

*« L'institutionnalisation d'un continuum de prise en charge
des séropositifs VIH/sida Etude de cas à Hanoi (Viêt-Nam) »*

DE LOENZIEN Myriam

loenzien@ird.fr

IRD-LPED - FRANCE

Résumé

Au Viêt-Nam, la mise en œuvre des OMD intervient dans un contexte de restructuration socio-économique initiée depuis les années 1980. Sur le plan sanitaire, ces dernières années ont été marquées par la survenue de plusieurs épidémies (VIH, Sars, grippe aviaire, grippe A). L'épidémie VIH/sida dont le premier cas de séropositivité est apparu en 1990 a connu une forte propagation. La lutte contre cette infection a reçu une aide internationale massive. Cependant, l'utilisation de ces ressources s'est heurtée au manque d'infrastructures. Le Viêt-Nam a dû mettre en place rapidement un dispositif complexe. Comment cela se traduit-il au niveau local ? En particulier, comment se met en place localement un dispositif de prise en charge des séropositifs VIH/sida ? Nous prenons le cas du premier programme de prise en charge gratuite à visée thérapeutique utilisant des antirétroviraux au Viêt-Nam. Il s'agit d'une action pilote lancée en 2004 à Hanoi, qui a fourni une première base à une généralisation des antirétroviraux.

Nous approfondissons ici la façon dont le programme s'est mis en place, sa perception par les patients et le personnel hospitalier. Cette étude permet de mieux comprendre les difficultés auxquelles se heurte la lutte contre le VIH/sida en lien avec les OMD.

Lutte contre le VIH/sida et OMD au Viêt-Nam

La lutte contre le VIH/sida a été marquée par des décisions fortes : abandon de la politique des fléaux sociaux, adoption d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida puis d'une loi sur la lutte contre le VIH/sida, mise en place de dispositifs de prise en charge des séropositifs.

Les OMD au Viêt-Nam

L'adoption des OMD est intervenue dans un contexte socio-économique et politique marqué par une profonde restructuration du pays. Après la réunification du pays en 1975, le Viêt-Nam a développé un système socio-politique succédant à 30 années de conflit commencées au moment de la déclaration d'indépendance du pays survenue en 1945. La crise des années 1970-1980 a donné lieu à une série de réformes dans le cadre de la politique du Renouveau (Dôï Moi) initiée en 1986. Ces réformes avaient trois objectifs : passer d'une économie centralisée et planifiée à une économie de marché, développer un régime démocratique pour le peuple et par le peuple, et renforcer la coopération du Viêt-Nam avec les autres pays. Cette orientation a permis un développement socio-économique du pays (Socialist Republic of Vietnam, 2005).

Les objectifs du millénaire pour le développement adoptés en septembre 2000 ont été adaptés et intégrés à la stratégie nationale de développement socio-économique 2001-2010 du Viêt-Nam. Celle-ci visent à sortir le pays de son statut de pays sous-développé, à améliorer les conditions de vie de la population d'un point de vue physique, social et culturel, à développer une économie de marché à orientation socialiste ainsi qu'à établir les fondements d'un pays industrialisé moderne pour 2020 (Socialist Republic of Vietnam, 2005).

Malgré une forte baisse du niveau de pauvreté et des performances relativement bonnes concernant plusieurs des OMD, le Viêt-Nam rencontre des difficultés dans divers secteurs. Les ressources budgétaires du gouvernement ne sont pas suffisamment efficacement utilisées, les inégalités de revenu entre régions s'accroissent, l'accès aux services sociaux reste difficile dans certaines régions, l'inégalité entre hommes et femmes demeure, la pollution s'accroît et la propagation du VIH/sida est jugée préoccupante (Socialist Republic of Vietnam, 2005).

L'épidémie VIH/sida

Le premier cas de VIH a été identifié en 1990. Aujourd'hui, malgré un taux de prévalence qui reste relativement faible (0,5%) et une épidémie considérée comme concentrée, le VIH/sida constitue depuis 2003 la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation routière (Vu et al., 2008). La prévalence chez les adultes a augmenté de 0,3% fin 2001 à 0,4% fin 2003 (Population Reference Bureau, 2004). La majeure partie des cas déclarés est constituée de consommateurs passés ou actuels de drogue par voie intraveineuse (73% en 2006). Par conséquent près des deux tiers des cas rapportés de séropositivité sont constitués d'hommes âgés de moins de 29 ans (Vu et al., 2008). La transmission par voie sexuelle représente une proportion relativement faible (16% en 2006) (Vu et al., 2008) mais en augmentation, dans un contexte où l'incidence de l'épidémie est relativement forte (1,4 pour mille en 2006 versus 0,2 pour mille en 1999) (Vu et al., 2008). Ainsi, la prévalence a triplé chez les femmes enceintes, passant de 0,09% en 1998 à 0,28% en 2002 (Ruxrungtham et al., 2004). Les données sentinelles donnent des prévalences supérieures à 1% chez les femmes en consultation prénatale dans quatre provinces (World Health Organisation, 2004) et l'épidémie est présente dans les 61 provinces du pays.

Hanoi, capitale politico-administrative du Viêt-Nam, est située dans le delta du Fleuve Rouge, région à très forte densité démographique à proximité de la province la plus affectée par l'épidémie¹ et dans la quelle se trouve Haiphong, ville portuaire et deuxième centre le plus affecté par l'épidémie en terme de prévalence² du VIH. La ville de Hanoi compte environ 2,7 millions d'habitants dont 57% d'urbains (General Statistical Office, 2001: 3). Elle est composée du centre très densément peuplé, totalement urbanisé et peu étendu géographiquement, et d'une périphérie dont la superficie représente dix fois celle du centre et où la quasi-totalité de la population est rurale, avec des densités plus faibles. Le premier cas de séropositivité de la ville a été rapporté en 1993 (Hôpital Đông-Da, 2003: 91). En 2004, Hanoi occupait le sixième rang national en termes de taux de prévalence du VIH, avec 0,2% (Gouvernement de la République Socialiste du Viêt-Nam, 2004), soit environ 5000 cas rapportés de VIH.

Contexte institutionnel de la lutte contre le VIH/sida

La lutte contre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies constitue le 6^{ème} objectif du millénaire pour le développement (OMD) adopté par le Viêt-Nam. Il vise à « arrêter et inverser la propagation du VIH/sida pour 2015 ». Le 6^{ème} OMD est étroitement liée au autres objectifs, notamment l'éradication de la pauvreté extrême et la faim (1^{er} OMD), la promotion de l'égalité de genre et le renforcement du pouvoir des femmes (3^{ème} objectif), la réduction de la mortalité infantile (4^{ème} objectif), l'amélioration de la santé maternelle (5^{ème} objectif) et le développement d'un partenariat mondial pour le développement (8^{ème} objectif). La lutte contre le VIH/sida suppose un arbitrage entre l'efficacité que peut conférer à un programme son caractère vertical, jusqu'ici

¹ Il s'agit de Quang Ninh où le taux de prévalence est de 0,58% (Gouvernement de la République Socialiste du Viêt-Nam, 2004).

² La prévalence est de 0,34% (Gouvernement de la République Socialiste du Viêt-Nam, 2004).

privilegié dans la lutte contre le VIH/sida et les synergies qui se développent dans l'intégration des services sanitaires.

Le 6^{ème} OMD fait partie des objectifs qui peuvent potentiellement être atteints sans que cette probabilité puisse être affirmée (United Nations Country team, 2001). De nombreux problèmes demeurent : le manque d'infrastructures, la faiblesse de la prise en charge des patients séropositifs, des services de conseil et de test volontaire des femmes enceintes, les coûts élevés des traitements, une forte discrimination à l'égard des personnes atteintes, le manque de traitements, de tests de dépistage de sang disponible pour les transfusions (Socialist Republic of Vietnam, 2005). Les services de communication et de conseil sont peu efficaces et la coordination entre ministères insuffisante. La lutte contre le VIH/sida au Viêt-Nam bénéficie d'une aide bilatérale et multilatérale massive de programmes et agences tels que l'Onusida, le Fonds Mondial, la Banque Mondiale et le PEPFAR des Etats-Unis. Au début des années 2000, elle n'est pas toujours parvenue à absorber toutes les ressources mises à sa disposition par les agences bilatérales et multilatérales en raison des limites liées à ses infrastructures. La principale difficulté ne réside pas tant dans le manque de ressources mais dans l'optimisation des moyens mis en œuvre.

La virulence des messages relatifs à une atteinte VIH/sida lancés avant 2004 explique en grande partie une forte stigmatisation à l'égard des personnes séropositives, associées à des consommateurs de drogue injectable pour les hommes, des prostituées pour les femmes. Cette politique a évolué vers une mobilisation de l'ensemble de la société avec l'adoption d'une Stratégie Nationale de lutte contre le VIH/sida en 2004 puis l'adoption en 2007 d'une loi sur le VIH/sida instituant un meilleur soutien aux personnes infectées et familles comportant une personne séropositive (Loenzien, 2009). Le rôle pris par des acteurs informels dans la lutte contre le VIH/sida est spécifiquement encouragé dans les textes de loi. Les familles et communautés sont appelées à lutter contre la stigmatisation envers les personnes séropositives et leurs proches, à promouvoir l'accès aux soins et plus largement à se mobiliser. Les organisations de masse ont également participé à cette mobilisation. Le rôle de la famille a reçu une attention particulière (Socialist Republic of Vietnam, 2005). Cette composante informelle importante peut difficilement faire l'objet d'une mesure chiffrée susceptible d'être prise en compte dans les OMD. Elle constitue cependant un phénomène déterminant pour l'élaboration des programmes et l'évaluation de leur impact.

