

UNIVERSITE DE GENEVE

IMMERSION EN COMMUNAUTE : RAPPORT DE STAGE

Observation de la prise en charge des personnes
infectées par le VIH en Thaïlande

Ophélie Marchal, Morgane Kowalski et Arnaud Dominati

20/08/2013

Le stage a eu lieu du 20 mai au 14 juin 2013.

20 août 2013

20 août 2013

TABLE DES MATIERES :

I. INTRODUCTION	1
II. PRESENTATION GENERALE DE LA THAÏLANDE	2
III. LE SYSTEME DE SANTE EN THAÏLANDE	3
A. INTRODUCTION	3
B. QUELQUES INDICATEURS	3
C. ORGANISATION GENERALE	3
D. SYSTEME DE SECURITE SOCIALE	4
E. LE SYSTEME D'URGENCE	5
F. PHARMACEUTIQUE	7
G. LA CROIX ROUGE THAÏLANDAISE :	10
H. TOURISME MEDICAL :	12
I. MILIEU RURAL VS URBAIN	13
J. PENURIE DE GENERALISTES	14
K. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	15
L. VIH	16
IV. DEROULEMENT DU STAGE	21
A. PRESENTATION DU CHULALONGKORN HOSPITAL	21
B. PRESENTATION HIV NAT	22
C. CRA : CLINICAL RESEARCH ASSOCIATE DEPARTMENT	28
D. PRESENTATION DU PERSONNEL RENCONTRE :	29
E. CAS CLINIQUES :	30
F. VISITES A DOMICILE	38
G. CAMILLIAN HOME	43
H. BAAN GERDA	47
V. CONCLUSION	52
VI. IMPRESSIONS GENERALES	53
VII. REMERCIEMENTS	54
VIII. ANNEXES	55
A. BIBLIOGRAPHIE	55
B. EMPLOI DU TEMPS	57

20 août 2013

I. Introduction

Notre stage IMC visait à mieux appréhender la prise en charge des enfants atteints du VIH dans un pays en voie de développement comme la Thaïlande.

Notre choix s'est porté vers cette problématique car le sujet du SIDA nous paraissait être pertinent car en continuité de l'année écoulée. En effet, l'unité d'immunité et infectiologie était encore fraîche dans nos esprits cela nous a permis d'être plus à même de comprendre les explications des médecins et l'action des médicaments. Il en était de même pour les quelques cas de tuberculose et d'hépatite rencontrés.

De plus, le sujet nous semblait très ancré dans l'actualité suite à la guérison fonctionnelle d'une fillette aux États-Unis en 2013. Celle-ci contaminée à la naissance par sa mère séropositive a reçu une thérapie antirétrovirale moins de 30 heures après sa naissance. Le virus n'a pas été complètement éradiqué, mais il y a une absence de cellules contaminées dormantes qui en temps normal relanceraient l'infection. La petite fille peut donc vivre et contrôler l'infection sans prendre de traitement. Ce cas fait échos aux actuels essais du HIV NAT en rapport avec le traitement précoce des nouveau-nés et jeunes enfants séropositifs.

La Thaïlande nous a paru être le pays idéal pour réaliser ce projet compte tenu de la qualité des soins qui y sont prodigués et du niveau d'avancée technologique dont il bénéficie. Tout en restant un pays émergent, la Thaïlande offre un bon système de santé ainsi qu'une bonne couverture médicale à sa population.

En lisant les comptes rendus des précédents stagiaires, nous avons remarqué qu'une telle initiative existait déjà. Comme nos prédécesseurs, nous avons alors pris contact avec le professeur Bernard Hirschel qui nous a mis en relation avec sa collaboratrice thaïlandaise la doctoresse Jintanat. Elle a gentiment accepté de nous recevoir dans ses locaux afin de nous permettre de réaliser notre projet.

II. Présentation générale de la Thaïlande

Le Royaume de Thaïlande est un pays d'Asie du Sud-Est situé sous la Chine et à droite de l'Inde. Il est bordé par la Birmanie, la Malaisie, le Cambodge et le Laos. Il compte plus de 67 millions d'habitants pour une superficie totale de 514'000 km². Ce pays est formé de 77 provinces réparties en cinq groupes : le Nord, le Nord-Est, le Centre, l'Est et le Sud. 75% de la population est d'ethnie thaï, 14% sont chinois et le reste est composé de groupes minoritaires.

Le bouddhisme est la religion la plus étendue dans le royaume (95%) avec une minorité de musulmans regroupés principalement dans le Sud.

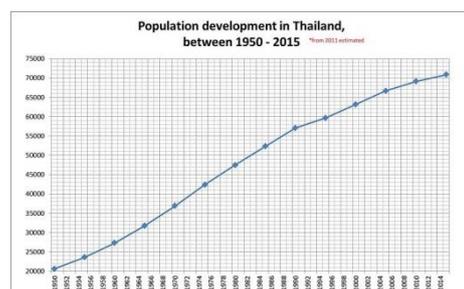
C'est une monarchie constitutionnelle où le roi Rama IX règne depuis 1946. Le roi est officiellement titré chef de l'État, chef des forces armées, partisan de la religion bouddhiste et défenseur de toutes les confessions.



Il fait partie des Nouveaux Pays Industrialisés notamment grâce au tourisme.

Bangkok en est la capitale avec une population recensée estimée à environ 8'200'000 d'habitants. Elle constitue une province à elle seule et à la plus forte densité de population (3 641,4 habitants/km²). C'est une métropole asiatique typique : gigantesque, vitrine de la modernité du pays, hyperactive où l'on peut passer de la misère noire aux grands palaces en quelques mètres. Elle est le poumon économique de la Thaïlande.

C'est dans cette métropole que nous avons effectué notre stage d'un mois.



III. Le système de santé en Thaïlande

a. Introduction

Son système de santé a connu des circonstances très favorables. En effet, le père du Roi Rama IX a fait des études de médecine et a obtenu son doctorat dans la prestigieuse université d'Harvard au début du vingtième siècle. Cela a contribué à la mise en place de liens étroits entre la formation des médecins thaïlandais et américains. Ce lien, très important pour la Thaïlande, est présent encore aujourd'hui.

La Thaïlande possède un système de santé avancé par rapport à la plupart de ses voisins. Dans certains domaines, notamment les maladies tropicales, il est même plus efficace que chez nous étant donné leur forte prévalence dans cette partie du monde.

b. Quelques indicateurs

Quelques Indicateurs de santé et économiques en Thaïlande et (en Suisse) : *Banque Mondiale 2011*

- Total des dépenses en santé (% du PIB) : 4,1 (10,9)
- Total des dépenses de santé par habitant : 202 dollars (9 121 dollars)
- Dépenses en santé publique (% dépenses santé totales) : 75,5 (65,4)
- Revenu national brut par an par habitant : 5 210 dollars (82 730 dollars)
- Espérance de vie à la naissance : 74 ans (83 ans)
- Espérance de vie en bonne santé à la naissance : 60 ans (68 ans)
- Mortalité de l'enfant : 23 pour mille (3,8)
- Mortalité de l'adulte : 265 (H) 154 (F) pour mille (76 et 42 respectivement)

c. Organisation générale

Le système de santé se compose de deux grands secteurs : le Public et le Privé. Il ne faut pas oublier la médecine traditionnelle et les médecines parallèles qui occupent une partie importante car la plupart des patients rencontrés durant notre séjour nous ont avoué aller d'abord vers ces deux types de médecines avant d'aller à l'hôpital. Enfin, les ONG participent aussi de manière très active à la santé publique.

Le secteur public représente 75,5% des dépenses totales en santé. Son organisation se calque sur les trois niveaux de soins à savoir le primaire, le secondaire et le tertiaire.

Les centres de santé communautaire et les petites cliniques qui se trouvent dans les villages et les quartiers de grandes villes ne peuvent prodiguer que des soins primaires. Ce système extra-hospitalier a pour but de garantir à tous des soins de base. Beaucoup de ceux en milieu urbain ont vu le jour suite à l'adoption du neuvième plan national dont nous parlerons après.

Les hôpitaux de district pouvant avoir une capacité de dix à cent lits peuvent offrir des soins primaires et secondaires à leurs patients. Ce deuxième type de soin concerne la médecine spécialisée au sens large.

Enfin, seuls les hôpitaux régionaux ou nationaux tels que le Chulalongkorn à Bangkok où nous avons effectué une partie de notre stage, avec une capacité de deux cents ou plus de mille lits, peuvent assurer les soins tertiaires à savoir les soins demandant une haute technologie.

En 2008, 968 hôpitaux publics comprenant au total plus de 100 000 lits ont été recensés. De même dans le secteur privé, où 272 hôpitaux pour un total de 26 000 lits ont été dénombrés.

Il est à noter que leur système de santé a atteint les normes internationales en ce qui concerne la formation du personnel médical, la qualité des soins et la modernité de l'équipement hospitalier. La Thaïlande a été, en effet, un des premiers pays d'Asie à avoir un hôpital accrédité au niveau international.

d. Système de sécurité sociale

En ce qui concerne le système de sécurité sociale, le Royaume de Thaïlande est fier d'offrir à ses habitants quatre types d'assurance, dont une, en particulière, ayant permis une couverture sociale de 95%.

Tout d'abord, l'assurance pour les fonctionnaires : Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), représentant environ 8% de la population totale. Le deuxième type d'assurance est la sécurité sociale, appelée Compulsory Social Security Scheme (SSS) regroupant environ 13% de la population. Cette assurance est obligatoire pour les personnes travaillant dans le secteur formel et fonctionne grâce à une contribution tripartite ; c'est-à-dire une contribution des employés, des employeurs et du gouvernement. La troisième regroupe l'assurance maladie publique volontaire et les assurances privées destinées aux non assurés ou non éligibles aux assurances pour indigence (travailleurs du secteur agricole informel, travailleurs indépendants...) représentant environ 2,5% de la population.

D'après le neuvième Plan national de Développement de la Santé (2002-2006), l'État s'est engagé « à assurer à tous les citoyens de Thaïlande de bonnes conditions de santé ». Il consiste en la création d'une nouvelle assurance regroupant plus de 75% de la population,

nommée « 30 Baths par consultation » soit 1 francs suisse. Au départ, seuls les enfants de moins de 12 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans étaient exemptés de tout paiement. Mais, depuis novembre 2006, cette assurance a subi des modifications rendant cette dernière gratuite pour toutes les personnes concernées et fut renommée « Couverture Universelle ». Les personnes pouvant prétendre à cette assurance sont les indigents (pauvres, personnes âgées, enfants, personnes handicapées, moines...) n'ayant aucune assurance.

Les assurés possèdent une carte d'or où il est écrit leur nom ainsi que les coordonnées de l'hôpital ou des centres de santé dont il dépend. L'assurance couvre les frais allant de la prévention à la réhabilitation. Pour ce faire, un budget forfaitaire de 2100 Baths par année a été alloué aux assurés subissant des variations en fonction des possibilités budgétaires. Les pourcentages indiqués ci-avant ont été tirés d'une étude publiée en 2007 " Healthcare Utilization under the 30-Baht Scheme Among the Poor in Mitrapa Slum, Khon Kaen, Thailand: a Cross-Sectional Study ".

e. Le système d'urgence

« Il y a treize mille morts par an sur les routes, explique le Dr Anurak. Trois mille personnes meurent une ou deux heures après l'accident. C'est ce nombre-là que nous voulons réduire. »



Les services d'urgences sont principalement composés de volontaires de fondations bouddhistes privées dont leur rôle primordial était de récupérer les corps accidentés non réclamés par la famille afin de leur permettre d'avoir les rituels funéraires. Plusieurs problèmes sont alors rencontrés vis-à-vis de ces fondations. Tout d'abord, certaines toucheraient des commissions pour amener

les blessés dans les hôpitaux privés et seraient donc tentées de le faire même si un hôpital public est plus proche et que l'urgence est grande. De plus, il existe une forte concurrence entre ces différentes fondations rendant les urgences complètement chaotiques et laissant place à une course contre la montre pour être le premier arrivé sur les lieux de l'accident.

« La voiture roulait à plus de 100 km/h lorsqu'elle a percuté Sophie Bughin, au carrefour de Sukhumvit et d'Asok, dans le centre de Bangkok, le 9 mars 2008, tard dans la nuit. "J'étais inconsciente. Mon mari et plusieurs personnes qui se trouvaient sur les lieux ont appelé les secours. Environ dix minutes après, cinq ou six ambulances sont arrivées en même temps,

raconte cette Belge qui habite en Thaïlande depuis deux ans. La première équipe de secours arrivée s'est occupée de moi. Les autres ambulances sont reparties." »

Pour ce qui est de la formation des volontaires, elle est souvent absente et dans le cas contraire elle s'arrête aux premiers secours. Leur niveau d'efficacité n'étant pas suffisant, cela laisse place à énormément d'erreurs médicales.

