



**IMC Mai-Juin 2013**  
Naître au Vietnam  
Hôpital Tu Du

Esther Urner, Julie Triolo,  
Axel Friedli, Thibaut Liernur

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Vietnam, introduction géographique et historique</b> .....	<b>5</b>
Contexte historique.....	5
<b>Système de santé vietnamien</b> .....	<b>8</b>
Introduction.....	8
Hiérarchie.....	9
Financement.....	9
Assurances .....	10
Assurance maladie.....	10
<i>Assurance sociale</i> .....	11
<b>L'APPEL</b> .....	<b>12</b>
<b>L'APPEL-Lorient</b> .....	<b>14</b>
L'APPEL-Lorient à l'hôpital Tu Du.....	14
L'APPEL-Lorient et les Centres de Ho Chi Minh Ville.....	17
L'APPEL-Lorient en province.....	20
<b>L 'Hôpital Tu Du</b> .....	<b>21</b>
Service de procréation médicalement assistée .....	23
Service de chirurgie endoscopique.....	23
Service d'obstétrique .....	24
Service de néonatalogie.....	29
L'unité mère-bébé-kangourou.....	36
Hoa Binh Tu Du .....	40
<i>Centre de consultations externes</i> .....	41
<i>Orphelinat du Hoa Binh village</i> .....	43
<b>Conclusion</b> .....	<b>48</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>51</b>



## Remerciements

Nous tenons à remercier dans un premier temps l'équipe de l'APPEL-Lorient: Véronique Deregneaux, Nathalie Ferrand, Dominique Lamiot et tout particulièrement le Dr. Gildas Tréguier, sans qui notre stage n'aurait pu être réalisé.

Nous remercions également le personnel de l'hôpital Tu Du ainsi que le directeur du centre CADIEEH qui nous ont accompagnés tout au long de notre stage :

Mme Minh Tam  
Dr. Vu Te Dang  
Dr. Du Phuong Anh  
Dr. Lê Thi Mai Liên  
Dr. Trần Thị Thuy Phuong  
Dr. Lê Thi Huong Thu  
Dr. Minh Trâm Lưu  
Dr. Chi Luong  
Dr Le Thi Hien Nhi  
Mme Nguyen Thi Minh Trang  
M. Nguyen Thanh Tam  
Et toute l'équipe des kinésithérapeutes du Hoa Binh.

## Introduction

L'unité « Immersion en Médecine Communautaire », étape finale dans notre cursus de bachelor, nous offre la possibilité d'effectuer à Genève ou dans un pays étranger, un stage dans la collectivité mêlant à la fois une approche médicale et humanitaire. Faire un stage à l'étranger nous donne l'opportunité unique jusque là de nous immerger dans une culture différente, et de découvrir un système de santé aux antipodes de celui auquel nous sommes habitués et familiarisés.

L'idée de partir effectuer ce stage à l'étranger a toujours été pour nous une évidence. Dès la première année de médecine, nous avons entendu dire que les élèves de 3<sup>ème</sup> année pouvaient partir faire un stage à l'étranger dans le cadre de la dernière unité du semestre. Dès lors, nous n'avons cessé d'imaginer des projets de stage. Parmi le large choix qui s'offrait à nous, l'Asie a rapidement retenu notre attention, et plus particulièrement le Vietnam, pays à l'histoire si riche et dramatique. Dans un pays où la croissance démographique est telle, nous étions curieux de voir comment pouvait fonctionner une maternité, et comment une telle demande de soins néonataux pouvait être gérée.

Ces idées bien en tête, nous nous lançons à la recherche d'un nouveau projet et d'une association ayant une action au Vietnam. Un jour, nous tombons sur le site internet de l'APPEL-Lorient. Immédiatement séduits par le programme de l'association, nous tentons le tout pour le tout et téléphonons au président de l'association dont le numéro figure sur le site. Nous tombons sur quelqu'un d'incroyablement sympathique qui semble emballé par notre projet de stage. Il propose de nous aider à organiser cela au sein de l'hôpital Tu Du, à Ho Chi Minh Ville, là où l'APPEL-Lorient joue un rôle particulièrement important. Il nous explique que nous sommes chanceux, car il ne répond quasiment jamais par la positive aux nombreuses demandes de stage qu'il reçoit. Très contents, nous nous lançons immédiatement dans l'organisation de cette incroyable immersion qui se dessine peu à peu.

Approcha alors très vite la date de notre départ. En effet, nous avons notre vol pour Ho Chi Minh Ville le lendemain de notre dernier examen, ce qui mêlait à la fois stress et excitation. Nous sommes donc certes partis à la découverte d'un continent et d'un pays, mais avant tout d'un peuple et d'une nouvelle culture. Nous savions que chacun de nous, à sa façon, allait revenir changé d'une telle aventure humaine et médicale. A l'aube de notre quatrième année d'études, nos expériences respectives dans le milieu hospitalier étaient limitées voire inexistantes. Ainsi, le fait de nous retrouver au cœur du tumulte de la plus grande maternité du Sud du Vietnam, bien que quelque peu effrayant, nous réjouissait tout particulièrement.

## Vietnam, introduction géographique et historique



Le Vietnam se situe dans le sud-est asiatique ; limitrophe de la Chine, du Laos et du Cambodge, il fait face à la mer de Chine. Pays très allongé dans l'axe nord-sud, on y distingue trois régions bien distinctes : le sud, symbolisé par Hô Chi Minh Ville, le centre et le nord, symbolisé par la capitale Hanoi. Le sud du pays étant séparé du nord par plus de mille kilomètres, on ne profite pas du même climat dans ces deux régions. Ainsi, le sud se caractérise par deux saisons : la saison sèche et la saison des pluies. Au nord, on est plus proche d'un climat à quatre saisons, structure plus proche de celle que l'on connaît en Suisse. Le Vietnam compte environ 90 millions d'habitants, chiffre qui ne fait qu'augmenter mais qui se stabilise progressivement, la croissance ayant quelque peu ralenti ces dernières années. La population jouit d'une pluriethnicité intéressante, et comporte plusieurs religions, la principale étant le bouddhisme.

### Contexte historique

C'est au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, en 1858, que le Second Empire français attaque le sud du Vietnam. Pour des motifs tant religieux que commerciaux, la France se sent dans l'obligation de coloniser ce pays. La France colonise tout d'abord la Cochinchine (sud du Vietnam), qui devient Cochinchine française, puis se dirige vers le nord dans le but d'atteindre la Chine du Sud, porte d'entrée vers le marché chinois. Les Français

progressent ainsi vers Hanoi, et se confrontent aux Chinois, qui contrôlent le centre et le nord du pays. Cette guerre franco-chinoise voit la victoire des Français et la rédaction de l'accord de Tientsin en 1885, dans lequel la Chine abandonne toute suzeraineté sur le territoire vietnamien. La Cochinchine (sud), l'Annam (centre) et le Tonkin (nord), sont désormais sous protectorat français.

Le Tonkin représente un objectif économique certain : l'industrie minière et manufacturière se développent considérablement, donnant naissance à un appareil commercial et bancaire importants, symbolisés notamment par la Banque de l'Indochine. La Cochinchine, elle, exploite les ressources naturelles avec la culture de l'hévéa et du riz. L'économie de cette région est bien plus avancée par rapport à celles de l'Annam et du Tonkin.

Pendant près d'un siècle, la France va contenir les désirs de plus en plus manifestes des indépendantistes vietnamiens. En 1940, le Japon, constatant les déboires des armées françaises en Europe, décide d'attaquer le Vietnam. De son côté, le Vietnam, emmené par Ho Chi Minh crée le Viet Minh, la Ligue pour l'indépendance du Vietnam, qui doit lutter contre les Japonais et les Français. Les Japonais récupèrent peu à peu les territoires, mais sont fragilisés par leurs échecs dans le Pacifique durant l'année 1945. Le Viet Minh en profite pour attaquer, en commençant par le nord du pays. En août 1945, le Viet Minh prend le contrôle d'Hanoi. Les diverses avancées dans le territoire en août 1945 deviennent la Révolution d'Août. Les Japonais, devant faire face à des problèmes plus sérieux encore durant cette période, accepte la domination du Viet Minh, probablement plus enclins à laisser le territoire aux indépendantistes vietnamiens plutôt qu'aux colons occidentaux. Le 2 septembre, jour de la reddition japonaise, Hô Chi Minh proclame l'indépendance de la République démocratique du Vietnam.

La France ne reconnaît pas ce statut et tient à récupérer les territoires perdus précédemment. Elle attaque le Sud, et reprend rapidement le contrôle de cette région correspondant à l'ancienne Cochinchine. Elle s'occupe ensuite du nord, en bombardant le port de Haiphong et en rejoignant Hanoi en 1946. Hô Chi Minh, dirigeant du Viet Minh, lance une offensive ayant pour but de libérer Hanoi ; c'est le début de la guerre d'Indochine, qui durera 8 ans et verra la France perdre définitivement toute influence sur le territoire vietnamien. Ainsi, en 1954, la chute de Dien Bien Phu finit d'enterrer les espoirs français. En juillet de la même année, les accords de Genève scellent l'armistice et le cessez-le-feu entre Français et Vietnamiens. Ils divisent également le territoire vietnamien en deux Etats, séparés au niveau du 17<sup>e</sup> parallèle : la République démocratique du Vietnam au Nord, dont Hô Chi Minh est le président, et la République du Vietnam au Sud, représentée par Ngo Dinh Diem. Les Etats-Unis ne ratifient pas les accords de Genève, ce qui aura une importance déterminante par la suite.



C'est alors que débute un conflit qui durera plus de vingt ans, avec un bilan désastreux pour les Vietnamiens, mais également pour les Américains : la Guerre du Vietnam.

La République démocratique du Vietnam, au nord, désireuse de réunifier tout le pays sous son régime, et voyant l'agression étrangère impérialiste comme intolérable, crée le Front de libération du Sud Viet Nam, également appelé Viêt-Cong. Le Viêt-Cong est soutenu par des aides logistiques sino-soviétiques essentielles. Au sud, les Etats-Unis envoient en réponse des troupes afin de soutenir le Sud Vietnam contre l'agression communiste. Les Etats-Unis désirent en effet repousser un maximum l'avancée du communisme représentée par la puissance sino-soviétique. C'est donc dans une logique de guerre froide que s'inscrit ce conflit vietnamien. En 1961, Kennedy est élu président des Etats-Unis, et renforce la présence américaine dans le Sud Vietnam. Cependant, il recule quelque peu dans ses positions et demande le retrait de certains conseillers américains, dans une logique politique de détente avec Moscou. Il faut mesurer néanmoins ce retrait, qui n'est pas un retrait total mais bien une ébauche afin de calmer la situation. L'assassinat de Kennedy en 1963, et l'accession au pouvoir de son successeur Johnson mettent un terme à cette politique de retrait : la présence américaine est maintenue et même renforcée, et la guerre commence réellement avec de multiples bombardements au nord du pays.

Le conflit va se poursuivre pendant des années, et la violence surmédiatisée de cette guerre va peu à peu éveiller les consciences américaines. De plus en plus de voix s'élèvent contre ce conflit qui a de moins en moins de sens pour un peuple américain qui ne se sent pas concerné. Le nombre de victimes pour un combat insensé est démesuré. Ce n'est qu'en 1969, avec l'élection de Richard Nixon, que va définitivement se mettre en place la politique de désengagement. En 1973, les accords de Paris scellent définitivement le retrait des troupes américaines du Vietnam. Ils achèvent la politique de « vietnamisation » du conflit, désirée par les Américains. C'est une issue logique à un conflit qui est impopulaire depuis plusieurs années. Le Nord Vietnam, soutenu par l'URSS et la Chine, profite du départ des Américains pour attaquer le Sud. Le 30 avril 1975, Saigon tombe aux mains du communisme ; c'est la fin du conflit. La réunification du pays est cristallisée sous le nom de République Socialiste du Vietnam. Gouverné désormais par un Parti communiste unique, le pays doit gérer un isolement tant économique que diplomatique. Il mettra plusieurs décennies à combler les pertes et panser les blessures béantes d'une succession de conflits dévastateurs.