La prise en charge des personnes séropositives comprend une grande diversité de tâches, de la prévention aux soins palliatifs. Elle implique un ensemble cohérent et coordonnés d'actions. Le Viêt-Nam a établi des centres de traitement et de consultation. Le département de médecine préventive et du VIH/sida a été mis en place sous la supervision du Ministère de la Santé et la décentralisation a été un moyen utilisé pour promouvoir la participation des institutions locales. On estime qu'en 2003 au Viêt-Nam, 22 000 patients nécessitaient une prise en charge par antirétroviraux. Or, ils ne sont que 1000 à en recevoir en 2004. Hormis les femmes enceintes séropositives à qui une prophylaxie préventive est proposée lorsqu'elles sont dépistées à temps, il s'agit en général de délivrance ponctuelle d'antirétroviraux non gratuits sans programme de prise en charge globale. Avril 2004 marque le démarrage des premiers programmes gratuits de traitement antirétroviraux du VIH/sida à visée thérapeutique.

Etude socio-démographique d'un dispositif de prise en charge

Notre étude a été réalisée en articulation avec le programme de prise en charge globale des patients VIH/sida mené au sein des hôpitaux Đông Da et Saint-Paul à Hanoi dans le cadre de l'initiative qui vise à offrir gratuitement une prise en charge globale du VIH/sida par traitement

antirétroviral dans une structure hospitalière publique dans le cadre des stratégies de *Comprehensive Care*.

Cadre de l'étude

L'hôpital Đông-Da dans lequel se situe le programme de prise en charge est situé dans un arrondissement de Hanoi central, urbanisé et densément peuplé (33 000 habitants au km²) avec une population de 328 000 habitants (Ledent, 2002: 74). L'hôpital polyclinique municipal Đông-Da est l'hôpital de référence pour la prise en charge des séropositifs à Hanoi. Ses missions sont de trois types (Nguyễn, 2001). (1) Il dispense des consultations, des soins aux habitants de Hanoi, notamment aux résidents des arrondissements de Đông-Da et Thanh-Xuan. (2) Il prend la tête de la lutte contre les maladies infectieuses dans la ville de Hanoi. Depuis 1996 sur décision du service de santé de la ville, c'est le lieu de référence pour la consultation, le traitement des patients séropositifs VIH/sida sur l'ensemble de la ville de Hanoi. (3) Il assume les soins de santé pour 62 défenseurs de la patrie et les membres de leurs familles. Il comprend 15 services, environ 250 lits et emploie près de 300 personnes.

En 2000, l'hôpital a fait construire le bâtiment du service des maladies infectieuses entré en fonction en 2001. En forme de L, il comprend un rez-de-chaussée et deux étages. Au total, 22 membres du personnel y sont affectés: 7 médecins, 11 infirmiers et 4 aides-soignants (Trần, 2003). Le rez-de-chaussée de l'une des ailes du bâtiment est consacré aux personnes séropositives VIH/sida. Il est équipé de 17 lits, ce qui représente un peu moins de la moitié des lits du service (40 lits). Deux médecins, deux infirmiers et un aide-soignant se consacrent aux patients séropositifs, soit un quart du personnel du service. Les autres soignants interviennent dans cette partie du service essentiellement au moment des gardes de nuit. Le service des maladies infectieuses a enregistré une forte croissance du nombre de consultations au cours des dernières années, d'un effectif de 32 en 1998 à 184 en 2001 puis 566 en 2003 (Trần, 2004). Cette croissance concerne tant les consultations externes que les hospitalisations des personnes séropositives et des autres. Elle est liée à la mise en place au sein de l'hôpital en 2001 d'un service de consultation externe en coopération avec le Center for Disease Control (CDC) américain pour la prise en charge des maladies opportunistes.

En 2002-2003, l'hôpital Đông-Da a réalisé des consultations, du conseil et des mises sous traitements antirétroviral de personnes séropositives VIH/sida. Au total, 251 patients avaient un dossier médical dans l'hôpital dont 94 recevaient un traitement antirétroviral (Trần Quốc Tuấn, 2003). Il s'agissait cependant de traitements financés par les patients et sans système de prise en charge globale. A la suite du protocole d'accord signé en octobre 2002 entre les ministères français et vietnamiens de la Santé, une convention a été signée entre deux hôpitaux de Hanoi et le groupe d'intérêt public ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau) en juin 2003. Le projet prévoyait la mise sous traitement de 100 patients à Hanoi pour 2004 dans le cadre d'un jumelage inter-hospitalier. Au 31 juillet 2004, 36 patients étaient sous traitement antirétroviral. Ils étaient tous pris en charge dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Đông-Da tandis que l'hôpital Saint-Paul était impliqué dans le travail de laboratoire.

Vue d'ensemble de l'étude

Cette étude sociodémographique visait à documenter les conditions de prise en charge des personnes séropositives. Il s'agissait de documenter l'adhérence et l'observance aux traitements des personnes sous antirétroviraux, d'identifier des ressources pour la prise en charge psycho-sociale des séropositifs, de fournir des indicateurs pour le monitoring et l'évaluation des activités de prise en

charge psycho-sociale des séropositifs. Ce travail devait permettre de proposer des mesures pour développer et améliorer la qualité et l'intégration des services de conseil, d'information, de communication et de prise en charge sociale des séropositifs.

L'enquête a été réalisée en 2004-2005 par une équipe de démographes et de sociologues de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD, UMR 151 LPED) et de l'Institut de Recherche Populations et Sociétés (IPSS) de l'Université Nationale d'Économie à Hanoi en 2004 et 2005 à Hanoi. Elle a été menée au sein de l'hôpital Đông Da de prise en charge des séropositifs de la ville auprès des patients, de leurs familles et de soignants. Nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs auprès de 41 patients, 22 proches appartenant à 19 familles de patients, 8 membres du personnel biomédical, des observations de consultations et une étude statistique des dossiers des patients. Il s'agissait de collecter des informations sur les circonstances de l'entrée en traitement et la façon dont se passe la prise en charge.

Cette enquête comportait 4 volets réalisés simultanément sur une durée d'un an et demi :

- une étude des dossiers des patients en soins de jour et des patients hospitalisés,
- une observation des consultations,
- la réalisation d'entretiens qualitatifs auprès de patients et de leurs familles,
- des entretiens qualitatifs et une enquête quantitative auprès du personnel hospitalier.

Chacun de ces volets permet d'apporter des éléments de réponse aux problèmes de l'institutionnalisation d'une prise en charge des séropositifs VIH/sida.

Deux types de prise en charge liés

Bien que l'on distingue les deux types de patients et deux types de soins, les liens entre soins ambulatoire et hospitalisation des personnes séropositives sont étroits : les deux types de prise en charge sont situés au sein du même service de l'hôpital, ils s'adressent à des patients dont les profils sociodémographiques sont similaires caractérisées, par des prises de risque multiples et qui ont souvent recours à plusieurs types de prise en charge.

Analyse des dossiers et observations

Nous avons analysé les dossiers de patients en soins ambulatoires. De début avril à fin juillet 2004, l'hôpital Đông-Da de Hanoi a mis sous traitement antirétroviral 41 patients séropositifs VIH/sida dans le cadre du programme d'accès gratuit. Nous avons également

observé les hospitalisations au sein du service des maladies infectieuses de l'hôpital Đông-Da du 10 mai au 9 juillet 2004, c'est-à-dire pendant une période de deux mois. Ces résultats se fondent sur l'analyse de la partie sociodémographique des dossiers, complétée de discussions informelles avec les médecins et infirmières et d'observations.

Deux types de soins au sein du même service

Les consultations de jour des patients traités par antirétroviraux dans le cadre du programme gratuit sont situées au rez-de-chaussée du bâtiment des maladies infectieuses qui comporte trois étages. L'accès à la salle de consultation peut se faire de deux côtés du bâtiment: du côté des salles de consultation, ou à travers le service d'hospitalisation réservé aux patients séropositifs VIH. Dans ce cas, on passe au milieu des chambres des patients hospitalisés, dont les portes et les fenêtres qui donnent sur le couloir sont en général ouvertes. Le contact est donc facile, d'autant plus que certains

patients et des membres de leur famille circulent et stationnent dans le couloir.

