toujours bondée, où les familles font la queue en fonction de la catégorie de soins qu'elles peuvent payer. Il y a habituellement des heures d'attente.

Attente avant l'admission et le tri

Il y a 13 docteurs dans le service d'urgence dont une résidente qui nous a présenté des patients et expliqué le fonctionnement du service, une vingtaine d'infirmières et beaucoup d'étudiants (soit internes, soit étudiants en médecine). Nous avons pu voir des enfants souffrant de faiblesse musculaire, de suspicion d'encéphalite, d'obstruction intestinale, et des suivis d'accouchement avec hypoxie et nécessité d'assistance respiratoire (le service d'urgence, comme celui de cardiologie ne possède pas de machine de ventilation, celle-ci doit être faite à la main, souvent par les parents lorsque tout le personnel soignant est occupé, en attendant un transfert en soins intensifs ou en néonatalogie. Contrairement au reste de l'hôpital où un parent peut normalement rester (et dormir) avec son enfant, aux urgences les parents ne peuvent faire que quelques visites journalières.

Nous avons ensuite demandé à visiter la partie « semi-privée » de cet hôpital publique : dans presque tous les services il y a quelques chambres avec un petit nombre de patients et un meilleur confort, destinés aux familles qui peuvent et veulent payer des soins plus chers. Ici, pas de patients à plusieurs dans un lit ou couchés par terre sur une natte, les temps de consultation sont nettement plus longs, et les médecins ont plus de temps. Nous sommes allés dans les chambres du service de pneumologie avec la cheffe de ce service et nous y avons surtout observé des enfants souffrant d'asthme et d'infections.

En parallèle à nos matinées d'observation nous avons pu interviewer le Professeur Thang, médecin au service d'urgence et réanimation et professeur à la faculté de médecine, et le Vice – Recteur de l'université, le professeur Dung. Le temps qu'ils nous ont accordé pour répondre à nos questions sur les assurances et l'organisation du système de santé nous a été bien utile.

Entrée de l'hôpital des maladies infectieuses et tropicales

Pour la troisième semaine de notre stage, le Pr. Dung nous avait proposé de nous rendre à l'hôpital de maladies tropicales et infectieuses, connaissant notre intérêt pour le Pied-main-bouche. Celui-ci, également un hôpital où sont normalement référés les cas de maladies infectieuses de tout le sud du Vietnam qui ne peuvent pas être traités localement, se situe dans le district 5 (ou quartier chinois). C'est un hôpital plus moderne, qui bénéficie d'une unité de recherche effectuée avec la collaboration d'Oxford, mais qui possède les mêmes problèmes de surpopulation que l'hôpital pédiatrique numéro 1 et que la grande majorité de tous les hôpitaux publiques. Cet hôpital est subdivisé en 10 départements d'environ 50 lits chacun, mais il y a environ 1.5 fois plus de patients que de lits.

Nous nous sommes d'abord rendus au département des fièvres infectieuses une matinée, où nous avons pu voir des malades souffrant de lymphohistiocytose hémophagocytique (HLH), de fièvre dengue et de méningite, la majorité des patients souffrant d'une fièvre à l'étiologie méconnue. Ce département comportait 7 chambres dont 4 publiques (15 patients, plusieurs par lit) et trois privées (2 patients par chambre), ainsi qu'environ 25 lits d'appoint dans les couloirs.

Pour la deuxième matinée nous sommes allés au département de soins intensifs pour adultes, qui comporte 18 lits pour 25 patients, 50 infirmières et 8 docteurs. Il est subdivisé en plusieurs salles dont une réservée aux nombreux cas de tétanos (mais vu le nombre de patients souffrant de tétanos il y en a également dans toutes les autres salles) et une pour la fièvre Dengue. Les familles ont un droit de visite d'une heure par jour. Nous y avons également vu des patients souffrant d'hépatite chronique, de choc septique et d'inconscience due à l'abus de drogue.

Cet hôpital possède également un service de soins intensifs pour enfants, lui aussi surpeuplé en période d'épidémie de Dengue et de Pied-main-bouche, géré par 6 docteurs et 32 infirmières. La plupart des patients sont attachés à leur lit, les parents peuvent venir 3 à 4 fois par jour pendant environ une heure. Nous y avons rencontré des enfants souffrant d'encéphalite, de pied-main-bouche, de dengue, de tétanos néonatal et de rash allergique.

Nous sommes également allés voir le département dédié à l'HIV, étrangement calme par

rapport au reste de l'hôpital, dont les chambres ne sont pas mixtes et qui possède des grillages aux balcons pour éviter des actes désespérés lors de l'annonce du diagnostic de la maladie qui reste une grande hantise au Vietnam. Ce département comporte de 50 à 80 patients, souffrant pour la majorité des complications dues aux infections secondaires au SIDA qui est toujours détecté assez tard malgré les efforts de prévention mis en place depuis quelques années, surtout à Hô Chi Minh-Ville où la prévalence augmente.

Finalement nous sommes allés une matinée dans le département dédié aux hépatites, très fréquentes au Vietnam (surtout l'hépatite B). Ce département de 17 chambres et de 5 docteurs s'occupe majoritairement d'hépatites virales mais également de quelques cas où le problème hépatique est du à l'ingestion de remèdes traditionnels issus de la médecine chinoise. Nous avons également visité le département dédié à la malaria et au tétanos.

L'institut d'hygiène et médecine préventive, où travaille le docteur Phong

Pour notre dernière semaine de stage nous avions expliqué au Dr Dung que nous aurions aimé découvrir un autre pan du système de santé, par exemple des associations, des orphelinats, des structures de prévention, etc… Celui-ci nous a mis en contact avec le Pr Phong, épidémiologiste et spécialiste de médecine tropicale, professeur associé à la faculté de médecine communautaire et de santé publique, mais qui travaille également en tant qu'infectiologue et médecin de famille. Issu d'une famille de médecins qui parlent tous parfaitement le français, il nous a assimilés au groupe d'étudiants de médecine de 4ème année qui, dans le cadre d'un cours en santé publique de 2 semaines, devaient faire un rapport sur les hôpitaux de district (leur fonctionnement, l'administration, la prévention effectuée, les besoins de la population,…).

L'hôpital régional du District 4

Hôpital du District 2

Nous avons donc rencontré ces étudiants et discuté avec eux puis nous sommes allés voir deux hôpitaux de district différents : un dans le quartier 4 (un quartier relativement défavorisé d'Hô Chi Minh-Ville) et un en périphérie de la ville où nous nous sommes rendus avec le Dr Phong et son père qui était anciennement recteur à l'Université de médecine d'Hô Chi Minh-Ville. C'est hôpital de district de périphérie, où venait d'être nommé en tant que directeur un ancien professeur de l'université, tentait de résoudre le problème de la surpopulation des hôpitaux de référence en améliorant les soins au niveau local : échanges avec l'université, médecins travaillant dans les hôpitaux de références se rendant une fois par semaine dans cet hôpital de district, et autres programmes spécifiques. C'est un hôpital neuf (2-3 ans) de 150 lits traitant toutes maladies mais également spécialisé dans les accidents de la route puisqu'il est situé à côté d'une route nationale. Il est d'ailleurs fièrement annoncé à cet égard qu'il possède un « CAT-scan 24h/ 24 ».

La matinée suivante nous pensions visiter la partie clinique de hôpital du district 4 mais le directeur de cet hôpital, à l'arrivée du Dr Phong et de son illustre père nous a invité à une présentation de deux travaux effectués par des étudiants et jeunes docteurs sur les besoins de la population du

Présentations sur la médecine traditionnelle à l'hôpital du district 4, en présence du Dr Phong et de son père

district et le rôle de la médecine traditionnelle dans cette population. Les exposés en vietnamien étaient pour le moins difficiles à suivre mais cela nous a permis d'en apprendre un peu plus sur la médecine traditionnelle et d'observer la hiérarchie du système de santé et, a fortiori, de la société vietnamienne.

Grâce à un ami du Dr Phong avec qui il avait étudié en Russie, le Dr Chung, nous avons également pu nous rendre sans lettre de recommandation de l'université (et donc de façon « clandestine ») pour un après-midi dans le plus grand hôpital de Hô Chi Minh-Ville, publique également : l'hôpital Cho-Ray. Celui-ci, surpeuplé et rempli d'une agitation frénétique, possède 10 étages, 2000 patients (pour la plupart transférés d'autres hôpitaux régionaux),et tous les outils diagnostics modernes mais sans que les patients puissent souvent se les payer. Les patients y sont systématiquement 2 par lits et plusieurs dans les couloirs, en chambres séparées femmes /hommes. Nous avons visité le service de gastro-entérologie qui traite principalement de gastrite, de pancréatite, de cirrhose, de péritonite et de cholécystite.

IMPRESSIONS SUR LE STAGE

« Ayant construit ce projet en urgence après l'impossibilité de partir au Pérou, j'avais un peu peur de nous retrouver dans une impasse, sans rien avoir à faire. Mais grâce à la gentillesse et à la disponibilité de tous les médecins rencontrés ces quatre semaines ont été pour moi d'un grand intérêt.

Bien sûr j'ai regretté ne pas pouvoir aider plus et faire majoritairement de l'observation mais nous avons pu en apprendre beaucoup sur nombre de maladies rarement rencontrées en Europe et, grâce à la sincérité du personnel soignant et universitaire, sur les problèmes rencontrés au Vietnam dans le domaine de la santé, à petite ou à grande échelle. J'avais peur qu'ils n'osent pas ou ne veuillent pas nous parler de ce qui ne fonctionne pas encore ou de ce qui pouvait être amélioré dans leur pays mais, jusque dans une certaine mesure ils ont été très sincères. Je crois que nous avons tous été très émus, parfois, de voir avec quelle générosité, quelle déférence ils nous accueillaient, alors que nous

n'étions que des étudiants de troisième année et que nous étions probablement un fardeau pour leur service en manque de personnel.

Pour moi, après avoir fait du volontariat en Afrique, en Inde et au Népal, l'arrivée dans ces grands hôpitaux de ville a d'abord été une surprise par la modernité et l'efficacité de leur fonctionnement. C'est petit-à-petit que nous avons pu découvrir ce qui manquait encore, les inégalités, les incohérences, mais aussi les progrès et les qualités de ce système.

J'ai beaucoup aimé pouvoir discuter avec des acteurs très différents du système de santé, allant des étudiants en médecine au recteur de l'université en passant par des infirmières, des jeunes médecins, des directeurs d'hôpital et des patients, quand ceux-ci parlaient anglais. J'ai pu découvrir l'impact de la médecine traditionnelle et ses relations complexes avec la médecine occidentale, la place importante et émouvante de la famille dans le soutien aux patients, et le respect qu'ont tous les membres du système de santé pour leur travail, presque leur « mission ». Je garderai longtemps en mémoire cette motivation, voire cette abnégation que nous avons pu observer chez certains d'entre eux, au quotidien professionnel – et personnel – très difficile, et l'énergie qu'ils mettent à mener à bien la pratique de la médecine malgré tous les obstacles quotidiens. »

Eloïse Magnenat

« Tout d'abord, nous avons reçu un accueil formidable de la part de toutes les personnes que nous avons rencontrées, ce qui a rendu ce stage particulièrement riche et agréable. Ce apprentissage m'a impressionnée, car ce que j'ai vécu et observé me semblait à la fois éloigné de ce que je connaissais et en même temps infiniment proche.

Nous avons la chance d'avoir pu observer plusieurs établissements, certains plus grands que d'autres. Chacun d'entre eux était autonome, au sens où chaque membre du personnel connaissait sa tâche et l'exécutait avec soin. De même, les patients avaient leur place définie et ne s'en plaignaient pas. De manière similaire au HUG, ces hôpitaux avaient des services bien distincts, une quantité de guidelines à proximité, et assuraient en parallèle des activités d'enseignement. Les établissements avaient conscience des notions d'hygiène et de maladies nosocomiales, même si les applications pratiques restaient plus ou moins aléatoires. Néanmoins, tout ceci m'a surpris. Je n'avais pas vraiment réfléchi à mes attentes ou mes préjugés avant de commencer ce stage mais je me suis rendu compte que si différents que puissent être nos deux pays et nos deux systèmes de santé, ils avaient également bien plus de points communs qu'on pouvait s'y attendre.

La place qu'occupe la famille dans l'histoire de tous ces patients m'a aussi beaucoup touchée. Dans la mesure du possible, il y a au moins un parent assis sur une petite chaise en plastique à côté du malade, qui passe des heures interminables à veiller. Il me semble que les proches sont plus présents dans la maladie que dans nos régions.

En revanche, la plupart des salles visitées étaient bondées. Les lits accueillaient souvent deux personnes ou plus installées tête-bêche, et certains enfants étaient attachés au niveau des chevilles et poignets. Certains patients ou membre de la famille attendaient pendant des heures couchés sur des

nattes, elles-mêmes étalées le long des couloirs. En tant que visiteur, on souhaiterait au moins leur offrir un sourire et même pour ce simple geste, les visages se multiplient à l'infini de façon troublante. Également, la langue a été une barrière. La majorité des patients ne parlent pas anglais, ce qui nous rendaient en tout temps dépendant d'un médecin traducteur rendant la relation plus difficile à construire. »

Larissa Vorms

« Projet inespéré, fait à neuf dans un temps plus que limité mais pourtant…quelle belle expérience !! Chacun de ceux qui ont contribué à mettre en place ce projet et ont permis son bon déroulement nous ont étonné par leur volonté de rendre ce stage à la hauteur de nos désirs avec les moyens dont ils disposaient.

Comme espéré, nous avons eu la chance de pouvoir découvrir plusieurs établissements et dans chacun de ces établissements, tourner dans les divers services, en rencontrant à chaque fois de nouveaux patients et corps médicaux, mais également de nouvelles explications sur les maladies et la prise en charge. Il est donc facile d'imaginer le vaste enrichissement que nous a apporté ce projet malgré le fait qu'il n'ait été en très grande partie que de l'observation.

Ce qui m'a le plus marquée, lors de ces 4 semaines, fut le surpeuplement de l'hôpital pédiatrique: les enfants étaient parfois deux, voir trois sur un lit ou à même le sol, sur des nattes. La promiscuité était telle que la place à l'intimité était tout simplement abolie. Dans un tel cadre, difficile de ne pas avoir une brève pensée à toutes les maladies nosocomiales possibles dans un environnement aussi propice. De plus, c'état troublant comme leur système de santé ressemblait au nôtre mais en accéléré. Pas de place à l'empathie, aux silences ou autres règles de communication fraîchement apprises, les médecins était bien trop occupés à soigner la maladie, pas le temps de mettre en place une relation médecin-malade.

Finalement, j'espère que ce projet pourra être repris. Si c'était à refaire, j'aurais aimé améliorer deux points : tout d'abord, nous n'avons pu faire notre stage que pendant la matinée (environ 3h), or j'aurais aimé pouvoir participer plus à la vie hospitalière. Ensuite, j'ai trouvé dommage d'avoir si peu d'échanges avec les patients par manque de temps mais également à cause de la barrière de la langue. Il serait bien de réfléchir à comment surpasser cette impasse."

Céline Ferraz

« Avant de commencer cette immersion je n'avais eu que très rarement l'occasion d'entrer en contact avec des structures de soins. C'est pour cette raison que je me réjouissais de pouvoir observer dans la réalité le fonctionnement d'organismes de santé qui plus est, étrangers. Du fait que notre immersion nous a plongé dans diverses structures, telles un hôpital pédiatrique de référence, un hôpital de maladies infectieuses et des centres de santé de plus petite importance pour les arrondissement de Ho Chi Minh Ville, j'ai pu avoir une belle vision d'ensemble des types de maladies

infectieuses touchant la population. J'ai pu voir quels types de catégories sociales ces maladies touchaient, quelles étaient les étiologies, les modes de prise en charge dont les examens effectués, les traitements et ainsi de suite. J'ai également eu la grande opportunité de voir d'autres services que ceux de maladies infectieuses ce qui m'a permis d'élargir ma compréhension de certaines maladies rares dans notre pays qui ne le sont pas ou qui arrivent à des stades très avancés au Vietnam.

Parallèlement à nos observations quotidiennes des malades, de leurs pathologies, nous avons saisi l'opportunité de nous informer sur le fonctionnement du système de santé et ses répercussions sur la population. Les interviews avec des médecins, avec le vice-recteur de l'Université de médecine et pharmacie de Ho Chi Minh Ville et quelques discussions informelles m'ont permis de comprendre la complexité du système. Ce qui m'a peut-être le plus surpris concerne le système d'assurance.

Pour terminer, je dois dire que je ce stage m'a énormément secoué humainement. D'abord je dois avouer que je m'attendais à des conditions de piètre niveau mais j'ai été agréablement surpris en arrivant parce que j'ai pu voir un personnel bien formé, des structures de bonne qualité et une organisation des services plutôt cadrée. Ce que l'on peut noter tout de même c'est malheureusement le manque de place dans les hôpitaux. A de nombreuses reprises, nous avons vu des pièces surpeuplées par manque d'espace ce qui n'est pas forcément la meilleure des choses pour des conditions d'hygiène optimale.

Les rapport entre le personnel soignant et la population est aussi plutôt surprenant. En effet, les rapport sont plus durs, plus secs qu'ici. Deux événements m'ont énormément marqué : le premier s'est produit dans l'hôpital pédiatrique en service de cardiologie, dans la salle d'urgence. Quelques instants après notre arrivée, un des enfants qui ne devait avoir que quelques mois a subitement fait un arrêt cardio-respiratoire. L'équipe médicale l'a pris en charge sur place. La salle d'urgence est une petite salle comprenant une douzaine de lits avec les familles autour. Lorsque cet enfant a fait son arrêt, il y avait sa grand-mère et ses parents à ses côtés. La scène était insoutenable, le médecin réanimait l'enfant en compressant son thorax avec une telle force et « violence », les parents pleuraient toutes les larmes de leurs corps sans compter la grand-mère. De plus, tous les yeux des autres familles étaient rivés sur cet enfant entre la vie et la mort. Ce fut une expérience extrêmement difficile pour moi parce que naïvement je ne m'y attendais pas. Le deuxième événement s'est produit en service des soins intensifs de l'hôpital de maladies infectieuses. Une femme âgée a fait un choc hypovolémique et la doctoresse en charge de cette patiente a dû procéder à une expansion volémique en insérant d'énormes cathéters, l'un à un niveau artériel et l'autre veineux. Les traits de cette femme se sont littéralement déformés sous la douleur de l'intervention. Cette immersion m'a donc rempli de souvenirs marquants que je conserverai je pense à jamais et qui m'apporteront beaucoup à l'avenir dans mon futur professionnel. »

Axel Jaikin

MALADIES INFECTIEUSES RENCONTREES AU VIETNAM

Le père d'un enfant endormi devant le département d'infectiologie, hôpital pédiatrique numéro 1

Nous étions partis dans l'idée de nous centrer sur cette épidémie de pied-main-bouche sévissant au Vietnam depuis quelques années, mais nous avons vite remarqué que cela ne suffirait pas comme thème d'immersion en communauté et, comme les médecins de tous les services nous accueillaient volontiers, nous avons décidé de nous centrer sur les maladies infectieuses. En effet, en pédiatrie et à l'hôpital de maladies tropicales nous avons pu en étudier beaucoup, certaines connues en Europe, d'autres disparues depuis longtemps, et d'autres encore totalement inconnues de nos pays.