Concernant les numéros d'urgence, plusieurs existent en fonction du quartier où l'on se trouve. Cela étant compliqué, beaucoup de Thaïlandais appellent le 191, numéros de la police, qui redirige les appels aux secours les plus proches. De plus, ce système d'urgence est encore très méconnu de la plupart des Thaïlandais qui se rendent, pour la plupart, à l'hôpital par leurs propres moyens (voiture, taxis...).

Bien que 90% des hôpitaux possède un service ambulancier, le système de transport médical reste très fragile et peu présent dans les villes. Seulement 6 300 centres ambulanciers sont présents dans toute la Thaïlande dont un millier capables de prodiguer des soins avancés. À cela s'ajoute un trafic d'une densité considérable dans les grandes villes ne laissant aucune voie pour les véhicules prioritaires. Pour faire face, certains hôpitaux privés possèdent des scooters afin d'amener une infirmière rapidement sur les lieux en attendant l'ambulance.



Afin d'améliorer cela, en 1995, un projet pilote a été conduit par l'hôpital Rajavithi à Bangkok ayant pour but de proposer un modèle pour le secours ambulancier et les soins d'urgence. Le résultat a été la séparation de la ville en neuf zones dépendant chacune d'un hôpital principal centralisant les appels et d'établissements satellites pouvant être privés. De même, en 2003, l'ouverture du Centre Narenthorn par le ministère de la Santé a été réalisée afin de coordonner les services d'urgences au niveau national. Par la suite, la création d'un numéro d'urgence unique a vu le jour, le 1669. Ce numéro regroupant le médical, les pompiers et la police. Ainsi, en 2003, si 80% des appels allaient au 191, en 2008 près de 40% vont directement au 1669.

Enfin, en 2008, la loi sur le service médical d'urgence a été votée afin d'en améliorer le fonctionnement. Leur but principal était de « s'assurer que les patients dans un état critique soient tous pris en charge quelle que soit leur solvabilité » et d'améliorer la formation du personnel médical afin de diminuer les erreurs médicales.

Pour ce faire, la mise en place d'une formation de trois jours de secourisme de base est demandée à tous les volontaires. Ces personnes représentent 70% du réseau ambulancier ; ne laissant que 30% de personnel pouvant dispenser de soins avancés.

Du point de vue des médecins, la spécialisation urgentiste n'est reconnue que depuis 2004, année de la création du cursus universitaire de trois ans pour les médecins et quatre mois pour les infirmières. Jusqu'à maintenant : « Les urgences sont un peu les poubelles des hôpitaux. (...) Comme personne ne veut y aller, l'administration organise un roulement entre les médecins des différents services. Il n'y en a donc aucun qui se sente appartenir aux urgences et qui soit fier d'y travailler. » La mise en route de cette voie a été difficile, notamment à cause d'un budget nettement insuffisant, mais, en 2008, la Thaïlande comptait soixante médecins urgentistes et 150 médecins spécialistes ayant suivi une formation supplémentaire. Depuis 1993, une coopération avec le SAMU français est en place et permet à quatre à six médecins et infirmiers d'avoir une formation de quinze jours en France. Aussi, plusieurs centres de formation de techniciens d'urgences médicales capables de faire des intraveineuses, d'administrer des bronchodilatateurs, de soulager la douleur et de diagnostiquer les maladies courantes ont été créés. En 2008, plus de huit cents ont été formés, mais l'objectif à atteindre serait une centaine par province pour que ce système soit réellement efficace.

Pour conclure, même si des progrès ont été enregistrés, il reste encore un long chemin à parcourir d'autant plus dans les campagnes où le nombre de médecins urgentistes est quasi inexistant.

f. Pharmaceutique

Généralités :

La pharmaceutique a connu une énorme avancée durant ces dernières années. Ici, nous nous intéresserons particulièrement à la production des génériques antirétroviraux (ARV). Tout d'abord, il faut savoir que la production locale de médicaments représente 50 à 60% du marché ; les parts restantes étant distribuées principalement entre les États-Unis (14,2%), le Japon (7,7%) et la France (7,4%). Les médicaments représentent à ce jour près de 35% des dépenses en santé du pays.

Commandes de médicaments pour les hôpitaux :

Pour se procurer des médicaments, les hôpitaux doivent négocier directement avec les fournisseurs. Il va donc de soi que, selon l'importance de l'hôpital, il aura plus ou moins de facilité à obtenir des prix intéressants que les autres ne pourront pas avoir. Il y aura alors des différences conséquentes entre eux du point de vue de la qualité du produit et de son prix.

Une nouvelle fois, une inégalité importante entre les établissements des villes et des campagnes est soulevée dans cette partie.

Pour faire face à ce problème, en 1990, la solution d'achats groupés a été apportée. Ce système consiste en l'adoption d'une liste de médicaments pour tous les hôpitaux d'une province. Les prix et la qualité des produits seront donc les mêmes pour tous.

Génériques ARV :

Concernant la partie juridique, il faut savoir qu'avec l'OMC, des accords sur la propriété intellectuelle (DPI) ont été mis en place entre 1986 et 1994, conférant à quiconque découvre une molécule des droits quasi exclusifs suite à l'obtention d'un brevet pour une durée déterminée avec une possibilité de renouvellement. Mais avec le temps, cette durée n'a cessé d'augmenter, empêchant les pays émergents de répondre à leur propre demande.

Ce renforcement du système de DPI thaïlandais constitue une réelle barrière à l'entrée (BAE) mise en place par les multinationales à l'intention des firmes du Sud. Une des conséquences a été l'importante hausse de l'importation de médicaments entraînant alors pour le pays une augmentation du budget attribué à ces derniers. Une autre a été une diminution des entreprises pharmaceutiques thaïlandaises qui sont passées de quatre cents avant l'introduction du système de DPI renforcé à deux cents en 2003.

Par ailleurs, il a été démontré dans une étude de l'Université Paris Nord que l'absence de DPI sur les médicaments était nécessaire pour que les Pays du Sud puissent bénéficier d'une bonne évolution de leurs industries. En effet, elle favoriserait l'apprentissage (par l'imitation ou par la copie), leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences et connaissances pour la production des médicaments afin d'augmenter leur autonomie.

Alors que la Government Pharmaceutical Organization (GPO) a les compétences technologiques pour produire la quasi-totalité des ARV, elle en est, juridiquement parlant, incapable, ne disposant que d'une faible marge de manœuvre pour leur fabrication. Ainsi, produire dans son propre pays étant moins cher qu'importer de pays étrangers, on peut en conclure que la population en est la principale touchée et, en terme de traitement antisida, cela en fait un problème de santé publique majeur. En effet, certains patients devenus résistants à leur traitement nécessitent souvent un nouveau médicament non disponible car trop cher à importer.

Les états du Sud ont subi de nombreuses menaces de rétorsions commerciales, freinant ainsi plusieurs de leurs tentatives de produire ou d'importer des génériques.

Finalement, fin 2006 – début 2007, la Thaïlande décide d'utiliser une des exceptions prévues par l'**ADPIC** (**A**ccords de l'OMC sur les **D**roits de **P**ropriétés **I**ntellectuelles touchant au **C**ommerce), à savoir :

- Article 31. B : « une telle utilisation pourra n'être permise que si, avant cette utilisation, le candidat utilisateur s'est efforcé d'obtenir l'autorisation du détenteur du droit, suivant des conditions et modalités commerciales raisonnables, et que si ses efforts n'ont pas abouti dans un délai raisonnable. Un Membre **pourra déroger à cette prescription** dans des **situations d'urgence nationale** ou d'autres circonstances d'extrême urgence ou en cas d'**utilisation publique à des fins non commerciales**. Dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, le détenteur du droit en sera néanmoins avisé aussitôt qu'il sera raisonnablement possible. »

Grâce à cela, la Thaïlande obtient des licences obligatoires sur deux médicaments essentiels brevetés contre le VIH/SIDA (Efavirenz de 19 MerckSharpDohme, et Lopinavir/Ritonavir de Abbott).

Le ministère de la Santé thaïlandaise affirme respecter l'ADPIC car les licences obligatoires ont été utilisées pour la production de génériques ARV, destinés aux personnes en dessous du seuil de pauvreté ; c'est-à-dire près de 48 millions de personnes. La distribution de ces médicaments a été faite exclusivement par le système sanitaire public.

Afin d'appuyer les pays du Sud dans leur lutte pour l'accès à certains médicaments, Médecins sans frontière a mis en place une campagne appelée « L'accès des pays du Sud aux soins ». Ils ont mené une étude visant à comparer les prix des multinationales avec ceux des rares firmes du Sud produisant des génériques. L'exemple du Brésil qui s'est lancé dans une production autonome d'ARV a montré que leur production de Zidovudine est quinze fois moins chère que celles des laboratoires d'Amérique du Nord. En allant plus loin : « En analysant la situation de dix médicaments essentiels contre le VIH-SIDA dans huit pays, le rapport montre que le prix minimum y est en moyenne 82% moins cher qu'aux États-Unis », expliquent les auteurs. Enfin, « grâce à la production générique et à l'achat en gros de médicaments, le prix annuel d'un traitement antirétroviral pourrait tomber de 15 000 dollars aujourd'hui à 200 ». Les résultats seraient, des millions de vies sauvées et aucun effet négatif sur la recherche et le développement de nouveaux traitements. Médecins Sans Frontière a commencé à fournir gratuitement à la Thaïlande des ARV à partir de l'année 2000.

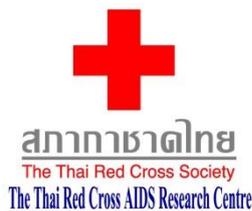
Selon UNAIDS and WHO (2010), parmi les personnes infectées par le VIH (SIDA déclaré ou non déclaré), 237 000 sont sous traitement ARV. La couverture estimée serait comprise entre 55 et 85% (CD4 < 350).

g. La Croix Rouge thaïlandaise :

La Croix Rouge thaïlandaise a été créée en 1893 suite à l'initiative de la famille royale. Aujourd'hui, elle est une actrice incontournable de la vie quotidienne des Thaïlandais et elle est l'organisation humanitaire la plus populaire du royaume. Son budget annuel est de 500 millions de dollars. Cet argent provient pour les deux tiers de donations d'entreprises et de particuliers et le reste du gouvernement et de la famille royale.

L'équipe de la Croix Rouge compte environ 8 300 personnes travaillant à 100%, formant ainsi la base de cette association. À cela s'ajoutent 25 000 volontaires formés pouvant être amenés à gérer près de 400 000 autres volontaires (non formés).

Elle a des fonctions multiples. Elle s'occupe de la gestion de deux importants hôpitaux : le Chulalongkorn à Bangkok et le Savang Vadhana à Si Racha dans la province Chonburi ; mais aussi de centres de soins primaires. Elles possèdent aussi plusieurs laboratoires et centres de recherche comme celui pour le VIH ou encore les vaccins et sérums antivenins.



Le centre de recherche sur le SIDA existe depuis décembre 1989. Grâce à leurs actions, à partir de 1985, les personnes atteintes du SIDA/VIH peuvent recevoir les traitements et les soins médicaux nécessaires à l'hôpital Chulalongkorn à Bangkok.

En matière de prévention, elle joue un rôle important avec la mise en place de différents programmes comme la lutte contre le cancer du sein, du SIDA, du tabagisme ou encore la sensibilisation des écoles et des universités aux règles d'hygiène. Par exemple, en 1987, une campagne d'éducation à la santé concernant le VIH est menée ayant pour objectifs la sensibilisation de la population à ce sujet qui est encore aujourd'hui souvent méconnu.

En 1991, l'« Anonymous Clinic » est créée. Elle est le premier centre médical qui n'est pas obligé de dévoiler les noms des personnes infectées par le VIH au gouvernement. Cette clinique propose notamment un check up sanguin (syphilis, Hépatite B, VIH), un check up annuel, le dépistage du cancer du côlon et du col de l'utérus, le dépistage des infections sexuellement transmissibles ainsi que leurs traitements. Cette anonymisation a permis une prise en charge globale du patient indépendamment de son infection afin de diminuer l'impact psychologique de la maladie.



Photo de l'Anonymous Clinic

Étant affiliée à l'université de Chulalongkorn, elle participe activement à la formation des infirmières et des aides-soignantes. De plus, près d'un million de jeunes de 18 ans ont été formés aux premiers secours dans le but de pouvoir venir en aide aux personnes les plus vulnérables ou en cas d'accident.

Au niveau international, la croix rouge porte aussi assistance aux victimes de catastrophes naturelles ou d'événements causés par les hommes où elle fournit de l'eau, de la nourriture, des soins médicaux, des biens essentiels... En rapport à ce sujet, et plus particulièrement en cas de guerres, elle tient à informer la population sur l'importance du respect des droits internationaux humanitaires.