## Système de santé vietnamien

### Introduction

C'est lors de la colonisation progressive du Vietnam par les Français au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, que la médecine occidentale prend le pas sur la médecine traditionnelle vietnamienne. Jusque là très peu présente, elle s'installe peu à peu dans le quotidien des Vietnamiens, poussée par la présence des colons français. C'est en toute logique que cette médecine prend racine initialement dans les espaces urbains, le milieu rural restant en bonne partie imperméable à l'apparition de cette nouvelle médecine. Ainsi, chaque habitant désirant avoir accès à un hôpital « occidentalisé » se voit dans l'obligation de rejoindre la ville. L'accès à la ville s'avère bien souvent pénible et coûteux, et on recourt alors à la médecine traditionnelle, toujours présente dans le milieu rural.

Le système de santé public vietnamien se développe concrètement durant la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle. Dans les années 50, on assiste à la construction de dispensaires communaux dans le nord du Vietnam. Le Sud devra attendre 1975 et la fin de la guerre du Vietnam pour voir se développer le système de santé. Ainsi, nous avons un développement asynchrone et bipolarisé du système de santé vietnamien. A cette époque, le système se définit par un ensemble de structures financées par l'Etat.

A partir de 1986, suite au Doi Moi (« renouveau »), la réforme économique initiée par le Vietnam et fortement encouragée par le parti communiste vietnamien, le système de santé se commercialise. L'économie basée sur un marché fermé ne se montre pas assez efficace, et cette réforme permet l'ouverture du pays. L'économie de marché est désormais autorisée et fortement encouragée. Désormais, les structures du système de santé bénéficient d'apports financiers provenant de fonds privés. Cette réforme économique a également pour effet collatéral de diminuer la contribution financière de l'Etat dans le domaine de la santé. Les familles doivent désormais assumer des dépenses plus importantes pour combler le déficit.

En 1989, l'Etat autorise l'exercice privé de la médecine. Cette privatisation est une conséquence inéluctable de l'ouverture du pays à l'économie de marché. A partir de cette date, le secteur privé se développe fortement et rapidement. Toutefois, le secteur public maintient son importance primordiale en terme de prestations et services de santé. Il est intéressant d'observer la coexistence et le développement parallèle des secteurs public et privé afin d'apprécier au mieux l'évolution du système de santé au Vietnam.

## Hiérarchie

Le système de santé vietnamien se structure selon quatre étages distincts, avec pour chacun d'entre eux des fonctions bien spécifiques.

Nous avons tout d'abord les dispensaires communaux, qui ont pour vocation de dispenser les soins de base à la population. Ils ont une importance toute particulière dans la mise en place à plus large échelle des divers programmes de vaccinations et autres actions de santé publique. Ces structures représentent un relai essentiel dans ce processus. Ces dispensaires étant communaux, ils ne couvrent qu'un très petit pourcentage de la population vietnamienne.

Au-dessus, nous retrouvons le service de santé du district. Le district regroupe généralement dix à vingt communes. Il sert de relai et d'intermédiaire entre la commune et la province. Il s'occupe de la gestion des divers hôpitaux du district et des polycliniques intercommunales. Il doit superviser et chapeauter au mieux l'activité des structures communales (1<sup>er</sup> niveau de la pyramide du système de santé). Tout comme les dispensaires communaux, il est un acteur essentiel des programmes de vaccination.

Au-dessus du service de santé du district, nous avons le service de santé provincial. Ce service de santé doit superviser l'activité du service de santé du district et celle des dispensaires communaux. C'est en toute logique à lui que revient la gestion des hôpitaux provinciaux. Ce service de santé peut également assurer la formation de certains professionnels de la santé.

Le dernier étage de la pyramide du système de santé vietnamien est le ministère de la santé. Cette structure, au niveau national, dessine les grandes lignes de la politique en matière de santé publique. C'est le ministère de la santé qui détermine et coordonne les grands programmes nationaux concernant le domaine médical.

## Financement

Il est ici important de le préciser : l'Etat n'est pas le financeur majoritaire du système de santé vietnamien. En effet, ce sont les budgets provinciaux qui prennent en charge la majorité des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Ainsi, un peu plus de la moitié du financement est assuré par les budgets provinciaux et un tiers par l'Etat. Le reste provient de l'assurance maladie et du patient. La contribution du malade a d'ailleurs augmenté durant les dernières années, rendant l'accès au soin très difficile pour de nombreux Vietnamiens.

En appliquant le principe qui veut que « qui paie commande », on comprend que le service de santé provincial jouit d'une certaine autonomie par rapport à la structure qui le chapeaute, le ministère de la santé. Cette notion est importante en ce sens qu'elle permet un degré de liberté décisionnelle pour les structures provinciales.

## Assurances

### ❖ Assurance maladie

La notion d'assurance maladie n'est apparue que tardivement au Vietnam. En effet, ce n'est qu'au début des années 90 que l'idée apparaît, et elle n'est concrétisée qu'en 1998. Il faut savoir que l'assurance maladie obligatoire ne couvre pas toutes les « catégories » dans la population. Parmi les catégories concernées, nous pouvons mentionner les fonctionnaires d'Etat, les membres du Parti communiste ou encore les militaires. En ce qui concerne la caisse maladie, ce sont l'employeur et l'employé qui cotisent. Nous devons ajouter à cela d'autres financeurs qui sont également acteurs et contribuent à renforcer la caisse. Il existe aussi une assurance maladie volontaire pour toute personne désirant contracter une assurance maladie. Elle peut permettre à l'assuré de couvrir des prestations de santé plus importantes.

Il est essentiel de préciser que l'assurance de base représente déjà un coût important pour les Vietnamiens. En effet, une partie non négligeable de la population ne peut tout simplement pas contracter une assurance, faute d'un revenu suffisant. L'assurance de base couvre environ 60% de la population. Ainsi, 40% des Vietnamiens ne bénéficient d'aucune assurance. Ce chiffre est impressionnant, et met bien en lumière les problèmes sérieux dans le domaine de santé au Vietnam. L'assurance de base donne accès, dans un hôpital, à une chambre publique et à certains médicaments. Si le patient désire un cadre plus privé, il lui faut contracter une assurance privée, ce qui est impossible pour l'immense majorité de la population. Seuls quelques privilégiés peuvent se permettre ce luxe, et ils bénéficient alors de conditions bien meilleures. Nous avons pu le constater à plusieurs reprises lors de notre stage... Il est important de noter que seuls certains médicaments sont pris en charge par l'assurance de base ; ces médicaments font partie d'une liste définie par les structures nationales du système de santé. Certaines industries pharmaceutiques profitent de ce système : ils tentent par tous les moyens de faire inscrire sur la liste leurs médicaments, puis font grimper les prix. Ainsi l'assurance doit couvrir des frais énormes ce qui entraîne un déficit progressif. Les traitements constituent 50% des coûts de la santé. Précisons à ce sujet que si le patient désire obtenir des médicaments qui ne sont pas présents sur la liste délivrée par le gouvernement, il lui faut mettre la main à la poche et payer lui-même.

On constate donc que les inégalités sont importantes dans ce système d'assurance. Afin de diminuer le gouffre entre pauvres et riches, l'Etat vietnamien a instauré en



2002 le *Health care fund for the poor*, qui permet un accès facilité pour les familles pauvres et les enfants de moins de 6 ans à une assurance de base étatique. De plus, il existe un système d'aide financière permettant aux plus démunis de bénéficier d'une certaine somme. Cependant, certains sont « trop riches » pour bénéficier de l'aide, mais trop pauvres pour obtenir une assurance, et se trouvent donc coincés. Ces réformes ont considérablement amélioré la situation, mais la situation reste préoccupante.

### ❖ Assurance sociale

Cette assurance est obligatoire pour les employés dans le secteur public et le privé. Il est possible pour les autres « catégories » de la population de souscrire à cette assurance sur demande. Elle implique une compensation pour les frais liés directement à la maternité et aux accidents.

Malgré le développement économique du Vietnam, et les progrès observés dans le domaine médical, plusieurs éléments restent problématiques. La libéralisation et l'ouverture à une économie de marché ont permis au Vietnam de se développer et de privatiser son économie, mais elle a également créé un gouffre entre la population aisée et la population pauvre. Elle a donné naissance à une médecine à deux vitesses, qui se trouve balancée entre le domaine public et le domaine privé. Bien qu'on assiste à un développement concret dans le domaine médical, ces avancées ne profitent qu'à une petite minorité. Le progrès a entraîné l'augmentation des coûts de la santé. De plus, la formation du personnel médical n'a pas suivi l'avancée en matière de technologie médicale. Ainsi, une certaine partie du matériel médical n'est pas utilisée, faute de personnel suffisamment qualifié pour l'utiliser.

La forte croissance du Vietnam combinée à un exode rural massif (on se déplace en ville pour un accès plus aisé aux soins) entraîne une saturation des structures sanitaires publiques. Les hôpitaux n'ont plus assez de places pour accueillir tous leurs patients. Il est en effet difficile de suivre la croissance démographique et la demande de soins de plus en plus exigeante.

Le Vietnam, depuis plusieurs années, a fait de la santé un sujet primordial. Néanmoins, le budget déterminé pour le domaine de la santé reste insuffisant. Le Vietnam bénéficie d'une aide internationale et de la participation de plusieurs organes humanitaires, afin d'atteindre un budget satisfaisant. Des progrès sont encore nécessaires, mais le chemin parcouru est déjà très intéressant !

## L'APPEL

L'APPEL est une organisation non gouvernementale française de solidarité internationale menant des actions de développement pour les enfants et leur famille dans différents pays en voie de développement. Son objectif est de réduire les conséquences que la pauvreté peut entraîner parmi ces populations. Elle agit, pour ce faire, dans trois différents domaines ; la santé, l'éducation, ainsi que l'amélioration des conditions de vie. Le principe d'action de L'APPEL est de soutenir les différents organismes autochtones qui luttent pour les enfants en difficulté dans ces pays. Ceci se réalise en établissant un partenariat avec les organismes en place, qu'il s'agisse d'associations, de professionnels, ou d'autres organisations, tout en respectant les directives des instituts officiels de ces pays.

L'APPEL comprend une centaine de membres œuvrant pour l'association. Toutes les équipes employées pour le déroulement des différentes actions menées par l'association sont bénévoles, qu'il s'agisse de médecins, d'enseignants, d'ingénieurs, etc. Les ressources financières de l'association proviennent de dons de particuliers, de diverses fondations et entreprises, ainsi que de financements publics.

C'est dans le contexte de la guerre du Vietnam que L'APPEL est créée, en 1968, par des professionnels de la santé français. De nombreux enfants vietnamiens malades ne pouvant plus bénéficier d'accès aux services de soins vietnamiens touchés par la guerre, L'APPEL offre de les prendre en charge dans des services de soins français. Les enfants y reçoivent des soins adaptés et restent en France pendant leur convalescence avant de retourner au Vietnam une fois rétablis.

Après la fin de la guerre, L'APPEL s'investit dans la rénovation du système de santé vietnamien pour les enfants. Elle permet la mise en place de centres de références en médecine périnatale, de programmes de formation de médecins en province, de campagnes de prévention, etc. C'est à ce moment que démarre, en 1978, une coopération entre L'APPEL et la maternité Tu Du à Ho Chi Minh Ville.

Au fil des années, L'APPEL se met à élargir ses activités en portant son attention sur les domaines de l'éducation ainsi que sur l'amélioration des conditions de vie chez ces enfants et leur famille. C'est ainsi que démarrent des parrainages d'enfants vietnamiens en 1977. Parallèlement à cet élargissement d'activités, dès 1979, L'APPEL se met à intervenir dans différents pays exprimant le besoin d'une aide pour leurs enfants en difficulté. Aujourd'hui, L'APPEL mène ses actions à Haïti, à Madagascar, au Cameroun, au Burkina Faso, au Congo, au Salvador, au Rwanda, au Tchad, au Pérou et au Vietnam.