Les patients en soins ambulatoire sont répartis en cinq cohortes. Les inclusions ont eu lieu tous les 2 à 3 mois au cours de l'année 2004 et en mai 2005 pour la dernière cohorte. Chaque cohorte comporte une vingtaine de patients. Quelques patients ont été inclus après que la cohorte correspondant ait commencé le traitement. Au total, 115 patients ont été traités et suivis (tableau 1)

Tableau 1 : Cohortes d'inclusion : calendrier des consultations et effectif des patients au 26-05-2005

	cohorte	1	2	3	4	5	Ensemble
effectif des patients	début	22	18	24	21	24	109
	fin	16	18	25	19	26**	104
	Arrêts	6	1	1	3	0	11
	Nouveaux	0	1	2	1	2	6
première	consultation	02 04 04	19 06 04	17 09 04	29 12 04	09 05 05	-
Dernière*	Consultation	24 12 04	3 12 04	10 12 04	01 02 05	-	-
Effectif des	Consultations	22	13	9	4	2	50

* avant le passage aux groupes de traitement

** effectif fin mai 2005

Source: Etude socio-démographique IRD-CP/UNE-ISDS 2004-2005

Au 31 juillet 2004, on comptait 5 interruptions de traitement, ce qui représente un effectif relativement faible étant donné le caractère novateur de cette initiative, sa complexité technique, la quasi absence d'expérience préalable des équipes de soignants dans ce domaine, le caractère très dégradé de la santé des patients séropositifs candidats au traitement et le caractère relativement modeste des moyens disponibles, l'initiative étant largement laissée à une infrastructure sanitaire publique.

Dans les trois premières cohortes, 8 patients ont interrompu leur traitement, soit un taux d'échec d'un patient sur 8. Ces échecs sont liés pour moitié (4 patients) aux décès du patient, à l'abandon du traitement pour un quart (2 patients dont une femme décédée par la suite) et à la reprise de la toxicomanie pour un quart (2 patients dont un est décédé par la suite). Il est important de faire la distinction entre les patients décédés pendant leur traitement et ceux qui sont décédés après l'arrêt de leur traitement en raison de grave problèmes de santé pour l'un, d'une reprise de la toxicomanie pour l'autre. Parmi les personnes ayant abandonné leur traitement, l'une est un homme marié de 43 ans qui avait des responsabilités professionnelles et ne tenait pas à ce que son statut sérologique soit connu. Il venait en général tard aux consultations, lorsque la plupart des autres patients étaient déjà partis afin d'éviter de les rencontrer. L'abandon intervenu après deux mois de traitement pourrait être lié à la peur de voir son statut sérologique dévoilé et à l'influence du traitement sur ses activités professionnelles. Le patient qui avait interrompu son traitement car il avait repris sa toxicomanie et est décédé par la suite était un homme de 40 ans. Son arrêt de traitement est intervenu après 6 consultations, soit après environ un mois de traitement. Elle est la conséquence de la demande de la famille du patient qui, dans le souci de ne pas priver un éventuel candidat au traitement, a fait part à l'équipe soignante de la conduite du patient inadaptée aux exigences du traitement. Un autre patient décédé était un homme célibataire de 25 ans qui avait appris sa séropositivité en 1997 et avait

commencé à s'injecter de la drogue en 1996. Il avait été hospitalisé peu de temps avant son décès pendant cinq jours. Ce séjour avait été abrégé à sa demande car il craignait, disait-il, de reprendre de la drogue en raison de patients consommateurs de drogue qui continuent de s'injecter de la drogue dans l'hôpital. Il est mort une semaine après sa sortie de l'hôpital. Selon les déclarations d'un médecin, il est mort en raison de son état de faiblesse et parce qu'il avait repris une consommation de drogue. Ces trois exemples d'échecs illustrent les limites des capacités de prise en charge par les infrastructures sanitaires.

Du 10 mai au 9 juillet 2004, selon les informations que nous avons collectées quotidiennement auprès de l'hôpital, 81 personnes ont été hospitalisées au sein de la partie du service des maladies infectieuses réservée aux patients séropositifs VIH. Le nombre de personnes hospitalisées simultanément présentes dans cette partie du service a varié de 8 à 22 patients avec une moyenne de 14 patients, répartis dans cinq chambres de trois à six lits. Il est courant dans certains hôpitaux du Viêt-Nam que les patients soient deux par lit. Il arrive dans ce service qu'un même lit soit attribué à deux malades. Cependant, ceux-ci s'arrangent en général pour se procurer un lit supplémentaire d'appoint.

Parmi les patients hospitalisés, certains ont fait plusieurs séjours à l'hôpital. Nous nous intéressons ici aux séjours effectués jusqu'à début juillet 2004. On connaît la durée de cinq séjours sur 6, les autres correspondant à des séjours inachevés. Pour les séjours connus, la durée varie de 1 à 71 jours, cette durée restant exceptionnelle puisque les autres atteignent au maximum 39 jours. La durée moyenne des séjours est de 12 jours, avec une médiane de 9 jours. La variabilité de la durée des séjours est importante.

7 patients hospitalisés étaient des détenus, soit un peu moins d'un patient sur 10. Il s'agissait d'hommes âgés de 22 à 38 ans. Ils sont restés 9 à 12 jours dans le service, ce qui correspond à la durée de séjour moyenne de l'ensemble des patients hospitalisés. Pour éviter qu'ils ne s'enfuient étant donné qu'ils étaient en chambre collective, ils portaient en général des fers aux pieds et étaient surveillés par du personnel pénitentiaire en faction à l'entrée du bâtiment.

Alors que les femmes sont dix fois moins nombreuses que les hommes, en termes de jour-patient, leur présence est vingt fois moindre. Elles font des séjours en général plus courts que les hommes. La seule personne dont le séjour n'a duré qu'un jour est une femme décédée le jour de son arrivée. Parmi les 6 personnes qui ont séjourné deux jours, venues un jour et reparties le lendemain, la moitié était des femmes. Parmi elles, l'une est décédée le lendemain de son arrivée. Cette tendance à des séjours courts chez les femmes pourrait être liée au fait que celles-ci ont tendance à attendre plus longtemps avant de se faire hospitaliser, et donc à être dans un état de santé globalement plus dégradé que les hommes.

Une population plutôt masculine, jeune et socialement fragilisée

Les patients hospitalisés et les personnes traitées dans le cadre du programme gratuit par antirétroviraux forment une population proche de celle des cas déclarés de séropositivité VIH au Viêt-Nam: essentiellement masculine et relativement jeune qui cumule plusieurs handicaps économiques et sociaux.

Comme pour l'ensemble des cas déclarés de séropositivité VIH/sida du pays, la population des patients est fortement masculine (7 patients sur 10 sont des hommes en soins ambulatoires, 9 sur 10 pour les hospitalisés), jeunes: en moyenne 30 ans (de 22 à 44 ans, avec un âge médian de 28 ans) pour les patients en soins ambulatoires, 28 ans et demi (de 19 à 42 ans avec une médiane de 29 ans)

pour les patients hospitalisés (tableau 2). Ces données sont à interpréter avec précaution : le dossier des patients en soins ambulatoires comporte un formulaire sur lequel pour plus d'un patient sur 12, l'âge donné diffère de 1 à 5 ans de celui qui figure en tête du dossier.

Toutes les personnes en soins ambulatoires déclarent habiter Hanoi : cela constitue une condition d'admission dans la file active. Près des deux tiers habitent Đông-Da ou un arrondissement à proximité. Les autres sont dans des arrondissements situés de l'autre côté du Fleuve Rouge. A titre d'exemple, Đông-Anh est à une quinzaine de kilomètres de l'hôpital. Il faut compter trois quart d'heures à une heure pour parcourir cette distance en utilisant divers moyens de transports. La proximité des hospitalisés avec l'hôpital est plus hétérogène pour les patients hospitalisés mais elle reste très forte. Davantage de patients (un sur 6) déclarent habiter l'arrondissement Đông-Da, un peu moins de la moitié habite un quartier environnant et seulement une personne sur 6 est domiciliée dans un quartier plus lointain, au-delà du Fleuve Rouge. Deux personnes déclarent habiter dans une autre province, notamment Quang Ninh dans le Nord du pays et Thanh Hoa dans le Centre.

Tableau 2 : Profil des patients traités par ARV et hospitalisés

	Patients sous ARV	Patients hospitalisés
Inclusions	41 patients	14 patients par jour en moyenne
Proportion d'hommes	7/10	9/10
Age moyen	30 ans	29 ans
Proportion d'anciens utilisateurs de drogue	Plus de 3/4 des hommes, aucune femme	3/4 des hommes, 1/4 des femmes
Bilan	3 décès + 1 interruption + 1 abandon = 5 arrêts pour 79 mois-patients	1 patient sur 7 vient pour des problèmes liés au VIH/sida, 1 patient sur 8 en stade sida déclaré

Source: étude sociodémographique IRD-ISDS 2004

Un tiers des patients en soins ambulatoires et un quart des patients hospitalisés déclare exercer une activité économique. Il s'agit dans la plupart des cas d'une activité libérale telle que du commerce, de l'agriculture ou de l'artisanat. Pour la moitié des patients en soins ambulatoire, l'activité socio-économique n'est pas indiquée. La plupart des patients hospitalisés n'ont donc pas d'activité professionnelle, que ce soit en tant qu'employé ou qu'indépendant. Par conséquent, ils ne sont pas assurés. Selon un règlement récent au Viêt-Nam, l'assurance santé exclut spécifiquement les personnes séropositives VIH. Ceux-ci ne peuvent pas souscrire à un contrat d'assurance santé et s'ils sont déjà adhérents, ils ne peuvent pas en bénéficier pendant leur traitement. Par conséquent, aucun patient ne bénéficie d'une assurance. Ils doivent donc prendre en charge eux-mêmes l'intégralité des frais de leur hospitalisation.