Pour chacune d'entre-elles le système de santé vietnamien doit faire face à des problématiques différentes d'accès au traitement, de couverture vaccinale, de population touchée, et ceci parfois en l'absence de guidelines clairs puisque, comme ces maladies ne sont pas fréquentes en Europe et aux États- Unis, peu de recherche est effectuée à leur propos. Nous allons donc présenter chacune de ces maladies ainsi que leur situation particulière au Vietnam et quelques patients rencontrés.

PIED-MAIN-BOUCHE

Définition

Le syndrome « pieds – mains – bouche » ou « Hand-foot-mouth disease » est une infection

virale causée par des pathogènes de la famille des entérovirus, les souches infectieuses les plus souvent rencontrés étant le *coxsackie A16* et l'*entérovirus 71*.

Signes et Symptômes

Les médecins se réfèrent aux guidelines récemment édifiés par l'OMS (voir annexe) afin de prendre en charge cette maladie, avec quelques modifications puisque les mesures d'isolation et de prévention prescrites ne sont pas toutes faisables au Vietnam. Le syndrome est classifié en 5 stades dont les symptômes sont cumulatifs d'un stade à l'autre.

Illustration 1: Vésicules caractéristiques sur la paume de la main

Au stade numéro 1, on observe chez le patient de petites vésicules ou cloques au niveau de la bouche, au niveau des coudes, des genoux, de la paume des mains et des pieds et des fesses. Ce sont les sites principaux mais il en existe d'autres. Pourtant, cette maladie n'est pas toujours facile à diagnostiquer. En effet, nous avons observé un enfant atteint de Pied-main-bouche avec un rash tout à fait atypique qui ne ressemblait en rien à ce que nous avions vu jusqu'alors. Les diagnostics différentiels de ce patient étaient l'EBV, le CMV ou une allergie. De plus, l'enfant peut présenter à ce stade des maux de gorge et une fièvre.

On peut considérer qu'un patient atteint le stade numéro 2a, s'il présente de la fièvre, un nystagmus, de l'hypertension et des secousses myocloniques à une fréquence maximum de 2 toutes les 30 minutes, et le stade 2b si il survient plus de deux crises myocloniques en une demi-heure.

Le stade 3 est caractérisé par une dyspnée et le stade 4 par une complication grave, celle-ci pouvant être un œdème pulmonaire, une méningite, une hémorragie un choc hémodynamique avec insuffisance cardiaque.

Traitement, diagnostic, prise en charge

Il n'existe aucun traitement antiviral spécifique pour cette maladie, le seul traitement s'étant révélé empiriquement efficace étant les immunoglobulines, mais celles-ci sont chères et difficiles à obtenir au Vietnam, et de ce fait réservées aux cas graves.

Aucun traitement n'est prescrit au stade 1, mise à part des antidouleurs et des antipyrétiques. Si le patient n'est pas atteint de secousses myocloniques, il est renvoyé à la maison avec un certain nombre d'explications données par le médecin concernant les signes d'alerte qui nécessitent le retour de l'enfant à l'hôpital. Au stade 2a le patient est gardé 24 heures en observation à l'hôpital, et dès le stade 2b le patient est transféré dans une salle d'urgence. Une culture du fond de gorge de l'enfant est alors effectuée pour savoir exactement lequel des deux virus est en cause et des immunoglobulines sont administrées. Au Vietnam, on donne également du phénobarbital, un barbiturique, à partir de ce stade afin de soulager les convulsions et des anti-hypertenseurs. Aux stades 3 et 4 le traitement dépend des complications, les patients en détresse respiratoire ont souvent besoin de ventilation – ce qui peut être un problème majeur au Vietnam puisque peu de services possèdent des moyens de ventilation

mécanique, et les patients en choc hémodynamique sont souvent traités au Vietnam à la digoxine.

Épidémiologie

La transmission de cette maladie s'effectue par contact direct avec les sécrétions de la gorge ou du nez mais également les selles d'un patient contaminé. Le premier virus est principalement diagnostiqué en Europe et ne provoque que très rarement de graves complications. Au contraire de l'entérovirus 71 qui lui est fortement présent au Vietnam et dans d'autres pays d'Asie et est plus meurtrier, les complications graves comme l'encéphalite étant beaucoup plus fréquentes. Depuis 2007 au Vietnam la prévalence de Pied-main-bouche ainsi que la fréquence des complications graves a augmenté, même si l'épidémie commence à être contenue grâce aux moyens de prévention et à l'éducation progressive de la population quant à cette maladie. En Asie du Sud-Est le taux de mortalité parmi les patients diagnostiqués (case fatality rate) est d'environ 0,05%.

Prévention

Il n'existe, pour l'instant, pas de vaccin contre cette maladie. La majorité de la prévention se base sur le mode de transmission : les parents sont éduqués à laver les mains de leurs enfants et à faire attention à leur hygiène,à éviter les rassemblements dans les régions d'épidémie et à garder un certain isolement autour de leur enfant si celui-ci présente des vésicules. La prévention des complications graves de la maladie consiste surtout à attirer l'attention de la population sur les signes d'alertes (secousses myocloniques, fièvre,…) et à les encourager à amener leur enfant à l'hôpital dès l'apparition de ces signes.

Au Vietnam

Le syndrome Pied-main-bouche est un réel problème sanitaire au Vietnam. En août 2012, on y avait déjà recensé 50'000 cas depuis le début de l'année, dont 27 étaient décédés. Les victimes de cette épidémie sont des enfants âgés de moins de cinq ans. Passé cet âge, on ne répertorie presque plus que des cas légers sans complication.

Nous avons pu observer les premiers patients atteints du syndrome « pieds – mains – bouche » à l'hôpital pédiatrique n°1 de Hô Chi Minh-Ville, le « *Children's Hospital n°1*». Les cas rencontrés étaient soit placés dans les chambres d'observation du département d'infectiologie pour les cas les plus légers, soit en salle d'urgence pour des cas plus sévères ou finalement aux soins intensifs pour les cas les plus graves. Il est impressionnant de voir la diversité de manifestations de cette maladie, allant d'enfants souriants portant à peine quelques vésicules sur les mains à des nouveaux-nés attachés à leur lit des soins intensifs, secoués de crises épileptiques et souffrant de méningite virale ou d'insuffisance cardiaque sans beaucoup d'espoir d'amélioration.

MENINGITE

Définition

La méningite est une inflammation des méninges. Elle est principalement causée par des

bactéries et des virus. Les bactéries causant les méningites chez les nouveaux-nés sont les streptocoques de groupe B, e coli et listeria momocytogène. Les enfants plus âgés sont plus souvent atteints par n meningitidis (méningocoque), s pneumonia et H influenzae. La méningite à méningocoque est la principale cause de méningite mondialement.

Signes et symptômes

Les symptômes les plus communs sont la migraine et la raideur nucale associés à la fièvre et à l'altération de la conscience. Souvent les patients présentent des vomissements, une irritabilité, l'intolérance à la lumière ou aux sons. Dans le cas d'une méningite à méningocoque il peut également survenir un rash. Les méningites d'origine virale sont généralement causées par les entérovirus, les virus herpétiques (type 2) et le virus de la varicelle.

La méningite à méningocoque, même traitée, possède une mortalité de 5 à 10% ^dans les premiers jours de maladie et doit donc être traitée rapidement.

Diagnostic, traitement et prise en charge

Le diagnostic clinique est généralement complété par une ponction lombaire montrant un taux de protéines élevé, un taux de glucose généralement bas(sauf dans le cas d'une méningite virale) et une infiltration de leucocytes. Dans le cas d'une méningite bactérienne on peut également faire une culture du liquide cérébro-spinal. Les techniques plus spécifiques de PCR sont aussi utilisées.

Avant de connaître l'agent causant la méningite il est normalement recommandé de traiter rapidement avec des antibiotiques à large spectre, et de donner du fluide en intraveineuse en cas de choc. Pour certains cas de méningite à méningocoque il peut être utile de donner des anti-inflammatoires de type corticostéroïdes pour diminuer les effets de l'inflammation à long terme. Leur utilisation est controversée mais encore grandement répandue au Vietnam et ailleurs.

Épidémiologie

Dans les pays européens l'incidence de la méningite est d'environ 3 /100000 personnes années. La méningite est beaucoup plus fréquente dans la « meningitis belt », en Afrique sub-Saharienne, mais des épidémies se produisent également en Asie.

Prévention

La prévention contre n meningitidis et h influenzae est maintenant disponible sous forme de vaccin. Comme la voie de transmission nécessite un contact rapproché avec un malade les épidémies de méningite (surtout à méningocoque) se déclenche souvent à des endroits possédant une grande densité de population (crèches, écoles, fêtes, pèlerinages, rassemblements...). La prévention consiste donc également à circonscrire les foyers d'épidémie et à éviter la propagation de la maladie.

Au Vietnam

Nous avons pu observer des cas de méningite et d'encéphalite (qui sont souvent traitées comme un tout vu leur présentation similaire) à l'hôpital pédiatrique numéro 1 (Bênh Vién Nhi Dong 1), qui possède un service de maladies infectieuses dédié presque exclusivement à la maladie de pied-

main-bouche et aux cas d'encéphalite et de méningite. Ceux-ci sont traités dans des chambres réservées à ces maladies, ou dans la salle d'urgence. Nous en avons également vu lors de leur arrivée aux urgences, dans ce cas-là ce sont principalement des patients à l'état de conscience altéré, présentant de nombreuses crises d'épilepsie et une forte fièvre. Ceux-ci sont stabilisés aux urgences puis transférés en infectiologie. Finalement, nous avons également vu en cardiologie un bébé de 6 mois souffrant de méningite et d'une malformation cardiaque congénitale (la tétralogie de Fallot).

La méningite est un problème de santé publique important au Vietnam. Selon une étude faite à l'hôpital pédiatrique numéro 1, 55% des méningites sont causées par s. pneumoniae et 35% par H. Influenza B (la plus part du temps chez les enfants de moins de 1 an). Le traitement de référence, avant le résultat des cultures et des tests de sensibilités (qui sont normalement effectués dans les grands hôpitaux de référence) est la Ceftriaxone, ou, dans le cas d'une résistance, la flucloxaciline. Dans le cas de crises d'épilepsie secondaires à l'infection (méningite et encéphalite) et à la fièvre les médecins vietnamiens prescrivent également du Diazepam si la crise dure plus d'une minute. Une résidente nous a également appris qu'en cas de « haute fièvre » une ponction lombaire était nécessaire pour éliminer le risque de méningite, mais celle-ci n'est pas toujours effectuée, par manque de temps ou de docteurs disponibles, surtout dans les hôpitaux régionaux.

Une épidémie de méningite à méningocoque a été signalée dans le sud du Vietnam, dans les provinces rurales autour d'Hô Chi Minh-Ville en janvier 2012, et lors de la saison des pluies les médecins constatent un taux plus ou moins constant de méningite bactérienne. La méningite due à H. Influenza B, autrefois rare en Asie, touche maintenant également le Vietnam et d'autres pays d'Asie du Sud-Est, et a un taux de mortalité très élevé (35 morts sur 77 enfants de moins de 5 ans au Vietnam en 2004-2005).

Un type de streptocoque, S. suis, qui infecte principalement les cochons peut causer des méningites chez les enfants et les adultes depuis 2006 au sud du Vietnam. Comme la population vit en général à très grande proximité des animaux dans les zones rurales la transmission en est facilitée.

Il est également connu des médecins vietnamiens que la possibilité de se procurer des antibiotiques sans ordonnance (ce qui est très facile au Vietnam) augmente la mortalité et la morbidité de l'encéphalite et de la méningite bactériennes car cela favorise les résistances, les présentations tardives ou atypiques (certains symptômes et signes étant masqués) et empêche parfois le diagnostic correct. Les médecins de l'hôpital de maladies tropicales encouragent l'utilisation rapide de la PCR pour confirmer les diagnostics suspects.

La couverture vaccinale contre H influenza B a été estimée à 63% chez les enfants de moins de 1 an en 2010, malgré le fait que le vaccin fasse partie du programme de vaccination gouvernemental gratuit.

A l'hôpital pédiatrique nous avons pu voir un garçon de 3 ans admis au urgences avec une forte fièvre, de la diarrhée et des crises tonico-cloniques. Celui-ci souffrait probablement d'une méningite et d'un choc septique. Aux urgences les médecins lui ont donné de l'oxygène, du diazépam pour diminuer les crises et une perfusion de liquide physiologique pour le réhydrater. Afin de confirmer le

diagnostique ils ont également effectué une ponction lombaire. Celle-ci est faite par deux docteurs (aidés de deux infirmières pour tenir le petit garçon très agité et éloigner un peu son père, très inquiet). Le docteur effectuant la piqûre porte des gants (sans s'être auparavant désinfecté les mains) et désinfecte la peau de la région lombaire.

ENCEPHALITE

Définition

L'encéphalite est une inflammation aiguë du cerveau lui même. La cause peut en être virale, dans ce cas elle survient directement lors de l'infection aiguë ou après une infection latente. Les virus herpétiques, de la rage, de la polio ou les flavivirus comme l'encéphalite japonaise peuvent créer une encéphalite. Les bactéries peuvent aussi créer une encéphalite (primaire ou secondaire à une infection ailleurs dans le corps), ainsi que certains parasites (comme la toxoplasmose, la malaria)et champignons, surtout chez les patients immunosupprimés.

Signes et symptômes

Chez les adultes les symptômes classiques sont une fièvre au commencement abrupte, les céphalées, la confusion et les crises épileptiques. Les nouveaux-nés ou les enfants présentent généralement de la fièvre, une perte d'appétit et une irritabilité.

Diagnostic , traitement et prise en charge

Le diagnostic clinique (fièvre, confusion et raideur nucale si l'encéphalite est associée à une méningite) est souvent complété par une ponction lombaire révélant une concentration élevée de protéines et de leucocytes malgré un taux de glucose normal, mais le liquide cérébro-spinal peut aussi être normal. Dans le cas d'une encéphalite virale le diagnostic peut aussi être effectué par sérologie ou par PCR.

Le traitement est principalement symptomatique, à l'exception de l'encéphalite causée par l'Herpès Simplex pour lequel il existe un antiviral. On utilise généralement des corticostéroïdes pour diminuer l'inflammation et l'œdème cérébral, des sédatifs et des antiépileptiques.

Épidémiologie

La principale cause d'encéphalite mondialement est l'encéphalite herpétique. Au Vietnam, par contre, c'est l'encéphalite japonaise la cause la plus fréquente, suivie des entérovirus et du virus de la fièvre dengue (voir ci-dessous). On a reporté à l'OMS 140 cas d'encéphalite japonaise au Vietnam en 2010, ce qui est une large sous-estimation puisque la plupart des cas surviennent dans les zones rurales sans accès aux soins. L'encéphalite virale possède un taux de mortalité aiguë très élevé (il a été calculé à 29% par une étude effectuée à l'hôpital pédiatrique numéro 1 d'HCMC), et un taux de guérison à long terme sans séquelle très faible, la plupart des patients restent ainsi sévèrement handicapés toute leur vie.

Prévention

Il existe un vaccin contre l'encéphalite japonaise mais celui-ci est peu efficace, requiert des doses répétées, et n'est pour l'instant pas homologué pour les enfants car il peut causer des réactions allergiques très fortes. Comme le Vietnam est sévèrement touché par cette maladie un programme d'immunisation a été mis en place en 2011 mais n'a pour l'instant pas diminué le taux d'infection. L'encéphalite japonaise étant transmise par les moustiques la prévention est donc sensiblement la même que pour la malaria : moustiquaires, insecticides,…

Au Vietnam

L'encéphalite japonaise connaît un pic de fréquence en juin au Vietnam. La maladie est considérée comme « hyperendémique » , et des épidémies annuelles apparaissent habituellement en été chez les enfants de 2 à 7 ans. La maladie a été décrétée comme problème de santé d'importance au Vietnam et un programme d'immunisation national a été commencé en 2011. Les médecins s'attendent à une diminution des cas d'encéphalite aiguë sévère mais cela n'a pas encore été observé. Il n'y a pas de statistiques à l'échelle nationale précises donc il est difficile de savoir si la maladie elle-même est devenue plus fréquente ou si le programme d'immunisation est difficile à mettre en place.

A l'hôpital d'infectiologie, dans le département de soins intensifs pédiatriques, nous avons rencontré un garçon de 13 ans, depuis 1 mois dans ce département, dans le coma et sous ventilation mécanique à cause d'une encéphalite japonaise. Pour l'encéphalite japonaise il n'y a pas de traitement spécifique et, comme ce patient était sous trachéotomie aux urgences à proximité d'autres patients souffrant de multiples infections il a déjà eu beaucoup de surinfections (surtout des pneumonies) très difficiles à traiter et à éviter vu la proximité des autres patients et la difficulté de créer un environnement stérile : nous avons pu observer le changement du bandage qu'il avait autour de la tête suite à une intervention chirurgicale pour réduire la pression intracrânienne lors de la phase aiguë de la maladie, ce pansement a été effectué sans gants, l'infirmière relâchant la tête du garçon sur l'oreiller alors que celui-ci n'avait plus de bandage.

Pour ce patient les médecins espéraient pouvoir arrêter la ventilation mécanique afin de voir s'il pouvait respirer et manger par réflexe, ainsi il aurait pu rentrer à la maison. Dans ces cas-là le pronostic est meilleur et il est possible qu'il récupère encore d'autres facultés par la suite. Il n'existe pas de centre de rééducation ou d'endroit ou il pourrait être pris en charge, les handicapés étant majoritairement pris en charge par leur famille. Il est très probable qu'il ne puisse jamais retourner à l'école ou effectuer un quelconque travail.

TETANOS

Définition

Le Tétanos est acquis par l'action de la spore du bacille anaérobe Clostridium tétani, présent dans l'environnement de manière ubiquitaire. Les tissus morts, généralement à la suite d'une blessure, permettent le développement de la tétanospasmine, une toxine qui induit une paralysie spastique par l'inhibition d'interneurones inhibiteurs.

Signes et Symptômes

La toxine migre du site de la blessure au SNC par transport rétrograde. Le temps d'incubation est de 7 jours en moyenne, après quoi des contractions musculaires incontrôlées avec spasmes surviennent. L'hypertonie débute en général au niveau de la face puis descend le long du corps, pouvant occasionner des fractures et des lésions musculo-ligamentaires. Néanmoins, durant tout ce temps, le patient reste parfaitement conscient. Le tétanos néonatal (qui survient à l'infection du cordon ombilical) se caractérise par la rigidité et l'absence du réflexe de succion. Dans la phase aiguë, il peut présenter des convulsions, favorisées par les sons brusque ou les contacts. C'est pourquoi ces patients sont souvent isolés dans des chambres à part.