Afin de développer au mieux les actions entreprises dans les différents pays, L'APPEL met en place plusieurs filiales dès 1986 :

- L'APPEL–Ile de France est la filiale principale. Etablie à Paris depuis 1968, elle est le siège de l'association. Cette filiale mène aujourd'hui des programmes dans neuf pays, en se concentrant sur les domaines de la santé, de l'éducation et de l'amélioration des conditions de vie.
- L'APPEL–Languedoc-Roussillon voit le jour en 1993. Cette filiale intervient à Madagascar et au Burkina Faso dans les domaines de la santé et de l'éducation.
- L'APPEL–Cherbourg est fondée en 1986 et agit au Tchad dans le domaine de la santé.
- L'APPEL–Durance, filiale de L'APPEL depuis 1998, travaille depuis 1986 au Tchad dans les domaines de l'éducation et de la santé.
- L'APPEL–Lorient, ou APPELorient (Agir Pour la Promotion de l'Enfant - Lorient) existe depuis 1988. Elle intervient au Vietnam dans le domaine de la santé et au Congo dans le domaine de l'éducation. C'est la filiale que nous avons contactée afin d'organiser notre stage à l'hôpital Tu Du à Ho Chi Minh Ville.

## L'APPEL-Lorient

L'APPEL-Lorient, lancée en 1988 et présidée par le Dr Gildas Tréguier, agit au Vietnam dans la continuité des actions réalisées par l'Appel jusque là. Elle se concentre au début sur la rénovation du service de néonatalogie dans la maternité Phu San Tu Du, et ce au moyen de financements, d'apport d'équipement médical comme des couveuses, etc. En parallèle à ces actions, l'APPEL-Lorient entreprend des formations de médecins vietnamiens en les accueillant à l'hôpital de Lorient, le CHBS (Centre Hospitalier de Bretagne Sud). En 1992, un partenariat est établi entre l'hôpital Tu Du et le CHBS-Lorient. Se mettent alors en place au fil des années de nombreux programmes de santé visant l'amélioration des conditions de naissance, la diminution des risques liés à la prématurité, la prévention des maladies infectieuses, ainsi que le développement de l'unité « Mère-Bébé-Kangourou » de l'hôpital Tu Du.

En 1998, l'APPEL-Lorient lance le programme « Naissances et handicap » se focalisant sur le suivi des enfants vulnérables à haut risque d'handicap et sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les familles démunies. Ces enfants concernés sont en particulier les grands prématurés, les enfants atteints de malformations, et les enfants ayant subi une réanimation à leur naissance. Tout en continuant à se concentrer sur l'amélioration des conditions de naissance, l'accent est mis sur la sensibilisation des professionnels de la santé et des autorités quant à la prévention, la détection et la prise en charge précoce des handicaps d'origine périnatale. En effet, un enjeu prenant beaucoup d'importance au Vietnam en terme de santé publique est la réduction de ces handicaps d'origine périnatale qui touchent 3 à 5 % des naissances du pays. On retrouve ici la mission humanitaire de l'association qui a pour objectif principal de venir en aide aux enfants et familles les plus démunies et vulnérables, touchées par ces handicaps. Le fondement du programme repose sur le partenariat hospitalier entre le CHBS-Lorient et l'hôpital Tu Du à Ho Chi Minh Ville. Afin de s'adapter au mieux aux demandes des partenaires vietnamiens de l'APPEL-Lorient, le programme est renouvelé à plusieurs reprises. Il est soutenu financièrement par L'APPEL, l'APPEL-Lorient, la ville de Lorient, le département du Morbihan, la région Bretagne, le Ministère des Affaires Etrangères jusqu'en 2012, ainsi que plusieurs structures de soins basées en Bretagne.

## L'APPEL-Lorient à l'hôpital Tu Du

L'hôpital Tu Du, véritable centre de référence pour les soins de la mère et du nouveau-né dans le Sud du Vietnam, poursuit un partenariat avec le CHBS-Lorient depuis 1992. Ce partenariat a été renouvelé en 2012 pour 4 années supplémentaires. Il représente au Vietnam la structure centrale impliquée dans les programmes médicaux de l'APPEL-Lorient. En effet, l'hôpital se profile aujourd'hui



comme le centre-clé dans l'organisation du suivi de l'enfant à haut risque de vulnérabilité, et ce pour tout le Vietnam.

L'APPEL-Lorient a longtemps soutenu l'hôpital en termes de matériel biomédical, et ce soutien a progressivement été remplacé par une aide orientée sur la formation des professionnels vietnamiens, de par l'accueil de stagiaires vietnamiens au CHBS-Lorient et par l'envoi de multiples équipes de professionnels de la santé français au Vietnam.

Au service de néonatalogie de l'hôpital, l'APPEL-Lorient a beaucoup travaillé sur la sensibilisation du personnel quant aux conséquences de la prématurité, ainsi qu'au dépistage précoce des handicaps éventuels chez le nouveau-né. Plus récemment, elle essaie d'y promouvoir la mise en place d'un programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) qui vise une approche plus individualisée de l'enfant vulnérable en améliorant la qualité des soins et du soutien familial. Cependant, un tel programme, bien qu'intéressant pour le service de néonatalogie de l'hôpital Phu San Tu Du, est encore difficile à mettre en place de par la constante surcharge du service. L'association s'est également beaucoup investit dans la mise en place de l'unité « Mère Bébé Kangourou » dont l'activité est en constante augmentation.

Aujourd'hui c'est au Hoa Binh Tu Du que l'APPEL-Lorient s'implique principalement. Il s'agit de la structure de référence des programmes de l'association sur le suivi précoce des enfants vulnérables. C'est au sein de cette structure que nous avons pu rencontrer et suivre, pendant une semaine, le Dr Gildas Tréguier et son équipe, la psychomotricienne Dominique Lamiot, la kinésithérapeute Véronique Deregnieaux, et l'ergothérapeute Nathalie Ferrand.

Lors de réunions avec des pédiatres de l'hôpital Tu Du, nous avons pu assister à des présentations du Dr Tréguier sur les problématiques de la prématurité, de l'intervention précoce chez l'enfant à risque, etc. Faisant partie du programme mené par l'APPEL-Lorient, ces réunions entre responsables des différents services de l'hôpital ont également comme objectif l'amélioration de la coordination des différents services. Beaucoup de progrès ont été accomplis dans la matière, avec par exemple une bien meilleure coopération entre l'unité « Mère-Bébé-Kangourou » et le Hoa Binh Tu Du, permettant aux nouveau-nés à risque de bénéficier d'un suivi plus précoce et continu.

C'est au cours de ces réunions qu'était également discutée l'idée de développer un réseau de compétences entre le service de néonatalogie, le Hoa Binh Tu Du, et différents centres spécialisés dans la prise en charge d'enfants handicapés à Ho Chi Minh Ville, en particuliers le CADIEEH décrit plus bas. En France, un tel réseau existe avec un partenariat direct entre des centres hospitaliers comme le CHBS-

Lorient, et les CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), structures impliquées dans la prise en charge précoce des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans présentant un handicap ou à risque d'en développer. Une telle coopération permet un suivi continu et global de l'enfant handicapé ou à risque d'handicap dès sa sortie de la maternité.

Cet objectif s'aligne bien avec les attentes des professionnels de l'hôpital Tu Du qui expriment leur difficulté à trouver des structures capables de prendre en charge les enfants handicapés qui quittent l'hôpital dès l'âge de 2 ans. En effet, ils détectent des handicaps chez ces enfants mais ne savent pas vers quelles structures les orienter et perdent tout suivi de l'enfant une fois que celui-ci est parti. Aujourd'hui, cet objectif représente un des piliers centraux du programme actuel de l'APPEL-Lorient.

Nous avons ensuite pu observer le Dr Tréguier mener des consultations d'enfants handicapés avec le Dr Le Thi Hien Nhi au sein du Hoa Binh Tu Du. Ces enfants de moins de 2 ans présentaient, pour la plupart, des handicaps neuro-psychomoteurs, très souvent d'origine périnatale. Pendant ce temps, Mme Lamiot, Mme Deregnieux et Mme Ferrand sont intervenues en salle de kinésithérapie en recevant des enfants adressés à des séances de rééducation. En travaillant avec les kinésithérapeutes vietnamiens, elles permettent à ces professionnels de se familiariser avec des nouvelles disciplines de réhabilitation pédiatriques encore méconnues au Vietnam, comme la psychomotricité et l'ergothérapie.

**Le Dr Tréguier en consultation au Hoa Binh Tu Du en collaboration avec le Dr Nhi**





**Ci-dessus :** présentation du Dr Tréguier aux apprentis kinésithérapeutes

**Ci-contre :** collaboration entre l'équipe de l'APPEL-Lorient et du personnel du Hoa Binh



## L'APPEL-Lorient et les Centres de Ho Chi Minh Ville

Depuis le début des années 2000, l'APPEL-Lorient coopère avec deux centres vietnamiens accueillant des enfants présentant des déficits sensoriels. Ces centres, basés à Ho Chi Minh Ville, dépendent du Système d'Education de la ville. L'association contribue au financement de ces centres et permet ainsi à des familles dans le besoin de bénéficier de leurs prestations.

Le premier, le Centre Hy Vong, accueille une centaine d'enfants malentendants. Ces enfants, dont la majorité vient de Ho Chi Minh Ville, sont âgés de 1 à 23 ans et présentent des déficits auditifs sévères. Ils ont l'opportunité de suivre des cours en étant répartis dans différentes classes adaptées à leurs capacités et à leur âge. L'objectif du centre est d'aboutir à l'insertion sociale de ces enfants sur le long terme en les formant à divers métiers.



Le second, l'Institut Nguyen Dinh Chieu, dirigé par Monsieur Nguyen Thanh Tam jusqu'en 2012, se consacre aux enfants malvoyants et aveugles. Il accueille plusieurs centaines d'enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 20 ans. Une grande partie de ces enfants sont nés à l'hôpital Tu Du et présentent des déficiences visuelles liées à la réanimation néonatale ainsi qu'à la grande prématurité. Le centre propose des programmes de rééducation, des programmes scolaires, ainsi que des formations professionnelles.

Il y a un an, Monsieur Nguyen Thanh Tam prit la direction d'un autre centre, le CADIEEH (Centre d'Aide et de Développement pour l'Intégration et l'Education des Enfants Handicapés). Celui-ci se concentre sur le suivi individualisé d'une centaine de jeunes enfants handicapés âgés de 0 à 6 ans, ainsi que sur la formation de professionnels de la santé travaillant avec de jeunes enfants. Monsieur Tam sollicite un soutien de l'APPEL-Lorient afin de démarrer un partenariat avec ce centre. Il souhaite également pouvoir rapprocher ce centre du Hao Binh Tu Du afin d'offrir un meilleur suivi aux jeunes enfants dans le besoin en renforçant les liens avec des professionnels médicaux. Ce centre représente une structure-clé car il supervise plus d'une vingtaine d'autres centres d'accueil d'enfants handicapés, à Ho Chi Minh Ville tout comme dans les provinces voisines. L'APPEL-Lorient y voit ainsi une opportunité d'étendre son champ d'action dans le domaine du jeune enfant handicapé.



**Ci-dessus : Gildas Tréguier à la Conférence au CADIEEH**

Nous nous sommes rendus dans ce centre lors d'une journée durant laquelle un séminaire sur la guidance neuro-psychomotrice chez le jeune enfant était organisé par l'équipe de l'APPEL-Lorient et par le CADIEEH. Plusieurs professionnels de la santé vietnamiens y furent conviés, venant du Hoa Binh Tu Du, d'autres centres d'Ho Chi Minh Ville et d'autres provinces. Dans un premier temps, le séminaire consista en plusieurs présentations sur cette thématique, accompagnées de projections de films, permettant à nouveau aux professionnels vietnamiens de se familiariser avec les nouvelles disciplines de réhabilitation pédiatriques encore méconnues au Vietnam, comme la psychomotricité et l'ergothérapie. Il fut intéressant pour nous d'assister aux travaux de groupe interactifs qui généraient également beaucoup d'enthousiasme parmi les participants. Le lendemain, nous sommes retournés au CADIEEH afin de suivre Mme Lamiot, Mme Deregnieaux et Mme Ferrand pendant une demi-journée où elles se sont occupées de plusieurs enfants handicapés avec les professionnels vietnamiens du centre.