Parmi les patients en soins ambulatoires, la moitié ont été mariés. Quelques personnes parmi les mariés ont déclaré être séparées de leur conjoint. Le lien entre le fait d'avoir été marié et le fait d'avoir eu un enfant est très fort : ceux qui ont déclaré avoir au moins un enfant ont tous déclaré avoir été mariés, seule une personne ayant été mariée déclare ne pas avoir d'enfant. Parmi ceux qui ont un enfant, les deux tiers déclarent en avoir un seul et le tiers déclare en avoir deux. La moitié des personnes ayant déjà été mariées ont un conjoint séropositif. C'est le cas également d'une personne séparée de son conjoint (sur trois). Parmi les (15) personnes qui déclarent avoir des enfants, les deux tiers déclarent que leurs enfants sont séronégatifs, deux déclarent avoir un enfant séropositif, deux

déclarent ne pas connaître le statut sérologique de leurs enfants.

Plus d'un patient hospitalisé sur dix ne donne aucune personne de référence à contacter en cas de problème. Pour les autres, il s'agit en général de membres de leur famille, notamment des parents pour la moitié, principalement la mère et dans une moindre mesure le père. Les frères, sœurs, beaux-frères et belles-sœurs jouent aussi un rôle important: ils sont cités par un patient sur six. Pour le reste, il s'agit d'autres membres de la famille, comme des oncles ou des tantes. Les détenus n'ont souvent pas de personne contact et citent un membre du personnel de la prison dont ils relèvent. Seul un patient sur 6 cite son conjoint. Comme les patients hospitalisés sont en général des hommes, il s'agit en fait de l'épouse. Cette proportion paraît faible. Il est cependant difficile de lui donner un sens car le dossier ne fournit pas d'information sur la situation familiale des patients. De plus, la personne contact n'est pas forcément celle qui s'occupe du patient au quotidien. Quelques détenus sans famille reçoivent des soins financés par l'institution pénitentiaire.

Des prises de risque multiples

Les patients en soins ambulatoires déclarent avoir découvert leur séropositivité entre 1997 et 2004. Les durées écoulées entre la date du test VIH positif et la prise en charge varient donc de zéro à sept ans. La moyenne est de 2 ans et demi et la médiane de deux ans. Tous les patients hospitalisés déclarent être séropositifs, sauf deux qui déclarent avoir fait le test et attendent le résultat. La moitié des patients qui connaissent leur résultat précisent le lieu où ils ont fait le test. Il s'agit en général d'un hôpital (7 cas sur 10), notamment l'hôpital Đông-Da (près de la moitié), l'hôpital Bach-Mai (près du quart) et l'hôpital Saint-Paul (deux patients). Les autres infrastructures mentionnées sont le Centre de médecine préventive, une prison ou un centre de désintoxication. La plupart des patients ont été testés à Hanoi. Les tests ont eu lieu entre 1994 et 2004. Plus de la moitié des patients ont été testés en 2003 ou 2004. Ces résultats suggèrent que la découverte de la séropositivité a été tardive et a souvent eu lieu à la suite de problèmes de santé probablement liés au VIH/sida, notamment la survenue d'infections opportunistes.

Plus des trois quarts des hommes déclarent avoir eu des problèmes de dépendance à la drogue. Ce n'est le cas que d'un quart des femmes hospitalisées et d'aucune femme en soins ambulatoires. L'ancienneté de cette consommation varie de un à 14 ans. La date déclarée de début de cette consommation va de 1990 à 2002. L'âge moyen et l'âge médian déclarés de début d'utilisation de la drogue sont de 21 ans. Il s'agit pour la plupart d'injections d'héroïne. Certains patients affirment avoir consommé de la drogue en la fumant. Tous les patients en soins ambulatoires déclarent ne plus consommer de drogue: c'est une condition d'entrée dans la cohorte. Parmi les patients hospitalisés qui ont consommé ou consomment de la drogue, un sur cinq déclarent être en train de tenter d'essayer de se sevrer dans un centre de rééducation par le travail. Ce sont pour la plupart des pensionnaires de centres de désintoxication de la province de Hà-Tây ou à Hanoi. Il s'agit d'hommes dont les âges varient de 21 à 42 ans. En raison du fait qu'ils n'ont pas encore réussi leur sevrage et du fait qu'ils sont malades, la plupart de ces patients utilisent de la drogue pendant leur hospitalisation, ce qui est très difficile à gérer pour les médecins de l'hôpital. Chez certains de ces patients, la privation de drogue provoque des tensions et des difficultés supplémentaires. Cette consommation dépend de leur volonté personnelle et de leur entourage pour l'approvisionnement.

Parmi les patients en soins ambulatoires, une personne sur six n'a pas répondu à la question concernant l'âge aux premières relations sexuelles. Pour les autres, l'âge moyen aux premières relations sexuelles déclaré, et l'âge médian, sont de 21 ans. Toutes les femmes (à part une qui ne répond pas à cette question) déclarent avoir eu leurs premières le cas que de quelques hommes. La majorité d'entre eux déclarent que leurs premières relations sexuelles ont eu lieu avec une amie. Cette

différence homme-femme correspond probablement davantage à une norme qu'à un comportement réel. Elle coïncide cependant avec le schéma des comportements sexuels en Asie, caractérisé par une dissymétrie où la proportion d'hommes qui ont des partenaires multiples est forte alors qu'elle est faible chez les femmes (Detels, 2004:1). Plus de la moitié des personnes interrogées déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif au moment de leurs premières relations sexuelles. Deux hommes déclarent avoir été atteints d'une blennorragie. La majorité des patients déclarent utiliser des préservatifs depuis la découverte de leur séropositivité.

Pluralité des recours

Un quart des patients traités par le programme gratuit par antirétroviraux ont été hospitalisés au sein du service des maladies infectieuses de l'hôpital Đông-Da au cours des quatre premiers mois de l'année 2004. Ceci explique qu'ils aient eu connaissance du programme car à cette période, l'information de l'existence du programme était encore peu répandue à l'extérieur de l'hôpital. Du 10 mai au 9 juillet, deux patients traités par antirétroviraux dans le cadre du programme gratuit par antirétroviraux ont été hospitalisés et sont donc pris en compte. Ils ont été hospitalisés après leur mise sous traitement antirétroviral VIH. Parmi les patients hospitalisés qui participent programme gratuit par antirétroviraux, un patient est décédé. Une des raisons de cette identité des deux populations tient au fait qu'au moment de la réalisation de cette étude, le programme de soins ambulatoires en phase de démarrage n'était pas encore connu de beaucoup de gens. Les patients qui ont eu la possibilité de participer étaient souvent des personnes hospitalisées depuis le début du programme qui remplissaient les critères d'éligibilité (séropositivité, résidence à Hanoi, taux de CD4 inférieur à 400).

Les patients hospitalisés à l'hôpital Đông-Da ont fait pour certains plusieurs séjours à l'hôpital Đông-Da, dans un autre hôpital ou dans d'autres infrastructures de santé. Du 10 mai au 9 juillet, 5 des 81 patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Đông-Da y ont séjourné deux fois. Par ailleurs, 7 autres avaient déjà été hospitalisés dans ce service au cours des quatre premiers mois de l'année 2004. Au total, un peu moins d'un patient sur 6 a été hospitalisé deux fois dans ce service au cours des six premiers mois de l'année. Parmi les 81 patients hospitalisés, 4 sur 10 viennent d'une autre infrastructure sanitaire. Il s'agit dans plus de la moitié des cas d'un autre hôpital, notamment l'hôpital Bach-Mai de Hanoi.

Au cours de ce séjour, les patients hospitalisés ont été envoyés directement au service des maladies infectieuses. Aucun n'a été hospitalisé dans un autre service de l'hôpital. Ceci est probablement lié au fait que leur séropositivité était déjà connue ou fortement soupçonnée dès leur arrivée. Pour 8 patients hospitalisés sur 10, plusieurs raisons à leur entrée à l'hôpital sont inscrites dans leur dossier. La première est la fièvre (deux tiers de patients), puis la toux (4 patients sur 10), la diarrhée, la fatigue ou des problèmes tels que l'herpès ou le zona (chacune plus d'un patient sur 7). Plus rarement, la raison de l'hospitalisation est la survenue de problèmes liés au VIH/sida (un patient sur 6). Quelques dossiers indiquent que le patient est en stade de sida déclaré (un patient sur 8). A l'issue de leur séjour, 9 patients, soit un sur sept, ont été transférés vers un autre hôpital. Ils ont été envoyés pour la plupart à l'hôpital de la tuberculose de Hanoi. On a enregistré 8 décès sur la période, soit un peu moins d'un par semaine correspondant à un peu moins d'un patient sur dix. La durée d'hospitalisation des patients décédés est très variable. Par conséquent l'hôpital ne constitue pas toujours un recours ultime où les patients viennent mourir : lorsqu'ils le peuvent ils retournent chez eux avant de décéder.

Limites de la prise en charge ambulatoire

L'observation des consultations nous a permis d'étudier deux limites à la prise en charge

ambulatoire : les absences des patients aux consultations et la difficulté à établir un calendrier de consultations adéquat.