Malgré son impartialité, « ... son absence lors d'événements susceptibles de présenter une dimension politique et son silence en cas de violation des droits l'homme ou des droits économiques et sociaux de la population sont parfois mal compris. » (lepetitjournal.com)
Les objectifs futurs seraient, premièrement, d'en améliorer le fonctionnement afin d'augmenter la rapidité d'intervention jugée souvent trop lente. Deuxièmement, il faudrait augmenter la coopération avec les autres pays parce que les échanges des expériences positives et aussi négatives sont un enrichissement.

h. Tourisme médical :

La Thaïlande est un très beau pays offrant de magnifiques paysages comme des plages paradisiaques ou la jungle à perte de vue. Mais ce ne sont pas les seules raisons qui amènent les étrangers ici. En effet, le tourisme médical prend une place notable dans l'économie du pays. En 2002, 620 000 patients étrangers ont reçu des soins contre 1,5 million en 2008. Cela représentant 1,5 milliard de dollars de recette. Parmi la patientèle, des Japonais (15%), des Américains (11%), des Britanniques (8,6%), des personnes venant du Moyen-Orient (8%) ainsi qu'une majorité d'Asiatiques (37%).

Attention, la notion de « touriste médical » est à différencier des expatriés vivant dans le pays et des touristes à proprement parler allant à l'hôpital à la suite d'un accident.

Les étrangers vont se soigner principalement dans le secteur privé pour plusieurs raisons. Pour commencer, l'accès aux soins y est plus rapide que dans le public. De plus, la qualité de l'accueil est comparée à celle des plus grands hôtels cinq étoiles. Les rez-de-chaussée de ces derniers offrent souvent plusieurs commerces comme un Starbucks Café, des banques, des restaurants...



Une fois rentré dans le hall, une conseillère vous accueille et vous propose un panel de soins sans oublier de vous parler des différentes offres qu'ils font tout au long de l'année (moins 10% sur la chirurgie des yeux si vous avez la carte VISA platinum, moins 20% sur la chirurgie esthétique pour la fête des Mères...). Ce qui participe aussi à sa réussite est

le faible coût du personnel de santé qui n'en est pas pour autant moins qualifié ; par exemple, beaucoup de médecins ont suivi leurs études aux États-Unis. En comparaison avec les autres pays du monde, les soins dans ce royaume sont deux fois moins chers qu'au Japon, cinq fois moins chers qu'en Europe et huit fois moins qu'aux États-Unis. En France, le coût du personnel représente 65-75% du budget de l'hôpital.

D'autres raisons peuvent être le manque d'infrastructures dans le pays d'origine, une liste d'attente trop longue ou encore une non-prise en charge par la sécurité sociale tout spécialement dans les soins dentaires, esthétiques et de correction de la vue.

La chirurgie esthétique est la plus connue par les étrangers. La Thaïlande étant sans rivaux concernant les procédures de réassignation sexuelle.

Pour conclure, de par ces infrastructures touristiques très développées et le coût de la santé avantageux, de plus en plus d'étrangers combinent leurs vacances avec les soins. La

Thaïlande a donc l'espoir de devenir, dans un futur proche, la référence asiatique de ce type de tourisme.

Les conséquences de ce succès en sont la multiplication des hôpitaux privés se distinguant les uns des autres par une spécialité différente (cancérologie, dermatologie, chirurgie esthétique...). Cela s'explique en partie par leur cotation en bourse qui attire énormément d'investisseurs.

Le problème engendré est que le privé étant plus lucratif, les médecins ont tendance à délaisser le secteur public. Or, c'est dans ce dernier que la prise en charge y est la meilleure car dans le privé les patients sont vus comme des clients potentiels.

i. Milieu rural VS urbain

En lien avec ce projet national abordé ci-avant, des centres de soins primaires ont été mis en place dans les villes du royaume dont l'activité principale est la prise en charge de patients en attentes de soins primaires. Les patients ne pouvant pas être soignés dans ces centres sont redirigés vers l'hôpital le plus proche. Mais ces structures médicales possèdent d'autres fonctions leur permettant d'accompagner leurs patients le plus longtemps possible comme les visites à domicile, la réhabilitation qui est souvent la partie la plus délaissée par les systèmes de santé alors qu'elle en est presque la plus importante. Enfin, parce qu'il vaut mieux prévenir que guérir, ces centres disposent de moyens de prévention et de promotion de la santé.



Centre de soins primaires urbain

La Thaïlande rurale nous montre une importante inégalité avec, sa voisine, la Thaïlande urbaine. Tout d'abord, le revenu en milieu rural est nettement inférieur au revenu de la zone urbaine. À cela s'ajoute une faible concentration de centres médicaux comme le révèle l'étude « Towards Realizing Primary Healthcare for the Rural in Thailand: Health Policy in Action » où la clinique la plus proche se situait à 14 km du village.



Comparés aux centres médicaux de soins primaires dans les villes, ceux à la campagne ont nettement moins de moyens d'assurer une bonne prise en charge des patients. On constate qu'il y a environ un centre pour 2 800 villageois. Ces derniers disposant de peu de ressources et de mauvaises conditions sanitaires comme le montre la photo ci-contre.

Prenons l'exemple de la clinique Lay Ton Khu à la frontière de la Birmanie (photo ci-dessus). Seules trois infirmières s'occupent de sa gestion. Un médecin s'y rend cinq heures par mois et un dentiste ainsi qu'un pharmacien trois heures par mois. On constate alors une faible présence des médecins dans les campagnes comme nous le confirme le *Bangkok Post* en date du 13 septembre 2010 : « en 2005, on répertoriait un médecin pour sept cents patients à Bangkok contre un pour 7015 dans la région Nord-Est ». De plus, les personnes nécessitant des traitements plus importants devraient être rapatriées aux hôpitaux présents dans les villes, mais le manque drastique de transports entre les différents centres de soin ne fait qu'accentuer cette différence d'accès entre ces deux milieux. D'autant plus que les revenus étant moins élevés, ces personnes ne peuvent se permettre de se rendre en ville pour se soigner.

Durant notre stage, un médecin nous a dit que le salaire moyen était de 7700 Baths (230 CHF) par mois avec un écart-type malheureusement très élevé.

j. Pénurie de généralistes

Un manque conséquent de généralistes dans les villes ainsi que dans les campagnes est observé. À l'inverse, une augmentation accrue de spécialistes est enregistrée dans les grandes villes, ce qui est déstabilisant pour les patients. En effet, ces derniers ne savent pas à quel médecin s'adresser par méconnaissance des différentes spécialisations et parce qu'il est très difficile de les joindre étant donné qu'ils travaillent pour la plupart dans plusieurs centres médicaux différents. De plus, les médecins étant pour la plupart des spécialistes, ils ne peuvent plus répondre aux problèmes de santé mineurs et on observe donc une pénurie de médecins dans les centres médicaux de niveau un et deux. Le meilleur moyen proposé serait de s'adresser à un interniste qui reste le médecin le moins spécialisé de l'hôpital et donc le plus à même de répondre à leurs besoins.

k. Vieillessement de la population

Un autre problème de santé naissant, comparable à la Suisse et aux autres pays d'Europe, est le vieillissement important de la population. En effet, d'après le Programme international de la Thaïlande pour les politiques sanitaires, environ 11% de la population a plus de 60 ans et cette tranche d'âge ne cesse d'augmenter comme les prévisions le montre : 14 % en 2015, 20% en 2025 et près de 30% d'ici 2050. Cela s'explique par l'addition de plusieurs facteurs interdépendants. Tout d'abord, l'amélioration de l'état de santé qui a fait passer l'espérance de vie de 54 ans en 1960 à 71 ans aujourd'hui. De plus on constate une augmentation de la prévalence de la contraception allant de 15% en 1970 à 80% en 2013. Cela entraînant une diminution des jeunes ayant à leur dépend de plus en plus de personnes âgées. Malgré une espérance de vie en hausse, le changement du mode de vie des Thaïlandais (la sédentarité) a fait apparaître de nouvelles maladies chroniques comme nous les connaissons très bien dans nos contrées.

Pour faire face à cela, en mars 2011, un fonds de pension national a été créé afin de verser une retraite aux « travailleurs affiliés au système de sécurité sociale et aux personnes bénéficiant d'un plan d'épargne national ». Cette pension s'élevant à environ 500 Baths par mois n'en reste pas moins suffisante ; le salaire « minimum » étant de 1400 — 1600 Baths. L'OMS intervient de son côté avec son slogan « Vieillir en restant actif » où il rappelle que, pour que cela puisse se faire, il est tout aussi important de pouvoir bénéficier de soins de santé adéquats que de prôner les bienfaits d'une vie saine.

Il sera alors important de redéfinir la place de la personne âgée dans la société afin de dévoiler la face cachée de cette tranche d'âge qui peut encore si elle est en bonne santé participer activement à la vie de la société thaïlandaise.

I. VIH

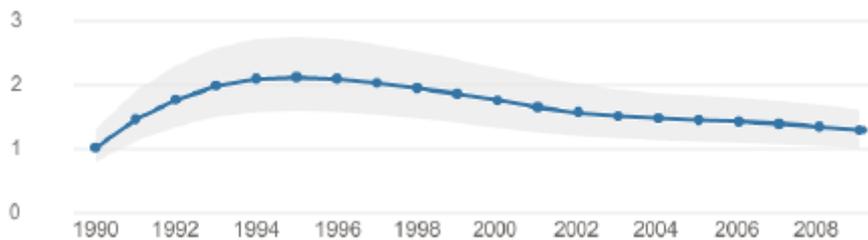
Quelques chiffres :

ESTIMATIONS VIH ET SIDA (UNAIDS and WHO, 2011)

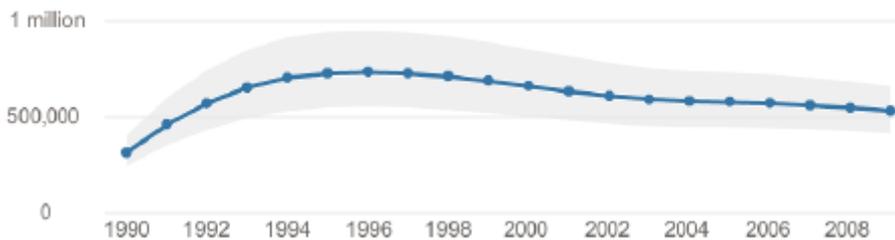
- Nombre de personnes vivant avec le VIH
 - 490,000 [450,000 - 550,000]
- Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans
 - 1.20% [1.10% - 1.20%]
- Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH
 - 480,000 [440,000 - 540,000]
- Femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH
 - 200,000 [170,000 - 220,000]
- Décès dus au sida
 - 23,000 [20,000 - 28,000]
- Enfants rendus orphelins par le sida âgés de 0 à 17 ans
 - 250,000 [200,000 - 280,000]

Graphiques : UNAIDS and WHO (2010)

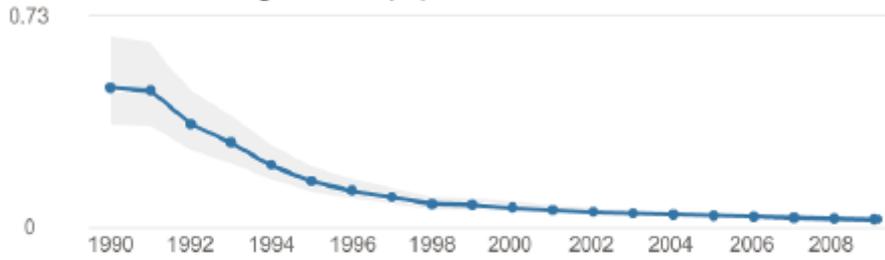
HIV prevalence-Ages 15-49(%)



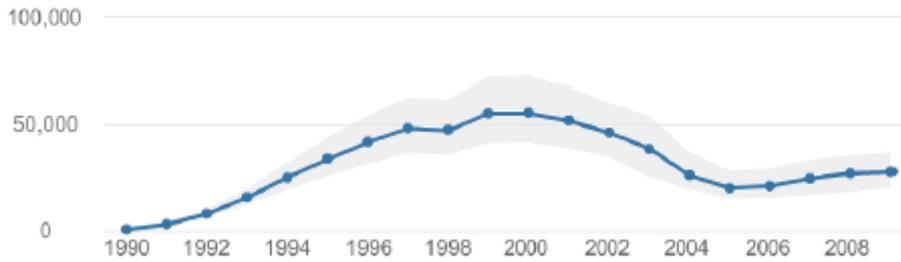
Number of people living with HIV



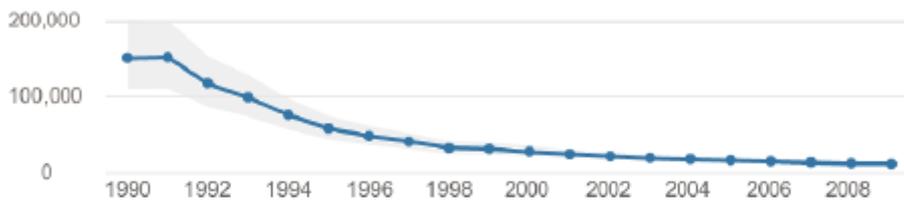
HIV incidence rate-Ages 15-49(%)