A gauche: Travaux de groupe durant la conférence au CADIEEH

Ci-dessous: l'équipe de l'APPEL-Lorient, Monsieur Tam, et nous-mêmes







**Dominique Lamiot** travaillant avec un kinésithérapeute du centre

## L'APPEL-Lorient en province

Parallèlement aux activités réalisées à Ho Chi Minh Ville, l'APPEL-Lorient s'investit également dans des programmes menés dans des provinces du sud du Vietnam, comme, par exemple, la province de Khanh Hoa. Ceux-ci démarrent dans les années 90 et ont d'abord pour but de venir en aide aux populations pauvres reculées de ces régions souffrant de pénurie en eau propre en mobilisant des ingénieurs travaillant pour l'association. Progressivement, L'APPEL-Lorient y établit ses programmes médicaux en démarrant des partenariats avec plusieurs structures de soins. Aujourd'hui, conjointement à son action sur l'eau, l'association y mène son programme « Naissances et Handicap », ainsi que des missions visant un soutien financier des familles démunies.

Nous voulions initialement effectuer une partie de notre stage dans l'hôpital provincial de Khanh Hoa, partenaire de l'APPEL-Lorient, afin de pouvoir observer le contraste entre un centre hospitalier de grande envergure et moderne, l'hôpital Tu Du, et une structure de soins plus modeste de province. Cependant, un tel stage n'a pu être mis en place, suite aux difficultés que nous avons eues à contacter cette structure.

## L 'Hôpital Tu Du

L'hôpital Tu Du a été construit en 1937 et se trouve au centre d'Ho Chi Minh-Ville. En 1994, l'hôpital est devenu le centre de référence en santé périnatale pour la ville d'Ho Chi Minh et les 32 provinces du sud du Vietnam. Il se positionne actuellement comme la plus grande maternité du sud du Vietnam. L'hôpital concentre ses activités sur les soins de santé maternelle avant et après l'accouchement, la prise en charge des prématurés ainsi que le suivi des enfants à risque de handicap. Il accueille les femmes d'Ho Chi Minh-Ville et des provinces du sud. Ces dernières constituent 40-45 % de la patientèle.



**Bâtiment principal  
de l'hôpital Tu Du**

Depuis les années 90, les locaux, le matériel et le niveau de compétence des professionnels de l'hôpital se sont améliorés, ce qui permet aujourd'hui à l'hôpital Tu Du d'exercer une médecine moderne en santé périnatale. Il a pour fonction, non seulement, de soigner, mais aussi d'enseigner et de former les futurs professionnels de la santé ainsi que d'assurer une formation continue du personnel hospitalier. L'hôpital développe également des programmes de recherche scientifique et de coopération internationale pour le développement de la médecine périnatale. De plus, l'hôpital aide à améliorer la qualité des soins primaires dans les établissements sanitaires des provinces afin de diminuer la surcharge des hôpitaux de Ho Chi Minh-Ville.

L'hôpital Tu Du possède plusieurs services et unités: gynécologie, obstétrique, procréation médicalement assistée, chirurgie gynécologique, imagerie, oncologie, néonatalogie dont l'unité mère-bébé-kangourou, Hoa Binh Village (village de la paix traitant les enfants handicapés).

Lors de notre stage dans cet hôpital, nous avons passé 2 semaines dans chacun de ces services : néonatalogie, obstétrique et chirurgie gynécologique, et Hoa Binh Village.

Le personnel de l'hôpital Tu Du est constitué à 85% de femmes. Parmi les 1928 employés en 2010, nous trouvons 306 médecins, 1064 infirmiers et techniciens et 44 pharmaciens. En 2010, l'hôpital Tu Du a accueilli 207'433 patientes en consultation externe, la majorité dans le service de gynécologie. 86'357 patientes ont été hospitalisées pour accoucher, subir une chirurgie gynécologique, ou, dans une moindre mesure, dans le cadre périnatologique (ex : infertilité).

Total 1.928 (sexe féminin : 85.36%)							
Titre		Niveau					
		Secondaire	Universitaire	3 <sup>e</sup> cycle	Agrégé	Doctorat	Professeur
Docteurs	306			38	51	06	01
Pharmaciens	44	31	13	01	01		
Infirmiers & Techniciens	1064	963	101				
Travailleurs manuels	239						
Employés administratifs	275		72				

**Ci-contre : Personnel de l'hôpital Tu Du en 2010.**

**Ci-dessous : Domaines d'activités de l'hôpital Tu Du en 2010**

(Source : Hôpital Tu Du : une brève présentation, service de santé de Ho Chi Minh Ville, 2010)

Patientes en consultation externe 207.433					
<i>Nombre de visites : 767.501</i>					
Gynécologie	343.025	Planification familiale	94.949		
Test de grossesse	183.602	Prénatal	101.492		
Infertilité	43.732	Plastique & Esthétique	628		
		Diagnostic prénatal	73		
Patientes hospitalisées 86.357					
<i>Obstétrique</i> 47.739		<i>Gynécologique</i> 24.368		<i>Périnatologique</i> 14.250	
Total des cas de délivrance  39.663	Nombre de nouveau-nés vivants 39.726	Chirurgie de gynécologie 13.962		<i>Infertilité</i>	
				Traitement 3.567	Total de naissances par FIV : 275
		Cancer gynécologique	1.335	<i>Planification familiale</i> 30.898	
Grossesse à haute risque	5.993	Gestation trophoblastique	656		
Eruption d'obstétrique	163	Gestation ectopique	1.579		
Pro - clinique					
<i>Diagnostic Imagier</i>					
Ultrasonothérapie : 482.272		Rayon X : 52.293		Mamographie: 50.117	
<i>Génétique</i>					
Total de Diagnostic prénatal : 4.960			Total de Sélection prénatale : 39426		
<i>Laboratoire</i>					
Pathologie: 34.875		Examination: 1.871.844		Cytologie: 306.052	



## Service de procréation médicalement assistée :

La technique de fécondation in vitro (FIV), avec le soutien de professionnels français, a été appliquée à l'hôpital Tu Du pour la première fois en 1997. En 1998, les trois premiers bébés FIV sont nés à l'hôpital Tu Du.

Les techniques de médecine reproductive sont en constante progression et les couples ayant recours à cette méthode sont de plus en plus nombreux. En 2010, le nombre de FIV s'élevait à 1554. Les inséminations intra-utérines étaient au nombre de 1853, avec un taux de grossesses obtenues à 30-35%. Depuis la mise en place de ce centre à l'hôpital Tu Du, 4000 bébés sont nés grâce à la procréation médicalement assistée.

Nous avons été surpris, en arrivant à l'hôpital Tu Du le premier jour de notre stage, d'y trouver un centre de procréation médicalement assistée. Nous ne pensions pas que de telles méthodes soient pratiquées dans un pays comme le Vietnam. En effet, le nombre de grossesses « naturelles » élevé ne laisse pas présumer une nécessité de recourir à la procréation médicalement assistée. De plus, il s'agit d'une médecine couteuse dont peu de vietnamiens ont les moyens financiers pour en bénéficier. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de visiter ce service.

## Service de chirurgie endoscopique:

L'hôpital Tu Du est le premier établissement hospitalier au Vietnam à avoir bénéficié, en 1990, d'une formation en chirurgie endoscopique par des médecins français. Vingt ans plus tard, le département de chirurgie endoscopique de l'hôpital Tu Du s'est développé et on y traite par cœlioscopie ou hystéroscopie des pathologies diverses affectant les femmes (kystectomie, ovariectomie, abcès pelvien, grossesses extra-utérines, prolapsus utérin, endométriose, chirurgie plastique vaginale d'origine congénitale, etc.)<sup>1</sup> Ce département a également la charge d'enseigner et de former les médecins venant des provinces du Vietnam ainsi que des pays avoisinants.

Nous avons eu l'opportunité de passer plusieurs journées dans ce service qui est composé d'une dizaine de blocs opératoires. Nous avons pu y observer quelques césariennes et de nombreuses laparoscopies traitant certaines pathologies mentionnées ci-dessus. N'étant pas encadrés par un professionnel dans ce service, nous n'avons fait qu'observer. Certains chirurgiens parlaient anglais ce qui facilitait la compréhension de l'opération mais ce n'était malheureusement pas toujours le cas.

---

<sup>1</sup> Hôpital Tu Du : une brève présentation, service de santé de Ho Chi Minh Ville, 2010

## Service d'obstétrique :

Le service d'obstétrique de l'hôpital Tu Du est divisé en 3 parties :

Un secteur public (60 lits) et un secteur privé (20 lits) comprenant des salles d'accouchements, et un secteur de blocs opératoires où sont effectuées les césariennes. Le service d'obstétrique de l'hôpital Tu Du voit 65'000 naissances par année, ce qui équivaut à une moyenne de 160 naissances par jour avec un taux élevé de césarienne de 45%. Le pourcentage des grossesses considérées à risque est de 15%. En 2011, l'hôpital a enregistré 5 décès maternels et 580 bébés mort-nés. 159 professionnels travaillent dans ce service dont 20 médecins, 117 sages-femmes et 22 agents d'entretien.<sup>2</sup>

Un accouchement dans le secteur public se déroule ainsi : les femmes, allongées dans des lits côte à côte disposés dans de grandes salles, attendent de pouvoir passer en salle d'accouchement.

Les médecins, sages-femmes et étudiants y mesurent la dilatation et l'épaisseur du col utérin, le fond utérin et la taille du bassin de chaque femme. Le rythme cardiaque de certains bébés est analysé par monitoring, mais cela n'est pas systématique.

Lorsque le col utérin est dilaté à 4 cm, les femmes peuvent passer dans la deuxième partie du secteur public : la salle d'accouchement. Chaque salle d'accouchement contient deux lits. Les femmes, malgré l'absence de péridurale que le secteur public ne prend pas en charge, sont discrètes et silencieuses car il est mal vu dans ce secteur d'exprimer leur douleur. Les patientes ne sont pas accompagnées par leurs proches pendant les étapes de l'accouchement. En effet, une salle d'attente est à la disposition des conjoints dans laquelle ils doivent rester tout au long de l'accouchement.

En salle d'accouchement, les sages-femmes et médecins se succèdent pour déterminer la dilatation du col utérin. Sans évolution rapide de ce dernier point, les femmes sont envoyées au bloc opératoire afin d'accoucher par césarienne. Ceci explique en partie le taux élevé de naissances par césarienne à l'hôpital Tu Du.

Une sage-femme ou un médecin s'occupe de l'accouchement, parfois en formant des étudiants. Une épisiotomie est effectuée chez la majorité des femmes. Le sang que perd la femme pendant le travail est récolté dans un sac en plastique millimétré avec lequel les médecins déterminent la nécessité d'une transfusion de sang. Une

---

<sup>2</sup> Rapport EHESP-l'impact du programme « naissance et handicap 2009-2011 » par Anne Richard-Perreon, 2012

fois l'accouchement terminé et le placenta retiré, un médecin se charge de recoudre les organes génitaux internes et externes lésés.



A gauche : salle où les femmes attendent de pouvoir passer en salle d'accouchement

Ci-dessous : Salle d'accouchement



Ci-dessus : espace « administratif » des salles d'accouchement

Ci-contre : Esther, Julie et 2 médecins du service de gynécologie obstétrique







A gauche : salle de désinfection du matériel et déchets organiques

Ci-dessus : plateau avec le matériel stérile

Le nouveau-né, quant à lui, est immédiatement lavé, pesé et habillé. Les premiers soins (gouttes dans les yeux, injection de vitamine k, désinfection du cordon ombilical, etc) sont administrés. Après seulement, le bébé est brièvement présenté à la nouvelle maman. Les prématurés ou les nouveau-nés présentant une pathologie (fente palatine, etc) sont directement pris en charge par le service de néonatalogie.

Les nouveau-nés en bonne santé quittent le service d'obstétrique avec leur mère pour rejoindre les chambres de l'hôpital. Ces dernières, d'apparence sinistres, accueillent non seulement les nouveau-nés et leur mère, mais aussi toute la famille de cette dernière. Le coût de l'hospitalisation et le manque de chambres disponibles poussent les patientes et leur enfant à quitter rapidement l'hôpital.