Traitement, diagnostic, prise en charge

La symptomatologie est très spécifique et permet souvent de poser un diagnostic clinique à elle seule.

Un traitement spécifique est nécessaire: il faut assurer une ventilation assistée et l'apport de l'antitoxine tétanique humaine ou équine. Il convient également d'administrer des antibiotiques (pénicilline G iv ou métronidazole) et un myorelaxant (baclofène, benzodiazépine, sulfate de mg) Parfois, de la vitamine B6 est ajoutée, car il a été remarqué de façon empirique qu'elle permet de diminuer les doses de diazépam à administrer et réduit donc les risques de survenue d'une dépendance. Les troubles neurovégétatifs éventuels sont traités par la morphine, l'atropine ou sulfate de mg.

En l'absence de complications et si la maladie est découverte rapidement la récupération est complète mais elle peut durer plusieurs mois. Le tétanos est une pathologie qui compte 10 à 20% de mortalité,le plus fréquemment quand la trachéotomie n'est pas effectuée ou en cas de co-morbidité comme un diabète, une insuffisance rénale ou dysfonction du système nerveux autonome. Le retard de consultation est également un facteur de gravité fréquent puisque les populations touchées vivent en général dans des régions rurales reculées. Les complications principales sont d'ordre respiratoires, cardiaque et rénales. En effet, le patient peut faire un laryngospasme qui entraîne un arrêt respiratoire si il n'est pas suivi d'une trachéotomie. La survenue d'une dysfonction autonome peut aussi arriver et est associée à un plus mauvais pronostic.

Pour mieux faire face à toutes ces variables, l'hôpital des maladies infectieuses a développé un score pour évaluer la sévérité du tétanos. Celui-ci contient 9 paramètres, qui sont:

- âge
- temps d'incubation
- délai d'hospitalisation
- porte d'entrée
- trouble respiratoire
- TA
- pouls

- température
- maladies associées

Épidémiologie

En 2009, l'OMS a reporté au Vietnam 36 cas de tétanos néonatal et 116 cas au total. Cette infection représente un problème important qui touche quasiment exclusivement les pays en voie de développement. Plus précisément, la plupart des personnes atteintes sont des adultes vivant dans les zones rurales où la couverture vaccinale est moins bonne.

Prévention

Le nettoyage de la plaie et la vaccination par la toxoïde sont des mesures primordiales qui ont permis éradication de cette maladie dans de nombreux pays.

Au Vietnam

Les premiers cas de tétanos auxquels nous avons été confrontés se trouvent dans le service des soins intensifs adultes de l'hôpital des maladies tropicales, où une salle entière leur est dédiée. Souvent, les patients atteints de tétanos sont les plus nombreux et se retrouvent aussi dans la pièce voisine. Ils sont attachés au niveau des poignets et chevilles pour limiter les risques de blessures dûs aux convulsions. Chaque patient est également monitoré – s'il y a assez de machines pour tous les patients – afin de surveiller les variations de pression artérielle qui peut être perturbée par la toxine. Ces personnes présentent une contraction musculaire de la mâchoire et un front tendu. Nous avons aussi pu constater que la musculature du dos et des abdominaux sont contractés en permanence. Cette unité a reçu en moyenne 250 cas de tétanos par an entre 1993 et 2002 : nous avons été frappés par la prévalence de cette pathologie, si rare en Suisse.

Vaccinations disponibles à l'hôpital du district 2 et leur prix respectifs (en l'absence d'assurance). Le tétanos fait partie des 5 vaccins en 1 (numéro 11)

Nous avons également eu la chance d'observer des cas de tétanos néonatal suite à la coupure du cordon ombilical. Ceci touche en particulier les nourrissons venant de minorités ethniques, dont la mère a coupé le cordon avec des ciseaux non stériles lors de l'accouchement à domicile. La prévalence du tétanos néonatal est peu connue, car c'est un fléau qui touche de nombreux enfants dont ni la naissance ni le décès ne seront enregistrés. Cette forme est particulièrement sévère avec une mortalité de 90 –100% en absence de soins médicaux.

Au Vietnam la couverture vaccinale n'est toujours pas optimale, surtout dans les zones rurales. Aujourd'hui, le tétanos maternel et néonatal est officiellement éliminé du Vietnam, mais officieusement toujours présent. L'OMS a commencé à s'attaquer à au tétanos néonatal et maternel en 1989, grâce à la vaccination systématique des femmes

enceintes. A présent, on estime à moins de 1 cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes dans tous les districts du pays. La lutte contre le tétanos néonatal a nécessité une amélioration de la couverture vaccinale, une extension des soins d'obstétrique dans les districts du pays et une meilleure hygiène dans les soins post-partum. L'OMS et l'UNICEF ont fourni un soutien financier et une participation à l'élaboration du plan d'action. Le problème est maintenant surtout circonscrit aux vieilles personnes en provenance des régions rurales reculées qui ne vont d'habitude pas dans un centre de santé pour désinfecter leurs blessures et ne se vaccinent pas non plus (il n'y a pas de vaccin gratuit pour les adultes au Vietnam, en l'absence d'assurance).

MALARIA/PALUDISME

Définition

Le paludisme, ou malaria, est une fièvre infectieuse causée par un parasite protozoaire du genre Plasmodium. Ce dernier comprend de nombreuses espèces dont quatre peuvent infecter l'homme : P. falciparum, P. vivax, P. ovale et P. malariae. Leurs cycles de vie sont très similaires.

Cycle de vie

Un moustique anophèle femelle, infecté par le parasite, pique l'être humain et y injecte sa salive contenant le Plasmodium sous forme de sporozoïte. Le parasite est alors transporté par la circulation sanguine jusqu'au foie où il envahit les hépatocytes. Une reproduction de type asexuée par schizogonie débute alors dans ces cellules. Les schizontes produits bourgeonnent : de jeunes merozoïtes sont relâchés, en grand nombre, dans les sinusoïdes hépatiques puis dans la circulation générale. Chaque cellule du foie infectée contient près de 100'000 mérozoïtes. Ces dernières vont à leur tour infecter les globules rouges et se reproduire de façon asexuée en schizontes. En se propageant, les merozoïtes détruisent les globules rouges, provoquant une hémolyse. Dans certains érythrocytes, il y a production de nouveaux gamétocytes via une reproduction sexuée. Ces gamétocytes pourront alors être transmis à un nouveau moustique et après une reproduction sexuée à l'intérieur de celui-ci, être à nouveau transmis à l'homme sous forme de sporozoïtes.

Signes et Symptômes

Les symptômes très peu spécifiques comme la perte d'appétit, les céphalées ou les vomissements apparaissent 10 à 15 jours après l'infection. Des pics de fièvre de plus de 38° pendant quelques heures doivent être le signal alarmant chez un patient vivant dans une zone endémique, celle-ci est causée par le relargage de TNF- par les érythrocytes suite à leur lyse.

Traitement, diagnostic, prise en charge

Afin de confirmer le diagnostic, deux principaux tests sont effectués : le frottis sanguins permettant d'observer sous microscope la souche et les tests de détection rapide d'antigène. Une prise de sang révélera une anémie causée par l'hémolyse, une leucopénie, une thrombocytopénie et une hyperbilirubinémie. Un ultrason mettra en évidence une splénomégalie causée par la suractivité de la rate et un foie agrandi du à l'infection hépatique.

Un traitement spécifique est nécessaire, lequel doit être administré au plus vite, si possible dans les 12 heures suivant le pic de fièvre. Au Vietnam, les traitements prescrits chez les patients observés étaient de la chloroquine, schizonticide, agissant et détruisant les formes intra-érythrocytaires du Plasmodium et la primaquine qui agit sur les formes extra-érythrocytaires. Le Vietnam est touché par des multi-résistances aux traitements antipaludiques compliquant l'éradication de celui-ci.

Épidémiologie

L'OMS a lancé en 1955, la première campagne pour l'éradication du paludisme. Au fil des années, l'objectif a été amoindri, ne visant plus qu'à contenir la maladie. Ces dernières années, une volonté d'éradiquer la maladie dans le monde est réapparue. Non seulement le domaine sanitaire est touché par cette maladie mais également économique. Selon l'OMS, un pays fortement touché par le paludisme pourrait voir son PIB diminuer de près de 1,3%. Il a été récemment estimé que le nombre de personnes touchées mondialement par le paludisme était largement sous-estimée, le chiffre fourni par l'OMS de près de 700'000 décès pour l'année 2010 ayant été presque doublé à 1,24 millions de morts par une étude récente.

Le paludisme est encore très présent au Vietnam. Les zones rurales sont les plus touchées ; l'accès aux soins y est plus difficile et les programmes de prévention y sont plus rares. Les grandes villes du Vietnam ont pratiquement éradiqué le paludisme. Les principales zones à risque se situent au niveau des hauts plateaux autour de Hué, les régions des collines boisées, les zones côtières du sud et les régions montagneuses au nord de la capitale

Prévention

Une exposition prolongée pendant de nombreuses années au plasmodium peut conférer une immunité partielle réduisant le risque de complications sévères. Ce qui explique, du moins en parti, pourquoi non seulement les femmes enceintes et les immunodéprimés sont plus vulnérables mais également les enfants et les touristes en provenance de régions non endémiques.

La meilleure moyen de se protéger contre cette maladie est d'ordre personnel en recouvrant au mieux son corps, en se pulvérisant d' antimoustique et en utilisant des moustiquaires, imprégnées ou non d'anti-moustique.

Aucun vaccin contre le paludisme n'est encore sur le marché. Des recherches fructueuses sont en cours dont les plus avancées sont celles d'un vaccin contre P. falciparum, lequel est actuellement en essai en Afrique, les résultats finaux sont attendus pour 2014.

Au Vietnam

L'une des patientes souffrant de paludisme que nous avons rencontrée à l'hôpital Tropical Infectious Diseases habite dans une région montagneuse reculée du Vietnam. Elle a été piquée pendant son travail dans les champs. C'était la deuxième fois qu'elle était hospitalisée pour avoir attrapé cette maladie. Elle souffrait encore de forte fièvre mais son état s'améliorait lentement.

Le paludisme fait office de l'un des 15 grands programmes de prévention établis au Vietnam. Celui-ci comprend la distribution de moustiquaires aux populations vivant dans des zones à risque,

des programmes de traitement aux insecticides et une sensibilisation de la population aux symptômes de la malaria afin que ceux qui en souffrent se rendent plus rapidement dans les centres de santé primaire. Le taux de paludisme diminue chaque année au Vietnam mais reste non-négligeable car beaucoup de populations habitant des régions forestières n'utilisent pas systématiquement les moustiquaires et ne sont pas protégés par elles en début de nuit et en début de matinée, et les moustiques vietnamiens sont devenus assez communément résistants aux insecticides. Les familles nombreuses, dormant à plusieurs par lit, habitant des huttes de paille ou de bois sont les groupes les plus à risque de développer le paludisme.

Les parasites p.vivax et p falciparum, qui coexistent au Vietnam, requièrent deux traitements différents, ce qui implique qu'ils soient diagnostiqués et traités correctement dès le niveau du centre de santé communautaire. Or, comme nous le développerons par la suite, le système de santé au niveau communautaire souffre de manques de matériel et de compétences drastiques, et pour une maladie comme le paludisme potentiellement mortelle qui nécessite un traitement rapide cela peut avoir des conséquences fatales. Il a été reporté que les centres de santé communaux des régions rurales (les plus touchées par le paludisme) étaient justement mal équipées en médicaments anti-parasitaires et en outils diagnostics.

De plus, comme pour les maladies bactériennes, la possibilité de se procurer des médicaments anti-parasitaires sans ordonnance a beaucoup contribué à créer des souches de parasites multi-résistantes. En outre, le seul médicament de référence pour le p.vivax, la primaquine, ne peut parfois pas être utilisé parce que dans la population du Sud-Est asiatique la déficience en enzyme G6P-Déshydrogénase est assez fréquente et que le traitement à la primaquine crée des crises d'hémolyse.

FIEVRE DENGUE ET FIEVRE DENGUE HEMORRAGIQUE

Définition

La fièvre dengue est une fièvre causée par un virus transmis par le moustique. Il existe une fièvre dengue et une fièvre dengue hémorragique, les deux étant causées par le même type de virus mais la fièvre hémorragique présente des symptômes et un pronostic beaucoup plus sévères.

Signes et Symptômes

Chez la petite proportion de patients qui ne sont pas asymptomatiques , le premier symptôme de la fièvre dengue est habituellement la fièvre, élevée et d'apparence soudaine. Celle-ci peut s'accompagner d'un rash, de fatigue, de céphalées, de douleurs articulaires et musculaires, de nausées et de vomissements. La fièvre hémorragique est très semblable à la fièvre dengue au commencement de la maladie, mais elle s'accompagne de signes d'insuffisance circulatoire (choc, hématocrite augmenté) et d'hémorragies (internes et externes). Au contraire de la fièvre dengue qui se résout en général sans laisser de séquelles la fièvre hémorragique peut être fatale.

Traitement, diagnostic, prise en charge

Le diagnostic est généralement clinique, basé sur la fièvre, les rash, et sur des critères

épidémiologiques (la région touchée et la période d'épidémie). Une sérologie peut également être effectuée ainsi que la PCR. Pour confirmer le diagnostic les médecins vietnamiens font une sérologie (les antigènes, les IgM et les IgG sont tour à tour positifs). Il est généralement estimé que le choc arrive entre le 3ème et 6ème jour de maladie, rendant les jours 3 et 4 particulièrement critiques. S'il arrive avant il sera généralement plus sévère. A l'hôpital pédiatrique numéro 1 d'Hô Chi Minh-Ville il a été évalué que si le patient présente une tendresse abdominale, une hépatomégalie, une léthargie et une température basse des extrémités des membres il est très à risque de développer un état de choc du à la fièvre dengue hémorragique

Il n'y a pas de traitement spécifique, les médecins traitent donc les symptômes (avec des antidouleurs, et des antipyrétiques), les complications (principalement par réhydratation et transfusion sanguine en cas de choc et d'hémorragie) et les surinfections.

Epidémiologie

Le virus est présent dans les régions tropicales ou subtropicales permettant la reproduction du moustique vecteur de la maladie. L'Asie, l'Amérique centrale et l'Afrique Sub-Saharienne sont les plus touchées.

Prévention

La prévention consiste majoritairement à éviter et se débarrasser des moustiques (par insecticides, usage de moustiquaires, drainage des eaux stagnantes,…)

Au Vietnam

La saison des pluie crée au Vietnam une épidémie de fièvre dengue. Nous avons rencontré des cas de dengue dans le département de l'hôpital de maladies infectieuses qui est consacré aux fièvres d'origine méconnue, et aux urgences pour les patients qui sont en stade de choc ou qui présentent des signes d'alerte telle que des douleurs abdominales, une hémorragie, ou une hépatomégalie. Dans ce cas, il est nécessaire de mesurer la tension artérielle toutes les heures (les services ne disposent généralement pas de systèmes de monitoring automatique pour tous les patients, ceux-ci étant réservés aux cas les plus graves).

Dans l'hôpital d'infectiologie nous avons pu voir un jeune homme souffrant de fièvre dengue. Celui-ci, originaire d'une province de l'Ouest du Vietnam (qui sont des provinces montagneuses, rurales) a été transféré dans cet hôpital à cause de pétéchies, de fatigue et de fièvre. Lorsque nous l'avons rencontré il avait un pouls faible et une tension baisse et pincée, ainsi qu'une hépatomégalie. Le diagnostic de dengue était fortement suspecté à cause de la perte très importante de liquide créant un hématocrite augmenté, ainsi qu'une diminution du nombre de globules blancs et des plaquettes, sans toutefois un état de confusion (qui est plus typique du choc septique).

Nous avons également rencontré un patient de 5 mois présentant une fièvre dengue, ce qui est très rare (la maladie touche habituellement les enfants de 7 à 15 ans ou les adultes).

La fièvre dengue est majoritairement asymptomatique. Il a été calculé parmi les enfants du Sud du Vietnam une incidence annuelle d'infection de 17.3% (mais le pourcentage des enfants développant

des symptômes est beaucoup plus faible). Les prévalences de la fièvre dengue et la fièvre dengue hémorragique ont beaucoup augmenté au Vietnam, particulièrement dans le sud ces derniers 15 ans, atteignant un pic de fréquence en 2008. Il a également été estimé que la fièvre dengue est un problème économique majeur pour le Vietnam et pour les familles (les coûts directs et indirects ont été estimés à 61 dollars par patient en 2007), qui doivent généralement payer la facture de l'hôpital régional, puis celle de l'hôpital de référence et, à cause du voyage effectué pour se rendre à l'hôpital de référence, perdent leur revenu pour une durée de séjour parfois très longue.

Dans le cas d'une fièvre aiguë indifférenciée la majorité des patients prennent des antibiotiques avant de consulter un médecin, et une large majorité des médecins, surtout au niveau communal et régional mais pas uniquement, traitent empiriquement avec des antibiotiques avant de faire les tests pour dépister la fièvre dengue hémorragique et la malaria. Or, dans ces deux maladies très fréquentes au Vietnam les antibiotiques ne sont d'aucune utilité, par contre il est primordial de rechercher les signes annonciateurs de fièvre hémorragique. Il est probable qu'une meilleure éducation de la population et des médecins régionaux soit nécessaire au contrôle de ces deux maladies.

LYMPHOHISTIOCYTOSE HEMOPHAGOCYTAIRE (HLH)

Définition

Le syndrôme hématologique appelé lymphohistiocytose hémophagocytaire (ou HLH, d'après l'anglais Haemophagocytic LymphoHistocytosis) peut avoir deux causes totalement différentes: Dans les pays développés il s'agit principalement d'un déficit du système immunitaire menant à la diminution de l'activité des lymphocytes (CD8+ et cellules NK), mais elle peut aussi être causée par des agents infectieux très divers comme certains virus (EBV, CMV, les virus de l'hépatite A, B,C et d'autres virus) ainsi que de nombreuses bactéries (comme la salmonella et les mycobactéries), des parasites (leishmania, T. Gondii,..)et quelques champignons.

C'est l'étiologie infectieuse, ou forme secondaire, acquise, que nous avons rencontrée au Vietnam et sur laquelle nous nous concentrons donc. Pour des raisons méconnues che ces patients l'infection déclenche une dysfonction du système immunitaire du patient avec activation des macrophages et autres cellules phagocytiques qui s'attaquent aux cellules du sang et du système immunitaire (dans la moelle, les ganglions lymphatiques, etc).

Signes et Symptômes

Les symptômes principaux sont dus à la diminution de la capacité immunitaire du patient et sont donc une fièvre prolongée et une hépatosplénomégalie, accompagnées parfois d'une jaunice ou d'un rash. Les atteintes du système nerveux central (crises d'épilepsie, confusion) sont également courrants. Un bilan sanguin typique montre habituellement une augmentation de la ferritine, des triglycérides, une baisse du fibrinogène et une cytopénie (d'habitude les globules rouges et les leukocytes sont diminués, les plaquettes restant normales).