Annual number of AIDS deaths



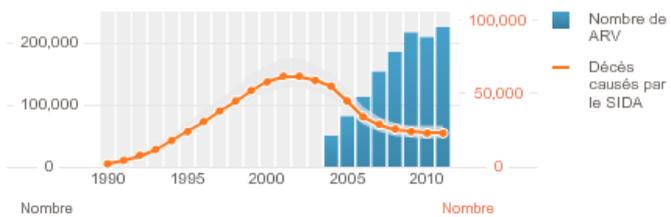
Number of new infections-All ages



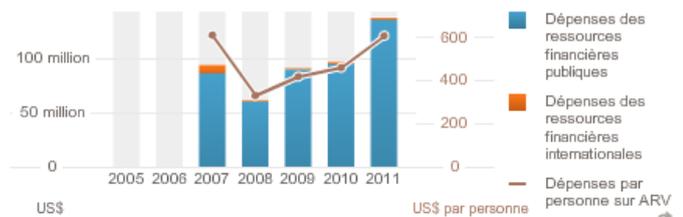
ART coverage (%) CD4<350



Traitement antirétroviral à grande échelle jusqu'à vs décès dus au SIDA



Dépenses liées à ARV



Introduction :

D'après le rapport intitulé « *The Economics of Effective AIDS Treatment : Evaluating options for Thailand* », les raisons principales ayant permis une bonne diminution de la prévalence de cette maladie sont :

- l'instauration de campagnes de prévention très efficaces au cours des années précédentes
- un vaste réseau de soins pouvant répondre à la demande
- des ONG (médecins sans frontière, Croix Rouge thaïlandaise, groupes de personnes infectées (les PHA),...) dont l'étroite collaboration avec le gouvernement a permis la mise en place d'une bonne couverture ARV
- la participation très active des personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'histoire du VIH et de sa prévention :

Le premier cas de SIDA en Thaïlande fut reporté en septembre 1984. Depuis cette date, plus d'un million de Thaïlandais ont été infectés dont 400 000 sont morts des suites de l'infection.

En 1989, le réseau de surveillance épidémiologique relève que 44% des prostituées sont infectées par le virus dans le nord du pays. Or, dans ce pays, un homme sur quatre fréquente les maisons closes.

Face à ces résultats, une campagne massive d'information est organisée portant sur les avancées épidémiologiques de l'infection, le mode de transmission et les moyens de prévention possibles. Durant cette même année, il devient obligatoire de vérifier à chaque don ou prise de sang s'il y a infection par le VIH. L'hépatite B et C et la Syphilis suivront peu de temps après.

Le ministère de santé publique va alors mener une campagne de prévention considérable entre 1991 et 2002 en association avec les différentes ONG afin d'augmenter leurs capacités d'action.

En 1991, le programme « 100% préservatif » est mis en place. Il oblige l'usage du préservatif dans les maisons closes et demande à la population ayant un comportement à risque de se protéger lors de rapports sexuels. De plus, il lance une distribution gratuite de préservatifs aux jeunes militaires et aux marins. Les résultats ont montré que l'usage du préservatif est passé de 14 à 90% entre 1988 et 1992. En 1994, 71% des clients des travailleurs sexuels affirment se protéger.

En 1992, le ministère renonce au don du sang rémunéré dans le but de diminuer ceux provenant de personnes à risque.

En 1996, 64% du budget pour la lutte contre le SIDA est utilisé en prévention contre 36% aux soins. Ce budget représente 5,4% des dépenses publiques totales en santé (Sheppard, 1996).

La transmission mère-enfant du virus a été aussi un point important de la prévention. En effet, en 1995, par le biais de tests effectués sur beaucoup de femmes enceintes volontaires, un total de 2,3% de femmes infectées est trouvé. C'est pour cela que la Croix Rouge thaïlandaise a mis gratuitement à disposition de la Zidovudine (AZT) à l'hôpital pour celles qui le désirent. En plus de cela, de l'AZT en sirop est administré aux nouveau-nés et un substitut au lait maternel est fourni afin d'éviter la transmission par l'allaitement. Les risques d'infection de l'enfant par transmission périnatal sont alors passés de 30 à 10% et par allaitement de 30 à 20%.

En 1999, sur 62 000 femmes enceintes infectées, la Croix Rouge Thaïlandaise n'a pu fournir que 2 891 traitements (ONUSIDA, 2000) soit moins de 5%. Cela s'explique par le coût qui reste élevé : 500 dollars par an pour la mère et l'enfant. Cependant, selon les données de UNAIDS and WHO recueillies 11 ans plus tard (2010), on estime ce pourcentage entre 59 et 95% (le nombre de femmes ayant besoin d'un traitement ARV est entre 4800 et 8000).

Grâce à ce vaste programme de prévention (1991-2002), d'après les données de la Banque Mondiale, 18,6 milliards de dollars de frais de traitement auraient été économisés jusqu'en 2012. Autrement dit, chaque dollar investi dans la prévention a fait économiser 43 dollars soit un ratio coût/bénéfices très élevé.

Mais qui sont les populations les plus à risque ?

Au départ, les clients des travailleurs sexuels représentaient un danger important parce qu'ils le transmettaient à leur femme qui le transmettait souvent à leurs enfants. De nos jours, cette population nous inquiète moins étant donné que les mesures de prévention sont respectées en majorité.

En revanche, selon le rapport de 2010 de UNAIDS and WHO, entre 11 et 24% des personnes consommant de la drogue par injection seraient positives au VIH. De plus, une étude menée à Bangkok en 2003 révèle que, parmi la population masculine homosexuelle, la prévalence du VIH est de 17%. En 2007, elle est de 31% ; puis 25% en 2009. Enfin, une étude récente de trois ans a trouvé une incidence de 6% concernant cette population. Ces résultats inquiétants ont amené à la mise en place de nouvelles études ayant pour but d'analyser les méthodes de prévention possibles ainsi que leur efficacité comme nous la montre celle ci-dessous.

The American Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a mené, en partenariat avec le ministère thaïlandais de la Santé publique, une étude cas-témoin sur une catégorie de

personnes à risque, les personnes se droguant par injections. Les personnes participantes ont soit reçu quotidiennement une dose de Tenofovir soit font partie du groupe contrôle. Les résultats de l'étude, apparues en 2013 ont révélé une réduction de 48,9% de l'incidence du virus entre les deux groupes qui prouvent l'extrême utilité de cette mesure. Malgré toutes ces avancées dans le domaine, la stigmatisation de la maladie reste encore très présente. Ce propos sera illustré dans la prochaine partie portant sur les différents patients que nous avons rencontrés.

IV. Déroulement du stage

a. Présentation du Chulalongkorn Hospital



Le King Chulalongkorn Memorial Hospital où nous avons effectué une partie de notre stage fut construit il y a 82 ans en mémoire du roi Chulalongkorn. L'hôpital appartient à la Croix Rouge thaïlandaise. Elle a fourni une partie des fonds nécessaires à sa construction, l'autre part a été apportée par le gouvernement thaïlandais.

L'hôpital, en plus de prodiguer des soins médicaux du niveau primaire au niveau tertiaire, prend aussi en charge la formation des étudiants en médecine et celle des infirmières de la croix rouge thaïlandaise.

L'hôpital reçoit majoritairement des patients issus de la population de Bangkok, mais aussi certains cas qui leur sont adressés par d'autres provinces.

Grâce à un staff médical important atteignant jusqu'à 700 médecins, 1200 infirmières et 4000 autres personnels, l'hôpital est en mesure d'offrir des soins de qualité à ses patients, les effectifs étant de 1400 lits.

Le budget annuel de l'hôpital s'élève à 1300 millions de baths soit l'équivalent de plus de 40 millions de dollars, provenant des recettes engendrées par les soins, de subventions gouvernementales et de donations.

Mais le Chulalongkorn Hospital ne compte pas s'arrêter en si bon chemin : durant les 5 prochaines années devraient voir le jour quatre nouveaux bâtiments, deux dédiés à la chirurgie et deux autres accueillant des lits, cela dans le but d'améliorer la qualité de vie de

malades et des soignants, en leur apportant de plus amples espaces, ainsi que des lieux récréatifs.

Il faut aussi savoir que l'hôpital n'est pas isolé du reste du monde, il entretient en effet d'étroites relations avec l'OMS, les universités de Yale et de Georgetown aux États-Unis, l'université d'Innsbruck en Autriche, l'université de Sishu et la clinique pour femme de Tora au Japon.

b. Présentation HIV NAT



La naissance du projet HIV NAT, NAT signifiant Netherlands Australia Thailand research collaboration, eut lieu lors de la rencontre entre les professeurs Praphan Phanuphak, Joep Lange et David Cooper en 1995. Ces directeurs des centres de recherche sur le VIH de Bangkok, Amsterdam et Sydney respectivement abordèrent les sujets de la nécessité de traitements plus abordables en Thaïlande, des ressources limitées et de la réticence des compagnies pharmaceutiques et autres

sponsors à déplacer les centres de recherche sur le VIH vers les zones où le virus est le plus prévalent. Ils en conclurent qu'une organisation de recherche clinique devrait être établie en Thaïlande pour répondre à ces besoins : l'HIV NAT fut ainsi fondé et le premier essai clinique commença à recruter des patients en septembre 1996.

Les buts de l'HIV NAT sont nombreux et ambitieux. Conduire des essais cliniques en Thaïlande en accord avec la « Good Clinical and Laboratory Practice » internationalement reconnue est essentiel, ainsi qu'obtenir le support des compagnies pharmaceutiques internationales pour ces essais.

Actuellement, les essais portent majoritairement sur les stratégies thérapeutiques, le VIH infantile et les effets du VIH sur le cerveau. Des aspects plus globaux de ces études sont d'assurer l'accès aux médicaments pour les participants, de fournir une éducation solide au personnel soignant sur les nouveaux traitements disponibles et d'apporter des réponses au sujet de recherche localement et régionalement pertinents.

L'HIV NAT a ainsi un rôle d'enseignement des aspects pratique, éthique et scientifique des essais cliniques et de la prise en charge des séropositifs, non seulement pour le personnel soignant du gouvernement ou des hôpitaux universitaires, mais aussi pour les patients qui peuvent participer à de nombreux groupes d'éducation thérapeutique. Des travailleurs sociaux qui se rendent au domicile des malades complètent cette instruction, notamment auprès des enfants et adolescents qui manquent bien souvent d'informations précises à

propos de leur maladie.

Durant les quatorze dernières années, ce centre de recherche est devenu internationalement reconnu et s'est étendu à la pharmacocinétique des traitements du VIH, au développement de nouveaux médicaments, aux co-infections à l'hépatite B, tuberculose et HPV ainsi qu'aux autres maladies sexuellement transmissibles et leur prévention.

Il compte soixante-huit études complétées et la coordination de soixante études en cours. La prise en charge du VIH et les traitements ont été fournis à environ 1500 adultes et 250 enfants et adolescents depuis 1996.

Il est à noter que le Chulalongkorn Hospital, la faculté de médecine et le HIV NAT travaillent main dans la main, ce qui est facilité par leur proximité géographique.

Le Chulalongkorn Hospital adresse régulièrement au HIV NAT des patients éligibles pour les essais cliniques. Le HIV NAT reçoit ainsi les patients faisant partie d'une étude, mais aussi certains n'ayant pas d'assurance et ne pouvant donc pas se rendre à l'hôpital.

Concernant la prévention, elle revient majoritairement à la Croix Rouge mais au final toutes les organisations de santé travaillent ensemble. Par exemple, des affiches du HIV NAT promouvant l'utilisation du préservatif sont affichées dans la ville. Le gouvernement prend aussi part au programme de prévention, notamment par la possibilité pour les prostituées d'avoir accès à un test de dépistage mensuel gratuit. L'HIV NAT, situé proche du Red Light district facilite ce point. Un test tous les trimestres est aussi proposé aux autres professions à risque.



Photo d'une campagne de prévention « for men who love men »

L'HIV NAT accueille également chaque janvier depuis 13 ans l'organisation du Symposium International de Bangkok sur les traitements du VIH, le plus grand meeting de son genre en Asie du Sud-est. Il participe aussi à des programmes communautaires et des charités pour aider les enfants atteints du VIH et leurs familles en Thaïlande.

Dans le futur, l'HIV NAT espère renforcer son rôle dans la recherche clinique sur le VIH et de continuer à fournir un suivi et un traitement aux patients.