Le secteur privé du service d'obstétrique comporte 20 lits, des salles d'accouchements privées et communes (2 lits par salle). Le déroulement d'un accouchement dans ce secteur est semblable au secteur public. Cependant, les femmes hospitalisées dans le secteur privé peuvent avoir recours à une péridurale. De plus, elles sont libres d'exprimer les douleurs ressenties pendant les contractions et l'accouchement, ce qui est défendu dans le secteur public.

Le secteur de chirurgie du service d'obstétrique est composé de 4 blocs opératoires qui communiquent entre eux. La majorité des opérations pratiquées sont des césariennes.

Les blocs opératoires se situent à côté des salles d'accouchement du secteur privé. Les bébés nés par césarienne y sont ainsi rapidement transférés, où les infirmières et sages-femmes effectuent les premiers soins aux nouveau-nés. Nous avons profité de notre stage en salle d'accouchement pour assister à quelques césariennes. Certains d'entre nous ont même eu l'opportunité d'accompagner le chirurgien pendant l'opération, en lui donnant les instruments ou en effectuant des points de suture. Nous avons remarqué que les tenues des chirurgiens et les draps formant le champ stérile étaient réutilisés après avoir été nettoyés et stérilisés. Peu de matériel est ici « à usage unique ». Nous nous sommes donc interrogés sur l'utilité réelle de notre surconsommation de matériel dans les hôpitaux Suisse. Nous ne connaissons pas l'efficacité des champs stériles vietnamiens par rapport aux nôtres, mais une façon plus économique et écologique de pratiquer la médecine nous a semblé intéressante. Bien que les moyens de stérilité soient différents des notre, nous avons observé une grande vigilance des chirurgiens à l'égard de cet aspect là. Il nous est arrivé à plusieurs reprises, en nous préparant à entrer dans le champ stérile, de faire un geste n'assurant pas notre stérilité, ce qui nous a empêchés de participer à l'opération.

Les 2 semaines de stage que nous avons consacrées au service d'obstétrique, et plus particulièrement aux salles d'accouchement, resteront dans nos esprits à jamais. Nous avons été introduit au personnel de ce service par Dr. Dang, néonatalogue en relation avec L'APPEL. Nous avons rapidement été encadrés par quelques femmes médecins parlant anglais et/ou français, dont une ayant effectué une année de stage dans un hôpital parisien. Nous nous sommes sentis, grâce à elles, intégrés dans ce secteur de l'hôpital.

Durant ces 2 semaines, nous avons pu observer l'organisation générale du service, le déroulement d'un accouchement, la prise en charge du nouveau-né, les mesures mise en place face à un éventuel problème, le comportement des soignants vis à vis des patients, mais aussi l'attitude des patiente de manière générale. En découvrant diverses caractéristiques du système de soins vietnamien, nous avons rapidement été frappé par certains aspects très différents de la médecine occidentale que nous connaissons.

En assistant à nos premiers accouchements, nous avons été surpris par l'absence d'émotions des mères lorsqu'elles voyaient leur enfant pour la première fois. Il est vrai que les bébés leur sont présentés très brièvement et qu'elles n'ont pas l'opportunité de porter leur enfant. Ainsi, lorsque que nous nous occupions des nouveau-nés, nous avons pris l'initiative de déposer le bébé dans les bras des mères un petit moment. Certaines nous ont semblées émues, une réaction que nous penson systématique chez toutes les nouvelles mères, mais d'autres restaient apparemment indifférentes.

La relation médecin-patient est l'un des aspects de la médecine de l'hôpital Tu Du qui nous a le plus marqué.

Nous n'avons jamais vu des gestes ou des mots de réconfort de la part des soignants envers les femmes. Nous avons également remarqué que les soignants avaient peu de considération vis à vis d'une femme accouchant d'un enfant mort et des patientes qui l'entouraient. Nous avons ainsi assisté au même moment et dans la même salle, à l'accouchement d'un nouveau-né en bonne santé et d'un mort-né.

L'attitude des médecins envers leurs patientes nous a également perturbé lorsqu'il nous était proposé de pratiquer certains gestes médicaux. Au cours de ces 2 semaines, nous avons eu l'occasion de pratiquer des touchés vaginaux, anesthésies locales, épisiotomies, accouchements, points de suture vaginaux, premiers soins aux bébés, etc. N'ayant jamais pratiqué de soins médicaux si intimes, nous avons réellement découvert la difficulté de la relation entre soignant et patient. Bien que nous nous sommes toujours sentis capable d'effectuer les gestes qui nous étaient demandé, faute de quoi nous aurions refusé de participer aux interventions, nous ne nous sommes pas toujours sentis à l'aise au moment de les réaliser. Nous nous sommes souvent retrouvés dans des situations qui entraient en conflit avec ce que l'on nous a inculqué tout au long de nos études de médecine : le respect du patient et de son intimité a une valeur primordiale dans le bon déroulement de la relation médecin-patient. Par exemple, les médecins nous proposaient souvent d'effectuer un touché vaginal sur les femmes qui attendaient d'accoucher. Le geste, aussi intime qu'il soit, ne nous dérangeait pas mais les circonstances dans lesquelles nous devons pratiquer cet acte nous semblaient inadéquates. Le médecin nous indiquait une patiente et nous demandais d'effectuer ce geste à tour de rôle. A aucun moment le médecin n'a demandé la permission à la patiente de nous laisser pratiquer sur elle, et dans aucune situation nous avons assisté à des gestes ou des mots de réconfort. N'ayant aucun moyen de communiquer verbalement avec la future mère, nous tentions des gestes rassurants (la regarder dans les yeux, lui mettre la main sur le ventre). Nous ne savons pourtant pas comment ces gestes ont été perçus car ces femmes étaient très peu expressives.

Nous étions aussi mal à l'aise lorsque nous observions un accouchement. Nous nous retrouvions souvent avec une dizaine de médecins, sages-femmes et étudiants autour de la femme en travail. A nouveau, personne n'a jamais demandé la permission à la patiente si nous pouvions observer son accouchement.

Bien que nous étions inconfortables par rapport à ces situations, nous étions partagés entre profiter de cette opportunité pour observer et pratiquer des soins médicaux que nous n'aurions pas l'occasion de faire aussi librement dans un hôpital suisse, ou respecter l'intimité de la patiente et refuser toute intervention allant à l'encontre de ce principe. Souhaitant profiter au mieux de cette expérience unique,

nous avons décidé de faire passer notre formation avant tout et de nous adapter à la façon dont la médecine est pratiquée au Vietnam.

## Service de néonatalogie

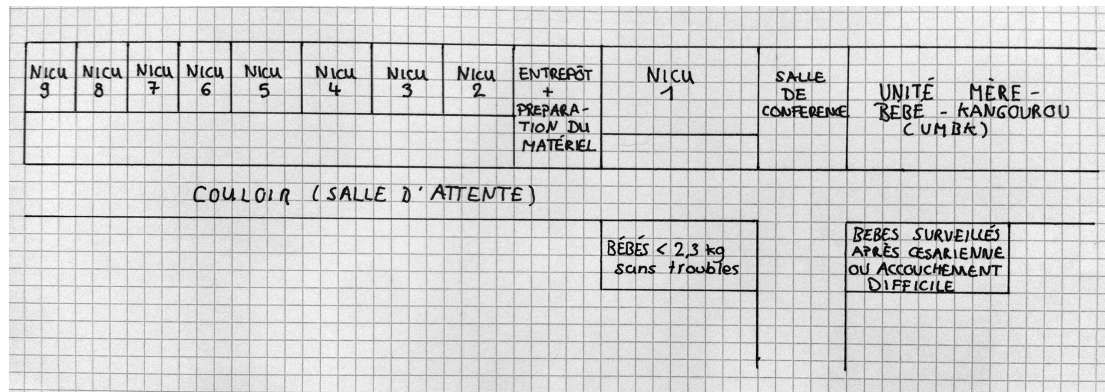


**Notre petite équipe au complet dans le service de néonatalogie**

C'est dans ce service que nous avons débuté notre stage, ce fut notre première expérience au sein de l'hôpital Tu Du qui nous a rapidement mis dans le bain. Nous avons eu la chance de rencontrer le docteur Vu Te DANG, chef de service de la néonatalogie, qui a fait une partie de son apprentissage en France et qui parle donc très bien français. Il nous a donné de précieuses informations et nous a guidé dans son service du mieux que son planning très chargé le lui permettait.

Le service de néonatalogie de l'hôpital Tu Du est un service surpeuplé qui accueille en permanence environ le double de bébés que sa capacité le lui permet, c'est-à-dire 300 bébés pour une capacité de 150. En 2011, 17 600 nouveau-nés sont passés en néonatalogie (contre 12 000 en 2007). C'est le plus grand service de néonatalogie du sud du Vietnam, il accueille les bébés des femmes qui viennent de Ho Chi Minh ville même, mais également les femmes venant des provinces du sud du Vietnam pour accoucher dans la capitale où les soins médicaux sont de meilleure qualité, ou parce que leur province est dépourvue d'une maternité.

C'est un service de soins intensifs. Les bébés pris en charge sont les bébés nés prématurément (voir ci-dessous), ceux nécessitant des soins ou une surveillance particulière ou ceux dont la mère n'est pas encore en état de s'occuper.



### Ci-dessus : organisation du service de néonatalogie

#### Salles NICU :

- 1** : bébés qui ont dû être ré-hospitalisé après leur sortie pour divers problèmes
- 2, 3 et 4** : bébés de >2,3 kg avec troubles respiratoires
- 5 et 6** : bébés entre 1,5 et 2,3 kg
- 7,8 et 9** : bébés de moins de 1,5 kg (avec souffrance respiratoire)

Définition classique de la prématurité :

Prématurité	De 33 à 37 SA
Grande prématurité	De 28 à 32 SA
Très grande prématurité	De 25 à 27 SA
Extrême prématurité	Moins de 24 SA

SA : semaines d'aménorrhée

On parle de prématurité pour toute naissance avant le terme de 37 semaines d'aménorrhée révolues et après 22 semaines, avec un poids de minimum 500 grammes (= limite de viabilité)

Ce service emploie 25 médecins et une centaine de sages-femmes et infirmières. Ce service est en constante amélioration, les équipements sont modernes, le personnel est qualifié et la mortalité infantile a considérablement diminué ces dernières années. Il y a également eu des progrès dans le dépistage précoce, le diagnostic et le suivi des enfants à risque (voir chapitre sur L'APPEL). Le sondage de l'acuité auditive et le diagnostic des rétinopathies sont désormais pratiqués sur tous les bébés du service de néonatalogie. Le docteur Vu Te Dang insiste également sur l'importance de la formation des médecins, notamment dans le domaine de la réanimation des nouveaux nés. Les médecins sont également sensibilisés sur l'importance d'une intervention précoce. Cela dit, la surpopulation de ce service et le manque d'équipement et de personnel est un véritable problème et un obstacle pour une efficacité optimale du service. Le nombre d'accouchement et par conséquent de bébés qui passent par le service de néonatalogie est en constante augmentation. L'apparition au Vietnam des techniques de fécondation in vitro, et l'ouverture du



département de fertilité à l'hôpital Tu Du a considérablement augmenté le nombre de bébés prématurés et de grossesses multiples, qui sont donc plus à risque et qui augmente aussi la fréquentation du service de néonatalogie. Il est donc nécessaire pour l'hôpital Tu Du de trouver des solutions pour faire face à une telle demande, par exemple l'unité mère-bébé-kangourou qui a été mise en place il y a quelques années (voir chapitre sur l'UMBK) pour désengorger le service de néonatalogie, entre autre.