Traitement, diagnostic, prise en charge

Le diagnostic est basé sur les critères énoncés ci-dessous et la recherche d'un pathogène ayant pu être la cause du syndrome hémophagocytique. Il faut également exclure d'autres maladies à présentation semblable (tuberculose miliaire,...) et toujours vérifier que le patient n'est pas atteint du SIDA car HLH se développe souvent chez des patients immunodéprimés.

HLH du au virus d'Eppstein-Barr est presque toujours fatal si l'infection n'est pas reconnue et traitée. Les patients meurent d'hémorragie ou d'insuffisance générale de plusieurs organes. Le traitement consiste en une combinaison de chimiothérapie et d'immunothérapie (Immunoglobulines bien que leur efficacité soit controversée, immunosuppresseurs et immunomodulateurs) et d'agents anti-microbiens si la cause de l'infection peut-être traitée de façon spécifique,

Epidémiologie

La maladie, normalement très rare, touche habituellement les enfants plus que les adultes, mais elle peut arriver à tout âge et est plus grave quand elle touche les adultes.

Au Vietnam

Cette maladie est apparue au Vietnam il y a deux ans (mais il est possible qu'il y ait eu d'autres cas auparavant qui n'ont pas été amenés à l'hôpital ou diagnostiqués comme tels). Au Vietnam les cas de HLH sont généralement dus à des virus, la cause la plus fréquente et la plus dangereuse étant le virus d'Epstein-Barr mais il arrive également que des patients infectés par CMV ou les virus de la fièvre dengue développent le même syndrome.

Les patients que nous avons rencontré au Vietnam étaient de jeunes adultes. Le premier patient que nous avons vu était un jeune homme de 16 ans en provenance d'une région montagneuse souffrant d'une fièvre moyenne depuis 10 jours. Il avait un taux de globule blancs et rouges diminué et il a été traité tout d'abord avec des antibiotiques en attendant les résultats des tests sanguins. La fièvre n'ayant pas baissé, les médecins, suspectant un HLH, ont fait une sérologie pour rechercher le virus EBV (qui est revenue positive) et le traitent depuis avec des glucocorticoïdes et de l'etoposide (un médicament immunosuppresseur empêchant la prolifération des cellules). Sa fièvre avait baissé quelque peu mais, comme cette maladie est presque inconnue les médecins gardent les patients au moins un mois à l'hôpital en observation, en espérant que leur état reste stable.

HEPATITE

Définition

L'hépatite est une inflammation du foie pouvant avoir plusieurs causes dont les virus de la famille des Hepnaviridae (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV) mais aussi l'alcool, certains médicaments, des plantes et des champignons et d'autres causes plus rares.

Signes et Symptômes

L'infection est dans la majorité des cas asymptomatique mais le patient peut aussi développer une jaunisse (un ictère) et une asthénie. 3 jours après le début des symptômes, on peut noter de la

fièvre et des vomissements. L'infection peut se développer sous forme fulminante, aigue ou chronique, et dans ce cas elle peut entrainer une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire.

Traitement, diagnostic, prise en charge

Le diagnostic basé sur les symptomes (principalement la jaunisse mais aussi l'asthénie et, dans les formes chronique, les ascites) est complété par des tests sanguins (augmentation des enzymes hépatiques) et sérologiques de recherche d'antigène (HbsAg par exemple) et d'anticorps.

L'hépatite aigue résulte principalement de la destruction par les cellules de l'immunité innée des hépatocytes infectés . Suite à la destruction des cellules du foie, une augmentation des transaminases est observable suite à des examens sanguins. Par la suite, apparaît des anticorps anti HbsAg , marquant la résolution de l'infection.

L'Hépatite chronique apparaît lorsqu'il y a une incapacité à détruire totalement les virus sans toutefois que le système immunitaire n'ait accepté le virus, elle entraîne une perte importante des cellules hépatiques, la cicatrisation du tissus (cirrhose) et parfois des transformations malignes (carcinome hépatocellulaire). Une hépatite chronique est généralement caractérisée par un taux élevé d'anticorps et un taux d'antigènes réduit.

On ne traite habituellement pas l'hépatite aigue, puisque chez la majorité des patients la réponse immunitaire suffit à se débarrasser de l'infection. Chez les personnes immunocomprimmées ou dans le cas d'une hépatite fulminante des antiviraux peuvent être utilisés. Les traitements antiviraux prescrits sont la lamivudine (inhibiteur de la rétrotranscriptase) et l'adefovir (inhibiteur nucléoside de la rétrotranscriptase).

On peut également donner des antiviraux dans le cas d'une hépatite chronique pour tenter de diminuer le risque de cirrhose ou de carcinome (il n'est généralement plus possible d'éradiquer le virus). Les autres traitements sont symptomatiques: Afin de drainer l'ascite, les médecins prescrivent de la spironolactone, lequel est un antagoniste de l'aldostérone. En cas d'ascite importante, le drainage est possible.

Epidémiologie

En Europe les hépatites dues aux virus A et C sont les plus fréquentes. En Asie c'est l'hépatite B qui est la plus prévalente: 15% de la population d'Asie du sud-est serait porteur du virus de l'hépatite B, ce qui peut s'expliquer par des sensibilités génétiques créant un nombre plus important de porteurs chroniques ou asymptomatiques qu'en Europe, mais également par une mauvaise couverture vaccinale.

Prévention

La transmission se fait principalement par contact sexuel et fluide corporel. Le virus est très contagieux et peut survivre une semaine dans l'environnement ; c'est donc un virus très difficile à éradiquer principalement dans les pays en voie de développement. Les cas de transmissions verticales ne sont pas négligeables : en effet, les femmes enceintes diagnostiquées bénéficient d un suivi, mais une partie de ces mères accouchent à domicile avec des moyens précaires ce qui favorise la

transmission du virus.

Au Vietnam

Les cas d'hépatite sont, en règle générale, examinés dans le département A de l'hôpital des maladies tropicales. En cas de complication grave, le patient est transféré aux soins intensifs. Nous avons pu y observer un patient alcoolique atteint d'hépatite B chronique. Transféré à l'hôpital suite à l'exploration d'enzymes hépatiques très élevées, le patient tombe inconscient peu de temps après son admission suite à un épisode d'hypoglycémie. Après réveil et stabilisation du patient, celui-ci sera re-transféré en chambre dans le département A, dédié à l'hépatite (où l'on trouve des hépatites dues à tous les virus pouvant être diagnostiqués : A, B, C, E).

Il existe un vaccin contre l'hépatite B mais le programme de vaccination vietnamien ne garantit pas une couverture vaccinale très étendue. Tout d'abord, l'introduction du vaccin chez les enfant est récente. Ensuite, malgré l'introduction du vaccin, la couverture est encore insuffisante principalement dans les régions rurales du fait que le programme vaccinal est moins présent et que les habitants ont moins accès au système de santé. Finalement la transmission est augmentée car les patients ne consultent que tardivement, à un stade avancé de la maladie (où le traitement est également bien plus compliqué). Le nombre de porteurs chroniques est aussi augmenté par les patients qui ne suivent pas leur traitement jusqu'au bout : nous avons vu une patiente de 62 ans qui, après 5 mois de traitement pour une hépatite chronique contrôlée, avait décidé d'arrêter son traitement. Elle était de nouveau à l'hôpital pour fatigue et jaunisse, et le nombre de virus (les antigènes HbsAg) avaient ré-augmenté, ce qui rend la transmission de la maladie de nouveau possible.

La transmission verticale pose de grands problèmes parce que les enfants qui naissent avec l'hépatite B – s'ils ne développent pas une hépatite fulminante très tôt et souvent fatale – sont souvent des porteurs chroniques du virus, ce qui favorise beaucoup la transmission de celui-ci, et ils développent après des années une hépatite chronique souvent compliquée d'une cirrhose qui a un très mauvais pronostic. Comme ce sont souvent des enfants des régions rurales dont les mères ont accouché à la maison sans avoir été auparavant testées pour l'hépatite eux non plus n'ont pas un accès facile au centres de santé et sont diagnostiqués tardivement.

Comme nous nous trouvions dans un hôpital de maladies tropicales, les cas de cirrhose que nous avons pu voir avaient une étiologie plutôt virale qu'alcoolique. La première cause de cirrhose reste l'hépatite virale chronique mais l'alcool joue aussi un rôle important, surtout dans les villes. Certains cas d'hépatite sont aussi causés par l'utilisation de remèdes à base de plantes provenant de la médecine traditionnelle, et aussi plus particulièrement de produits importés de Chine pouvant contenir de l'arsénique.

Dans le cas d'une cirrhose avancée la transplantation hépatique, qui serait nécessaire, est presque impossible au Vietnam. Il n'existe qu'un centre en collaboration avec la Belgique qui est en développement pour former les chirurgiens à acquérir les compétences nécessaires, mais la procédure est extrêmement chère et, pour l'instant, réservée aux vietnamiens riches qui vont à l'étranger pour le faire.

HIV / SIDA

Définition

Le Syndrome D'immuno-Déficience Acquise, ou SIDA, est un ensemble de symptômes survenant à la suite de la destruction du système immunitaire, plus précisément des lymphocytes T CD4+, par le rétrovirus HIV.

Signes et Symptômes

Dans la phase aiguë, le rétrovirus infecte les cellules dendritiques de la sous-muqueuse, puis les lymphocytes après un passage dans le ganglion lymphatique. Au bout de quelques semaines le patient est alorsatteint du syndrome aigu rétroviral, signe de très haute virémie. Ce syndrome n'est pas spécifique et ressemble à un état grippal. L'arrivée du virus entraîne une réponse immunitaire amenant à la formation d'anticorps, ou séroconversion. Le patient est donc considéré comme séropositif mais il n'est pas encore atteint du SIDA.

L'infection progresse ensuite sans provoquer de symptômes jusqu'à ce que le nombre de cellules T CD4+ soit très diminuées, ce qui permet à d'autres infections de se propager plus facilement. Apparaissent alors les premiers signes du SIDA lui-même: affections plus sévères que la norme (Tuberculose, candidose, toxoplasmose) ou par des pathogènes opportunistes (comme la pneumonie à P. Carinii,...) et transformation malignes (sarcome de Kaposi,...).

Traitement, diagnostic, prise en charge

Cette maladie n'a pas de signe spécifique constant. Les patients sont souvent hospitalisés à la suite d'une fièvre ou d'une toux. Certains se plaignent de douleurs abdominales qui révèlent des adénopathies et d'autres présentes les signes de diverses affections opportunistes.

Les tests diagnostiques habituels sont la mesure de la virémie et du taux de CD4+, qui déterminent ensuite le choix de la thérapie. En Suisse, par exemple une trithérapie aux antirétroviraux commence a être conseillée en dessous de 350 CD4+/µl et en présence de symptômes.

Au Vietnam les médecins prescrivent la trithérapie en dessous de 250 CD4. Les autres traitements sont spécifiques aux surinfections concernées: La pneumonie à P. carinii est traitée par ceftriaxone tandis que le Candida est traité par fluclonazole. Les adénopathies abdominales sont souvent la cause d'une mycobactérie et font l'objet d'un traitement empirique à l'erythromycine et etambutol. En cas de toxoplasmose, on donne un antiparasitaire et de la déxaméthasone pour contrer un œdème cérébral.

Épidémiologie

Le SIDA au Vietnam est moins prévalent qu'en Afrique et qu' ailleurs en Asie du Sud-Est (comme en Thaïlande) mais l'incidence continue d'augmenter. La prévalence de HIV au Vietnam a plus que doublé depuis l'an 2000. En 2012, le HIV atteint 0,53% de la population, principalement dans le sud du pays où la densité de population y est plus importante. La population touchée est

principalement constituée d'hommes de 20-39 ans, même si les femmes sont de plus en plus atteintes. Les statistiques à ce sujet proviennent du gouvernement et principalement de la surveillance Sentinelle HIV qui recense les cas dans la plupart des provinces vietnamiennes. Néanmoins, le nombre de test HIV insuffisant, en partie expliqué par la stigmatisation qui en découle, indique que la prévalence officielle est sous-estimée.

Prévention

Le Vietnam a réagit en développant en 2000 un établissement pour le contrôle d'HIV/AIDS (VAAC) et en 2004 la "National Strategy on HIV/AIDS Prevention and Control in Vietnam until 2010 with a vision to 2020". Cette stratégie vise à augmenter les centres de conseil et de dépistage, ainsi que le pourcentage de patients pouvant bénéficier d'une thérapie antirétrovirale. Aujourd'hui, dans le Vietnam du sud, il existe quatre endroits pour dépister anonymement le virus HIV.

En 2004 également, les "Three Ones" ont affermi le programme national de lutte en mettant l'accent sur la coordination des projets au niveau mondial, national et local. Ces principes ont été dénommé avec l'aide du Royaume Uni et des USA, afin d'améliorer la tentative d'enrayement de l'épidémie:

- *One agreed HIV/AIDS Action Framework that provides the basis for coordinating the work of all partners.*
- *One National AIDS Coordinating Authority, with a broad-based multisectoral mandate.*
- *One agreed country-level Monitoring and Evaluation System.*

Ceci se fait notamment avec le soutien d'initiatives internationales comme ESTHER, the United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, the Global Fund HIV Project, l'ONUSIDA.

De même, des programmes de distribution de seringues et aiguilles ainsi que des thérapies à la méthadone ont été mis en place. Ainsi, le budget du Vietnam consacré au programme AIDS a doublé ces dernières années.

Au Vietnam

Nous avons rencontré les cas de HIV dans le département E de l'hôpital des maladies tropicales. L'établissement accueille 50 à 80 patients répartis dans 7 chambres et deux étages, l'un pour les cas sévères et l'autre pour les cas légers. Les cas sévères ont en principe des complications comme des pneumonies ou un choc septique. Le département est assez grand et bien soigné. Ici le nombre de lit correspond à celui des patients, fait assez rare. Les chambres ne sont pas mixtes et un calme troublant, différent, règne dans le service. Ce qui frappe, dès les premières minutes, ce sont les grillages qui surplombent les murets du service donnant sur la cour intérieure. En effet, ici plus que chez nous, le Sida est une maladie taboue qui amène la honte dans le cœur de celui qui en souffre. Au

Vietnam, les patients souffrant de sida risquent leur emploi et leurs enfants peuvent être chassés de l'école. En conséquence, ces mesures permettent de diminuer le risque de suicide chez ces patients.

La toxicomanie est la principale cause de transmission du sida: la prévalence dans ce groupe à risque est de 23,1%. Le partage des seringues et aiguilles tient une part importante dans la hausse de la prévalence de l'infection, ainsi que des comportements sexuels à risque souvent concomitants. La transmission sexuelle, fréquente dans le milieu de la prostitution, est également un mode de transmission majeur. Pour l'instant néanmoins, l'épidémie est majoritairement restreinte aux groupes à risques.

En 2009, seuls 53,7% des patients souffrant d'une infection avancée à HIV bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale. Ce traitement coûte cher : certains génériques sont produits localement et d'autre antirétroviraux ont été reçus de la part des USA et d'initiatives internationales. En plus des centres de ville pour le dépistage anonyme, il existe, dans le sud du Vietnam, de petites structures annexées à l'hôpital où les patients peuvent aller chercher leurs médicaments. Si leur cas s'aggrave, ces structures vont transférer les patients à l'hôpital compétent où ils seront pris en charge. De plus, les patients atteints du virus sont désormais éduqués aux aléas de la maladie: ils apprennent les effets secondaires des traitements antiviraux, les signes d'alarme…

"Aidez les personnes souffrant d'HIV à être intégrées dans la communauté"

Malgré cela, il est vrai que la majorité des diagnostics se font à des stades avancés et que l'incidence du Sida/HIV augmente. Les cas sévères meurent toujours d'insuffisance respiratoire, de choc septique ou d'anémie sévère. Un des patients que nous avons rencontré avait été diagnostiqué du SIDA quand son taux de CD4 était tombé aussi bas que 41/ µl, et la majorité des patients sont diagnostiqués alors qu'ils ont déjà des signes de SIDA et non pas avant la survenue de ceux-ci, toujours à cause de la stigmatisation de cette maladie qui retarde l'accès aux soins.

Le pays a donc encore des défis à relever pour assurer une meilleure prévention qui passe par l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant de programmes de prévention spécifique et l'assurance d'un meilleur accès de ces groupes aux centres de soins. Une des solutions pour contenir l'épidémie serait aussi d'augmenter le nombre de personnel de soins capable de prendre en charge les malades.

SYSTEME DE SANTE VIETNAMIEN

Le système de santé vietnamien est globalement considéré comme en avance par rapport à l'état général du pays et des autres institutions, et s'améliore plus rapidement que ceux des pays voisins.

Il est en transition complexe entre le système entièrement basé et financé par l'état qui existait dans les années 80 et une grande privatisation des institutions tout en essayant de garder un accès à la santé pour tous.

GENERALITES

Population Totale	88'069'000
Pourcentage de la population vivant en zones urbaines (%)	30
Produit National Brut par habitant (Dollar international)	2700 en 2009 / 3260 en 2012
Espérance de vie à la naissance (années)	70 (hommes) / 74 (femmes)
Mortalité avant 5 ans (sur mille naissances)	24
Dépenses de santé totales par habitants (Dollar international)	213
Dépenses de santé totales en Pourcentage du PIB (%)	7.2
Proportion des dépenses de santé totales provenant de fonds publics	32
Mortalité maternelle (pour 100'000 naissances)	59
Prévalence de l'HIV (pour 1000 adultes entre 15 et 49 ans)	4
Pourcentage de couverture antirétrovirale chez personnes souffrant d'une infection avancée à HIV (%)	53
Prévalence de la tuberculose (pour 100'000 personnes)	334
Nombre de cas reportés de Malaria (en 2010)	17515
Nombre de cas reportés de Tétanos total / Tétanos néonatal (en 2010)	196 / 35

(Issues de l'OMS et du Global Health Observatory, 2009/2010), source: http://www.who.int/countries/vnm/en/

ORGANISATION

Le système de santé vietnamien est hiérarchisé en quatre niveaux: le ministère de la santé, les hôpitaux provinciaux (de référence), les hôpitaux régionaux (de district) et les centres de santé communaux. Tout en haut de la hiérarchie se situe le ministère de la santé, dont dépendent les grands hôpitaux de référence. Le ministère de la santé décrète le nombre de lits dont peut disposer chaque service de l'hôpital, et, en fonction du nombre de lits accordés, la totalité du personnel soignant. Les lits sont rarement suffisants pour le nombre effectif de patients traités ce qui explique également qu'il n'y ait pas assez de personnel soignant pour le nombre de patients.

Les hôpitaux de référence, situés dans les grandes villes (principalement à Hô Chi Minh-Ville et à Hanoi), sont soit généraux (comme l'hôpital de Cho Ray, à Hô Chi Minh-Ville) soit spécialisés. A Hô Chi Minh-Ville, par exemple on compte 10 hôpitaux généraux et 20 spécialisés, dont 2 hôpitaux de pédiatrie, l'hôpital de maladies infectieuses et tropicales, un hôpital d'oncologie, de gynéco-obstétrique, d'urgence, de dermatologie, et un centre dédié à la tuberculose).