Photo de la clinique du HIV NAT.

C'est ici que nous avons effectué une partie de notre stage.



Photo du bâtiment principal de l'HIV NAT.



Organigramme de l'HIV NAT avec ses différentes branches

Laboratoire de recherche :

Nous avons pu visiter le laboratoire de recherche clinique sur le SIDA situé dans le bâtiment de la Faculté de Médecine appartenant au Chulalongkorn Hospital et à l'HIV NAT. Il fait partie des 7000 laboratoires accrédités par le collège des pathologistes américains. Par conséquent, ils disposent d'un matériel de qualité. Il comprend six domaines à savoir, le moléculaire, la virologie, l'immunologie, l'hématologie, la pharmacologie et la chimie.



Photos du laboratoire de recherche et d'une partie de son personnel

Plan de la rue où se trouvent :

- Chulalongkorn Hospital
- Laboratoire de recherche
- Croix rouge thaïlandaise
- HIV NAT
- Faculté de médecine
- Anonymous clinique



The HIV
Netherlands Australia Thailand
Research Collaboration



c. CRA : Clinical Research Associate department

Le CRA, auxiliaire de la recherche clinique et aussi connu sous le nom de Moniteur est une équipe qui examine la progression et la gestion d'un essai clinique. Dans le cas de la recherche sur le VIH, il existe 6 CRA, présents en Thaïlande, au Cambodge en Indonésie et au Vietnam. Ils collaborent tous et des meetings sont régulièrement organisés.

Les responsabilités du CRA du HIV NAT sont nombreuses et comprennent entre autres :

- la coordination et le monitoring de toutes les étapes de 38 essais sur 39 sites différents dans 11 pays
- la vérification du consentement éclairé chez chaque sujet adhérant à l'étude
- l'assurance que chaque essai respecte les droits, la sécurité et le bien-être de ses patients et que toutes les données scientifiques obtenues l'ont été avec intégrité
- la collecte, la documentation et l'organisation des rapports de cas (les « case report form »), les événements secondaires survenus au cours de l'essai et les documents importants
- la coordination des différentes visites que le patient rend au médecin, depuis le stade préessai jusqu'à la fin de l'étude

Le CRA examine le suivi des cliniciens du protocole d'étude, tout en respectant les règles éthiques et les Good Clinical Practices. Ces dernières sont les mêmes pour chaque essai réalisé sur les humains ainsi que pour chaque médecin pratiquant et correspondent aux principes de justice, autonomie, bienfaisance et non-malfaisance. Elles permettent d'unifier la pratique lors des essais.

Du point de vue des études, la sélection des participants correspondant à tous les critères d'inclusion et à aucun critère d'exclusion évite le plus possible toute subjectivité et répond au critère de justice.

La bienfaisance guide l'élaboration des grandes lignes de la recherche en gardant toujours à l'esprit que les bénéfices doivent être supérieurs aux risques. Ceci comprend par exemple la qualification des médecins, le maintien de la randomisation, la révision régulière des protocoles d'étude, l'administration correcte des médicaments...

Le principe de non-malfaisance assure la confidentialité du patient, des ressources suffisantes pour fournir des soins adaptés et la gestion et documentation des possibles effets secondaires.

Le consentement éclairé du participant répond au critère d'autonomie.

Lors de notre discussion avec un membre de l'équipe du CRA du HIV NAT, nous obtenons plus d'informations sur la validité du consentement éclairé : des fiches d'information et un formulaire écrit de consentement approuvés par l'IRB (Institutional Review Board, un comité

20 août 2013

d'éthique) sont donnés au patient. Par le biais de ce formulaire, l'équipe étudie si le choix du patient de participer à l'essai est responsable, volontaire et s'il a été totalement informé et compris. Ce consentement doit être de plus renouvelé si des changements dans la procédure sont effectués ou si de nouvelles informations peuvent affecter la volonté du sujet de continuer à participer.

Concernant la confidentialité du patient et le secret médical, différentes stratégies sont mises en place pour les maintenir. Les dossiers d'étude et documents officiels sont gardés en sécurité dans une pièce à accès limité. Ils sont séparés des dossiers médicaux des patients participants, eux aussi gardés en sécurité.

De plus, l'identification des patients se limite au plus petit nombre possible de documents. Seules leurs initiales sont ensuite utilisées sur les formulaires.

Nous en apprenons plus sur les grandes lignes de la naissance et l'organisation d'un essai clinique : un premier plan d'étude clinique peut être proposé par une entreprise pharmaceutique, une université ou un gouvernement. Ceci passera une première fois devant le comité d'éthique et si approuvé, les investigateurs seront recrutés et mis sous contrat. La sélection des patients peut ensuite commencer, mais aussi celle de tous les autres acteurs nécessaires au bon déroulement de l'étude (autres investigateurs, infirmières, personnel de laboratoire et de santé...).

Financé par les sponsors, l'essai peut ensuite se dérouler, composé de tous les éléments tels que formulaires de consentement, suivi médical, administration des médicaments, collecte des données et report des effets secondaires entre autres.

Tout au long de l'étude, le CRA est impliqué dans la coordination et transmet les formulaires de rapport de cas à l'unité de gestion des données et aux statisticiens.

Le comité d'éthique supervise aussi la progression.

d. Présentation du personnel rencontré :

Au cours de notre stage, nous avons été amenés à rencontrer de nombreux professionnels de la santé, tous nous ont permis de découvrir une nouvelle facette du système de soins formé par le HIV NAT et le Chulalongkorn Hospital.

Praneet Pinklow :

Praneet est la coordinatrice du HIV NAT, ce fut notre premier contact d'abord par email, puis sur place. C'est elle qui a organisé notre venue, arrangé nos emplois du temps et nous a présentés aux différents médecins. Elle est en quelque sorte la pierre angulaire de notre stage, sans elle rien de tout cela n'aurait été réalisable.

20 août 2013

Docteur Jintanat :

Le docteur Jintanat est la directrice du HIV NAT, elle supervise entre autres les essais cliniques. Avec elle nous avons pu assister aux consultations de patients participant à ces essais.

Docteur Thanyawee :

Le docteur Thanyawee est pédiatre au Chulalongkorn Hospital. Avec elle, nous avons assisté à des consultations pédiatriques en infectiologie : nombre d'enfants étaient porteurs du VIH tandis que certains autres souffraient de diverses maladies infectieuses telles que la tuberculose ou les hépatites. C'est aussi elle qui nous a proposé de participer à la campagne de vaccination menée à l'orphelinat Camillian Home.

Docteur Torsak :

Le docteur Torsak est infectiologue, il travaille au Chulalongkorn Hospital auprès des patients adultes atteints du VIH. Nous l'avons suivi à plusieurs reprises dans ses consultations.

Khun Sudrak :

Khun Sudrak surnommée Peenon a, au départ, une formation d'infirmière, mais elle exerce pour le HIV NAT un rôle d'assistante sociale. En sa compagnie, nous nous sommes rendus au domicile de deux patients ayant des chemins de vie très différents.

e. Cas cliniques :

Nous avons assisté à de nombreuses consultations au cours desquelles nous avons rencontré des patients adultes et enfants d'horizons et niveaux sociaux divers. Tous ou presque étaient porteurs du VIH, mais leur tableau clinique et leur histoire variaient considérablement, cela impliquant des prises en charge personnalisées. À la différence de chez nous, les consultations courantes s'effectuent à l'hôpital et non dans des cabinets privés.

De même, nous avons pu accompagner différents médecins, ce qui nous a permis de remarquer nombre de différences, d'une part entre les différents médecins thaï rencontrés, et d'autre part entre la méthode suisse et la méthode thaïlandaise. Les quelques cas cités ci-après illustrent certains de ces aspects.

Patient numéro 1 :

Notre premier cas est le cas d'une jeune femme de 19 ans vue lors d'une consultation pédiatrique au HIV NAT. En effet, en Thaïlande la limite entre la pédiatrie et les services de soins adultes est mal délimitée et il est courant que des patients suivis en pédiatrie depuis leur jeune âge aient du mal à changer de médecin et continuent à consulter au service de pédiatrie plus longtemps qu'il ne le faudrait. Cette jeune femme est traitée depuis ses 8 ans. Elle représente un cas intéressant car elle est une " slow progresser ", c'est-à-dire que sans en connaître vraiment la raison, le virus se réplique plus lentement dans son organisme. Ceci explique pourquoi elle a survécu 8 ans sans traitement alors qu'en règle générale les enfants atteints du VIH dès la naissance ne survivent que jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans.

Elle est en bonne santé générale, son taux de CD4 est normal et sa charge virale est indétectable. Elle a une bonne compliance. On note néanmoins quelques effets secondaires communs à plusieurs médicaments comme un buffalo hump (excroissance graisseuse au niveau de la nuque) et des rashes cutanés pour lesquels le médecin lui prescrit des anti-H1. Le médecin s'empresse de lui préciser qu'elle a remarqué le buffalo hump uniquement car il est spécifié dans son dossier et que les personnes sans connaissance médicale ne le remarqueraient pas. Ceci permet d'éviter toute crainte de jugement de la part d'autrui. En effet, le VIH reste encore un sujet tabou en Thaïlande et les patients souffrant de cette maladie subissent encore de nombreux stigmates.

Le médecin vérifie aussi ses dents car bien souvent ces patients ont une mauvaise dentition, due d'une part au dérèglement du système immunitaire, mais aussi parfois à la culpabilité éprouvée par les parents qui les poussent à gâter leurs enfants en sucreries. Le mauvais accès de la population aux soins dentaires ne fait qu'accentuer le problème. En revanche, ce n'est pas le cas de cette patiente qui bénéficie d'une bonne prise en charge médicale. Un autre point intéressant que le médecin a soulevé est que, grâce au traitement qui permet un bon maintien de la virémie, les patients correctement pris en charge ont dès lors pour ainsi dire la même espérance de vie que les personnes séronégatives. Il faudra alors envisager le traitement sur le long terme et notamment lors de certaines étapes importantes telles que le désir de grossesse. Dans son cas, on peut donc considérer le VIH comme une maladie chronique au même titre que le diabète ou l'hypertension.

Patient numéro 2 :

Notre deuxième cas concerne une adolescente de 15 ans atteinte d'un sévère handicap moteur et mental. Pour cette raison, elle vit à l'orphelinat Camillian home, un institut catholique qui recueille les enfants handicapés dont la famille n'est pas en mesure de s'occuper. En plus de leur handicap, un bon nombre de pensionnaires est porteur du VIH.

20 août 2013

De par son placement en institut, la patiente est très bien soignée puisqu'elle reçoit son traitement tous les jours et à heure fixe, ce qui n'est, de loin, pas le cas des autres patients chez qui l'on constate fréquemment des oublis et des retards dans la prise des médicaments.

Pour sa visite, la jeune fille est accompagnée par 2 soignantes de l'orphelinat. Lors de la consultation, elles nous font part des inquiétudes de la famille de la patiente quant à l'approche des premières règles. En effet, les menstruations sont un travail de plus pour les employés de l'institut et sont aussi incomprises par les malades elles-mêmes, ce qui est source d'inquiétudes et de malaise. Pour cela, la famille souhaiterait la faire stériliser dans le but d'éviter à tout prix qu'elle soit rejetée de l'institut où elle est placée car elle deviendrait une charge trop lourde. Le médecin explique alors aux deux soignantes que, sans aller jusqu'à la stérilisation, un traitement hormonal permet d'éviter les menstruations. Elle nous explique que c'est une pratique courante avec ce genre de patiente.

Patient numéro 3 :

Un autre cas dont nous souhaitons parler est celui d'un jeune garçon venu avec sa mère. Ils vivent à Koh Chang et ont donc fait deux à trois heures de route pour se rendre au HIV NAT. Le garçon prend six médicaments différents car, auparavant, le traitement a échoué plusieurs fois, cela étant dû à de nombreuses résistances. Ces dernières sont d'autant plus difficiles à gérer en Thaïlande que chez nous car bien que le pays ait accès à de nombreux médicaments, la diversité des substances disponibles reste nettement plus faible qu'en Europe ou aux États-Unis.

Néanmoins, la gestion est facilitée par la mise en place d'un système informatique très efficace : chaque patient se voit attribuer un numéro et il suffit ensuite au médecin de rentrer le numéro du patient dans le logiciel pour avoir accès à tous ses antécédents, comptes rendus des précédentes visites, analyses, changement de traitement ainsi que la cause. Ce dossier informatique est scrupuleusement complété à chaque visite. Ainsi, on évite toute perte d'information et les résultats peuvent même être vus sous forme de graphique, pour une représentation plus visuelle.