**Ci-dessus** : Salle NICU avec ses couveuses

**A droite** : bébés sous surveillance ne nécessitant pas d'assistance respiratoire



A première vue, les salles de soins intensifs néonatales (NICU, voir plan) sont semblables à celles que l'on pourrait trouver chez nous. Elles sont équipées de respirateurs, de couveuses, de lampes de photothérapie, de différents appareils qui mesurent les constantes des bébés, etc. Le personnel porte des bonnets, des

masques et l'accès des salles avec les bébés les plus à risque d'infection (NICU 7 à 9) est limité. Le personnel est très expérimenté, chacun sait ce qu'il doit faire. Des formations récentes leur permettent d'utiliser de nouvelles techniques telle que la pose de cathéters ombilicaux chez les nouveau-nés. De nombreux médecins du service ont fait des stages en France et y ont appris le mode de fonctionnement de service de néonatalogie plus expérimentés. Les médecins suivent souvent des formations -nous avons assisté à une formation donnée par le docteur Vu Te Dang aux autres médecins du service sur la réanimation néonatale. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés quant à l'importance de l'intervention précoce sur le nouveau-né à risque (prématurés etc.) dans le but de limité le « sur-handicap » d'origine périnatale, notamment dans le cadre de conférences organisées par l'APPEL (programme « naissance et handicaps » et « naitre au Vietnam ». Dans cette optique d'intervenir précocement, l'accent est mis sur le dépistage de diverses pathologies et également sur le suivi de ces enfants à risque, avec la coopération du Hoa Binh et de divers centres spécialisés dans la ville de Ho Chi Minh. Le dépistage de la surdité est réalisé depuis 2011 par des spécialistes qui se déplace jusqu'à l'hôpital Tu Du. Le dépistage ophtalmologique est systématique chez les bébés de moins de 1800 grammes, cela permet une prise en charge plus rapide en cas de problème. Les techniques existantes dans la pratique des soins de santé primaire sont également en amélioration, à savoir : l'allaitement maternel, la prévention de l'hypothermie, le contrôle de l'infection nosocomiale chez les nouveau-nés et le fonctionnement du programme « bébé kangourou ». En effet, l'allaitement maternel est fortement encouragé par les professionnels de l'hôpital, ce qui est assez compliqué au Vietnam car le lobby des fabricants de lait en poudre est très important. Les infections nosocomiales sont mieux contrôlées, l'utilisation d'antibiotiques (chez la mère et le nouveau-né) est très répandue (trop ?).

Le Dr Vu Te Dang nous explique que pour parer au manque de lampe de phototherapie qui viennent d'Europe et qui coûte trop cher pour l'hôpital Tu Du, ils font faire leur propre lampe au Vietnam à moindres coûts.



**Ci-contre: Le Dr Vu Te Dang, chef de service de la néonatalogie, donnant une formation de réanimation néonatale à d'autres médecins de l'hôpital**



**A gauche : 2 infirmières donnant des soins à un prématuré**

**A droite : lampe de photothérapie fabriquée au Vietnam à moindre coût**

Malgré les nombreuses améliorations apportées au service de néonatalogie, beaucoup de progrès reste à faire. Comme dit précédemment, ce service est réellement surpeuplé. Nous avons pu observer jusqu'à 4 bébés par couveuses et également plusieurs par lampe de photothérapie. Evidemment le fait de mettre plusieurs bébés par couveuses, qui parfois sont même dépourvues de cache, rend la propagation des infections nosocomiales d'un nouveau-né à un autre, d'autant plus qu'ils sont extrêmement fragiles. Le manque de matériel et de dispositifs en tout genre est évident, cependant nous avons vu beaucoup de matériel entreposé dans les couloirs de l'hôpital et non utilisé, nous avons tenté, mais sans succès, de savoir pourquoi ce matériel n'était pas utilisé, défectueux ? Trop cher à la maintenance ? Manque de personnel qualifié pour les utiliser ? Par rapport à ce que nous connaissons en Suisse nous avons également été marqué par le manque d'individualisation dans la prise en charge des nouveaux nés. En effet, les « horaires » des bébés ne sont pas respectés, ils sont nourrit à des heures précises, qu'ils pleurent ou pas, qu'ils aient faim ou pas. Il y a énormément de bébés dans la même pièce, voir plusieurs dans le même berceau, leur horaires de sommeil peuvent donc difficilement être respecté, les bébés sont régulièrement réveillés pour des soins ou autre. C'était surprenant aussi de voir que les bébés ne reçoivent très peu ou pas d'affection durant leur séjour en néonatalogie, ce service est en effet complètement séparé des chambres où se trouvent les mères, et elles n'ont pas accès aux salles de soins intensifs. Nous avons vu quelques papa leur rendre visite de temps à autres mais c'est chose rare. Les professionnelles de l'appel que nous



avons eu la chance de rencontrer au début de notre stage nous ont bien rendu attentifs au fait que la proximité de la maman, l'affection et le fait de répondre aux pleurs du bébé sont des choses très importantes pour le nouveau-né et d'autant plus pour les prématurés. C'est donc un point qui nécessite réflexion et amélioration dans le service de néonatalogie, pour le bien être du bébé et également de la famille. Parfois, les bébés sortent trop tôt de la maternité, ils nécessiteraient encore des soins et une surveillance accrue, mais le manque de place et d'effectifs abrègent les séjours en néonatalogie. Il n'y a pas assez de médecins et ceux-ci sont très occupés, les médecins chefs doivent notamment suivre des cours d'histoire du communisme imposé par l'état 2 jours par semaine.



**A gauche : 2 bébés dans le même berceau**



**A droite : respirateurs non utilisés entreposés dans les couloirs du service**

Nous avons été surpris par les nombreux dossiers papiers, bleu pour les garçons et rose pour les filles, qui s'amoncellent sur chaque table, bureau ou directement posés sur les bébés, nous avons de la peine à imaginer comment ils peuvent s'y retrouver avec autant de bébés et rien qui n'est informatisé mais de ce qu'on a vu cela fonctionnait. Les bébés reparte tout de même avec une sorte de « dossier médical » que les familles emportent avec elle et pourront ensuite faire suivre au pédiatre.

Bien que moderne et avec des similarités avec un service de néonatalogie européen, nos premiers pas dans ce service furent tout de même assez marquants. Nous avons été présenté au chef de service, le Dr Vu Te Dang, qui nous a fait visiter le service en nous expliquant un peu comment il était organisé, nous étions impressionnés de voir autant de bébés. Nous nous sentions un peu encombrants dans ces petites salles et ces couloirs étroits où le personnel fourmille, chacun étant occupé à une tâche bien définie. En passant dans un couloir le docteur a soulevé le drap d'un berceau entreposé ici, nous découvrons un bébé mort, il nous dit que si nous souhaitons nous entraîner pour des gestes techniques nous pouvons utiliser les bébés morts car c'est mieux que les mannequins. Nous avons vite compris que ces 4 semaines de stages allaient être très enrichissantes mais également pas toujours facile et que nous allions voir des choses bouleversantes qui nous arracheraient à nos habitudes et ce que nous avons pu voir jusque là.

Leur journée commence à 7h30, toute l'équipe se retrouve en salle de conférence pour faire un bilan pendant 30 minutes. Nous arrivions à 8h, les médecins examinent les bébés et font les prescriptions nécessaires jusqu'à 9h. Ensuite, les divers soins sont fournis aux bébés, ils sont changés et nourrit à des horaires précis et réguliers.

La barrière de la langue fut un obstacle important durant notre stage en néonatalogie, une infime partie du personnel parle anglais ou français et les effectifs n'étant pas suffisants par rapport au nombre de bébés chacun est très occupé. Nous avons donc essentiellement fait un travail d'observation en essayant de gêner le moins possible les professionnels, nous prenions des notes et demandions en fin de journée au Dr. Vu Te Dang de nous expliquer ce que nous n'avions pas réussi à comprendre ou déduire. Nous avons tenté plusieurs fois de lire les dossiers, mais à part le sexe (dossier rose ou bleu), la date de naissance et le poids, nous ne comprenions pas grand chose. Nous aidions du mieux que nous pouvions par exemple ne participant à la donnée du biberon ou nous les calmions quand ils pleuraient. C'était pour nous assez dur de voir que les bébés ne recevaient pas d'affection, ni du personnel ni des parents,



uniquement les gestes médicaux, par manque de temps mais également car leur culture est différente, cette notion que les nouveau-nés ont besoin de contact humain, de la présence des parents n'est pas encore encrée dans les mentalités. Pour nous cela semblait tout à fait normal et intuitif de prendre les bébés dans les bras ou de le bercer quand ils pleuraient, et en général il s'arrêtait de pleurer. Nous profitons de nous déplacer le plus possible dans le service pour voir un peu ce qu'il s'y passait, nous suivions les consultations avec les médecins, les soins donnés par les sages-femmes et infirmières, en alternant entre les différentes salles NICU. Nous avons vu beaucoup de bébés morts, des bébés très petits avec un poids inquiétant, on se sentait impuissant et on se demandait souvent quelles seraient les séquelles chez ces bébés et les conséquences pour les familles.



[A gauche](#) : Père rendant visite à son enfant aux soins intensifs

[A droite](#) : Esther et un nouveau-né

## L'unité mère-bébé-kangourou

La méthode « mère kangourou » consiste à poser un enfant prématuré sur le ventre en contact direct avec la peau. Facile à appliquer, cette méthode contribue au bien-être du bébé prématuré et des nourrissons nés à terme. Comme le dit l'OMS dans son guide : « c'est un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nourrisson. » (La méthode « mère-kangourou », Guide pratique, OMS, 2004, p.8)

Les caractéristiques clés de cette méthode sont :

- dès que possible, contact peau contre peau continu et prolongé entre la mère et le nourrisson ;
- allaitement au sein exclusivement (solution idéale) ;
- initialement, ces soins sont dispensés à l'hôpital, et peuvent ensuite être poursuivis à domicile ;
- les nourrissons peuvent quitter l'hôpital assez rapidement ;
- les mères ont besoins d'un appui et d'un suivi appropriés à domicile ;
- cette méthode douce et efficace permet d'éviter l'agitation habituellement rencontrée dans les services de prématurés des hôpitaux.

Cette technique a été présentée pour la première fois en 1979 à Bogotá en Colombie. A la base, elle a été inventée comme alternative à un manque de couveuses pour les bébés prématurés. Mais aujourd'hui cette méthode a fait ces preuves et elle est plus que juste une alternative à un manque matériel, elle n'est d'ailleurs plus uniquement utilisée dans les pays pauvres. Cette méthode est destinée aux nouveau-nés prématurés une fois leur condition générale améliorée et qu'ils ne nécessitent plus de soins intensifs.

La méthode est pratiquée depuis plus d'une dizaine d'année au sein de l'hôpital Tu Du et des projets d'agrandissement de l'unité sont prévu L'unité mère-bébé-kangourou fait partie du service de néonatalogie est également surpeuplée, elle accueille plus de 1100 bébés à haute vulnérabilité et leur mère par an. Cette unité est composée de 2 chambre, avec énormément de lit par chambre, des vas-et-viens constant et beaucoup de monde dans les couloirs également, il y a aussi des salles réservées aux consultations par les pédiatres pour les mères pratiquant la méthode à domicile. Les bébés pris en charge ont un poids inférieur à 1500g voire 1800g (cette valeur peut changer d'un pays à l'autre). L'unité a pour but de décharger les NICU 7,8 et 9 en prenant ces bébés prématurés de moins de 1800g et qui sont plus ou moins stable. Cette unité est financée par le programme « mère-kangourou » de Bogotá, des organisations de charité et l'hôpital Tu Du lui même. Deux médecins travaillent à temps plein dans l'unité, une sage-femme et un physiothérapeute.

L'appel a joué un rôle notamment en sensibilisant, la pédiatre référente de l'UMBK, le docteur Chi Luong, sur l'intérêt d'un suivi précoce chez les bébés prématurés,

grâce à cette prise de conscience beaucoup de bébés de l'unité kangourou sont envoyés au centre de consultation du Hoa Binh.

Les avantages de cette méthode sont très nombreux, comme je l'ai dit précédemment elle a bien évidemment un avantage économique puisque la ressource principale est la mère. Elle permet ainsi de pallier à un manque de couveuse, qui ne sont pas toujours disponibles ou ne peuvent pas être utilisées correctement, l'entretien et la réparation coûte cher, ou si elles ne sont pas nettoyées correctement elles augmentent considérablement le risque de transmission des infections. Les couveuses séparent également le nouveau-né de la mère alors qu'avec la méthode kangourou l'établissement d'un lien précoce entre les parents et le nourrisson permet un attachement réciproque. Pour les parents, il a très souvent été reporté que cette méthode diminuait le stress et la frustration engendrée par le manque physique du bébé s'il est placé en couveuse. Les bienfaits sont donc innombrables, outre la protection thermique et la diminution des infections nosocomiales il a été prouvé que les bébés bénéficiant de cette méthode prennent du poids plus rapidement et que le taux de mortalité est moins élevé.