En dessous des hôpitaux de référence se trouvent les hôpitaux de district. Ceux-ci varient beaucoup en taille, en personnel et en équipement en fonction de la région où ils se trouvent et peuvent être orientés vers certaines spécialités particulières (comme l'hôpital du district 2, à Hô Chi Minh-Ville qui, du fait de sa proximité avec l'autoroute, se spécialise dans la traumatologie). Il y a en général un hôpital par district (il y en a donc 24 à Hô Chi Minh-Ville).

Il existe finalement de plus petites structures de type centres de santé, normalement un par commune mais en pratique cela diffère beaucoup selon les régions, en lien avec l'hôpital, qui dispensent des soins primaires, distribuent des médicaments, et qui informent les hôpitaux si l'état de santé de ces patients s'aggrave.

En parallèle il existe également des hôpitaux privés (22 à Ho Chi Minh City), leur relation avec le reste du système de santé est assez complexe. Certains sont construits en collaboration internationale (comme l'hôpital Franco-viet) et sont très renommés, d'autres sont entièrement vietnamiens. Dans le sud du Vietnam il y a également de nombreux cabinets privés.

HOPITAUX VISITES

Le premier hôpital où nous sommes allés, l'hôpital pédiatrique numéro 1, est l'un des 2 hôpitaux pédiatriques de Hô Chi Minh-Ville, et le plus grand hôpital pédiatrique publique du pays. Il existe un hôpital national de pédiatrie à Hanoi mais tous les hôpitaux de référence de Hanoi sont « nationaux » puisqu'ils sont dans la capitale. Les patients provenant du sud du Vietnam sont normalement référés aux deux hôpitaux pédiatriques d' HCMC mais des patients viennent de tout le Vietnam particulièrement dans cet hôpital pour les services réputés être de bonne qualité (comme le service de cardiologie, de néonatalité ou de soins intensifs).

C'est hôpital possède 1000 lits, mais, à cause de la surpopulation des hôpitaux de référence le nombre de patients est beaucoup plus élevé. L'intérieur de l'hôpital est relativement calme par rapport à la cour qui sert à l'admission et au tri entre les urgences et les autres services de consultation, où l'attente (souvent en plein soleil, debout, par manque de place) peut durer plusieurs heures. On y voit beaucoup d'enfants et de parents dormir dehors sur des nattes en l'absence de place dans les chambres. Les murs de l'hôpital sont peints des personnages de Walt Disney et d'autres contes pour enfants et il y a des places de jeux dans les cours intérieures. On y trouve aussi une cantine pour les parents.

Un service type est constitué de plusieurs salles où les patients sont généralement triés par maladie (bien que, par manque de place, la séparation ne soit pas toujours respectée, surtout en période d'épidémies diverses dans les services d'infectiologie, les patients étant simplement accueillis où il y a encore de la place), d'une ou plusieurs salles d'urgence (triées par sévérité), d'une salle de consultation / admission où se trouve également la distribution de médicaments par les infirmières et d'une salle pour le personnel soignant. Les services possèdent en moyenne une dizaine de médecins (ce qui comprend les chefs de service, les résidents, et les internes)

Environ 5000 patients sont examinés par jour au service d'admission, le temps d'attente étant différent en fonction du « niveau de soin » qu'ils peuvent recevoir (celui-ci dépend de la situation

financière des patients et de l'assurance qu'ils possèdent).

Cet hôpital est l'un des 29 hôpitaux associés à l'Université de médecine et pharmacie d'HCMC, ce qui veut dire qu'il est chargé de l'enseignement aux étudiants. Ceux-ci viennent en général tous les après-midi. La collaboration avec l'université implique aussi que certains professeurs de médecine travaillent à mi-temps dans cet hôpital.

Nous avons ensuite pu aller à l'hôpital d'infectiologie et de maladies tropicales, situé dans le quartier chinois d'Hô Chi Minh-Ville, ou district 5. Cet hôpital, également hôpital de référence pour tout le sud du Vietnam, possède 10 départements d'environ 40 lits chacun. Nous avons pu nous rendre dans les départements des fièvres infectieuses, de l'hépatite, du tétanos, de l'HIV, des soins intensifs adultes et enfants. Ici aussi les services sont débordés, surtout celui dédié aux fièvres indéterminées et les soins intensifs, où les patients se partagent les lits et dorment parfois dans les couloirs. Cet hôpital possède une unité de recherche en maladies tropicales en collaboration avec l'université d'Oxford, ce qui permet d'avancer la recherche dans les maladies fréquentes au Vietnam et en Asie du Sud-Est et négligées dans les pays développés. C'était d'ailleurs frappant de constater qu'au moins un patient sur deux rencontré dans cet hôpital souffrait d'une maladie inconnue, disparue ou extrêmement rare en Suisse.

Bâtiment principal de l'hôpital d'infectiologie et de maladies tropicales

Nous sommes également allés dans des hôpitaux de district, d'abord dans le district numéro 4, quartier relativement défavorisé d'Hô Chi Minh-Ville car la majorité de la population en provenance des campagnes émigrée en ville s'y trouve. Étant donné que le district sur lequel se trouvait cet hôpital est relativement peuplé l'hôpital est assez grand, c'est un hôpital général avec un département de médecine traditionnelle.

Nous avons également pu voir l'hôpital du district numéro 2. Ce district, autrefois la campagne et la banlieue de Ho Chi Minh Ville, s'est beaucoup développé ces dernières années (grâce à la construction d'un tunnel qui diminue de beaucoup la distance effective depuis le centre), et fait maintenant partie de la ville. Cet hôpital draine les patients de la région et les accidentés de la route nationale qui passe près de l'hôpital, il a donc un service de traumatologie spécialement développé. Dans cet hôpital nous avons spécialement pu observer les efforts des médecins en collaboration avec l'université de médecine pour améliorer l'image et la qualité des soins au niveau local afin d'empêcher le problème de surpopulation des grands hôpitaux de la ville. Le directeur de l'hôpital, ancien enseignant de l'université, promeut les échanges université – hôpital : il fait venir des médecins de l'université ou des grands hôpitaux pour qu'ils pratiquent une matinée par semaine dans cet hôpital

afin de partager les connaissances avec les autres médecins et de montrer à la population que dans les hôpitaux de districts travaillent également des médecins universitaires. L'hôpital accueille également des étudiants (qui ne vont normalement que dans les hôpitaux universitaires lors du cursus de base).

Cet hôpital possède 150 lits et voit entre 800 et 1000 patients par jour. Il y a 43 docteurs et au total 203 membres du personnel soignant, ce qui en fait un grand hôpital pour le niveau régional. L'hôpital n'a que 2-3 ans (certaines salles étant encore en construction), possède, en plus du service de médecine interne et de traumatologie des départements de chirurgie, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, de médecine traditionnelle, d'ophtalmologie et d'odonto-stomatologie. Il est prévu de développer également un service d'oncologie pour désengorger l'hôpital de référence d'HCMC, que nous n'avons pas pu visiter mais qui ne possède qu'un lit pour 3 voire 4 patients.

La toute nouvelle salle d'urgence de l'hôpital du district 2

Finalement, grâce à un médecin rencontré à l'hôpital régional qui travaillait habituellement à l'hôpital de Cho-Ray, nous avons pu visiter celui-ci. C'est le plus grand hôpital d'HCMC, celui qui a pu nous donner une idée assez précise du problème de surpopulation des hôpitaux de référence. L'hôpital a 40 ans, a 10 étages et 2000 lits. Nous avons pu nous rendre en gastro-entérologie, service comptant 150 patients environ répartis dans deux chambres (une pour les hommes, une pour les

Le service de gastro-entérologie de l'hôpital de Cho-Ray, dortoir des femmes

femmes) et une salle d'urgence. Il y a 14 médecins dans le département mais seulement deux médecins (dont un responsable de faire des tournées dans les autres services) et huit infirmières la nuit, alors que sont généralement admis environs 20 nouveaux patients par nuit. L'hôpital nous donnait l'impression d'une ruche à l'activité frénétique, nous ne savions pas trop où nous mettre pour ne pas déranger tant il y avait peu de place entre les patients couchés sur le sol, les nettoyeurs, les infirmières, les familles…

ASSURANCES, FINANCEMENT, SYSTEME PRIVE / PUBLIC

Récapitulatif des lits à l'hôpital des maladies tropicales. Les signes "BH" en rouge indiquent les patients possédant une assurance

Depuis la fin des années 80, en parallèle avec le renouveau économique de pays (la politique du « Doi Moi » visant à privatiser d'avantage l'économie) le système de santé s'est lui aussi commercialisé, en permettant à des fonds privés d'investir dans les services publics, puis en autorisant les pratiques privées (qui sont surtout présentes au Sud). A présent, si la majorité des hôpitaux sont publics ils reçoivent une grande partie de leur financement via des fonds privés. Selon certaines sources 6.4% du produit intérieur brut (PIB) sont dédiés à la santé, mais majoritairement aux hôpitaux de références au détriment des zones rurales. 80% des dépenses en matière de santé sont effectuées par les individus (l'estimation à 62% de l'OMS est en accord avec celle du gouvernement vietnamien mais elle ne prend pas en compte tous les payements "informels" faits au personnel soignant). En 2010 le gouvernement a tenté de proposer une assurance publique obligatoire mais comme celle-ci dépasse le revenu moyen mensuel d'une grande partie de la population la couverture de l'assurance n'a pas beaucoup augmenté.

Le système de santé vietnamien garantit pour tout enfant de moins de 6 ans des soins de base gratuits. Au delà les patients peuvent prendre une assurance. L'assurance de base (étatique) coûte environ 400'000Dongs (20 CHF), couvre environ 60% de la population (ce qui implique qu'environ

35 millions de vietnamiens ne possèdent aucune assurance), et donne accès aux chambres publiques pour la durée nécessaire de traitement et à certains médicaments dont la liste est éditée par le système de santé.

Ce sont généralement des médicaments produits au Vietnam, en Inde, aux Philippines. Les compagnies pharmaceutiques font pression pour inscrire leurs médicaments sur ces listes et en augmentent ensuite le prix (jusqu'à 10 fois leur valeur) ce qui contribue à la banqueroute imminente du fond national vietnamien d'assurance santé (VHIF) et explique en partie pourquoi les traitements comptent pour 45 à 60% des coûts du système de santé.

Si les patients veulent un lit pour eux seuls, une chambre « semi-privée » à trois patients par salle environ, avec TV, air-conditionné, frigo, et des médecins plus disponibles car ils ont moins de patients à charge (nous avons pu constater que la durée de consultation était nettement plus longue, l'avis de la famille pris en charge, le temps pris pour répondre aux questions,...) il leur faut s'assurer en privé (ce qui est possible pour moins de 1% de la population, et surtout les employés internationaux) ou payer d'eux-même. Le coût d'une de ces chambres se situe entre 150 et 400 mille dongs par jour, ce qui revient à environ 7 à 20 francs suisse.

Patients (et leur famille) installés dans les couloirs par manque de place. Dortoirs publics

Couloirs des chambres semi-privées, hôpital pédiatrique, service de pneumologie

De même, si les patients désirent des médicaments fabriqués en Europe ou aux États-Unis, des médicaments plus nouveaux, à moins d'effets secondaires ou un traitement plus complet (par exemple pour le traitement de l'hypertension la liste éditée par le gouvernement donne accès à un diurétique seulement), ils doivent les payer eux-même. Il est d'ailleurs connu que certaines personnes plus ou moins aisées ne prennent sciemment pas d'assurance gouvernementale puisque les patients sont triés dès leur arrivée en fonction de s'ils en possèdent une ou non et que l'hôpital donne les traitements de base aux personnes assurées et les traitements plus perfectionnés aux personnes non-assurées qui

peuvent les payer, pour faire du bénéfice.

L'assurance gouvernementale stipule également que les patients se rendent d'abord au centre de santé communautaire pour être, si nécessaire, transférés ensuite dans d'autres hôpitaux (de district, de référence) si nécessaire. Si les patients veulent d'eux-même se rendre (en l'absence d'urgence) dans un hôpital autre que le centre de santé communautaire, ils doivent en payer les frais.

Il est également connu que, dans certains centres de santé, une assurance de base ne suffit pas à obtenir des soins de base, qu'il faut payer les médecins, les infirmières ou les sage- femmes en sous-main pour obtenir un traitement correct. Cette pratique, peu mentionnée semble être très largement répandue, surtout en chirurgie et en obstétrique, et « acquise » par une majorité des docteurs, surtout ceux qui ne peuvent pas compléter suffisamment leur salaire au niveau régional, après quelques années de pratique. Il n'existe d'ailleurs pas vraiment de délimitation claire entre ces pratiques (bien que parfois la demande d'argent soit clairement explicitée en échange d'une procédure moins douloureuse ou plus rapide) et la tradition d'offrir des cadeaux aux médecins, comme en l'échange de tout service important, présente au Vietnam et ancrée dans les normes sociales. Certains patients ne pouvant pas offrir quelque chose se sentent souvent déshonorés.

Pour les personnes trop pauvres pour payer l'assurance gouvernementale il y a un système d'aide financière : ceux-ci doivent écrire une lettre expliquant leur situation et s'ils sont jugés assez démuni l'aide (une partie des coûts hospitaliers) leur est accordée. Mais il existe tout une tranche de la population qui n'est pas assez pauvre pour bénéficier de l'aide et pas assez riche pour payer l'assurance, et la population rurale, peu éduquée aux enjeux de santé, ne possède habituellement pas d'assurance non plus.

Attente pour les consultations standard, les moins chères

Les coûts d'une consultation standard varient selon les niveaux de soins : dans les dortoirs publics, pour les soins de base remboursés en cas d'assurance la consultation standard coûte environ 20'000 Dongs (1 CHF), le niveau supérieur (avec moins d'attente, un lit privé,...) environ 50000 Dongs (2.50 CHF) et une consultation sur rendez-vous, permettant de choisir son médecin environ

100'000 D (5 francs). Au total (s'il n'y a pas d'examen coûteux à effectuer) l'hospitalisation, les traitements et les soins reviennent à l'équivalent de 2-4 francs par jour, au niveau de soins le plus bas.

Aux coûts directs du traitement et de l'hospitalisation s'ajoute en général le coût de la vie à Ho Chi Minh Ville (beaucoup plus chère que la campagne) malgré les cantines de l'hôpital destinées à la famille qui leur donnent droit à un repas par jour, et la perte de revenu pour la famille qui doit se déplacer jusqu'à l'hôpital de référence parfois pour une très longue durée. Nous avons pu discuter avec le père d'un petit garçon de deux mois souffrant d'une maladie cardiaque congénitale, hospitalisé depuis sa naissance et dans l'attente d'une éventuelle chirurgie (que les médecins n'étaient pas certains de savoir faire, ils attendaient de pouvoir se perfectionner). Celui-ci, instituteur à 200 km d'HCMC vivait depuis deux mois avec sa femme sur une natte sur le balcon de la salle de cardiologie, se relayant auprès de leur fils car, par manque de personnel soignant ils devaient souvent s'occuper de le ventiler manuellement. Heureusement pour eux c'était en période de vacances scolaires et il ne perdait donc pas de salaire mais ils n'avaient aucun moyen de savoir quand cette situation finirait. Et les gens les plus pauvres qui viennent dans les hôpitaux de la ville sont souvent paysans, ils doivent donc abandonner leurs champs ou leurs troupeaux pour se rendre à l'hôpital.

Nous avons pu constater que le problème d'accès aux soins ne se situe pas forcément dans la disponibilités des équipements médicaux, de personnel formé, etc (bien que les hôpitaux publics soient cruellement en manque de personnel soignant de toutes catégorie) mais parfois simplement dans le coût des traitements. A l'hôpital de Cho-Ray se trouvait, en service de gastro-entérologie, une femme admise pour un ascite du à un cancer ovarien qui allait être déchargée puisqu'elle ne pouvait pas payer pour le traitement et l'hospitalisation en service d'oncologie et ne possédait pas d'assurance. Le docteur Chung qui nous accompagnait nous a dit qu'il y avait tous les jours des problèmes de la sorte rien que dans son service.

Entre le nord et le sud du Vietnam on peut aussi constater des différences dans le système de santé. Le nord, à tradition communiste, possède très peu de cabinets privés (il y en a peut-être une cinquantaine dans tout Hanoi), par contre au sud 90% des médecins ont un cabinet ouvert entre 17h et 20h, c'est-à-dire après leur travail à l'hôpital, ce qui leur sert de revenu complémentaire. Si la crédibilité d'un médecin dépend de son travail en hôpital publique (car il peut y traiter des cas sérieux) son salaire dépend majoritairement de la possibilité de travailler en privé, comme nous l'avons vu plus haut, or les revenus des pratiques privées (qui consistent la plupart du temps en des visites à domicile en dehors des grandes villes) dépendent eux aussi du revenu de la population concernée et sont donc très inégaux en fonction de la région. Il faut également mentionner qu'il n'y a pour l'instant que peu de régulation concernant les pratiques privées et que certains médecins pratiquent sans diplôme.

ETUDES DE MEDECINE ET CURSUS MEDICAL

Durant notre stage nous avons pu discuter avec de nombreux étudiants en médecine vietnamiens, et plus particulièrement avec ceux qui suivaient un cours de médecine épidémiologique avec le Dr Phong et qui devaient se rendre dans un hôpital de district pour en étudier le

fonctionnement et le management.

Université de Médecine et Pharmacie, Hô Chi Minh-Ville

L'Université de Médecine et Pharmacie d'Ho Chi Minh Ville rassemble 7 facultés : la médecine, la pharmacie, la médecine dentaire, les soins infirmiers, la santé publique, les sciences générales (chimie, physique, mathématiques) et la médecine traditionnelle. Cette université forme des étudiants de tout le sud du Vietnam (et qui sont ensuite encouragés à aller pratiquer dans leur région d'origine), il existe également une autre université, pour la médecine et les soins infirmiers, qui forme des étudiants uniquement pour HCMC. Il y a encore deux autres grandes universités de médecine (publiques): une à Hanoi et une à Hué (centre du Vietnam). Le gouvernement décide du budget, du nombre d'étudiants, des taxes universitaires imposées à ceux-ci et du cursus de base.

L'université de médecine et pharmacie collabore avec des universités d'Australie et du Japon, pour de la recherche conjointe et des échanges d'étudiants (avec ces deux pays il est relativement facile pour les vietnamiens d'obtenir des bourses de séjour). Elle accueille également des étudiants d'Europe (Danemark, France, Suisse, Allemagne), bien qu'il soit parfois difficile de leur trouver des places de stage à l'hôpital à cause du manque de personnel et du surplus de patients. L'université essaye de se baser de plus en plus sur « l'evidence based medicine » mais comme la majorité des professeurs ne lisent pas encore très bien l'anglais ils utilisent plutôt des livres en vietnamien (des traductions des « classiques » de médecine ou des livres édités au Vietnam).