La mère explique ensuite au médecin que son fils prend sans problème ses médicaments le soir, mais que le matin à jeun ça lui est plus difficile. La doctoresse se montre compréhensive et va donc essayer de soustraire une des substances car elle nous explique que de nombreux médicaments sont nécessaires pour diminuer la charge virale, mais, qu'une fois celle-ci stabilisée, on peut se passer de certains. La mère demande alors au médecin si son fils est guéri. La doctoresse répond que si on arrête le traitement, le virus reprendra le dessus. Ceci prouve que, même dans l'entourage des malades, le VIH reste encore assez incompris. Elle vérifie aussi les dents du patient et où il en est avec sa puberté. En effet chez de nombreux patients nous avons constaté un retard de croissance ainsi qu'un retard de puberté. Les médecins nous ont confirmé que c'était normal avec ce genre de patients.

20 août 2013

Patient numéro 4 :

Le cas suivant fut un cas émotionnellement difficile à gérer pour nous, mais aussi pour les soignants présents, pourtant plus communs que nous à ce genre de situation. En effet, alors que nous étions en consultation avec la doctoresse Jintanat, nous avons été appelés en renfort par autre médecin. Quand nous sommes arrivés dans le box, une patiente rachitique se tenait roulée en boule sur le lit, elle pouvait à peine bouger et parler. À côté, son garçonnet de 6 ans attendait. Il s'agissait en fait d'une mère de famille extrêmement maigre (35kg), en phase terminale d'un cancer du col de l'utérus provoqué par son VIH. La doctoresse nous explique qu'il n'y a pas de père de famille et que la mère étant malade en permanence c'est son petit garçon qui s'occupe d'elle. Ils sont très attachés l'un à l'autre, mais il ne reste à priori plus beaucoup de temps à vivre à la mère et il va donc falloir trouver un orphelinat pour son fils. Le HIV NAT tente de lui trouver une place, mais ce n'est visiblement pas une chose aisée, ils l'ont quand même emmené en visiter un pour qu'il commence à se faire une idée.

Le climat de cette consultation est très tendu, on sent une grande tristesse chez la doctoresse accompagnée d'un sentiment de culpabilité de n'avoir rien pu faire pour cette mère. Elle ne s'étend pas très longtemps sur le sujet, préférant quitter la salle, mais on la sent très affectée.

Patient numéro 5 :

Un autre cas qui nous paraît bien illustrer le fonctionnement du HIV NAT est celui d'une jeune femme de 17 ans venue en consultation pour qu'on lui propose de participer à une étude clinique nommée ACASI menée par le HIV NAT. La doctoresse étant américaine et la patiente ne parlant que le Thaïlandais, une traductrice était présente. Le but de cette étude est de mieux comprendre les comportements des adolescents porteurs du VIH et ainsi de mieux pouvoir les prendre en charge.

La doctoresse lui explique le principe et le déroulement de cette étude : une fois par an, la jeune fille aura à remplir un questionnaire portant sur sa vie quotidienne, sa gestion des médicaments, sa vie sexuelle et sa consommation éventuelle de tabac, alcool et drogue. Une partie concernera aussi la violence et la stigmatisation. Elle mentionne à la patiente que l'étude est strictement confidentielle et qu'aucune information ne sera divulguée mis à part si la patiente rapporte des faits comme un abus ou une violence, ceci dans le but de la protéger. Elle lui fait également savoir qu'elle peut, à tout moment et sans avoir à avancer de motif, quitter l'étude si elle le désire.

Dans un second temps, la doctoresse cherche à s'intéresser davantage à la vie et au ressenti de l'adolescente, elle engage notamment une discussion à propos de ses rapports avec sa mère, qu'elle sait conflictuels. Bien qu'une traductrice soit présente, le médecin s'adresse

directement à la patiente. L'importance du non verbal est ici cruciale étant donné la barrière de la langue.

Patient numéro 6 :

Abordons à présent le cas d'un autre patient participant lui aussi à une étude clinique. Ce garçon de 10 ans participe à l'étude PENTA qui compare l'efficacité du traitement chez des patients prenant quotidiennement leurs médicaments et d'autres qui sont autorisés à ne les prendre que 5 jours sur 7. En effet, alors que l'arrêt du traitement chez les adultes peut entraîner des réactions immunes désastreuses touchant le cœur ou le cerveau et entraînant même parfois les décès, chez l'enfant il y a beaucoup moins de conséquences et cela a pour avantage de les soulager de ce poids au moins pendant le week-end.

Durant la consultation, l'enfant a demandé pourquoi il devait prendre des médicaments quotidiennement. Le docteur lui a donc expliqué avec de simples mots, un dessin et l'ordinateur ce qu'était le VIH et qu'elles en étaient les conséquences.

Il vit avec sa grand-mère qui s'occupe de lui et vérifie qu'il prenne correctement ses médicaments. Mais le mois dernier, elle s'est cassé le bras et s'est donc moins occupée de son petit-fils. En conséquence, la compliance de ce dernier a diminué. Il est donc important de responsabiliser les enfants le plus tôt possible afin de s'assurer qu'ils pourront prendre soin d'eux-mêmes. Pour cela, une assistante sociale sera envoyée à domicile afin de l'aider en facilitant la prise des médicaments (sachet par dose).

Patient numéro 7 :

Le cas ci-dessous est un patient rencontré lors d'une visite dans le département d'infectiologie pour adulte du Chulalongkorn Hospital. Il s'agit d'un homme de 43 ans avec une encéphalopathie à HIV. Ceci provoque un sérieux déficit moteur et une faiblesse du côté droit. Résistant à de nombreux traitements, il utilise un traitement de troisième ligne.

Comme de nombreux patients, il est connu pour une situation de résistance couplée à une mauvaise compliance qui rend la prise en charge compliquée. En conséquence, il faut rapprocher les visites médicales afin de s'assurer de la bonne santé du patient. Cela augmente les coûts de la santé dans un pays aux ressources limitées dans lequel on demande aux médecins une gestion des coûts d'autant plus efficiente que chez nous.

La mauvaise compliance de nombre de patients s'explique par le caractère contraignant de la trithérapie qui doit se faire toutes les douze heures très précisément. De plus, la trithérapie en une seule pilule est trop coûteuse pour être remboursée par le gouvernement, les patients sont donc obligés de prendre deux pilules.

Pour pallier à ces oublis fréquents, les médecins locaux déploient toute leur ingéniosité et tentent de simplifier au mieux la prise des médicaments en les regroupant, par exemple, en petits sachets par dose.

Lors des consultations adultes, nous avons aussi eu l'occasion d'observer les multiples façons de mener l'entretien selon le médecin qui nous recevait. La plupart de ceux rencontrés utilisent une version électronique du dossier médical du patient, rédigent le compte rendu de la séance par ordinateur et lance ensuite l'impression du compte rendu. Ceci a pour conséquence de nombreuses interférences dans la discussion avec le malade puisque des secrétaires entrent dans la salle et interrompent le médecin pour lui faire signer des comptes rendus ou autre documents, cela parfois jusqu'à trois reprises par entretien.

En revanche, les médecins qui rédigent à la main leur compte rendu évitent ce genre de désagrément et l'effet sur la relation médecin/malade s'en ressent, mais d'un autre côté, ils s'exposent à la perte d'information en cas de perte de documents par le patient.

Nous avons aussi pu constater qu'en Thaïlande, l'examen physique du patient est ultra rapide, voire inexistant. Il n'est pas non plus commun aux patients de se déshabiller, ainsi nous avons, par exemple, pu voir une palpation abdominale s'effectuer à travers le tee-shirt du malade. Le temps et l'intérêt accordés à l'examen physique dépendant bien évidemment de la plainte du patient et du médecin lui-même.

Patient numéro 8 :

Ce cas concerne une petite fille de 10 ans dont nous avons eu l'occasion d'ausculter le cœur où l'on pouvait remarquer un B2 nettement plus marqué que le B1, signe d'une hypertension pulmonaire. Cette hypertension était une complication de son infection par le VIH. En effet, la présence du virus avait induit une inflammation entraînant une hypertension pulmonaire accompagnée d'une cardiomégalie. Diagnostiquée séropositive à l'âge de 6 ans et sous traitement depuis maintenant 3 ans, la fillette se porte mieux et va enfin pouvoir retourner à l'école.

En Thaïlande, la décision est prise de traiter les patients par trithérapie aussitôt que leur taux de CD4 chute sous la barre de 350 par microlitre comme c'était le cas auparavant en Europe ; bien que depuis les années 2010 la France et les États-Unis aient décidé de traiter les malades avant l'apparition d'une immunosuppression et ont élevé le seuil de traitement à 500 CD4 par microlitre. Ce qui n'est pour l'instant pas réalisable en Thaïlande pour des raisons financières.

La fillette ne sait pas qu'elle est atteinte du VIH, le médecin lui demande donc de sortir de la salle afin de s'entretenir avec la mère de la patiente. Il va falloir préparer la petite fille à l'annonce de son diagnostic qui doit, de préférence, être fait avant l'adolescence pour ne pas rendre cette période de la vie encore plus difficile à vivre qu'elle ne l'est déjà. En général, l'acceptation se fait beaucoup moins bien à l'adolescence que pendant l'enfance. Pour cela, la mère se rend à des ateliers pour apprendre comment aborder le sujet avec sa fille.

Le médecin nous apprend aussi que le père de l'enfant est séropositif pour le VIH et la tuberculose et que la mère est aussi porteuse du VIH. Le médecin nous explique que, quand on dépiste la tuberculose chez un membre d'une famille, on le teste aussi pour le VIH et si le test s'avère positif, on demande à faire dépister toute la famille. Or, en règle générale, seulement un tiers des pères se rendent à la visite. Il y a donc là un sérieux travail de communication à réaliser.

Patient numéro 9 :

Le cas suivant est celui d'une adolescente de 16 ans traitée depuis ses 6 ans pour son VIH et qui a récemment contracté une tuberculose qui l'a beaucoup affaiblie. Elle a depuis repris le poids qu'elle avait massivement perdu et les lésions dues à la tuberculose se sont bien résorbées.

Cependant, en pleine crise d'adolescence, elle refuse de continuer à prendre sa trithérapie anti-VIH qu'elle juge trop contraignante, décision ayant des répercussions néfastes sur sa santé. Le médecin fait tout son possible pour l'encourager et la valoriser en lui rappelant les efforts faits pour vaincre la tuberculose et la réussite de ce traitement.

Après discussions avec la patiente et sa famille, la décision est prise que la patiente participera à des ateliers organisés par l'hôpital et regroupant des adolescents tous atteints du VIH, afin qu'ils puissent échanger entre eux et se rendre compte qu'il s ne sont pas seul à souffrir de cette maladie. De plus, l'assistante sociale que nous avons eu la chance d'accompagner passera rendre quelques visites au domicile de la famille afin d'engager une conversation avec eux.

Patient numéro 10 :

Notre dixième cas est assez atypique puisque le patient de 19 ans rencontré venait avec sa mère depuis le Nord de la Thaïlande jusqu'à Bangkok pour consulter le médecin. En effet, la mère de celui-ci travaillant aussi dans un hôpital était prête à tout pour cacher la maladie de son fils. Elle éprouvait envers son fils un sentiment de culpabilité tel qu'elle avait une sérieuse tendance à le surprotéger.

20 août 2013

Le médecin nous a expliqué qu'il recevait même parfois des patients venant d'autres pays asiatiques comme l'Indonésie qui venaient se faire soigner en Thaïlande, d'une part pour la qualité des soins et d'autre part pour être sûr que personne dans leur entourage ne soit au courant.

Patient numéro 11 :

Ce cas est celui d'un petit garçon venu en consultation au HIV NAT accompagné de sa mère, tous sont porteurs du VIH. Le petit garçon suit bien son traitement et, par conséquent, son taux de CD4 est correct et sa virémie bien contrôlée.

Après l'anamnèse, le médecin pratique cette fois-ci un examen plutôt approfondi par rapport à certains autres que nous avons pu observer. Il s'intéresse surtout à son développement pubertaire car, comme mentionné auparavant, la puberté peut être retardée chez les enfants atteints par le VIH.

Une consultation qui paraît en somme toute à fait banale sauf que le médecin se voit contraint de rédiger un faux certificat médical à destination de son instituteur, prétextant une simple fièvre et prétextant surtout avoir rencontré l'enfant au Chulalongkorn Hospital et non au HIV NAT afin de lui éviter une possible discrimination. Le médecin nous explique que c'est une pratique courante de mentir sur les certificats car les porteurs du VIH sont encore bien souvent mal vus par la population et mis à l'écart. La peur de contagion liée à cette maladie montre qu'il reste un grand travail d'information à réaliser auprès des populations.