Cependant, les conditions pour une application optimale de cette méthode ne sont pas toujours respectées. Les besoins de la mère sont très importants, elle devrait théoriquement être dans une chambre de maximum 4 personnes (selon le guide de l'OMS), être au calme, que son sommeil soit respecté, qu'elle soit convenablement installée et qu'elle ait accès à une douche au moins une fois par jour. Nous avons pu voir que ces conditions ne sont pas vraiment respectées à l'hôpital Tu Du, les chambres sont surpeuplées, des femmes sont assises à même le sol ou dans le couloir, l'unité est très bruyante et il y fait très chaud. Il n'y a également pas assez de personnel qualifié pour prendre en charge les mères et les soutenir.

Notre expérience au sein de l'unité kangourou fut assez limitée. Nous y avons été introduits, nous avons visité l'unité et y avons passé un peu de temps mais nous n'avons pas trouvé de professionnels avec qui nous pouvions communiquer, nous n'y avons pas vraiment évolué dans ce service. Tout d'abord, nous avons assisté aux consultations, en effet, les médecins reçoivent ponctuellement les bébés et leurs parents qui sont rentrés à domicile pour faire un contrôle de l'état du bébé, donner les nouvelles mesures apprendre et conseiller sur l'allaitement etc. Ces consultations permettent également de dépister une éventuelle anomalie ou un risque particulier chez un enfant et de pouvoir ainsi l'envoyer en consultation au Hoa Binh village (voir chapitre sur le Hoa Binh). Puis nous avons circulé un peu dans les chambres et le couloir qui fait partie à part entière de l'unité. Nous avons été très touchés par tous ces parents avec ces tous petits bébés. Ils avaient l'air inquiets et parfois un peu paniqué. Certains essayaient désespérément de nourrir leur minuscule bébé avec des seringues. Nous avons vu beaucoup de jeunes couples qui étaient là avec leur premier enfant, ils avaient l'air un peu perdu, quand nous passions avec nos



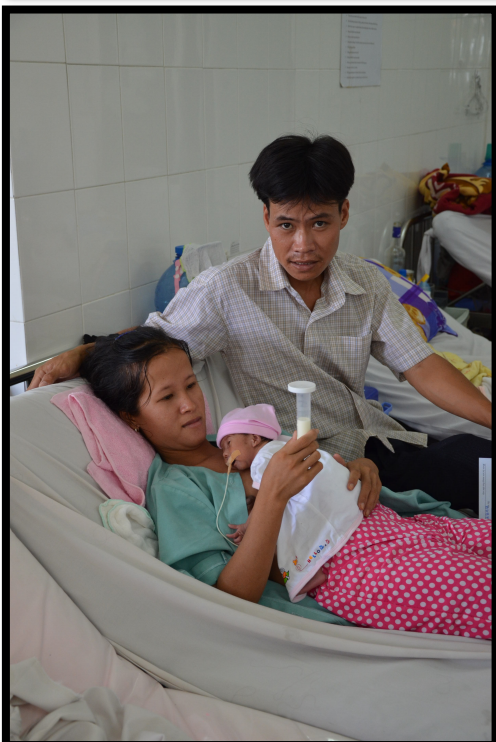
uniformes de l'hôpital, ils nous regardaient en espérant que nous pourrions les aider un peu et leur donner des conseils, malheureusement nous n'en étions pas capable. C'est assez dur d'être dans un service où le personnel manque mais on n'a pas la capacité de faire quelque chose, on se sentait un peu inutiles. Les gens étaient très sympathiques avec nous, ils acceptaient volontiers de se faire prendre en photos, nous y avons fait de belles rencontres, dont une maman qui nous présentait fièrement ses triplés tout juste nés qu'elle avait allongés sur une natte dans le couloir ou encore une famille qui nous ont invité à manger chez eux après que nous leur ayons envoyé une photo d'eux avec leur nouveau-né. Nous avons également été touchés par cette solidarité dans les familles, tout le monde se mobilise pour soutenir la maman et le nouveau-né, nous avons vu beaucoup de pères et de grand-mères prendre le relais en s'attachant à leur tour le bébé sur la poitrine. Nous avons trouvé cette unité très bénéfique pour le service de néonatalogie et les prématurés et nous réjouissons de son prochain agrandissement.



**Ci-contre :** jeune mère nous présentant ses triplés tout juste nés.



**Ci dessus :** père relayant sa femme pour prendre soin du nourrisson



**Ci-contre :** jeunes parents nourrissant leur bébé à la seringue

Vietnam 2013

Ci-contre: consultation au sein même de l'unité mère-bébé-kangourou



Ci-contre: chambre surpeuplée de l'unité kangourou

Ci-dessus: couloir servant de salle d'attente et de lieu de consultation

## Hoa Binh Tu Du

Le Hoa Binh (« Village de la Paix ») Tu Du est un complexe faisant partie de l'hôpital Tu Du, il comprend un orphelinat et un centre de consultations externes.

### ❖ Centre de consultations externes

Au sein du Hoa Binh Tu Du se trouve un centre de consultations externes créé en 1996. Il est aujourd'hui dirigé par le Dr Le Thi Hien Nhi, pédiatre. Il accueille des jeunes enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans présentant des hauts risques de vulnérabilité, comme les nouveau-nés réanimés, les grands prématurés, les enfants souffrant de pathologies malformatives, etc. Dès l'âge de 2 ans, les enfants sont orientés vers d'autres structures adaptées. Il s'agit de la structure de référence pour le suivi précoce des enfants vulnérables. Environ 30 à 40 enfants sont reçus chaque jour en consultation. La majorité est adressée au centre par les services de néonatalogie et d'obstétrique de l'hôpital Tu Du, avec en particulier une coopération de plus en plus étroite avec l'unité « Mère Bébé Kangourou ». Les autres enfants sont nés en dehors de l'hôpital ; une proportion croissante d'entre eux est originaire de province. Le centre comprend quatre médecins ainsi qu'une douzaine de kinésithérapeutes. A noter que, phénomène plus récent, des professionnels originaires de province viennent suivre des formations par les kinésithérapeutes du Hoa Binh Tu Du. L'activité de ce centre est en constante augmentation, les enfants suivis sont toujours plus nombreux et arrivent au centre de plus en plus tôt.

Le centre se situe au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment Hoa Binh. A l'extérieur se trouve la salle d'attente où patientent les parents avec leur enfant avant d'être reçus en salle de consultation. Dans une pièce se déroulent les consultations médicales avec deux pédiatres travaillant en parallèle, chacun prenant en charge un enfant accompagné de son parent. La consultation consiste en une évaluation rapide de l'enfant avant de faire, si nécessaire, une prescription pour des séances de kinésithérapie. Une date est ensuite fixée pour la prochaine consultation. Nous fumes frappés par le contexte particulier de ces consultations où le travail se fait « à la chaîne », avec très peu de dialogues entre le médecin et les parents. Certains parents attendent leur tour avec leur enfant directement dans cette pièce sans qu'aucune attention ne leur soit portée, jusqu'à ce qu'un pédiatre les appelle par le nom de l'enfant.





**Ci-dessus : Salle de consultation du Hoa Binh village qui fait également office de salle d'attente**

**Ci-contre : examen d'un nouveau-né présumé à risque par un médecin du Hoa Binh**



L'enfant nécessitant une séance de kinésithérapie est alors accueilli dans la pièce adjacente en compagnie d'un de ses parents. Un des kinésithérapeutes lui délivre les soins adaptés à sa pathologie, qu'il s'agisse d'un travail de stimulation, de mobilisation, ou de différents types d'exercices. Pour ce faire, divers équipements sont utilisés, comme des jouets, des ballons, des tabourets, etc. Le kinésithérapeute s'applique ensuite à montrer au parent la manière de procéder en le faisant répéter les différentes manipulations. Un contact très proche s'établit ainsi entre le kinésithérapeute, l'enfant et le parent. Nous avons été frappés par le contraste entre la consultation pédiatrique expéditive, où les dialogues entre le médecin et les parents étaient quasi inexistantes, et la séance de kinésithérapie, où le dialogue professionnel – parent est au contraire omniprésent. La majorité des cas que nous avons pu observer furent des enfants souffrant de torticolis, d'hypotonie, de malformations, ou de diverses paralysies suite à des atteintes de nerfs crâniens ou périphériques.

Dans cette même salle sont aussi accueillis les enfants souffrant de la pathologie du pied bot, une déformation congénitale du pied. Les kinésithérapeutes traitent ces enfants en utilisant la méthode de Ponseti. Celle-ci consiste d'abord en l'utilisation de plâtres remplacés chaque semaine afin de maintenir les corrections du pied, puis en l'utilisation d'une attelle que l'enfant doit porter 23 heures sur 24 pendant plusieurs mois. En cas de déformation sévère ou de correction inefficace, l'enfant est envoyé en chirurgie. Cette méthode serait également pratiquée dans certains hôpitaux

français. Nous eûmes l'occasion d'assister, à plusieurs reprises, à la pose de plâtres sur des enfants souffrant de cette pathologie, ainsi qu'à l'ajustement précis d'attelles en fonction des corrections à apporter à l'enfant.



**A gauche** : pose de deux plâtres sur un enfant souffrant de la pathologie du pied bot

**A droite** : Kinésithérapeutes donnant des conseils aux parents

### ❖ Orphelinat du Hoa Binh village

Cet internat accueille et entretient plus d'une trentaine d'enfants polyhandicapés de la naissance à l'âge adulte. C'est madame Nguyen Thi Minh Trang, surveillante, qui coordonne l'accueil de ces enfants, des soins médicaux à une éventuelle scolarisation, elle a s'ailleurs suivit une formation à Lorient en 2010. Après la guerre, de nombreux « villages de la paix » ont vu le jour dans tout le pays, ces villages fonctionnent essentiellement grâce à des dons et au support d'associations. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, entre 1964 et 1973, durant la guerre du Vietnam, les américains ont déversé 80 millions de litres de ce puissant herbicide qu'est l'agent orange contenant de la dioxine. Aujourd'hui, 40 ans plus tard, les vietnamiens en subissent encore les conséquences, les séquelles sont de lourds handicaps et des malformations pour les enfants et petits enfants des victimes de l'agent orange. Tous les pensionnaires de l'orphelinat sont nés après la guerre. La

grande majorité des enfants de l'orphelinat sont des orphelins où ont été abandonné à la naissance, la plupart sont donc à temps pleins au village de la paix alors que certains retournent dans leur famille le week-end. Apparemment, c'était quelque chose de fréquent au Vietnam qu'un enfant très handicapé soit abandonné à la naissance, les parents ne pouvant subvenir à ses besoins.

L'internat comporte une demi-douzaine de chambres très sommaires, comportant les lits et une ou deux armoires par chambre, il occupe tout le 3<sup>ème</sup> étage. La plupart des enfants peuvent se déplacer librement sur cet étage, ils ont accès au couloir sur lequel donnent toutes les chambres, il est équipé d'une télévision, de petites tables et chaises pour les repas. Les plus jeunes sont ensemble dans des chambres mixtes alors que pour les pensionnaires un peu plus âgés il y a des chambres séparées pour les filles et les garçons. Une chambre est réservée pour les enfants très fragiles ou contagieux, nous n'y avons pas accès. Il n'y a pas beaucoup de jouets et de matériels adaptés spécifiquement à chaque handicap. Les journées des pensionnaires sont rythmées par le repas à heures fixes. Les enfants les plus chanceux sont scolarisés. Malgré un dévouement évident et une réelle envie de faire le maximum pour ces petits pensionnaires, le personnel manque malheureusement de formation dans la prise en charge et l'accompagnement d'enfants polyhandicapés, le suivi thérapeutique est souvent aléatoire et l'étiologie du handicap rarement identifiée.