Les étudiants doivent payer en moyenne 2 millions de Dong par an (environ 100 CHF) pour leurs études. Au Vietnam, le cursus universitaire médical dure 6 ans. Les étudiants sont acceptés à l'université en fonction de leurs notes au collège. La première année et demie consiste en l'apprentissage des sciences de base (anatomie, physiologie, biologie) puis de la 2ème à la 5ème année les étudiants vont en cours le matin et à l'hôpital l'après midi. La 2ème année est dédiée aux gestes techniques, aux soins infirmiers et à la communication avec le patient, la 3ème à la sémiologie et au diagnostic, la 4ème aux tests paracliniques et aux stages en médecine interne, en chirurgie, en pédiatrie et en gynéco-obstétrique, et la 5ème à une révision des thèmes abordés les années précédentes ainsi qu'aux stages plus spécifiques (par exemple psychiatrie, traumatologie,...). La

dernière année consiste en 3 mois de cours à l'université sur les pathologies et les traitements, puis 6-7 mois de stage en rotation à l'hôpital.

A la fin des études les étudiants peuvent passer un examen pour devenir résidents dans un hôpital (ceci est réservé aux meilleurs d'entre eux : sur une volée de 300 étudiants il y a en général 40 étudiants qui passent le test et 10 qui le réussissent), ce qui leur permet de faire soit un master (en recherche) soit une spécialité. Puis un PhD ou une deuxième spécialité (en trois ans). Ceux qui ne font pas la résidence peuvent travailler à l'hôpital en tant que médecin assistant environ 3 ans, puis ils peuvent également faire un master ou une spécialité. Certaines spécialités sont plus difficiles à obtenir que d'autres, surtout dans les grands hôpitaux de ville où la plupart des étudiants veulent travailler, préférant la vie citadine aux conditions de vie en région rurale. Les médecins n'obtenant pas les meilleures notes et devant travailler comme médecins assistants sont généralement employés au niveau communal (ce qui explique le manque de médecins diplômés dans les zones rurales mentionné ci-dessous).

METIER DE MEDECIN

Les médecins travaillant en hôpital publique ont généralement un horaire non-stop de 7h à 15-16 h. Un jeune médecin assistant, après son diplôme, gagne environ 75 USD par mois (un peu plus de 2 fois le salaire minimum), et ceci augmente avec les années de pratique. La principale motivation à devenir médecin au Vietnam est donc beaucoup plus la considération sociale (la médecine est traditionnellement une profession très honorable) que les avantages de salaire et d'horaire. Comme ce salaire est largement insuffisant pour vivre à Hô Chi Minh-Ville la grande majorité d'entre eux font des heures supplémentaires (de 17h à 20h), des nuits, ou travaillent pour des patients privés / semi-privés, ce qui leur permet de doubler voire tripler leur salaire. Les médecins expérimentés, en ville, gagnent environ 400 dollars par mois, beaucoup plus qu'un médecin de campagne qui ne possède pas toutes ces possibilités de salaires accessoires.

Dans le but d'encourager les médecins à travailler à la campagne le gouvernement offre une compensation salariale (d'environ 20% à 35% du salaire s'ils travaillent au dans le domaine préventif ou à un niveau communal ou régional), mais celle-ci ne suffit pas à rétablir l'égalité salariale, il a été calculé par une étude que pour contrebalancer les avantages de payement informel offerts au médecins travaillant en ville (et ayant donc un contact avec des patients plus riches) il faudrait tripler le salaire des médecins en zone rurale. Là aussi la corruption a été reportée : certains médecins payent les directeurs d'hôpitaux pour être acceptés dans de grands hôpitaux. De plus, les médecins de campagne sont très isolés, n'ont pas l'opportunité de pouvoir communiquer avec d'autres collèges, ou de continuer à se former, et certains médicaments sont plus difficiles à obtenir à la campagne de la part du gouvernement sous prétexte que les médecins de campagne sont des « médecins de 2ème classe ». Le peu de fonds attribués au niveau "communal" du système de santé est majoritairement utilisé pour les patients référés aux grands hôpitaux (car le Fond National d'Assurance n'a pas de contact direct avec le système de santé au niveau communal) ce qui explique le peu de traitements et de prise en charge

possibles dans les hôpitaux régionaux.

Tout ceci rend le métier de médecin de campagne plus difficile et beaucoup moins attrayant que le travail en ville, et contribue à l'image de mauvaise qualité que se fait la population – et également le personnel soignant, dans une certaine mesure - des centres de santé ruraux. Ceux-ci, même pauvres, n'hésitent donc pas à faire un long voyage pour se rendre dans les grandes villes, créant les problèmes de surcharges des grands hôpitaux (et un manque artificiel de personnel soignant en ville) et de coûts supplémentaires pour eux et pour le système de santé.

A part les pratiques privées, les heures supplémentaires, les payements informels et les commissions reversées par les compagnies pharmaceutiques sur certains médicaments prescrits (ce qui est inégal mais très communément pratiqué) les médecins peuvent aussi générer un salaire en investissant, souvent par groupe, pour un équipement médical (par exemple un CT-Scan) et se partager le revenu occasionné à chaque fois qu'un patient utilise le scan. Cette pratique n'est pas vraiment illégale puisque dans certains hôpitaux reculés le manque d'équipement médical nécessite des investissements de la part des médecins mais elle crée des biais d'utilisation de ces équipements assez évidents.

Certains médecins peuvent partir à l'étranger pour se perfectionner, mais cela reste difficile (il existe des accords avec la Chine, l'Inde et la Russie, également avec la France mais pour cela les médecins vietnamiens doivent passer de nombreux examens, c'est beaucoup plus difficile encore de se rendre aux États-Unis), parmi ceux qui partent 80% reviennent au pays, du moins selon les médecins que nous avons interrogés, qui estiment que cela est du à l'importance de la famille pour les vietnamiens.

Les médecins qui travaillent à plein temps en hôpital privé gagnent environ 2000 USD par mois, les médecins commencent habituellement à travailler en public parce que, comme les hôpitaux privés n'acceptent que les cas « légers », il est plus difficile d'acquérir de l'expérience. Il est donc généralement admis que les médecins « privés » sont moins bien formés. De façon générale, les médecins ont ensuite tendance à vouloir passer des soins publiques au privé, et des régions rurales aux villes, ce qui crée un problème majeur pour le système de santé au niveau régional.

Malgré le manque de médecins par rapport au nombre de patients il peut être difficile pour les jeunes médecins de trouver du travail, surtout dans un hôpital de ville. Cela dépend principalement des notes obtenues et des relations qu'ils possèdent, dans l'absence de celles-ci ils doivent travailler dans de petits hôpitaux, dans une autre région ou dans l'industrie pharmaceutique et le paramédical.

Dans la plupart des hôpitaux que nous avons visité les résidents, les jeunes médecins diplômés et les internes font la majorité des tâches et s'occupent des patients. Les chefs de service ne vérifient qu'en cas de question ou de cas spécial. Dans certains services les infirmières sont très peu nombreuses par rapport au nombre de médecins (comme en chirurgie par exemple) ce qui est du au fait qu'elles ne sont pas formées pour effectuer des soins chirurgicaux ou aider les chirurgiens, ce sont des internes en chirurgie ou de jeunes médecins qui le font. Il est intéressant de constater que, si le taux de médecins pour la population totale (0.56 pour mille) est un peu plus bas que dans les autres pays d'Asie du Sud-

Est mais environ deux fois plus haut que dans les pays d'Afrique, le taux d'infirmières (0.77) est particulièrement bas. Et ces nombres sont une moyenne, le taux de personnel soignant étant bien plus bas dans les régions montagneuses rurales du centre et du nord. Ces régions ont également moins de personnel soignant qualifié.

Espace de consultation, service d'infectiologie, Hôpital pédiatrique numéro 1

Lors de notre après-midi à l'hôpital de Cho-Ray nous avons pu discuter avec le Dr Chung de son quotidien de travail. Il commence généralement sa journée à 5h du matin (et doit traverser la ville en moto avant) pour avoir le temps de s'occuper et des patients qu'il a à charge et des étudiants auxquels il enseigne. Les étudiants viennent donc à 5h30 puisque le reste de la journée il est généralement trop occupé pour les recevoir. En tant que jeune professeur attaché à l'université, il reçoit des élèves de 2-3ème année. Il travaille du lundi au vendredi et également la nuit du vendredi (où il est censé finir à midi, mais il finit généralement en fin d'après midi le samedi, après au minimum 30 heures de travail consécutif), ainsi qu'une matinée dans l'hôpital du district 2.

Son salaire de professeur est de 200 USD, il pourrait travailler l'après-midi dans une clinique privée mais préfère se concentrer sur l'enseignement, et a commencé à travailler en tant que médecin de famille pour la communauté russe d'Hô Chi Minh Ville (qui lui assure environ un patient par semaine) pour compléter son salaire. Comme il a effectué une partie de ses études en Russie grâce à une bourse obtenue auprès du gouvernement il a pu postuler pour un poste à l'hôpital de Cho-Ray, qui lui offre 20 jours de vacances par an (qui sont principalement les jours fériés des fêtes vietnamiennes) mais la possibilité d'acquérir beaucoup d'expérience et de pouvoir, ensuite, travailler partout au Vietnam. Il ne veut pas pour l'instant travailler en hôpital privé, à cause de leur réputation et parce qu'il n'a pas envie de ne côtoyer que des patients riches, et aimerait pouvoir aller se perfectionner à l'étranger s'il peut obtenir une bourse.

PROGRAMMES GOUVERNEMENTAUX DE PREVENTION ET VACCINATION

Information destinée aux parents, Hôpital pédiatrique numéro 1. Hygiène sanitaire, prévention contre les moustiques, tables de croissance...

Les grands thèmes de prévention au Vietnam sont la cigarette, le SIDA (surtout à Hô Chi Minh Ville où nous avons effectivement vu beaucoup d'affiches pour un dépistage anonyme), et des programmes nationaux de prévention et/ou vaccination pour les maladies infectieuses qui ont un impact important sur la population (il en existe 15 dont le paludisme, la tuberculose,…).

Il existe 8 maladies pour lesquelles les vaccins sont théoriquement obligatoires et donc gratuits avant un an : Hépatite B, Polio, Tétanos, Coqueluche, Diphtérie, BCG, Rougeole, H. Influenza B. Ceux-ci ne sont gratuits que pour les enfants, si les adultes désirent se vacciner pour ces maladies ou si les parents veulent d'autres vaccins ou d'autres types de vaccins (plus récents,…) il doivent les payer. Après un an des vaccins de rappels payants (en l'absence d'assurance) sont disponibles pour la méningite (H. Influenza B, pneumocoque), l'encéphalite japonaise, les oreillons.

Il est très difficile d'avoir une estimation de la couverture vaccinale au Vietnam, il est généralement admis que malgré les programmes de vaccination contre

Prévention dans les rues d'Hô Chi Minh-Ville

l'hépatite B et la tuberculose (BCG) le pourcentage de porteurs de ces maladies est extrêmement élevé. Ceci s'explique principalement par la difficulté de vacciner les populations rurales qui n'ont que très peu accès aux centres de santé et aux connaissances médicales. Dans ces populations les femmes accouchent généralement à la maison, ce qui rend la vaccination des nouveaux-nés difficile (les parents ne se rendent généralement pas en ville pour le faire) et permet des transmissions verticales d'hépatite B, par exemple, puisque la mère n'aura pas été diagnostiquée comme porteuse du virus et traitée en conséquence). Pour le tétanos le problème est similaire : la couverture vaccinale est la plus faible dans les zones rurales et chez les vieilles personnes (qui n'ont pas forcément été éduquées à l'utilité de la vaccination), et ce sont précisément ces personnes qui, après s'être blessées, ne pensent pas au risque de tétanos et ne vont habituellement pas dans des centres de soins.

La médecine préventive, en pratique, est malheureusement négligée de façon semblable à la médecine au niveau communautaire : manque de considération pour les médecins qui l'exercent, manque d'équipements et de financement (surtout dans les régions rurales qui sont justement les régions ou les maladies liées à la mauvaise qualité de l'eau et de l'hygiène ainsi que les épidémies de maladies infectieuses sont les plus prévalentes), difficulté d'accès aux régions concernées (surtout pour les régions montagneuses qui demandent de longues heures de route aux frais des médecins)

MALADIES NOSOCOMIALES, HYGIENE MEDICAL

Pour des étudiants suisses habitués aux standards européens d'hygiène et de stérilité hospitalière, le Vietnam laisse sans doute un peu à désirer. Effectivement les médecins se désinfectent rarement les mains entre les patients (sauf quand nous les observons), uniquement après avoir touché une lésion ouverte. La propreté des hôpitaux est un peu variable selon les services (ceux qui acceptent que les parents dorment avec leurs enfants, par exemple, sont un peu envahis de nourriture et de lessives qui sèchent en travers de la pièce), nous avons vu quelques cafards dans les salles de soins intensifs, mais tout ceci a moins de conséquences que la proximité des patients infectieux.

Peinture murale pour l'hygiène des mains, Hôpital pédiatrique numéro 1

Contre la tuberculose nous avons vu plusieurs infirmières et aides soignantes porter des masques, mais, à cause du trop grand nombre de patients pour les lits disponibles aucune mesure d'isolation n'est mise en œuvre, et des patients atteints de maladies infectieuses différentes sont souvent mis côte-à côte malgré le risque accru de transmission (par exemple des enfants souffrant d'encéphalite, à risque de pneumonie par surinfection).

Prévention de l'hygiène des mains, hôpital pédiatrique numéro 1

Dans les hôpitaux de ville que nous avons visités, en tout cas, la prévention sur l'hygiène des mains existe, des messages à ce sujet sont affichés partout, il y a en général du désinfectant dans les salles et il commence à être utilisé. Le nombre de maladies nosocomiales et de surinfections en tout genre y est probablement pour beaucoup. Les chirurgiens, eux, portent un tablier et un double masque (un en tissu, un en papier), mais il n'y a pas vraiment de zone stérile dans les salles d'opérations, les instruments utilisés étant reposés avec les non-utilisés.

Chirurgien en habits stériles et table de travail

CONSULTATION, RELATION MEDECIN– PATIENT ET EDUCATION THERAPEUTIQUE

Voici un exemple de consultation type, au service d'infectiologie de l'hôpital pédiatrique:

"Ces consultations s'effectuent dans une petite salle, possédant deux tables, une pharmacie et quelques instruments comme des abaisses-langue, ou des thermomètres. Quatre consultations peuvent avoir lieu en même temps. Afin d'attendre leur tour, les enfants accompagnés de leur famille s'agglutinent à son entrée. Il n'y pas de salle d'attente, ni de chaises pour que les familles s'asseyent. Les enfants sont appelés par une infirmière ou par le médecin lui-même. C'est dans ce même local que se fait la distribution des médicaments par les infirmières. La durée moyenne d'une consultation est de 3 minutes pendant laquelle le médecin observe si l'enfant a des taches, inspecte son fond de gorge, calcule sa fréquence cardiaque à l'aide de son stéthoscope et palpe le ventre de l'enfant."

Admission de nouveaux patients en service d'infectiologie, hôpital pédiatrique numéro 1

La durée générale d'une consultation à l'hôpital, du moins de celles que nous avons pu observer, était d'environ trois minutes.

Ceci ne résulte pas d'un manque d'intérêt des médecins mais simplement d'un manque de temps : le début de la matinée est généralement dédié à la visite des patients mais comme ceux-ci sont très nombreux par salle il est difficile de leur accorder plus de quelques minutes, idem pour les patients nouvellement admis au cours de la journée.

La relation médecin-patient est encore très paternaliste, par manque de temps pour discuter avec le patient, aussi probablement par tradition culturelle de respect de l'autorité qui est encore très présente au Vietnam, même si les patients et leur entourage – du moins une certaine fraction de la population – dispose de plus en plus d'informations sur leur maladie (et cela beaucoup grâce à internet) et remet parfois en question les décisions du médecin, ce qui, aux dires de la plupart des médecins avec qui nous avons parlé, arrive beaucoup plus au Nord qu'au Sud (le caractère des gens du nord serait différent, mais comme c'est l'explication que nous avons reçue au Sud, ce n'est peut-être pas très fiable…).

Si nous avons remarqué des efforts pour le confort du patient, surtout en pédiatrie où il y a parfois des peluches pour les distraire, ceux-ci sont assez exceptionnels et la plupart du temps les patients souffrent (très stoïquement, d'ailleurs) sans beaucoup de soulagement de la part de l'équipe soignante. Dans certains services tous les enfants sont attachés par les quatre membres à leur lit, ce qui, si c'est justifié pour ceux qui souffrent de crises d'épilepsie, semble être le moyen le plus simple de les empêcher de marcher vu le peu de place à disposition.

Nous n'avons pas beaucoup observé de tentatives de réconfort, d'explications au patient – au delà d'un peu de prévention et du comportement à avoir en cas de signes annonciateurs de sévérité – d'information sur le pronostic à long ou à court terme (certains parents en salle de cardiologie ne savaient pas vraiment pour combien de temps ils étaient là) ou sur les détails de la maladie. De nouveau le principal facteur est probablement le manque de temps à disposition, mais il faut dire également que les patients (adultes) sont habitués à ce genre de relation et – c'est très frappant pour la résistance à la douleur : on entend pas un cri, pas un reproche – ne s'attendent pas vraiment à être « dorlotés ». D'où l'absence de protestation quand un médecin lève la main pour menacer un enfant qui pleure alors que le médecin voulait percer une cloque, ou des infirmières très brusques lors d'une prise de sang chez une femme en pleurs.

PLACE DE LA FAMILLE, ENTOURAGE, ASPECTS CULTURELS

Dans la plupart des services de l'hôpital pédiatrique numéro 1 un des parents de l'enfant a le droit de dormir avec celui-ci. Il y a en général plus d'un membre de la famille autour de l'enfant pendant la journée, les parents font la lessive, cuisinent et participent parfois aux soins de leur enfant, par manque de personnel. Nous en avons vu ventiler manuellement, injecter des médicaments (sous ordre des infirmières), voire s'occuper de sondes naso-gastriques. Très peu de patients sont seuls face à leur maladie, et les médecins incluent les membres de la famille dans les grandes décisions du traitement, ils annoncent même habituellement les nouvelles difficiles d'abord à la famille, puis au patient, le principe de secret médical pour protéger le patient de sa famille n'ayant pas de sens à leur yeux puisque la famille est là pour soutenir le malade.

Lessives des patients et de leur famille, hôpital pédiatrique numéro 1

Parfois la présence de la famille, et la proximité de toutes les familles dans la même salle est difficile à supporter : en service de cardiologie nous avons assisté à un petit enfant qui a fait un arrêt cardio-respiratoire soudain. Comme il n'y avait qu'une salle pour les urgences et qu'elle était – comme toujours – pleine, il y avait autour de cet enfant toute sa famille et toutes les familles des 15 patients de la salle, en train d'assister à la réanimation grâce au massage cardiaque (en l'absence de défibrillateur, il n'y en a pas dans le service). Au premier signe d'arrêt cardiaque on aurait probablement vidé la salle à Genève, pour éviter à la famille de voir les efforts désespérés pour réanimer l'enfant, et à toutes les autres familles de se voir offrir un miroir de ce qui pourrait arriver à leur enfant. Au Vietnam les malades n'ont plus vraiment d'espace privé, ce qui garantit un entourage constant mais aussi des scènes extrêmement difficiles à supporter pour la famille.