Observation des consultations

L'observation que nous avons menée porte sur les trois quarts des consultations (36 sur 48) ambulatoires qui ont eu lieu de juin 2004 à février 2005 (tableau 1). Les consultations qui n'ont pas été observées sont systématiquement les premières de chaque cohorte car l'équipe n'était informée qu'avec retard du démarrage du traitement. C'est particulièrement le cas de la première cohorte pour laquelle la moitié des consultations (11 sur 22) ont été observées car la collecte des données a commencé avec la 12ème consultation. L'observation des consultations a commencé à la 2ème consultation pour la deuxième cohorte tandis qu'elle couvre l'ensemble des consultations des deux dernières cohortes. Par conséquent, les consultations de la première cohorte sont celles de patients plus "expérimentés". Cette dissymétrie est minimisée par le fait que les patients de la première cohorte ont participé à la mise en place du dispositif de prise en charge au sein de l'hôpital. Le traitement a donc été plus rapide à se mettre en place pour les suivantes. Outre la façon dont se déroulent les consultations, nous nous sommes intéressés aux personnes qui accompagnent les patients.

Étant donné les arrêts de traitement et les inclusions tardives, le nombre de patients prévus pour une consultation a varié de 16 à 19 pour la première cohorte, 18 à 19 pour la deuxième cohorte et a été fixé à 26 pour la troisième cohorte. La taille des cohortes a donc eu tendance à augmenter avec le temps. Au total, nous disposons de données sur 620 patients-consultations sur une période de sept mois (tableau 1).

Le circuit du patient

La prise en charge des patients avait lieu au sein des maladies infectieuses de l'hôpital Dông-Da. Lors d'une consultation, les patients étaient vus par trois personnes successivement : une infirmière, un médecin et un pharmacien. L'infirmière pesait les patients, prenait la tension et remettait à chacun un formulaire contenant ces deux informations pour transmission au médecin. Celui-ci examinait les patients et leur posait des questions sur leur santé. Il complétait le dossier médical. Le pharmacien remettait au patient le traitement que celui-ci prenait jusqu'à la prochaine consultation.

L'ensemble de la consultation avait lieu au rez-de-chaussée du service des maladies infectieuses. Les salles respectives où étaient accueillis les patients variaient. En octobre 2004 une salle spécifique avait été construite pour les consultations de jour. L'accueil des patients par le médecin a changé à partir de la fin du mois d'avril 2005. Auparavant, les consultations se faisaient porte ouverte, chaque patient entrant à sa propre initiative et pouvant éventuellement assister à la consultation du patient précédent. A partir de cette date, la consultation avait lieu porte close et le patient entraînait à l'appel du médecin, ce qui garantissait une plus grande confidentialité. En attendant leur tour, les patients disposaient de quelques sièges près des escaliers ou sous la véranda du bâtiment.

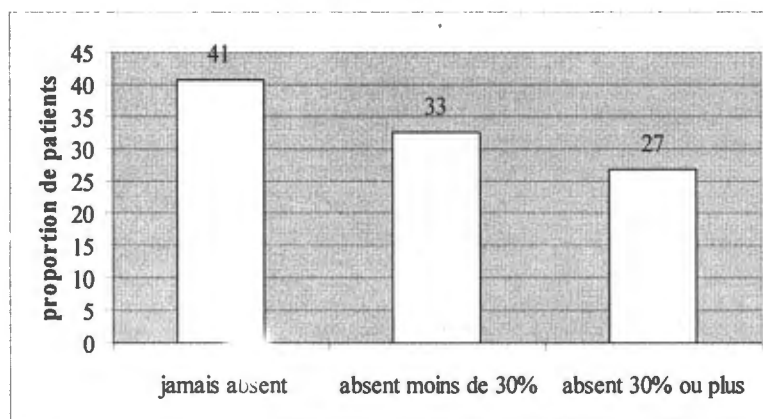
Les absences aux consultations

La présence des patients aux consultations fournit une donnée d'observance du traitement. Trois patients de la première cohorte sont décédés avant le début de notre observation. Nous ne disposons donc pas de données les concernant. Notre étude porte sur les 86 autres patients.

Globalement, lorsque l'on s'intéresse aux patients-consultations, le taux d'absentéisme est de 21% (154 sur 730), ce qui est élevé, mais 41% des patients ne sont pas concernés par ces absences et 27% ont été absents à plus de 3 consultations sur dix (graphique 1).

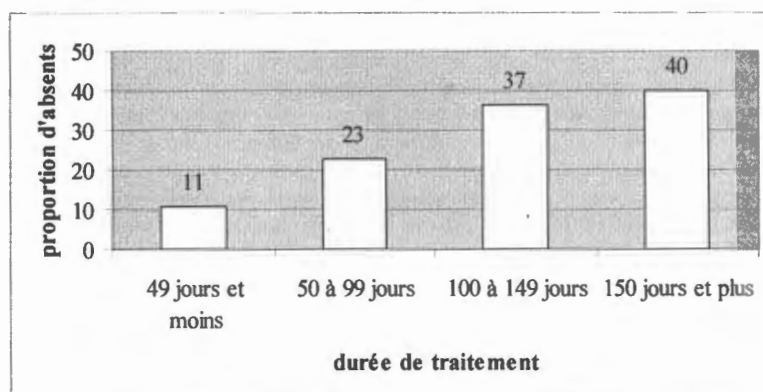
La faiblesse des effectifs n'autorise pas une analyse très fine. Nous avons néanmoins pu établir que l'absentéisme croît avec la durée écoulée du traitement (graphique 2). Ceci pourrait être lié au fait qu'étant familiarisés avec la prise en charge, les patients éprouvent moins d'appréhensions à l'égard de leur traitement et du personnel soignant et moins d'inquiétude vis-à-vis de leur santé. De plus, des liens de solidarité avaient pu se créer avec leurs proches qui venaient parfois prendre les médicaments pour eux. De façon plus négative, la consultation étant souvent assez rapide, les patients ne percevaient pas toujours l'intérêt de venir lorsque quelqu'un pouvait le faire pour eux. Les patients de la première cohorte sont marqués par un absentéisme plus élevé que les autres (graphique 3). Ceci n'est pas lié à un effet de durée du traitement : les patients de la quatrième cohorte sont également caractérisés par un absentéisme relativement élevé. Par ailleurs, les cohortes ne sont pas marquées par de grosses différences dans leur composition et l'absentéisme n'est pas liée de façon significative à un autre facteur tel que la consommation de drogue, l'activité économique, le sexe, la situation familiale du patient.

Graphique 1 : Répartition des patients des trois premières cohortes selon leur taux d'absentéisme aux consultations *



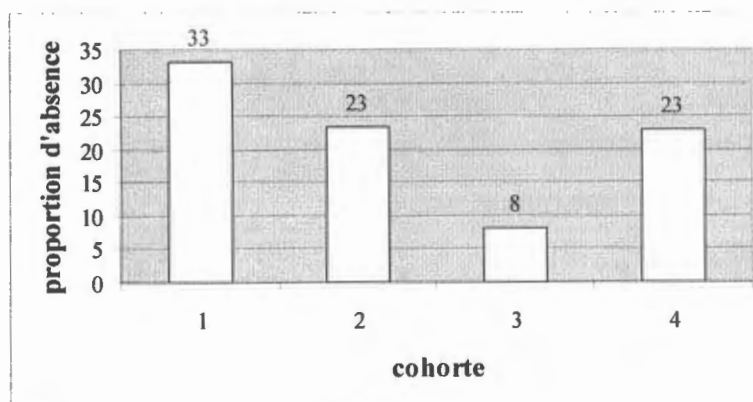
Source: Etude socio-démographique IRD-CP/UNE-ISDS 2004-2005

Pour les neuf dixièmes des cas où le patient ne venait pas, nous avons pu identifier la solution adoptée pour que le patient puisse prendre son traitement. Dans un peu plus de deux cas sur 5, il s'arrangeait avec le médecin (43%). Moins fréquemment, sa mère venait (20%) ou un frère, une sœur (14%), plus rarement son père (6%) ou son conjoint (6%). Exceptionnellement, une autre personne telle qu'un de ses enfants ou un autre patient venait à sa place.

Graphique 2 : Taux d'absentéisme selon la durée écoulée du traitement

Source: Etude socio-démographique IRD-CP/UNE-ISDS 2004-2005

Les raisons données pour justifier ces absences concernent des problèmes liés au patient ou à son entourage : patient confronté à des problèmes de santé, retenu par une activité, par un conjoint ou un enfant malade (dans certains cas séropositif sans traitement), patient parti en congé ou mis à l'isolement par sa famille pour une désintoxication. Elles peuvent aussi être liées au mode d'organisation de la consultation : horaires peu commodes, peur de la stigmatisation, refus de rencontrer à l'hôpital des personnes qui risquent de les reconnaître, refus de côtoyer d'autres patients séropositif et/ou consommateurs de drogue. Enfin, il est arrivé que deux personnes d'une même famille bénéficiant toutes deux d'une prise en charge par le projet, s'arrangent pour que l'une prenne les médicaments pour l'autre. Les absences liées au mode d'organisation de la consultation ont tendance à être gérées par un accord avec le médecin afin que le patient passe à un autre moment et ont tendance à être systématiques. Ceci montre l'intérêt des consultations personnalisées.