Un week-end où nous visitons le musée de la guerre à Ho Chi Minh, nous avons vu des photographies de fœtus malformés à cause de l'agent orange et il était indiqué que ces fœtus était conservé au Hoa Binh village de l'hôpital Tu Du. Un matin du stage nous avons donc demandé si nous pouvions les voir, on nous a emmené dans une salle remplie d'une centaine de fœtus dans des bocaux, des siamois, des enfants, sans membres, sans tête et bien d'autres malformations encore. Encore une fois cette terrible vision nous a permis de réaliser l'atrocité de cette guerre et les conséquences qu'elle a encore sur les nouvelles générations.



**Ci-contre :** salle d'exposition des fœtus malformés au Hoa Binh



La première fois que nous sommes arrivés au 3<sup>ème</sup> étage pour nous rendre à l'orphelinat, nous avons été accueilli par des regards méfiants, le personnel ne savait pas qui nous étions et ce que nous venions faire là, et malheureusement nous n'avions pas de moyen de le leur expliquer. Ils ont pu contacter notre responsable de stage et après avoir pris connaissance de la raison de notre venue, les gens ont été très gentils, ils nous ont fait visiter les lieux, nous ont présenté les pensionnaires et nous ont intégré à leur petite équipe pour qu'on puisse donner le repas aux enfants avec eux.

Nos premiers pas dans l'orphelinat ne furent pas évident, les enfants y sont pour la plupart très handicapés, il y a des enfants souffrants d'amputations congénitales, d'hydrocéphalie et diverses malformations, nous n'étions pas habitués à voir cela, c'était un peu choquant au début. Même si c'était plus facile pour certains d'entre nous que pour d'autres nous nous sentions tous un peu mal à l'aise, d'autant plus que nous n'étions pas capable de dialoguer avec eux, ne parlant pas leur langue maternelle. Les enfants nous ont accueillis chaleureusement, avec des grands sourires et des câlins, nous avons joué avec eux, leur avons accordé notre attention, et notre malaise s'est petit à petit dissipé. Nous prenions plaisir à les retrouver chaque jour et eux aussi semblaient contents de nous revoir. Notre activité consistait essentiellement à jouer avec eux, leur donner de l'attention et aider au moment des repas. Certains peuvent manger seuls, d'autres doivent être nourris par un membre du personnel ou un pensionnaire plus âgés, certains d'entre eux sont nourris à l'aide de sonde gastrique.



A gauche : Julie et des jeunes pensionnaires très affectueux

Ci-dessus : Esther nourrissant un des pensionnaires



**Ci-contre :** jeune fille de l'orphelinat scolarisée, dépourvue de bras, elle se sert habilement de ses pieds pour rédiger ses leçons

Nous avons rencontrés des personnalités extraordinaires lors de notre court passage dans cet internat. Par exemple Nguyen Hong Loi (voir photo), champion de la compétition sportive nationale des handicapés en natation, il n'a pas de jambes et un bras atrophié mais cela ne l'empêche pas d'être autonome, il a un scooter adapté spécialement conçu pour lui, et il quitte chaque jour l'orphelinat pour s'intégrer un peu plus dans la communauté. Nous avons vu des enfants suivre des cours à l'orphelinat, une jeune fille sans bras utilisait ses pieds pour prendre des notes, et même pour utiliser son téléphone portable. Nous avons également rencontré un garçon d'une quinzaine d'année, il n'avait pas de jambe et des pinces à la place des mains, c'est une séquelle assez typique de l'agent orange, toujours le sourire aux lèvres il mettait un point d'honneur à venir nous saluer et nous serrer la main chaque fois qu'il nous croisait dans un couloir, c'est lui qui est responsable du linge pour ses camarades, il récolte le linge sales puis s'occupe des lessives, il s'occupe aussi des enfants plus jeunes.

Notre expérience dans cet établissement fut très enrichissante, nous avons été impressionné par tous ces enfants très courageux et très affectueux. Nous étions parfois attristé aussi, par le manque d'équipement et de personnel à leur disposition, bien que réaliste que ces enfants sont surement plus chanceux que d'autres d'être dans cet orphelinat. Nous avons été touchés par les liens qui unissaient les petits pensionnaires entre eux, et également par leur attachement avec les membres du personnel soignant.



**Ci-contre : Nguyen  
Hong Loi**  
(source photo :  
talkvietnam.com,  
novembre 2012)



**Trois autres jeunes résidents  
de l'orphelinat**

## Conclusion

Nous avons fait le choix de monter un nouveau projet pour ce stage et nous ne le regrettons pas. Bien que ce choix ait rendu la mise en place du stage plus difficile, il nous semblait plus intéressant de trouver une problématique qui nous était propre, évitant ainsi de simplement récupérer un projet déjà effectué. Nous avons eu la chance de retrouver sur place les membres de l'association avec laquelle nous avons pris contact, ce qui a grandement facilité le début du stage. Ils étaient un intermédiaire de choix entre notre groupe et la structure d'accueil. Les membres de l'hôpital nous ont bien accueillis, mais la communication a parfois été entravée par la barrière de la langue. En effet, une bonne partie du personnel de santé ne parlait ni français ni anglais. Cela donnait parfois lieu à des situations un peu compliquées, sans pour autant empêcher complètement l'instauration d'un dialogue. Il nous a été possible d'observer un grand nombre de choses, car les médecins étaient très souvent d'accord pour nous laisser regarder. Sur place, nous avons une grande flexibilité d'action; en effet, nous n'étions pas directement sous la tutelle d'un responsable, ce qui nous permettait d'avoir une belle liberté d'action, rendant notre stage dynamique. La structure dans laquelle nous étions étant un hôpital important, elle disposait tout de même de structures développées, facilitant ainsi notre approche durant ce stage. Au final donc, beaucoup de positif pour une première expérience dans un tel milieu.

## Impressions personnelles

« Cette immersion en communauté au Vietnam représentait pour moi une première expérience dans une structure médicale à l'étranger. Je désirais réaliser cette IMC hors de Genève, afin d'avoir l'occasion de comprendre et d'appréhender une médecine différente. Je n'ai pas été déçu, car j'ai été plongé dans un univers totalement différent de celui que je connais à Genève. Il m'a fallu m'habituer progressivement à divers paramètres, afin d'apprécier au mieux cette expérience. Je retire beaucoup de positif de ce stage, car il m'a permis de constater les différences qui persistent entre mon pays et un pays en plein développement. Je pense que cette IMC représente une expérience nécessaire afin d'appréhender au mieux la suite de mes études de médecine. » **Axel Friedli**

« L'organisation de ce stage dans le cadre de notre Immersion en Médecine Communautaire me tenait particulièrement à cœur car je souhaite, une fois mon diplôme de médecin obtenu, me spécialiser en gynécologie-obstétrique. Ces six

semaines de stage dans une maternité vietnamienne représentaient pour moi l'opportunité de m'immerger pour la première fois dans ce domaine qui m'attire depuis de nombreuses années. Mes attentes de ce stage étaient donc hautes. Je n'ai pas été déçue ; ce stage a confirmé mon intérêt pour la médecine périnatale et ma décision de me spécialiser plus tard dans ce domaine là. Malgré les difficultés que nous avons rencontré durant ce stage (barrière de la langue, manque d'encadrement des stagiaires), nous avons tous réussi, chacun à notre manière, à profiter au mieux de notre séjour. Ce fut pour ma part une expérience extrêmement enrichissante, tant d'un point de vue médical qu'humanitaire. » **Esther Urner**

« Il y a deux ans, je m'étais rendu au Vietnam en vacances et ce fut une destination que j'avais beaucoup appréciée. C'est pourquoi, lorsque Julie et Esther m'approchèrent afin de me proposer de partir au Vietnam dans le cadre de ce stage, je fus immédiatement séduit. C'était l'occasion de m'immerger à nouveau dans ce pays, mais cette fois-ci bien plus en profondeur, au cœur de la population vietnamienne, dans cette structure de soins géante qu'est la maternité Tu Du.

Cette expérience fut très enrichissante. Tout d'abord par l'aspect clinique du stage, avec l'occasion de pouvoir assister à des accouchements, à des césariennes, à de multiples consultations pédiatriques, etc. C'était mon premier stage dans une structure de soins, ainsi l'observation de tous ces gestes m'était inédite. Et ensuite par l'aspect humain du stage, grâce à de nombreuses rencontres avec une population venant de tous horizons, qu'il s'agisse de familles citadines, de familles venant de provinces, ainsi que de professionnels de la santé vietnamiens.

Je souhaitais pouvoir être dépaysé et apprendre beaucoup durant cette expérience, et ce stage fut, en ce qui me concerne, une entière réussite. » **Thibaut Liernur**

« Pour plusieurs raisons, j'avais beaucoup d'attentes de ce stage. Aujourd'hui, plus d'un mois après notre stage, je peux dire que ces attentes ont été comblées. J'aime beaucoup voyager, et l'aspect humain est toujours celui qui m'a le plus intéressée au cours de mes voyages, mais en tant que simple touriste, ce n'est pas toujours facile de pouvoir pénétrer dans la vie et la culture des habitants. Ce projet IMC était une opportunité extraordinaire, pour moi, de m'immerger dans la communauté vietnamienne, comme je n'aurais jamais pu le faire dans un autre contexte. Pendant le stages nous nous sommes divisé en 2 équipes, nous avons donc vécu des expériences sensiblement différentes. Esther et moi avons vraiment profité pleinement de notre expérience au service d'obstétrique, bien que je ne souhaite pas me spécialiser dans ce domaine plus tard, j'ai trouvé que c'était une chance inouïe, à notre niveau d'étude, de pouvoir assister, voire participer, à des accouchements, on se sentait vraiment privilégiées. Nous avons pu prendre soins des bébés à peine nés, nous étions heureuses et reconnaissantes de la confiance que nous accordait le personnel soignant.

Notre passage à l'orphelinat m'a également beaucoup marquée. Nous savons que ce genre de chose existe, que la guerre a laissé des traces indélébiles mais y être confronté directement fut une expérience tout à fait différente. Cela permet de réaliser beaucoup de chose, de se remettre en question aussi. J'ai été très impressionnée par les jeunes pensionnaires qui, a priori, semble avoir tout perdu mais continue de sourire et d'avancer, une leçon de vie que j'aimerai être capable d'imiter un jour. Ces rencontres hors du commun me laisseront un souvenir impérissable.

Ça n'a pas toujours évident pendant le stage, à cause de notre manque de connaissance pratique et médicale je me suis souvent sentie inutile. Nous sommes entourés de gens qui ont besoin d'aide, nous portons l'uniforme de l'hôpital, ils voient en nous quelqu'un qui va pouvoir régler leur problème, mais nous ne pouvons rien faire pour eux. Mais loin de me décourager, cette expérience ma plutôt donné envie d'aller plus loin dans ma formation et d'en apprendre plus pour un jour peut être revivre une telle expérience en tant qu'actrice plutôt que spectatrice. » **Julie Triolo**



## Bibliographie

- Hôpital Tu Du : une brève présentation, Service de Santé de Ho Chi Minh Ville, 2010
- Rapport EHESP : l'impact du programme « naissance et handicap 2009-2011 » par Anne Richard-Perreon, 2012
- « Naissances et handicap 2009-2012 », synthèse générale, L'APPEL, APPEL-Lorient, CHBS-Lorient
- « Naître au Viêt Nam 2012-2015 », mission « Suivi de l'enfant vulnérable », mars 2012, L'APPEL, APPEL-Lorient, CHBS-Lorient
- « Naître au Viêt Nam », mission « Suivi de l'enfant vulnérable », mai 2013, L'APPEL, APPEL-Lorient, CHBS-Lorient
- La méthode « mère-kangourou », Guide pratique, OMS, 2004
- C. Gosha, La guerre du Vietnam et l'Europe, Bruylant 2003.
- [www.lappel.org](http://www.lappel.org)
- [www.lorientvietnam.com](http://www.lorientvietnam.com)
- <http://geopolis.francetvinfo.fr/vietnam-lagent-orange-une-bombe-a-retardement-20413>
- <http://www.senat.fr/rap/r01-241/r01-2417.html>
- <http://www.gipspsi.org/Veille-strategique/Veille-par-pays/Vietnam>