La relation avec la famille prend aussi une importance particulière parmi les médecins : nous avons souvent vu, dans un service, un patient pris en charge uniquement parce qu'il était de la famille de l'un des membres du personnel soignant. Ainsi une infirmière du service d'urgence de l'hôpital pédiatrique a amené sa fille au chef du service pour qu'il lui perce les oreilles, et dans le service de soins intensifs de l'hôpital de maladies tropicales il y avait sur un lit un patient âgé souffrant d'une démence avancée qui se trouvait là parce qu'il était de la famille d'une des aides soignantes du service qui ne pouvait pas s'en occuper à la maison.

De façon générale la prise en charge d'un malade, surtout chronique, dépend beaucoup de la famille : il n'existe presque pas de centre s'occupant de personnes handicapées ou d'EMS (il y en a quelques uns dans les villes mais ils sont tous complets), la majorité des personnes handicapées, malades ou âgées restant avec leur famille. Les personnes handicapées ont d'ailleurs peu d'opportunité de travail (à l'exception de petits travaux pour la famille ou de mendicité), pas vraiment par discrimination ouverte de la société mais parce que rien n'est adapté, construit pour eux. Les principales causes de handicap sont les accidents, puis les séquelles d'infections et enfin les séquelles de la guerre (mines, agent orange,…).

Les patients atteints de maladie chronique ne sont pas vraiment éduqués à propos de leur maladie, à l'exception du SIDA, pour lequel ils reçoivent des information sur la trithérapie, les effets secondaires, les signes d'alarme et autres, et ne se prennent pas habituellement en charge eux-même. Ils doivent se rendre au centre de santé le plus proche pour tout test (exemple la glycémie pour le diabète). Le SIDA reste une maladie mal comprise et effrayante (les barreaux au balcon du département de HIV à l'hôpital des maladies tropicales témoignent du désespoir ressenti au moment du diagnostic), d'où la nécessité d'implanter des programmes de tests anonymes. Beaucoup d'efforts sont faits pour éduquer les gens mais, dans les villes, l'incidence augmente.

MEDECINE TRADITIONNELLE

La médecine traditionnelle est principalement basée sur l'acupuncture, les remèdes à base d'herbes et d'autres produits naturels, certains remèdes empruntés à la médecine chinoise et également un peu d'ergothérapie pour les maladies chroniques. Environ 1 étudiant sur 5 choisit d'étudier la médecine traditionnelle, et de plus en plus d'étudiants le font en parallèle avec la médecine occidentale. Il existe à Hô Chi Minh-Ville deux hôpitaux de médecine traditionnelle, et la plupart des hôpitaux ont un département qui y est dédié. L'université effectue des recherches sur certains remèdes et il semble que pour l'hépatite ainsi que pour un des virus causant la maladie du pied-main-bouche, EB71, il y ait un effet substantiel de certains remèdes traditionnels.

La médecine traditionnelle reste cependant centrée sur certaines maladies chroniques (par exemple les rhumatismes), et est surtout utilisée par les vieilles personnes. Elle a l'avantage de créer moins d'effets secondaires. Si les gens ont recours à la médecine traditionnelle c'est d'abord pour l'acupuncture. Les principaux accès à la médecine traditionnelle sont les pagodes, les cabinets privés et les hôpitaux. Pour les maladies aiguës la médecine occidentale reste plus rapide et moins chère : pour un mal de tête il suffit d'une dose de paracétamol au lieu d'une séance d'acupuncture.

Le Docteur Phong devant le tableau des plantes utilisées en médecine traditionnelle dans l'hôpital du district 2. (Les plantes en question poussent dans le jardin de l'hôpital)

Mais si certains médicaments sont bénéfiques ou inoffensifs d'autres (importés de Chine selon les médecins) contiennent de l'arsenic pour aider à leur conservation, ou sont tout simplement toxiques pour le foie et nous avons vu des hépatites causées par l'usage de médicaments traditionnels. Dans un pays où la transplantation hépatique est presque impossible cela a des conséquences parfois fatales.

MANQUES ET AMELIORATIONS

Les manques matériels que nous avons pu constater sont principalement des manques de médicaments spécifiques, coûteux et des manques d'expertise dans des procédures chirurgicales complexes (pour lesquelles il y a des collaborations internationales : par exemple un programme de transplantation hépatique est en train d'être mis en place avec la Belgique, des chirurgiens américains

viennent pour effectuer certaines opérations cardiaques complexes). La plupart des médicaments et des traitements sont généralement disponibles, et l'accès aux soins est plus souvent limité par la capacité des patients à payer ceux-ci ou à se rendre dans un centre de santé.

Les médecins vietnamiens souffrent encore de l'absence de littérature médicale, de guidelines dans certaines maladies qu'on ne trouve pas eu Europe, ce qui les mène à traiter certaines maladies empiriquement, mais la recherche se développe de plus en plus en collaboration avec d'autres pays du Sud-Est.

Le manque de place est parfois problématique (pour éviter les contagions, pour le tétanos néonatal où le bruit provoque des convulsion), le manque de personnel l'est souvent pour la construction de la relation thérapeutique, éviter les erreurs médicales et alléger les horaires du personnel soignant.

La problématique de la mauvaise réputation des zones rurales a beaucoup de répercutions. Le gouvernement encourage les médecins à aller travailler à la campagne mais ne fournit pas tous les médicaments ou le matériel nécessaire sous prétexte que les médecins de campagne ne sont pas des bons médecins, ce qui pousse environ deux tiers des médecins à pratiquer en ville. Si, pour les patients qui peuvent voyager, cela ne pose pas « plus » de problèmes que la surpopulation des hôpitaux de ville qui devraient être réservés aux cas graves référés par les hôpitaux régionaux, pour ceux qui ne peuvent pas voyager les soins sont malheureusement de moindre qualité.

Selon le Dr Dung, vice recteur à la faculté de Médecine, les meilleures mesures à prendre pour améliorer efficacement le système de santé seraient de donner plus de responsabilités aux infirmières dans la prise en charge des soins primaires, ce qui permettrait aux docteurs d'avoir plus de temps pour la prise en charge des patients, en particulier des cas plus complexes. Il faudrait également améliorer le système de santé au niveau du district et réparer les inégalités de traitement entre docteurs des régions rurales et urbaines.

CONCLUSION ET POINTS FORTS DU STAGE

L'immersion en Communauté au Vietnam nous a montré une nouvelle facette de la médecine et du monde médical. C'est avec un enrichissement autant théorique, culturel et historique que nous en sommes repartis.

Ce stage nous a confronté à un nouveau système de santé que nous avons pu observer, juger et dans lequel nous avons évolué pendant ces quatre semaines.

De notre point de vue, celui-ci comporte certaines failles (manque de matériel, de lits, de places et de personnel, maladies nosocomiales fréquentes) et des atouts (gratuité des vaccins chez les nourrissons, gratuité des soins médicaux chez les enfants de moins de 6 ans).

Nous avons compris qu'un système de santé différent se caractérise aussi par les nombreux

programmes de prévention et leur mise en place sur des thèmes parfois identiques aux nôtres (tabac, grippe), ou plus spécifiques au pays (paludisme, syndrome pieds – mains – bouche, etc.).

Avec, de gauche à droite, le directeur de l'hôpital du district 2, le docteur Phong et le père de ce dernier

Nous avons également acquis de nouvelles connaissances sur un grand nombres de maladies (prise en charge, examens effectués, traitements administrés), toutes illustrées par des « cas » réels. Certaines de ces maladies, comme le paludisme ou le tétanos, ne sont pas ou plus présentes dans nos pays, ce fut donc une chance d'avoir pu les observer. Parallèlement à ce côté scientifique, nous avons aussi vécu une expérience humaine extraordinaire en rencontrant divers acteurs du monde médical: médecin, infirmière, patient, proche. Chacun de ces acteurs nous a montré un visage différent de la vie hospitalière et de la vie tout court à travers des situations parfois très difficiles mais qui nous ont beaucoup appris.

Enfin, nous avons découvert un milieu hospitalier où l'ambiance est beaucoup plus familiale, et où le soutien, le réconfort et la présence des proches du patient sont primordiaux. Nous avons beaucoup appris du Vietnam et garderons probablement longtemps ces leçons en mémoire.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidé à mener à bien notre séjour au Vietnam, en particulier le professeur Chastonay et la professeure Vu sans qui ce stage n'aurait pas été possible.

Nous remercions également le Vice-Recteur Dung et le professeur Phong pour leur accueil et leur disponibilité sans pareil.

Notre reconnaissance va aussi au personnel et étudiants de l'hôpital pédiatrique numéro 1, de l'hôpital des maladies infectieuses et tropicales et des hôpitaux du district 4 et 2 qui ont contribué à la richesse de cette expérience et nous ont accueillis à bras ouverts.

A vous tous, Cám O'n !

Larissa Vorms, Céline Ferraz, Axel Jaikin et Eloïse Magnenat

ANNEXES

1) INTERVIEW DU Dr THANG

Professeur et interniste au services des urgences – *Pediatric Hospital n°1*

1. *L'Université de Médecine est – elle payante ? Si oui, combien l'étudiant doit-il payer?*

Oui, les étudiants doivent payer 2 à 3 millions de dong par an ce qui représente un prix relativement élevé quand on compare au salaire moyen d'un médecin au Vietnam qui se situe entre 300 et 400 dollars par mois.

2. *Quelle est la différence de salaire entre un médecin de campagne et un médecin de ville ?*

Un médecin de ville gagne environ 400 dollars par mois alors qu'un médecin de campagne gagne au mieux 80% de ce salaire, ce qui représente environ 350 dollars. Dans un hôpital privé, le médecin est payé environ 2000 dollars.

3. *Quelles sont les différences entre le nord et sud du pays dans le domaine médical ?*

Au nord, les patients ont plus l'habitude de se plaindre, voire de mettre les médecins en poursuite suite à des erreurs médicales. De plus, on ne trouve, dans la partie nord du pays, que peu de cabinets privés, entre 50 et 60 à Hanoi. Finalement, au sud, 89% des médecins possèdent un cabinet privé et y travaillent entre 17h et 20h. C'est une question de culture, le nord a un esprit plus communiste.

4. *Quelle est la relation qu'entretiennent les médecins avec les infirmiers ?*

L'infirmier doit suivre les ordres du médecin, la hiérarchie doit être maintenue.

5. *Comment est organisée l'Université de médecine à Ho Chi Minh ?*

Il existe deux grandes Universités de médecine à Ho Chi Minh :

a) L'Université de médecine et pharmacie d'Ho Chi Minh ville contient sept facultés :

- La faculté de médecine
- La faculté de pharmacie
- La faculté dentaire
- La faculté d'infirmerie
- La faculté de santé publique
- La faculté de médecine traditionnelle
- La faculté de sciences générales (chimie, physique, mathématiques…)

b) Il existe une autre université de médecine à Ho Ci Minh qui elle ne forme que les médecins et les infirmiers pour Ho Chi Minh ville.

6. *Quelle est la proportion d'étudiants en médecine qui se tourne vers la médecine traditionnelle ?*

Sur les 600 élèves étudiant à la faculté de médecine, 500 font de la médecine générale contre 100 qui vont en médecine traditionnelle. Dans chaque hôpital, il existe un département de médecine traditionnelle. Il existe deux hôpitaux de médecine traditionnelle à Ho Chi Minh ville. Aujourd'hui, les médecins se forment de plus en plus dans les deux types de médecine en même temps.

7. *Comment fonctionnent les assurances au Vietnam ?*

Jusqu'à 6 ans, tous les coûts médicaux sont pris en charge par le gouvernement.Après cela, l'assurance coûte 400'00 dong. Lors de la consultation à l'hôpital, on trie les patients avec ou sans assurance. Ceux possédant une assurance reçoivent des médicaments bons marchés provenant du Vietnam, des Philippines, d'Indonésie et d'autres pays d'Asie. Par contre, si le patient n'a pas d'assurance, des médicaments plus chers mais provenant de pays plus développés comme la Suisse ou la France lui seront prescrits.

A partir de 6 ans, la consultation en dortoir public coûte 20'000 dong. A ce prix, un lit n'est pas toujours attribué au malade par manque de place ou peut se retrouver à plusieurs sur un même lit. De plus, il faut compter plusieurs heures d'attente pour être pris en charge. Si le patient a les moyens de payer sa consultation à 50'000 dong, l'attente est réduite à 15 – 20 minutes.

Finalement, un patient, qui aurait les moyens de payer sa consultation 100'000 dong, a la possibilité, entre autres, de prendre un rendez-vous et de choisir son médecin.

L'ambulance est gratuite si le patient vient directement en salle d'urgence ou s'il est transféré dans un autre hôpital suite à l'avis du médecin. Quand, ce sont les patients ou leurs parents qui décident de se faire transférer dans un autre centre de soins, les frais sont à leur charge et sont à la hauteur des 500'000 dong.

8. *Pourquoi y a t il autant d'enfants souffrant de maladies congénitales au Pediatric Hospital ?*

Probablement à cause des armes chimiques utilisées pendant la guerre. Ce sont les malformations cardiaques qui sont les plus fréquentes.

9. *Existe – t'il des aides pour les familles ne pouvant pays les frais médicaux ?*

Oui. Si la famille a de la difficulté à payer, elle doit écrire une lettre à l'hôpital et les frais peuvent alors être réduits.

10. *Est-ce que beaucoup de médecins vietnamiens partent à l'étranger ?*

Certains partent à l'étranger pour se perfectionner mais 80% d'entre eux retourneront au pays. Les vietnamiens sont très liés à leur famille.

11. *Quel est l'impact que le gouvernement a sur l'hôpital ?*

C'est le ministère de la santé qui décrète le nombre de lits utiles dans l'hôpital, et en fonction de ce nombre de lit, le personnel nécessaire. Or, ce ne correspond pas à la réalité étant donné qu'il y a plus de patients que de lits.

12. Quels sont les grands thèmes de prévention ?

Le tabac et les programmes de vaccination

13. *Comment se déroule le programme de vaccination ?*

Les vaccins obligatoires du nourrisson sont gratuits : BCG + rougeole + un vaccin combiné (hépatite B, poliomyélite, tétanos, coqueluche et diphtérie)

A partir de 1 ans, les nouveaux vaccins et les rappels sont payants tels que les vaccins de la méningite, de l'encéphalite japonaise, de l'haemophilus B ou de la pneumocoque 27.

14. *Que pouvez- vous nous dire à propos des maladies nosocomiales dans cet hôpital ?*

Elles sont très fréquentes, un service y est dédié. Les médecins n'ont pas encore pris l'habitude de se laver les mains entre chaque patient.

2) INTERVIEW DU Pr DUNG

Vice-Recteur de la faculté de Médecine, Université de Médecine et Pharmacie

1)Combien y a t-il d'hopitaux à HoChi Minh City ?

29 affiliés à l'université(de médecine et pharmacie), 10 généraux(comprenant de nombreux départements spécialisés), 20 spécialisés(dont l'hôpital des maladies infectieuses et tropicales, la pédiatrie, la dermatologie, la tuberculose, orthopédie et gynéco-obstetrique), 24 hôpitaux de district et 22 hôpitaux privés(plus petits en général).

Certain de ces hôpitaux ont un département de médecine traditionnelle(surtout pour traiter les maladies articulaires et les autres maladies chronique

2) Comment est organisé le cursus des études médicales ?

Il dure 6 ans. La première année et demie consiste en l'apprentissage des sciences de base(anatomie, physiologie, biologie…) puis des années 2 à 5 les étudiants vont à l'hôpital le matin et en cours l'après-midi. La 2ème année est dédiée aux gestes techniques et soins infirmiers, la 3ème à la sémiologie, la 4ème à la médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie et la gynéco-obstétrique, et la 5ème à des spécialités plus spécifiques(ENT,psychiatrie, traumatologie,…). La 6ème année consiste en 3mois de cours à l'université sur les pathologies et les traitements, puis 6-7mois de stages en rotation à l'hôpital.

Après les 6ans d'étude 1/5ème des étudiants(les plus doués)peuvent devenir résidents puis spécialistes, les autres peuvent pratiquer en hôpital.

3)Combien gagne en moyenne un jeune médecin ?

150 USD après le diplôme. La plupart des jeunes médecins font des heures supplémentaires(de 5 à

8)ou la nuit, ou travaillent pour les patients privés/semi-privés. Ils peuvent ainsi gagner 150USD de plus, ou plus si ils travaillent dans un grand hôpital. D'où l'intérêt pour les médecins de travailler dans les grands hôpitaux de la ville, et non pas en province (malgré une contribution salariale de 20 % supplémentaire pour les médecins de campagne, celle-ci ne suffit pas à rétablir une égalité salariale, et les médecins travaillant dans les hôpitaux de campagne sont souvent discriminés comme « médecins de 2ème classe »).

4)quel est le pourcentage de la population qui est assurée en publique/privé

moins de 1 % de la population possède une assurance privée(les employés de compagnies internationales), une majorité de la population est assurée par le gouvernement, ce qui lui donne le droit d'aller dans les centres de santé communaux(si ils veulent aller dans les hôpitaux de la ville sans y avoir été transféré sur avis du médecin communal ils doivent payer eux-même), et d'obtenir les médicaments qui sont sur le « formulary of drugs »édité par le ministère de la santé. Ces médicaments sont souvent moins nouveaux, moins nombreux(exemple pour l'hypertension ne figurent que les diurétiques et pas les inhibiteurs de l'angiotensine 2). Si les gens veulent les médicaments nouveaux, ou avec moins d'effets secondaires, ils doivent les payer eux-même.

5)Y-a-t-il des aides pour les personnes ne pouvant pas payer une assurance ?

Oui, si les gens sont assez pauvres pour en bénéficier. Mais il existe une tranche de la population qui ne peut pas payer d'assurance et qui n'est pas assez pauvre pour en bénéficier.

6)l'université de médecine de Ho Chi Minh City collabore-t-elle avec beaucoup d'autres universités ?

Principalement avec des universités d'Australie, du japon(avec qui elle fait de la recherche)et d'Europe (Danemark, France, Suisse, Allemagne). Elle reçoit environ 30 étudiants par mois. L'université est toujours heureuse d'accueillir des étudiants mais c'est parfois difficile de leur trouver des places de stage à l'hôpital puisque les hôpitaux sont en manque de personnel et en surplus de patients, et que les docteurs ou les infirmières n'ont pas toujours le temps d'accueillir les étudiants.

7)Est-il possible pour les médecins vietnamiens de se perfectionner ou de travailler à l'étranger ?