Graphique 3 : Taux d'absentéisme selon la cohorte

Source: Etude socio-démographique IRD-CP/UNE-ISDS 2004-2005

Variations du calendrier des consultations

Dans les trois premières cohortes, les consultations avaient lieu toutes les semaines, elles devenaient ensuite bimensuelles puis mensuelles. La quatrième cohorte a commencé par un rythme bimensuel dès le départ. Le calendrier relativement dense pour la première cohorte s'est donc allégé pour les cohortes suivantes. Pour la première cohorte, les consultations hebdomadaires qui correspondent à un temps d'adaptation ont eu lieu sur une période double par rapport aux deux autres cohortes (9 semaines au lieu de 4). Ainsi, au moment de leur 13^{ème} consultation, les patients de la première cohorte sont en traitement depuis 12 semaines (82^{ème} jour) tandis que ceux de la deuxième cohorte sont en traitement depuis 24 semaines (168^{ème} jour), soit un temps double. Ce n'est qu'à la 19^{ème} consultation que les patients de la première cohorte atteignent 24 semaines de traitement (166 jours). Cet allègement du calendrier est lié à l'expérience acquise par l'équipe soignante. Celle-ci a en effet organisé des consultations fréquentes pour les premières cohortes afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de problème de suivi. Cette démarche a probablement été favorisée également par les problèmes qui se sont posés dès le départ, comme le montre la proportion élevée d'arrêts de la première cohorte par rapport aux autres. Au mois de décembre 2004, les patients des trois premières cohortes ont été regroupés dans deux groupes de traitement. La quatrième cohorte d'inclusion a été intégrée au système des groupes de traitement en février 2005 (tableau 3).

A partir du 15 avril 2005, un nouveau système de calendrier a été mis au point. Il consistait à dissocier les trois types d'opérations: consultation, examens biologiques et retrait des médicaments. Celles-ci n'étaient plus regroupées en une demi-journée pour une même cohorte de patients mais se passaient désormais à trois moments différents dans le mois. La date de chacune d'elles était déterminée par les groupes de traitement et les cohortes. Ainsi, une demi-journée de consultation mensuelle commune était fixée aux patients qui appartenaient à la fois à la même cohorte et au même groupe de traitement. Les patients appartenant au même groupe de traitement recevaient leur traitement au cours de la même demi-journée. Celles qui appartenaient à la même cohorte avaient le même calendrier d'examens biologiques. Comme les consultations mensuelles et les retraits des médicaments étaient mensuels, chaque patient devait se rendre à l'hôpital deux demi-journées par mois, l'une pour la consultation médicale, l'autre pour prendre ses médicaments. Une fois tous les trois mois, il devait se rendre également à l'hôpital pour faire des tests biologiques. Ainsi, au lieu de ne venir qu'une fois pour l'ensemble de ces opérations, les patients devaient venir deux à trois fois par mois. Ce système présentait l'avantage d'alléger les séances. En revanche, il alourdissait le calendrier des patients. Il posait des problèmes de disponibilité pour certains habitent loin de l'hôpital (une demi-heure à trois quart d'heures de transport). A cette difficulté s'ajoutait la crainte d'être stigmatisé en venant souvent à l'hôpital de référence pour le VIH/sida. Les premières semaines d'application de ce système ont montré qu'il était difficile à mettre en œuvre.

Tableau 3 : Quatre premières cohortes d'inclusion et groupes de traitement: effectif des patients au 26 05 2005

		Cohorte				Ensemble
		1	2	3	4	
Groupe de traitement	1	9	7	15	9	40
	2	7	11	10	10	38
Total		16	18	25	19	78

Source: Etude socio-démographique IRD-CP/UNE-ISDS 2004-2005

L'opinion des patients

Les entretiens individuels auprès des patients nous ont permis de recueillir les opinions de ceux-ci sur le dispositif visant à instaurer un continuum de prise en charge. Ils montrent l'importance que revêt pour les patients une prise en charge complète incluant les aspects psycho-sociaux. Ceux-ci n'ont en effet été pris en charge que tardivement par rapport aux aspects bio-médicaux.

Enquête par entretiens individuels

Afin d'identifier les besoins et les modalités de mise en place de la prise en charge, nous avons interrogé par entretien qualitatif individuel 41 patients des trois premières cohortes d'avril 2004 à janvier 2005 et 19 membres de leurs familles de septembre 2004 à février 2005. Les entretiens ont eu lieu pendant la prise en charge sauf une famille interrogée après le décès du patient. Pour minimiser les déplacements et le temps consacré à ces derniers entretiens, il était proposé aux patients et aux membres de leurs familles lors de leur passage à l'hôpital au moment des consultations, de participer à l'étude. Les entretiens avaient lieu dans ce cas dans un bureau de l'hôpital réservé à cet effet et clos. Cette solution était particulièrement adaptée aux patients dont les problèmes de santé ou les activités laissaient peu l'opportunité de se déplacer. Si cela leur convenait mieux, nous nous rendions à leur domicile. Les membres des familles interrogées nous étaient présentés par le patient lui-même.

Les patients interrogés et leurs familles

Les patients que nous avons interrogés sont pris en charge dans le cadre des soins de jour (voir caractéristiques ci-dessus). Les membres de leurs familles interrogés ont été choisis parmi celles qui apportent leur aide aux patients interrogés. La moitié est constituée de mères de patients, le quart de pères. Le reste est formé d'épouses, de frères et sœurs et de membres de la famille élargie. Nous mettons l'accent ici sur les données recueillies auprès des patients.

Besoin d'une prise en charge multiforme

Dans l'ensemble, les patients estiment qu'ils ont de la chance de bénéficier d'une prise en charge par médicament antirétroviral. Ils expriment souvent des besoins d'appui psycho-social et expriment l'importance qu'ils attachent à ce type de soutien:

« Pour les gens malades comme nous, vraiment l'état d'esprit, la psychologie, c'est une chose plus importante que l'argent. » (40)

L'accompagnement psycho-social permet d'aider le patient à accepter une prise en charge bio-médicale. Les patients qui souhaitent obtenir des conseils ou informations avaient du mal à en faire la demande aux médecins car le cadre n'est pas toujours approprié à une telle demande: « Souvent il y a trop de monde, le médecin est trop occupé. Les patients viennent prendre leurs médicaments et font la consultation en même temps, les étrangers viennent. Ça fait qu'ils sont occupés et que je n'ai pas encore voulu demander. Je me dis que quand il y aura moins de monde, ce sera plus facile de demander » (31)

Les patients avaient parfois du mal à vivre certaines situations de stigmatisation et de discrimination dans leur vie quotidienne, que ce soit au sein de leur famille, dans leur voisinage, au sein de groupes scolaires ou même dans certaines infrastructures sanitaires. Certains ont témoigné de leur difficulté à accepter que leur enfant ne reçoive aucun traitement alors que eux bénéficient d'une

prise en charge : "Souvent quand je viens me faire soigner ici et que je vois que je peux prendre des médicaments, je pense à mon enfant qui est au lit, qui attend, qui est en train de mourir et qui ne peut pas recevoir de soin. Alors je me sens vraiment désespérée. Moi sa mère je peux me faire soigner, mais mon enfant ne peut pas. Si seulement je pouvais échanger ma situation avec celle de mon enfant pour qu'il puisse se faire soigner, je changerais tout de suite (elle pleure)"

(Femme veuve de 29 ans dont l'enfant est séropositif).

Certaines mères d'enfant séropositif sont veuves et ont du mal à vivre avec l'idée d'avoir été contaminée par leur mari:

"Mon mari me l'a transmis [le VIH] par exemple, ça, c'est très douloureux" (05)

Certains patients sous traitement continuaient de se droguer par voie intraveineuse et étaient inquiets quant aux effets de ces prises de drogue. Ils avaient besoin d'une prise en charge qui les aide à éviter la reprise d'une toxicomanie au cours du traitement :

« Il y a 7 mois, je suis allé avec un ami me droguer une fois, et c'est tout. J'ai fait le test, les CD4 avaient tellement descendus que j'étais dégoûté. » (31)

Besoin d'information

Les entretiens ont révélé le besoin de développer le dialogue entre patients et personnel hospitalier.

Les patients souhaitaient qu'on leur explique la raison pour laquelle il existe deux groupes de traitement et ce qui déterminait l'appartenance à un groupe.

Certains patients ont commencé leur traitement sans avoir une perception claire de la façon dont celui-ci devait être pris. Ils ne savaient pas quel comportement adopter en cas d'oubli d'une prise. Plusieurs patients nous ont confié avoir oublié de prendre leur médicament mais n'en ont pas parlé au médecin, ce qui montre l'intérêt d'un accompagnement psycho-social séparé de la prise en charge médicale. Le patient doit pouvoir discuter avec le conseiller sans que ses propos soient rapportés au médecin de façon nominative. Des pratiques de revente des médicaments par les patients ont alimenté régulièrement des rumeurs. Il était donc important de sensibiliser les patients aux effets positifs et négatifs du traitement, aux dangers que comporte un manque d'observance :

« Pour la consultation, les médecins consultent bien. Mais (...) ils [les médecins et pharmaciens] donnent juste les médicaments. Il n'y a pas de conseil pour savoir quels sont leurs effets ou de réunions pour parler des effets des médicaments." (31) Plusieurs patients souhaitaient recevoir des conseils en matière de nutrition et d'alimentation:

« Si dans le programme il y avait des conseils pour la nutrition, l'alimentation, tout ça, ce serait plus facile. (...) souvent on mange le repas du midi par exemple, mais entre le déjeuner et le moment de prendre les médicaments, souvent on va quelque part, on fait des choses, on mange n'importe comment, des fruits ou des trucs alors ça fait peur. Souvent je ne sais pas quelle influence ça a, si c'est bien ou pas. » (31)

Certains patients prenaient des compléments alimentaires sous forme de pilules vitaminées par exemple, sans en parler au médecin.