Patient numéro 12 :

Notre dernier cas concerne un autre résident de l'orphelinat Camillian Home. C'est un jeune homme de 17 ans, aveugle et lui aussi atteint du VIH. Il a été orphelin très jeune et a donc été recueilli par l'orphelinat. Aujourd'hui, bien que lui-même handicapé et résidant toujours au Camillian home, il aide le staff à prendre soin des résidents plus jeunes. Il les nourrit, les aide à se doucher... Il souhaiterait habiter hors de l'orphelinat, mais continuer à y travailler. Il faut savoir qu'en Thaïlande, il n'existe presque aucune structure pour accueillir les personnes handicapées. Malgré cela, il a pu suivre un enseignement de base, ce qui est une bonne chose pour son avenir.

Son examen clinique se déroule de manière classique, ses paramètres sont tous bien contrôlés, ce qui atteste une bonne compliance. La doctoresse s'attarde un peu plus longtemps sur ses yeux sur lesquels on peut voir des taches blanches probablement une atrophie optique.

f. Visites à domicile

Nous avons effectué ces visites avec une infirmière travaillant comme assistante sociale et étudiant en parallèle la psychologie.

Lorsque les médecins remarquent en consultation un patient ou une famille en difficulté, ils prennent contact avec elle et lui demande de rendre visite à ses personnes afin d'échanger avec eux sur les problèmes rencontrés au quotidien et de faciliter les interactions avec les médecins ou au sein même de la famille. L'éducation et la prévention font aussi partie de ses missions.

Avant d'entamer les visites, elle a mis en avant le fait que lors de ces dernières, nous voyons les patients dans leur monde et non à l'hôpital et que cela nous aide à mieux les comprendre ainsi qu'à voir leur niveau de compliance.

Son travail consiste, entre autres, à éduquer les parents ayant un ou des enfant(s) atteint(s) du VIH. Ces derniers, avec les traitements, peuvent avoir une vie relativement normale et un des buts de ces entretiens est d'encourager les parents à les envoyer à l'école et à l'université, ainsi qu'à entretenir des relations sociales épanouies. En effet, la plupart des patients adolescents ne pensent pas pouvoir vivre comme les autres jeunes de leur âge s'ils ne sont pas encouragés.

Il est à noter que la plupart des parents sont eux aussi séropositifs, l'assistante sociale s'intéresse donc aussi à leur rapport avec leur maladie et les traitements au quotidien.

Première visite, Told, jeune fille de 22 ans :

Nous arrivons dans une école d'art, accueillis par la directrice et Told. Cette école s'occupe surtout d'enfants ayant un handicap, dans le but de les aider à s'exprimer et s'épanouir. Après nous être installés devant un thé, nous en apprenons plus sur la patiente : Told a rejoint l'école à 12 ans. Après avoir fini le lycée, elle s'est inscrite en dessin et céramique. Elle habite maintenant à l'école d'art, suite à la décision de la directrice. C'est la seule à bénéficier de ce traitement de faveur.

Told s'y sent plus à l'aise, estimant qu'ici il n'y a pas de discrimination et pas de jugement par rapport à sa maladie. Elle est la seule de sa famille à vivre à Bangkok, sa mère étant morte du SIDA et le reste de sa famille vivant en province. Vivre à l'école lui permet d'être entourée et d'être soutenue dans son art. Par exemple, la patiente participe à une exposition avec sept autres artistes et participera aussi par la suite à une exposition au Canada.

L'assistante sociale nous éclaire ensuite sur quelques points : le VIH étant une maladie

20 août 2013

chronique, les enfants et adolescents atteints ont pour la plupart un manque de confiance en eux parce qu'ils se sentent différents à l'âge où la volonté d'être « normal » est grande. Pour aller à l'école, il faut qu'ils se sentent prêts à affronter la société et beaucoup n'en sont pas capables étant donné la mise à l'écart des séropositifs en Thaïlande. Seulement une poignée d'entre eux iront à l'université. Ce qui est d'autant plus dommage qu'entreprendre des études, se découvrir un talent (le dessin dans le cas de cette jeune fille), avoir des relations épanouies sont autant de choses qui permettent d'améliorer l'estime de soi. On comprend donc mieux l'importance du travail de l'assistante sociale dans l'éducation et l'encouragement des familles.

De plus, nous apprenons que les directeurs de certains lycées (comme celui de Told) proposent aux étudiants atteints du VIH de rejoindre la clinique HIV NAT, ce qui constitue un soutien pour eux dans la maladie. La HIV NAT a mis en place des groupes d'éducation thérapeutique pour les adolescents afin de leur faire comprendre qu'ils peuvent réellement avoir une vie normale. Par exemple, le fait que la durée de vie est la même avec le traitement que celle d'une personne séronégative.

Elle les renseigne aussi sur les voies et les risques de transmission du virus qui sont encore mal connus de la population. Un exemple pourrait être les membres de cette famille qui n'utilise pas le même coupe-ongle que le patient par peur d'être contaminée !

Un autre objectif crucial de ces groupes éducatifs est de bien faire la distinction entre le VIH, virus qui se transmet et nécessite un traitement, et le SIDA, état avancé qui peut mener à la mort suite à une infection opportuniste.

Au cours de la visite, nous en apprenons plus sur Told par ses travaux que nous montre la directrice (photo ci-dessous) : nous pouvons observer que ses dessins ont évolué du noir vers le blanc et la couleur, ce qui pourrait représenter une prise de confiance et une forme de joie. Sa professeure croit en l'importance de l'entourage qui peut l'aider à avoir une vie meilleure. Les médicaments, seuls, ne peuvent apporter l'aide psychologique que beaucoup de médecins oublient.



20 août 2013

La stigmatisation de cette maladie est, en effet, un gros problème en Thaïlande, ce qui pousse la plupart des personnes atteintes à le cacher à leur patron, à leurs amis, à leur famille. En discutant, nous nous demandons : si les habitants de Thaïlande étaient mieux informés à propos de cette maladie et de sa transmission, peut-être pourrait-on arriver à parler du VIH comme du diabète ou de l'hypertension artérielle. Mais malgré les nombreuses campagnes de prévention, certaines sont encore assez maladroites comme celle qui consista à publier des images de personnes gravement malades du SIDA qui n'ont fait qu'effrayer la population. D'autant plus qu'encore une fois, peu de personnes font la différence entre VIH et SIDA. La mise à l'écart des malades suite à une méconnaissance de cette maladie et leur manque de confiance qui en découle forme un cercle vicieux qui isole ces personnes du reste de la société.

Notre infirmière pense aussi que la plupart des médecins thaïlandais ne voient le patient que comme un malade à traiter et qu'il n'y a pas de prise en charge globale de la personne, c'est-à-dire une vision biopsychosociale.

De plus, elle nous explique que les médecins n'ont pas tous une bonne connaissance de cette maladie et ne peuvent donc pas l'expliquer aux patients !

Deuxième visite, jeune homme de 20 ans :

Nous roulons jusqu'à un quartier d'immeubles, à trente minutes de Bangkok. En entrant dans le petit appartement de deux pièces où vivent les parents, le fils et ses deux nièces, nous retirons nos chaussures et nous asseyons par terre. Nous voyons ainsi qu'il est important de respecter les règles de vie des personnes chez qui nous allons lors de ces visites à domicile. C'est une preuve de respect et cela facilite la relation.

Nous notons que la mère et le fils ont un bon contact, ainsi qu'avec l'infirmière, suite aux nombreuses visites qu'elle leur a rendues au cours des années.

L'assistante sociale nous donne quelques renseignements sur le patient : il a été contaminé par le VIH à la naissance. Son taux de CD4 est inférieur à 50, ce qui est très bas et sa charge virale est de 50 000.

Face à ce bas niveau de lymphocytes, il prend du fuconazole en prophylaxie pour éviter une infection à cryptococcus.

Sa mère et son père sont aussi atteints du VIH. Le père a eu des relations non protégées, l'a transmis à la mère qui l'a, à son tour, transmis à son fils.

La mère ne savait pas qu'elle était séropositive ainsi aucun traitement n'a été mis en place pendant la grossesse et aucun test n'a été fait à la naissance. Ceci explique pourquoi il n'est sous traitement que depuis l'âge de 9 ans.

Avant cela, il était assujéti à de fortes fatigues et des problèmes de peau, mais il n'avait jamais reçu de traitement. Quand il était plus jeune, il en a voulu énormément à ses parents

20 août 2013

de lui avoir transmis le virus, mais en grandissant et avec l'aide de la clinique HIV NAT et des groupes d'éducation thérapeutique, il a compris qu'ils ne l'avaient pas fait volontairement et a commencé à accepter sa condition.

Du point de vue de sa compliance, il prend correctement ses médicaments quand il est malade, mais dès qu'il va mieux, il peut oublier jusqu'à 4 doses par semaine ! Il a été convenu qu'il doit prendre ses médicaments à 9 h et 21 h, mais il se lève toujours après 10 h et sort le soir faire du football avec ses amis pour ne rentrer qu'après 23 h-minuit. De plus, son père prend mal son traitement, ce qui ne constitue pas un bon exemple pour lui. Le but principal de la visite ce jour-là est de trouver un compromis pour améliorer sa compliance.

Le jeune homme désire pourtant avoir une vie normale et voudrait pouvoir travailler. Il a dû arrêter l'école car il est tombé malade, mais il travaille quand il se sent bien pour se faire un peu d'argent. Étant affaibli par sa maladie, il ne travaille pas en ce moment. Son comportement se révèle contradictoire, d'un côté une envie de vivre pleinement et d'un autre cette absence de volonté pour prendre ses pilules aux heures convenues.

Nous posons des questions sur l'entourage et apprenons que seulement un ami du fils est au courant qu'il est atteint du VIH. Concernant sa famille, le côté de son père est au courant, mais pas celui de la mère. Dans l'immeuble où ils vivent, personne n'est au courant.

L'assistante sociale s'intéresse ensuite à sa mère. Celle-ci prend correctement son traitement, mais depuis 2 ans, son taux de CD4 a diminué. Elle nous dit que, quand elle a su qu'elle était atteinte du VIH, elle a d'abord refusé d'y croire, mais elle l'a accepté quand elle a commencé à tomber malade.

Elle s'en veut énormément d'avoir transmis le virus à son fils et c'est pour cela qu'elle s'en occupe beaucoup. Elle pense qu'elle se doit de vivre pour pouvoir prendre soin de lui, mais aimerait qu'il apprenne à prendre soin de lui-même.

Elle a peur de devoir enterrer son fils et a aussi peur pour son mari qui, en plus de ne pas prendre son traitement, a une consommation d'alcool importante.

Elle aimerait croire que son fils pourra se prendre en main, mais cela fait déjà longtemps qu'il est dans cette situation et se laisse aller. Elle avoue que, par moment, elle se sent impuissante.

Elle ne souhaite pas que son fils ait de petite copine. Elle espère que s'il en a une, elle soit aussi atteinte du VIH car, selon elle, cela facilite beaucoup les choses de partager la même condition. Sur cela, l'infirmière lui répond qu'avec les traitements d'aujourd'hui, il peut avoir une relation et mener une vie normale, mais sa mère pense que le risque est trop grand. Elle préfère qu'ils restent unis tous ensemble car elle sait qu'il est difficile de vivre avec. Son idée se trouve renforcée lorsque le sujet du VIH apparaît dans certaines conversations où elle

20 août 2013

se rend compte de la méconnaissance globale de cette maladie et de la stigmatisation qui en découle.

Elle veut aussi que son fils cherche un travail plutôt que de reprendre ses études car elle pense que dans ces conditions il ne vivra pas longtemps. On voit donc qu'elle reste fermée sur certaines choses malgré le discours de l'infirmière.

20 août 2013

g. Camillian Home

Nous accompagnons une équipe composée de médecins, pédiatres, infirmières et étudiants en médecine pour les aider à vacciner contre la grippe les enfants résidents de la Camillian Home et le personnel encadrant.



Une fois la vaccination terminée, un membre de l'équipe nous propose visiter l'orphelinat. Puis, nous assistons à une présentation sur ordinateur nous expliquant le rôle de cette fondation.

Elle fut construite en 2008 grâce aux fonds accordés par la Croix Rouge italienne. Giovanni Contarin, le fondateur et directeur, est un prêtre italien qui prend soin depuis 1985 des enfants et adultes thaïlandais malades et avec peu de moyens. Il est diplômé d'éducation, de communication et de psychologie.

La Camillian Home reste cependant une institution laïque. De nombreux volontaires participent aussi au quotidien de la fondation.

L'équipe de la Camillian Home s'est donnée pour but de fournir aux enfants vivant avec un handicap ou une maladie un milieu de vie se rapprochant le plus possible de celui d'une famille, ainsi que de créer un environnement sans barrière pour eux et leur famille.

Leurs projets :

- Une éducation informelle, reconnue par le ministre de l'Éducation, consistant en un programme de deux ans basé sur quatre sujets : mathématiques, sciences, entraînement sur ordinateur et langues (anglais/thaï).
- Pour les enfants souffrant de troubles de la vue, des ateliers variés portent sur l'entraînement à des gestes quotidiens, l'apprentissage de la musique ou du braille, la

20 août 2013

maîtrise de l'ordinateur, la réhabilitation ainsi que des excursions spécialisées.