Il y a des accords avec la France (bien que les vietnamiens doivent d'abord passer une licence), c'est beaucoup plus difficile avec les États-Unis. 80% des vietnamiens partis en Europe ou aux États-Unis reviennent au Vietnam.

8)Quel est le rôle du gouvernement dans la politique universitaire ?

Il décide le budget, le nombre d'étudiant, les taxes universitaires imposées à ceux-ci et le curriculum de base.

9)Les sources principales pour les études de médecine sont-elles plutôt des textbooks ou des articles(Evidence based medicine) ?

L'université essaye de se baser de plus en plus sur l'EBM mais comme la majorité des professeurs ne

lisent pas encore très bien en anglais ils utilisent plutôt des textbooks en vietnamien.

10)Quel est le type de relation médecin-patient ?

Assez paternaliste, en général le médecin prend peu en compte l'avis du patient, surtout par manque de temps puisqu'il n'y a pas assez de personnel et trop de patients. Depuis l'arrivée de l'internet les médecins constatent aussi que les patients ont plus d'informations sur leur maladie – pas toujours correctes.

11)Les patients souffrant de maladie chronique peuvent-ils être éduqués afin de prendre en charge leur maladie à la maison ?

Peu de patients le font, la plupart se rendent régulièrement (par exemple pour le diabète une fois toute les 2 semaines) dans une clinique ou un hôpital.

12)Quelle est la situation en zones rurales ?

Les zones rurales posent un problème pour le système de santé vietnamien. D'abord à cause d'une certaine forme d'hypocrisie du gouvernement qui demande aux médecins d'aller à la campagne mais qui les paye moins et considère que les médecins de campagne sont des médecins « de 2ème classe ». Ils n'ont pas la possibilité d'avoir de formation continue (offerte dans les grands centres urbains), ou de communiquer avec d'autres docteurs, et les médicaments ne sont pas toujours disponibles à la campagne. Ainsi, 2 tiers des médecins formés restent en ville, et les patients qui peuvent venir en ville se soigner voyagent, ce qui rend les hôpitaux de la ville surpeuplés, et les patients qui n'ont pas les moyens de se rendre en ville n'ont parfois pas accès aux meilleurs traitements.

13)Existe-t-il des centres de type EMS et des centres s'occupant d'enfants handicapés ?

Il y a quelques EMS, dans les villes, mais très peu, puisque les vieilles personnes restent dans leur famille. La majorité des handicapés restent aussi avec leur famille car les centres existants sont malheureusement assez pleins.

14)Qu'en est-il de la discrimination envers les personnes handicapées ?

Théoriquement les handicapés ne sont pas mal vus de la société, mais en pratique rien n'est construit pour eux, ainsi si une société voulait employer un handicapé elle devrait faire de grands changements. Ce qui ne se fait pas, donc la majorité des handicapés font de petits travaux à la maison.

15) Quelle est la principale cause de handicap ?

Les accidents (occupationnels, de trafic), puis les infections et enfin les restes de la guerre(agent orange, mines…)

16)Quelles sont les causes principales de mortalité/morbidité ?

Les causes de mortalité principales sont les maladies cardiaques et les cancers, mais les maladies ayant le « burden of disease » le plus important, puisqu'elles touchent aussi les jeunes, sont les accidents, la tuberculose, les infections en général et le sida (d'une prévalence de 0.3%).

17)L'université de médecine et pharmacie a-t-elle des contacts avec d'autres universités

internationales ?

Oui, avec la France et le Japon, pour l'échange d'étudiants et des recherches conjointes.

18)Quel est le rôle de la médecine traditionnelle et comment fonctionne-t-elle ?

Principalement par acupuncture et remèdes à base d'herbes (ainsi que certains remèdes empruntés à la médecine chinoise, d'ailleurs problématiques parfois puisqu'ils peuvent contenir de l'arsenic ou créer des hépatites). De la recherche est effectuée par l'université sur certains remèdes(pour l'hépatite, ou pour EB71 la cause de Pied-main-bouche). La médecine occidentale reste plus rapide et moins chère (exemple pour un mal de tête il suffit de prendre du paracétamol alors qu'en médecine traditionnelle il faut faire de l'acupuncture), et la médecine traditionnelle n'a pas de remèdes à proposer pour les maladies mortelles, mais elle reste importante surtout chez les personnes âgées pour certaines maladies chroniques, et a moins d'effets secondaires que la médecine occidentale.

Certains étudiants s'intéressent à la médecine traditionnelle, mais 8/10 d'entre eux préfèrent la médecine occidentale. Il me semble que c'est tout de même une branche que le Vietnam se doit de développer ou conserver, surtout par la recherche.

19)Quelles seraient pour vous les meilleures mesures à prendre pour améliorer le système de santé vietnamien ?

- Donner plus de responsabilités aux infirmières dans la prise en charge des soins primaires, ce qui permettrait aux docteurs d'avoir plus de temps pour les cas plus complexes et la prise en charge des patients.
- Améliorer le système de santé au niveau du district pour que les plus pauvres puissent avoir accès à une bonne qualité de soins et afin d'éviter que les hôpitaux régionaux ou urbains soient surpeuplés.
- Réparer le inégalités de traitement entre docteurs des régions rurales et urbaines

3) Guidelines de l'OMS pour la prise en charge de la maladie de Pied-main-bouche

Tirées de:
http://www.wpro.who.int/publications/docs/Guidancefortheclinicalmanagementofhfmd.pdf

MANAGEMENT ALGORITHM OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE (HFMD)/Herpangina

Assessment

Presumptive Diagnosis:
- HFMD
  - Fever or history of fever
  - Papulovesicular rash on hand and foot with or without oral ulcers
- Herpangina
  - Fever or history of fever
  - Oral ulcers

Warning Signs of CNS Involvement: *(one or more of the following)*

- Fever ≥ 39°C or ≥ 48 hours
- Vomiting
- Lethargy
- Agitation/irritability
- Myoclonic jerks
- Limb weakness
- Truncal ataxia
- "Wandering eyes"
- Dyspnea/tachypnea
- Mottled skin

Special Consideration:
- Anxious parents
- From remote area/poor access to healthcare

Absent → Present

Diagnosis

Uncomplicated HFMD/Herpangina Stage (May be sent home)

Treatment

Criteria:
Patients with any of the following and no warning signs:
- Skin rash
- Oral ulcers

Laboratory Test:
- Optional

Treatment:
- Paracetamol
- Adequate fluid intake

Monitoring:
- Educate parents to watch out for warning signs
- Clinic follow up every 1 – 2 days for the next 7 days (if possible)

HFMD with CNS Involvement Stage (Aseptic Meningitis/Brainstem Encephalitis/Encephalomyelitis)* (Pediatric Ward)

Criteria
Patients with HFMD/Herpangina and any of the following:
- Meningism
- Myoclonic jerks
- Ataxia, tremors
- Lethargy
- Limb weakness

Laboratory Test:
- Full blood count
- Blood glucose
- CSF examination
- Echocardiography (May be considered)
- MRI, if needed (CT scan is not recommended)

Treatment:
- Paracetamol
- Oxygen
- Intravenous immunoglobulin (IVIG) * (Recommended in patients with encephalitis plus acute flaccid paralysis; may be considered in patients with brainstem encephalitis)

Monitoring
- Vital signs
  - To transfer to ICU if resting heart rate >150/min and/or hypertension
- Myoclonic jerks

* Patients with aseptic meningitis generally have a good prognosis, IVIG is not indicated

HFMD with Autonomic Nervous System (ANS) Dysregulation Stage (Pediatric ICU)

Criteria:
Patients with CNS Involvement and any of the following:
- Resting Heart rate 150- 170/min
- Hypertension
- Profuse sweating
- Respiratory abnormalities (tachypnea, labored breathing)

Laboratory Test:
- Full Blood Count
- Blood glucose
- CSF examination
- Arterial blood gas
- Echocardiography
- Chest X-ray

Treatment:
- Judicious intravenous fluid therapy
- Consider early intubation ∞
- IVIG
- Inotropes:
  - Dobutamine
  - Milrinone

Monitoring
- Vital signs
- Central venous pressure
- Arterial blood gases
- Echocardiography

∞ *Indications: Persistent and frequent myoclonus, persistent tachycardia, respiratory abnormalities, hypoxemia, fluctuating oxygen saturation level, poor tissue perfusion,*

HFMD with Cardiopulmonary Failure Stage (Pediatric ICU)

Criteria:
Patients with ANS Dysregulation and any of the following:
- Hypotension/Shock
- Pulmonary edema/hemorrhage
- Heart failure

Laboratory Test:
- Full blood count
- Blood glucose
- Arterial blood gas
- Echocardiography
- Chest X-ray
- Blood culture (if septicemic shock cannot be excluded)

Treatment:
- Judicious intravenous fluid therapy
- Mechanical ventilation
- Inotropes: Milrinone, Dobutamine, (Dopamine or epinephrine is not recommended)
- IVIG may be considered if not previously used

Monitoring
- Vital signs
- Central venous pressure
- Arterial blood gases
- Echocardiography

Monitoring and Reassessment

Laboratory:
Samples for virological investigation (for CNS Involvement Stage, Autonomic Nervous System Dysregulation Stage and Cardiopulmonary Failure Stage) :
- Throat Swab
- Vesicles
- Rectal Swab/Stool
- CSF

BIBLIOGRAPHIE

(les références sont regroupées par thématique)

Pied-main-bouche

- http://www.protegez-vous.ca/hopital-pour-enfants/comprendre-la-maladie-pieds-mains-bouche.html
- http://www.mamanpourlavie.com/sante/enfant/maladies-contagieuses/391-pieds-mains-bouche-ou-infection-a-coxsackie.thtml
- http://www.servicevie.com/sante/guide-des-maladies/fievre-et-maladies-infectieuses/pied-main-bouche/a/2456/2
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_pieds-mains-bouche
- http://www.safetravel.ch/safetravel2/servlet/ch.ofac.wv.wv203j.pages.Wv203ActualitesCtrl?action=afficheDetail&refActu=001612
- https://www.conseilssantevoyage.com/nouvelle-sante-voyage-307
- http://www.santelog.com/news/sante-de-l-enfant/pied-main-bouche-l-enterovirus-benin-se-fait-mortel-au-cambodge_8649_lirelasuite.htm
- http://www.wpro.who.int/publications/docs/GuidancefortheclinicalmanagementofHFMD.pdf
- **Emerg Infect Dis.** 2007 Nov;13(11):1733-41.Epidemiologic and virologic investigation of hand, foot, and mouth disease, southern Vietnam, 2005.
  Tu PV, Thao NT, Perera D, Huu TK, Tien NT, Thuong TC, How OM, Cardosa MJ, McMinn PC.
- **PLoS One**. 2011;6(7):e21116. Epub 2011 Jul 12.The seroprevalence and seroincidence of enterovirus71 infection in infants and children in Ho Chi Minh City, Viet Nam.
  Tran CB, Nguyen HT, Phan HT, Tran NV, Wills B, Farrar J, Santangelo JD, Simmons CP.

Paludisme

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Paludisme#R.C3.A9gions_.C3.A0_risques
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Plasmodium
- http://www.ambafrance-vn.org/Informations-sanitaires
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/index.html

- http://sites-test.uclouvain.be/stages-hygtrop/Wery/plasmodiums/wery1304.html
- http://www.medicopedia.net/term/18571,1,xhtml
- www.tulane.edu/~wiser/malaria/mal_lc.PDF
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/index.html
- **PLoS One.** 2012;7(1):e29991 Social determinants of long lasting insecticidal hammock use among the Ra-glai ethnic minority in Vietnam: implications for forest malaria control.
  Grietens KP, Xuan XN, Ribera J, Duc TN, Bortel Wv, Ba NT, Van KP, Xuan HL, D'Alessandro U, Erhart A.
- **Acta Trop.** 2012 Mar;121(3):227-39. Epub 2011 Mar 5. Malaria in the Greater Mekong Subregion: heterogeneity and complexity.
  Cui L, Yan G, Sattabongkot J, Cao Y, Chen B, Chen X, Fan Q, Fang Q, Jongwutiwes S, Parker D, Sirichaisinthop J, Kyaw MP, Su XZ, Yang H, Yang Z, Wang B, Xu J, Zheng B, Zhong D, Zhou G.

Histoire, Géographie, Politique du Vietnam

- http://www.routard.com/guide/code_dest/vietnam.htm
- http://www.who.int/countries/vnm/en/
- http://www.decouverteduvietnam.com/histoire.html
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Vi%E1%BB%87t_Minh
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Guerre_d'Indochine
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Guerre_du_Vi%C3%AAt_Nam
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Chronologie_du_Vi%C3%AAt_Nam
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Indochine_fran%C3%A7aise
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Kouang-Tch%C3%A9ou-Wan
- http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_du_Vi%C3%AAt_Nam
- http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9mographie_du_Vi%C3%AAt_Nam
- http://lemoci.com
- http://www.linternaute.com/histoire/motcle/3129/a/1/1/guerre_d_indochine.shtml
- http://www.linternaute.com/histoire/categorie/53/a/1/1/histoire_de_la_guerre_du_vietnam.shtml

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Vi%C3%AAt_Nam

- http://www.youtube.com/watch?v=93FBng4lOMs

- **BMC Public Health**. 2009 Mar 23;9:85.Pathways to malaria persistence in remote central Vietnam: a mixed-method study of health care and the community.
  Morrow M, Nguyen QA, Caruana S, Biggs BA, Doan NH, Nong TT.

SIDA / HIV

- http://en.wikipedia.org/wiki/HIV/AIDS_in_Vietnam

- http://www.unaids.org.vn/index.php.option=com_content&view=category&layout=blog&id=13&Itemid=27&lang=en

- http://www.who.int/hiv/HIVCP_VNM.pdf

- http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaction_fr.pdf

Tétanos

- http://www.unicef.org/french/health/index_43509.html

- http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/Tetanos-MS-2.pdf

- http://fr.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9tanos#Pr.C3.A9vention

HLH

- http://www.em-consulte.com/article/65160/lymphohistiocytose-hemophagocytaire

- http://books.google.ch/books?.id=piNO0OeNCu4C&pg=PA180&lpg=PA180&dq=lymphohistiocytose+hémophagocytaire&source=bl&ots=M66Wxfxrvg&sig=aRTjWDm8XqIFIob6kSclvPpjLqk&hl=fr&sa=X&ei=w3gfUK7bJYap4gSmm4HIBw&ved=0CFoQ6AEwAg#v=onepage&q=lymphohistiocytose%20hémophagocytaire&f=false

- http://www.jle.com/e-docs/00/03/FC/69/article.phtml

- http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=540.0

- http://hal-confremo.archives-ouvertes.fr/docs/00/63/47/47/PDF/article9.pdf

- http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/6/6/00-0608_article.htm

- **Br J Haematol.** 2010 Jan;148(2):301-10. Epub 2009 Oct 27.Comprehensive analyses and characterization of haemophagocytic lymphohistiocytosis in Vietnamese children.
  My LT, Lien le B, Hsieh WC, Imamura T, Anh TN, Anh PN, Hung NT, Tseng FC, Chi CY, Dao NT, Le DT, Thinh le Q, Tung TT, Imashuku S, Thuong TC, Su IJ.

Méningite et Encéphalite

- http://www.who.int/immunization_monitoring/data/vnm.pdf
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/index.html
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11414406
- **BMC Public Health**. 2011 Apr 25;11:260, Rapid assessment of Hib disease burden in Vietnam,
  Nyambat B, Dang DA, Nguyen HA, Mai TQ, Rani M, Slack MP, Kilgore PE.
- **2011 Mar** 28;6(3):e17943, Slaughterhouse pigs are a major reservoir of Streptococcus suis serotype 2 capable of causing human infection in southern Vietnam,
  Ngo TH, Tran TB, Tran TT, Nguyen VD, Campbell J, Pham HA, Huynh HT, Nguyen VV, Bryant JE, Tran TH, Farrar J, Schultsz C.
- **PLoS Negl Trop Dis**. 2010 Oct 26;4(10):e854.The role of the polymerase chain reaction in the diagnosis of bacterial meningitis in Vietnam.
  Freeman HR, Mai NT, Diep TS, Parry C, Hien TT, Farrar MANQUE
- **Am J Trop Med Hyg**. 2010 October 5; 83(4): 816–819, Viral etiology of encephalitis in children in southern Vietnam: results of a one-year prospective descriptive study.
  Le VT, Phan TQ, Do QH, Nguyen BH, Lam QB, Bach VC, Truong HK, Tran TH, Nguyen VV, Tran TT, Vo MH, Tran VT, Schultsz C, Farrar J, van Doorn HR, de Jong MD.
- Surveillance for Japanese Encephalitis in Vietnam, 1998–2007
  Nguyen Thu Yen, Mark R. Duffy, Nguyen Minh Hong, Nguyen Tran Hien, Marc Fischer, and Susan L. Hills

Fièvre Dengue, Fièvre Dengue Hemorragique

- **Trop Med Int Health.** 2007 Dec;12(12):1553-7.Predictive factors of dengue shock syndrome at the children Hospital No. 1, Ho-chi-Minh City, Vietnam
  Pham TB, Nguyen TH, Vu TQ, Nguyen TL, Malvy D.
- **Am J Trop Med Hyg**. 2011 Jan;84(1):127-34.Incidence of primary dengue virus infections in Southern Vietnamese children and reactivity against other flaviviruses.
  Thai KT, Nga TT, Van Nam N, Phuong HL, Giao PT, Hung le Q, Binh TQ, van Doornum GJ, de Vries PJ.
- **Dan Med Bull.** 2007 May;54(2):170-2.Epidemiological factors associated with dengue shock syndrome and mortality in hospitalized dengue patients in Ho Chi Minh City
  Anders KL, Nguyet NM, Chau NV, Hung NT, Thuy TT, Lien le B, Farrar J, Wills B, Hien TT, Simmons CP.
- **Trop Med Int Health**. 2006 Jun;11(6):869-79.The economic impact of dengue hemorrhagic fever on family level in Southern Vietnam
  Harving ML, Rönsholt FF.
- Acute undifferentiated fever in Binh Thuan province, Vietnam: imprecise clinical diagnosis

and irrational pharmaco-therapy.
Phuong HL, de Vries PJ, Nagelkerke N, Giao PT, Hung le Q, Binh TQ, Nga TT, Nam NV, Kager PA.

Système de Santé Vietnamien

- **SMR**, 1999,Sep, 5, Vietnamese Health Care
  Trinh Khuu, Duke

- **Hum Resour Health**. 2011; 9: 20. Understanding the "four directions of travel":qualitative researche into the factors affecting recruitement and retention fo doctors in rural Vietnam
  Sophie Witter, Bui Thi Thu Ha, Bakhuti Shengalia,and Marko Vujicic

- People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam.
  Lofgren C, Thanh NX, Chuc NT, Emmelin A, Lindholm L.

- Vietnam's Health Care System: A Macroeconomic Perspective
  S.J. Adams, Ph.D.

- **Health Policy and Planning** 2008;23:252–263, Health Insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges
  Björn Ekman, Nguyen Thanh Liem, Ha Anh Duc and Henrik Axelson