Les patients souhaitaient avoir davantage d'information sur les conséquences de leur séropositivité sur leurs perspectives familiales.

Certains patients séropositifs sous traitement ont eu des relations sexuelles non protégées. Il était nécessaire de les sensibiliser aux risques que ces pratiques comportent, y compris lorsqu'elles avaient lieu avec une personne également séropositive.

Les patients souhaitent être informés des possibilités éventuelles de se marier, d'avoir un enfant non séropositif. Renoncer à fonder une famille est particulièrement difficile dans le contexte du Viêt-Nam où la perpétuation de la lignée revêt une importance particulière. Ceci est très difficile à vivre notamment pour les jeunes hommes, surtout s'ils sont les seuls hommes de leur fratrie. Cette information touche des domaines médicaux, sociaux et juridiques propres au Viêt-Nam.

Le rôle des associations

Le soutien psycho-social a été réalisé dans un premier temps essentiellement par les associations présentes au sein de l'hôpital : le club de personnes séropositives de l'hôpital, le Club Tournesol des mères séropositives situé à côté de l'hôpital. D'autres Club étaient de plus en plus actifs : Pour un avenir meilleur (*Vi ngày mai tươi sáng*), Fleur de lait (*Hoa sữa*). Certains patients souhaitaient créer un groupe pour se retrouver et ont rédigé un projet à ce sujet. Ce développement des associations a permis aux personnes séropositives de diversifier leurs contacts et recours. Les patients participant aux associations ont apprécié de pouvoir faire des sorties ensemble, par exemple à l'occasion des fêtes de nouvel an lunaire, de recevoir des informations sous forme d'agenda comportant des informations sur la prise en charge du VIH/sida (initiatives de l'Institut d'Etude sur le Développement Social). Cependant, de telles initiatives se heurtent à la peur de la stigmatisation de la part des patients, à leur besoin de préserver son anonymat, à leur manque de disponibilité, à leur réticence à être exposé aux problèmes d'autres patients, ce qui montre l'intérêt de séances personnalisées.

L'opinion du personnel hospitalier

Le manque de formation et d'équipement de prévention de la transmission à destination du personnel hospitalier rend difficiles ses relations avec les patients.

Enquête auprès du personnel

Nous avons réalisé une enquête en deux étapes, chacune consistant en la passation d'un questionnaire auto-administré auprès du personnel hospitalier : la première pour documenter l'activité professionnelle des répondants et mesurer leurs contacts avec les personnes séropositives, la deuxième pour préciser le contenu des formations reçues et souhaitées. Nous en avons limité la taille des questionnaires : neuf questions en une page pour le premier, dix questions en quatre pages pour le deuxième. L'enquête a été menée auprès de l'ensemble du personnel hospitalier par le biais du vice-directeur de l'hôpital qui a remis les questionnaires au personnel puis les a recueillis une fois remplis. Pour éviter une enquête trop lourde, seule une partie des répondants au premier questionnaire a participé à la deuxième phase, sur la base de leurs réponses au premier questionnaire. Afin de faciliter l'identification des participants pour une formation ultérieure éventuelle, il leur était demandé d'inscrire leur nom au dos de chaque questionnaire. Dans l'analyse des résultats, nous avons tenu compte du biais éventuel que cette absence d'anonymat est susceptible d'entraîner.

La première partie de la collecte s'est déroulée du 7 au 15 septembre 2004, la deuxième du 15 octobre au 10 novembre 2004. Le délai entre les deux collectes est lié à la nécessité de disposer des résultats de la première phase pour démarrer la deuxième ainsi qu'au manque de disponibilité du

personnel pendant cette période. En raison de son rôle central dans l'accueil et le traitement de personnes séropositives, nous avons retenu pour la deuxième partie de l'enquête : l'ensemble des médecins et infirmier(ère)s du service des maladies infectieuses de l'hôpital, c'est-à-dire 20 personnes. Dans les autres services, nous avons retenu uniquement les médecins, infirmiers(ères) et licenciés³ (*cư nhân*), à l'exclusion des aides-soignants et du personnel administratif et technique mentionné plus haut qui avaient déclaré être en contact avec des personnes séropositives au moins une fois par semaine ou apporter des conseils aux personnes séropositives au moins une fois par semaine au sein de l'hôpital.

Au total, 276 personnes ont participé à la première phase de l'enquête, ce qui correspond à une étude exhaustive et 47 personnes répondaient aux critères retenus pour la deuxième étape. Parmi elles, 28 ont répondu au deuxième questionnaire, ce qui représente les deux tiers des personnes prévues, ce qui est relativement faible. Le taux de réponse est un peu meilleur parmi les médecins (7 sur 10 ont répondu) que parmi les infirmières (6 sur 10). Le taux de réponse du service des maladies infectieuses est similaire à celui de l'ensemble de l'hôpital (un peu moins d'une personne sur 10). Ce faible taux de réponse est lié à plusieurs facteurs : l'impossibilité d'identifier les personnes qui n'avaient pas inscrit leur nom sur le premier questionnaire, des départs en congé ou en mission pendant la période de l'enquête.

Ces données sont complétées par les résultats d'entretiens individuels approfondis réalisés auprès du personnel de l'hôpital. Nous avons interrogé le médecin responsable du service des maladies infectieuses, trois médecins chargés de la prise en charge des personnes séropositives, une infirmière, un aide-soignant et deux pharmaciens.

Caractéristiques du personnel

Parmi les personnes interrogées, les trois quarts sont des femmes. Elles sont particulièrement présentes dans les services de transfusion sanguine, au bloc opératoire, dans les services de médecine interne, en pédiatrie, en consultation, en microbiologie, au laboratoire et dans les services de médecine traditionnelle (plus de 4 personnes sur 5 sont des femmes). A l'inverse, le service de diagnostic par imagerie et dans une moindre mesure la médecine externe, le service anti-infectieux et les services administratifs sont des milieux plutôt masculins (plus de 3 personnes sur 5 sont des hommes). Un peu plus du tiers du personnel est âgé entre 40 et 50 ans. Un peu plus du quart est âgé entre 30 et 40 ans, un peu moins d'un quart a entre 20 et 30 ans et le reste (environ une personne sur 6 ou sur 7) a plus de 50 ans. La différence d'âge entre hommes et femmes est peu marquée. Ces données sont relativement approximatives car à la demande de la direction de l'hôpital, nous n'avons demandé qu'un intervalle d'âge. Le nombre médian d'années d'ancienneté est de 10,5 ans (maximum 37 ans, écart-type de 9 ans, 3% de non réponse). L'ancienneté moyenne est plus importante chez les femmes (14,5 ans) que chez les hommes (10,5 ans).

Hormis le personnel administratif qui représente 17% des personnes ayant participé à l'enquête, le service le plus représenté est celui de la consultation avec 17% des personnes interrogées. La place des services de chirurgie et des services de pédiatrie est relativement restreinte. La médecine interne représente 13% du personnel et la médecine externe 8%. La pédiatrie ne regroupe que 4% du personnel. Par contre, le service des maladies infectieuses occupe une place non négligeable, avec 8% du personnel. Les autres services occupent chacun moins de 5% du personnel. Le personnel infirmier représente la moitié des personnes interrogées, les médecins le quart. Le personnel non soignant

³ Les titulaires d'une licence interviennent dans différents domaines, notamment le conseil.

regroupe le personnel administratif et technique tel que les gardiens, les manœuvres, les ingénieurs, les comptables, les chauffeurs, les ambulanciers, les techniciens, les ouvriers et les préparateurs en pharmacie.

Contacts avec des personnes séropositives

Un peu plus d'un quart du personnel déclare avoir des contacts quotidiens avec des séropositifs (26%), un tiers (33%) déclarent en avoir au moins une fois par semaine, un peu plus d'un tiers (34%) déclare en avoir moins d'une fois par semaine. Rares sont ceux qui déclarent n'avoir jamais de contact avec ce type de patient (5%). On peut penser que les personnes interrogées ont pu surévaluer leurs contacts avec des séropositifs dans l'objectif de bénéficier d'une formation. Cette tendance paraît cependant peu marquée: certains affirment ne pas être intéressés par une formation. Les services dans lesquels les contacts sont les plus fréquents sont le service des maladies infectieuses, le service de diagnostic par imagerie, le laboratoire et la microbiologie.

La totalité des personnes qui déclarent avoir des contacts avec les séropositifs affirment que ces contacts ont lieu à l'hôpital. Quelques personnes indiquent qu'elles sont en outre en contact avec des séropositifs chez elles ou dans leur voisinage (12%) ou dans la rue à l'extérieur (8%). Les autres lieux cités comprennent des infrastructures sanitaires dans lesquelles le personnel exerce souvent une activité pour compléter ses revenus ou dans lesquels il peut être envoyé dans le cadre de son service (pour un ambulancier par exemple), ou encore une institution pénitentiaire où il se rend pour des raisons qui peuvent être liées à des activités professionnelles ou non. L'hôpital Đông-Da est perçu comme un centre de référence pour le VIH/sida, ce qui explique que le personnel soit sollicité à l'extérieur par des personnes en contact avec des séropositifs.