- Des activités individuelles ou en groupes permettant de développer une intelligence mentale et émotionnelle.
- Des activités sociales et sportives pour offrir un cadre sans stigmatisation aux enfants et stimuler leur confiance en eux.

Camillian Home accueille de nombreux enfants atteints de paralysie cérébrale, le plus souvent suite à un manque d'oxygène à la naissance.

Ceux-ci souffrent de quadriplégie spastique des quatre membres, plus ou moins grave selon les cas. Ces enfants restent majoritairement incapables de marcher, de réaliser des mouvements normaux à cause de tremblements incontrôlables et donc de mener une vie indépendante.



Le centre met un point d'honneur à familiariser les enfants aux gestes quotidiens, afin qu'ils puissent au maximum les réaliser seuls. Ils s'entraînent à des aptitudes de base comme se nourrir, s'habiller, se laver, mais s'habituent aussi à prendre leurs médicaments, faire le ménage et les courses ou gérer de l'argent.

20 août 2013

Une thérapie physique individuelle adaptée est également dispensée et de nombreux jouets, ordinateurs et télévisions sont disponibles.



Les enfants ne sont pas tous orphelins, certains sont confiés à la Camillian Home par leurs parents qui n'arrivent pas à concilier leur travail avec les soins et le temps que nécessite un enfant avec un handicap. D'autres ont malheureusement été abandonnés par leurs parents qui ne pouvaient s'en occuper.

Le travail de la Camillian Home ne se réalise pas seulement au sein du centre, mais aussi dans la communauté, en soutenant les personnes handicapées et leurs familles. Ceci concerne majoritairement des mères seules ou des grands-parents avec leur enfant ainsi que des familles pauvres, le but étant d'essayer de les sauvegarder de la discrimination, l'incompréhension et la honte que peut engendrer leur condition.

Concrètement, ceci consiste le plus souvent en l'adaptation des espaces à vivre et des équipements pour les personnes : fauteuils roulants, matériel orthopédique, douches et toilettes pour handicapés, réparation des logements...

La Camillian Home travaille en toute transparence en gérant ses fonds de manière officielle. Toute donation occasionne un reçu officiel, les gains et dépenses sont vérifiés chaque mois et tout document peut être accessible au public sur demande. 96% des fonds proviennent des donations et les 4% restants sont du gouvernement thaï, destinés au travail en communauté. Les donations consistent aussi en du matériel récréatif comme des jouets, des trampolines et des télévisions.

20 août 2013



20 août 2013

h. Baan Gerda

Après 2 h 30 de route, nous arrivons à Baan Gerda, un orphelinat pour enfants porteurs du VIH. Il accueille actuellement soixante-dix enfants de 2 à 20 ans. Quatre d'entre eux ont encore leurs parents, mais ceux-ci les ont confiés à l'orphelinat étant malheureusement incapables de s'en occuper.



Photo du bâtiment principal où nous avons dormi. Il contient également la salle informatique.

La directrice nous accompagne faire le tour des installations et nous explique le quotidien de l'orphelinat. Nous découvrons que les enfants sont répartis dans différentes maisons, dix dans chacune et encadrés par une femme qu'ils appellent maman, ceci leur permettant d'expérimenter le plus possible le climat d'une vraie famille.



Exemple d'une maison

20 août 2013

Nous avons l'occasion d'observer le cadre très agréable : les maisons colorées encadrées de grands arbres, les allées de gravier, des chiens et des poules, une salle de jeux intérieure, des balançoires et autres jeux extérieurs (photo ci-dessous) et même un salon de coiffure.



Les enfants vont tous à l'école, qui se trouve à dix minutes à pied de l'orphelinat. Ils s'y rendent et en reviennent par leurs propres moyens. Une fois par mois, une sortie extérieure est organisée, comme des vacances à la plage.

Nous rencontrons alors les enfants à leur retour de l'école. Ils nous apparaissent polis, joueurs et pleins de vie. Ils semblent heureux de recevoir de la visite extérieure. En passant la soirée et le lendemain matin avec eux, nous observons qu'ils sont calmes au moment des repas, impliqués dans les tâches quotidiennes comme le ménage et très adaptés au cadre organisé.

Une grande salle commune fait office de cantine. Les enfants s'y réunissent pour les 3 repas quotidiens, répartis par « famille » aux tables de couleurs différentes, chacun avec une place attribuée (photos ci-après). En partageant avec eux le repas du soir à 17 h 30, nous assistons à la prière avant de manger et à la méditation après. Ceci terminé, chaque famille lave sa vaisselle. Les enfants ont ensuite quartier libre jusqu'à l'heure du coucher, vers 20 h. Nous partageons avec eux ce moment de liberté, occupé en majorité par de nombreux jeux.

20 août 2013



Les enfants sont suivis par le Chulalongkorn Hospital, ce dernier leur confiant la majorité des orphelins. Grâce à des photos, nous observons que de nombreux enfants très malades au moment de leur arrivée vont maintenant beaucoup mieux.

La prise des médicaments fait partie du quotidien, tous les jours à 7 h et 19 h.

Ceci est bien accepté par les enfants et considéré comme un évènement de la journée au même titre que les repas. Tous les enfants sont conscients de leur état, qui leur est révélé dès qu'ils sont en âge de comprendre. Cependant, bien que ses petits pensionnaires semblent évoluer dans un cadre tolérant, la directrice nous explique recevoir souvent leurs questions à propos de mauvaises attitudes de certaines personnes envers eux, atteints du VIH.

20 août 2013

À la suite de nos questions, la directrice nous révèle aussi que les moyens limités ne lui permettent pas de garder comme pensionnaires les adultes de plus de 20 ans, ni de les envoyer suivre une formation secondaire. Nombreux sont ceux qui ne vont pas à l'université et retournent dans leur famille pour exercer un travail afin de gagner leur vie.

Le lendemain matin, au cours du petit-déjeuner, nous accueillons des bénévoles chargés de nombreux objets divers et de jouets, au grand plaisir des enfants.



20 août 2013

Après un après-midi plein de partage et d'amusement, il est temps pour nous de faire nos adieux et de rentrer à Bangkok, riches de cette expérience.



V. Conclusion

En conclusion, la prise en charge des patients est adéquate malgré de nombreuses divergences avec la méthode qui nous est enseignée en Suisse.

La population thaïlandaise bénéficie d'une assez large couverture médicale malgré des inégalités toujours criantes.

Ce stage nous a également permis d'étendre nos connaissances sur tout ce qui entoure la recherche et la clinique du VIH.

Enfin, le message le plus important est qu'il est possible pour les personnes infectées par le VIH d'avoir une vie normale et d'être utile à leur communauté, qu'ils ne sont pas une menace ni un fardeau pour leur entourage et qu'un soutien moral fait souvent toute la différence dans cette lutte contre la maladie. En ce qui concerne cette partie, il reste encore un long chemin à parcourir à ce pays.

VI. Impressions générales

Ce stage fut, pour nous, une excellente expérience, aussi bien sur le plan clinique, humain, que culturel.

Premièrement, ce fut d'abord notre toute première approche du milieu clinique. Ce stage nous a permis de prendre une plus ample mesure de la réalité du terrain. Nous avons aussi pu exercer nos premiers gestes techniques sur de vrais patients comme ce fut le cas lors de la campagne de vaccination à l'orphelinat Camillian Home.

Ce fut aussi notre premier contact avec le milieu pédiatrique, milieu encore plus touchant que le monde des adultes.

Deuxièmement, nous avons été très agréablement surpris du chaleureux accueil que nous a réservé l'ensemble du personnel, toujours disponible pour répondre à nos questions, délivrant sans réserve conseils et petites astuces. Ils n'ont pas hésité à nous proposer de les accompagner partout où ils se rendaient même si nous n'étions pas programmés à la base. L'hospitalité thaïlandaise n'est donc pas une simple légende !

Pour finir, ce stage fut une formidable expérience culturelle, en outre, lors des visites à domicile ou à l'orphelinat, nous avons pu nous rendre au plus près de la population locale et observer leurs us et coutumes et partager une partie de leur quotidien. Cela nous a permis de mieux comprendre leurs réactions par rapport à la maladie ou au traitement.

En somme, un bilan très positif, malgré la barrière de la langue parfois handicapante.

20 août 2013

VII. Remerciements

Pour terminer, nous souhaiterions adresser un grand merci à toutes les personnes qui nous ont aidés à préparer ce stage et à le concrétiser, à savoir :

Le professeur Bernard Hirschel, responsable de l'unité VIH/SIDA des hôpitaux universitaires de Genève, qui fut notre contact à Genève.

La doctoresse Jintanat Ananworanich, responsable du HIV NAT, qui fut notre contact en Thaïlande.

La doctoresse Thanyawee Puthanakit, médecin dans le service de pédiatrie du Chulalongkorn Memorial Hospital de Bangkok.

Le docteur Torsak, médecin du service d'infectiologie du Chulalongkorn Memorial Hospital de Bangkok.

Praneet Pinklow, coordinatrice au HIV NAT.

Peenon, infirmière et assistante sociale.

Toute l'équipe du Camillian Home et du Baan Gerda Village.

Et, bien sûr, toute l'équipe de l'Université de Médecine de Genève nous ayant permis de partir à l'étranger.

VIII. Annexes

a. Bibliographie

<http://letandemclasante.net/wordpress/2012/02/systeme-soin-thailande-enjeux-sante/>

<http://www.thailande-fr.com/expat/sante/746-thailande-latout-sante>

<http://fr.scribd.com/doc/28703391/La-Sante-en-Thailande>

<http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=th&v=35&l=fr>

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/NEWSFRENCH/0,,contentMDK:21026129~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074931,00.html>

https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_Thailand

<http://thailand.angloinfo.com/healthcare/health-system/>

<http://www.allianzworldwidecare.com/healthcare-in-thailand>

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2244f/1.3.html>

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2003_num_21_1_1579

<http://www.humanite.fr/node/416768>

<http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/thailand/>

<http://www.msf.fr/actualite/articles/thailande-volonte-politique-et-medicaments-generiques>

<http://kanchanapisek.or.th/kp7/chula/chula.html>

<http://www.hivnat.org/en/about-us/>

<http://www.quandl.com/health/thailand-all-health-indicators>

<http://www.statistiques-mondiales.com/thailande.htm>

<http://www.aidsocietyap.org/member.php?mid=45>

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

<http://maytermthailand.wordpress.com/2012/05/05/the-health-care-system-in-thailand-3-2/>

<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/fr/index.html>

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/2011130_ua_report_en.pdf

http://www.wto.org/french/docs_f/legal_f/27-trips_04c_f.htm

<http://www.lepetitjournal.com/bangkok/accueil-bangkok/99897-actu-societe.html>

<http://www.chulacrc.org/laboratory.html>

http://www.guidethaillande.com/articles/bangkok/chirurgie_esthetique_hopitaux_prives_bangkok.php

<https://www.google.fr/imghp?hl=fr&tab=wi>

b. Emploi du temps

22 mai	10 h à 12 h 13 h 30 à 14 h 14 h 30 à 15 h	Adult HIV clinic at Chula Hospital Visit laboratory at Chula Hospital Visit Nurse department at HIV NAT
23 mai	10 h à 11 h 30	Visit CRA and monitoring department Visit pharmacy department
24 mai		Public Holiday
25 mai		Week-end
26 mai		Week-end
27 mai	8 h à 12 h 12 h à 13 h	HIV NAT clinic Journal club at HIV NAT meeting room
28 mai	8 h à 12 h	HIV NAT clinic
29 mai	8 h 30 à 12 h	Adult HIV clinic at Chula hospital
30 mai	Toute la journée	Home visit
31 mai	Toute la journée	Visit Camillian Home
1 juin		Week-end
2 juin		Week-end
3 juin	10 à 12 h 12 h à 13 h	Pediatric ID round at Chula hospital Clinical case discussion at HIV NAT meeting room
4 juin	9 h à 12 h	OPD pediatric at Chula hospital
5 juin	8 h 30 à 12 h	Adult HIV clinic at Chula hospital
6 juin	9 h à 12 h	OPD pediatric at Chula hospital
7 juin	Toute la journée	Visit Baan Greda
8 juin	Toute la journée	Visit Baan Greda
9 juin		Week end
10 juin	10 h à 12 h 12 h à 13 h	Pediatric ID round at Chula Hospital Journal club at HIV NAT meeting room
11 juin	9 h à 12 h	OPD pediatric at Chula hospital
12 juin	9 h à 12 h	Adult HIV clinic at Chula hospital
13 juin	10 h à 12 h	Pediatric ID round at Chula Hospital
14 juin	9 h à 12 h	OPD pediatric at Chula hospital