La moitié des personnes interrogées affirment donner des conseils à des personnes séropositives au moins une fois par semaine (48%). Parmi elles, plus d'un tiers le font tous les jours (16% de l'ensemble). Ces réponses restent cependant difficiles à commenter car on ne connaît pas le contenu de ces conseils, qui peuvent ne pas avoir de lien direct avec la santé (orientation dans l'hôpital, organisation du service, etc.). Ils constituent cependant un indicateur de la familiarité du personnel et des communications établies avec des personnes séropositives.

Un peu plus de la moitié (53%) des personnes interrogées déclare que lors d'un contact avec un séropositif, son état d'esprit est "normal" (*binh thuong*), c'est-à-dire pas différent de ce qu'il est lors d'une interaction avec une autre personne. Un peu moins de la moitié (49%) déclare éviter les contacts avec les séropositifs. Très peu de personnes déclarent éprouver de la peur lors de ces contacts. Il faut tenir compte du fait ici que l'hôpital Đông-Da accueille surtout des séropositifs symptomatiques, en phase de sida ou ayant besoin d'un traitement et non simplement de prévention. Les contacts avec les personnes séropositives sont rendus difficiles en raison de l'état de santé des patients plus dégradé mais également d'autres comportements souvent associés à la séropositivité VIH/sida, tels que la consommation de drogue qui pose un problème important: nous avons pu observer des seringues jonchant le sol à certains endroits de l'hôpital.

Les personnes les plus en contact avec les séropositifs sont celles qui sont les plus nombreuses à déclarer une attitude d'évitement. Ce résultat a priori paradoxal pourrait s'expliquer par le fait que les personnes qui ont peu de contact avec des séropositifs VIH/sida ont peu de raison d'éprouver des appréhensions. En outre, une attitude d'évitement peu correspondre à des contacts plus rapprochés et prolongés qu'une attitude vécue comme "normale" mais correspondant à une interaction distante. Cette hypothèse d'une association entre contact rapproché et évitement versus contact distant et sentiment de "normalité" est cohérente avec le fait que cette attitude d'évitement est mentionnée

surtout par les infirmiers(ères) et les aides-soignants où elle concerne plus de la moitié d'entre eux, en deuxième lieu par les médecins où elle est citée par un peu moins de la moitié d'entre eux puis en dernier lieu par les administratifs, les pharmaciens puis les techniciens où elle n'est citée que par un tiers à un quart. Ces tendances peuvent s'expliquer en partie par le niveau d'information sur l'épidémie à VIH car les médecins disposaient en général d'une information plus complète que les infirmiers. Elle ne semble cependant pas constituer la seule explication: le fait que le personnel administratif évoque peu une attitude d'évitement corrobore l'hypothèse précédente.

Personnel le plus en contact : contacts, perceptions et besoins de formation

La quasi-totalité des personnes interrogées dans la deuxième étape de l'enquête déclare être en contact de façon quotidienne avec des séropositifs à l'hôpital. Seules deux personnes indiquent que ces contacts ne sont qu'hebdomadaires. Quelques personnes mentionnent aussi des contacts dans leur voisinage ou à l'extérieur. Un peu moins de la moitié de ces personnes déclarent apporter des conseils tous les jours aux séropositifs et 8 sur 10 en apportent au moins une fois par semaine. Sur 10 personnes, 3 déclarent être dans un état d'esprit "normal" lorsqu'elles sont en contact avec des séropositifs VIH/sida tandis que 7 évitent ces contacts, ce qui correspond à une tendance plus marquée que pour l'ensemble des personnes interrogées et va dans le sens des constats faits plus haut quant au lien entre des contacts fréquents avec les patients et une attitude d'évitement plus répandue.

La moitié des personnes interrogées dans le cadre de la deuxième étape de l'enquête a rédigé quelques phrases au sujet de ses perceptions des problèmes sociaux les plus importants dans le contexte de l'épidémie à VIH/sida à Hanoi. Trois idées reviennent fréquemment dans les propos des personnes interrogées: (1) les liens multiples entre épidémie à VIH, consommation de drogue et commerce du sexe, (2) la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des séropositifs et (3) le besoin de développer l'information et la sensibilisation sur le VIH/sida. L'association souvent observée dans les déclarations entre épidémie à VIH, consommation de drogue et commerce du sexe font écho aux slogans diffusés par le Ministère de la santé au cours de la fin des années 1990 et du début des années 2000 dans le cadre de la politique de lutte contre les "fléaux sociaux". Sur le plan national, le VIH a été détaché de cette politique en 2003, mais ces résultats montrent que ces attitudes demeurent très ancrées dans la population, y compris au sein du personnel travaillant en milieu médical.

Une personne sur cinq affirme n'avoir reçu aucune formation en matière de prévention de la transmission du VIH/sida ou de prise en charge des personnes séropositives. Les thèmes cités par plus de la moitié des personnes interrogées sont: (1) le conseil pré et post-test, (2) la prévention à l'intention des personnes séropositives, (3) les méthodes de réduction de la stigmatisation envers les personnes séropositives, les consommateurs de drogue et les travailleurs du sexe dans la communauté et le personnel de santé, (4) le conseil en matière de risque de transmission du VIH/sida, de la tuberculose et des autres maladies d'accident professionnel. Dans une éventuelle formation à venir, les thèmes jugés les plus prioritaires sont ceux qui portent sur (1) la prévention de la transmission du VIH/sida à l'intention des personnes séropositives, (2) le soutien socio-psychologique et la formation des personnes séropositives et de leurs familles à la prise en charge du VIH/sida dans la communauté.

Ainsi, le personnel perçoit les limites d'une prise en charge hospitalière du VIH/sida et le thème de la prévention demeure présent. Le conseil en matière de risque de transmission du VIH/sida, de la tuberculose et des autres maladies d'accident professionnel fait partie de ceux sur lesquels les personnes interrogées ont déjà reçu des formations mais celles-ci n'ont pas répondu à toutes leurs attentes. Le traitement des infections opportunistes et le traitement antirétroviral constitue un thème

plus spécialisés. Il a été cité surtout par le personnel du service des maladies infectieuses, où les patients séropositifs VIH/sida sont traités. Dans l'ensemble, neuf personnes sur dix se déclarent intéressées par une éventuelle formation.

Les résultats des entretiens qualitatifs sont congruents avec ceux de cette enquête quantitative : certains membres du personnel redoutent des contacts avec les personnes séropositives en raison entre autres de l'absence de dispositif fiable de prise en charge des accidents d'exposition au sang, le personnel hospitalier souhaite recevoir une formation complémentaire pour la prise en charge psycho-sociale des séropositifs VIH/sida et l'aide d'un conseiller voire un psychologue pour lutter contre le phénomène de « burn-out ».

Discussion et conclusion

Institutionnalisation d'une prise en charge : une perspective locale

Cette étude de cas de l'institutionnalisation d'un continuum de prise en charge des séropositifs VIH/sida à Hanoi (Viêt-Nam) montre la nécessité de mettre en place un ensemble intégré de mesures concernant plusieurs types d'acteurs. Les soins ambulatoires et l'hospitalisation s'adressent aux mêmes types de patients marqué par une fragilisation sociale et un recours multiple aux infrastructures sanitaires de prise en charge. L'observation des consultations de jour montre les limites d'une prise en charge biomédicale dont le volet psychosocial n'a pas été mis en place au même moment, l'une des principales difficultés étant l'absentéisme des patients. Ces constats sont confirmés et complétés par les propos des patients et du personnel hospitalier qui révèlent l'importance attribuée aux aspects psycho-sociaux par les différents acteurs locaux de la lutte contre le VIH/sida. Cette prise en charge est à articuler avec l'action des associations de lutte contre le VIH/sida.

Dans cette institutionnalisation d'une prise en charge du VIH/sida, le Viêt-Nam peut s'inspirer d'une expérience internationale qu'il doit adapter aux contraintes locales. Les unes rencontrées témoignent de la difficulté de ce pays à mettre en place un ensemble complexe de mesures sur un rythme accéléré. Elles ne doivent cependant pas masquer les efforts, le dynamisme et l'adaptabilité que supposent les mesures prises de la part des acteurs locaux.

La multiplicité des intervenants, des rôles, des tâches à prendre en compte dans l'institutionnalisation de cette prise en charge a nécessité pour l'équipe de recherche de mettre en œuvre une méthodologie qui saisisse les opinions des multiples intervenants et les mette en perspective avec des observations et données existantes. Le fait que cette étude ait été réalisée en lien avec la mise en place d'un programme de prise en charge a également impliqué des contraintes méthodologiques liées au besoin de pouvoir utiliser rapidement une partie des résultats.

Lutte contre le VIH/sida et OMD

La question du VIH/sida revêt une importance particulière dans le cadre des OMD au Viêt-Nam. D'une part c'est un domaine dans lequel les objectifs risquent d'être difficilement atteints alors que la plupart des autres domaines (mis à part l'égalité entre hommes et femmes) font état d'avancées significatives. D'autre part, les difficultés rencontrées dans ce domaine ont un impact négatif sur la poursuite d'autres objectifs tels que la lutte contre la pauvreté.

Le caractère vertical des programmes de lutte contre le VIH/sida pose la question de l'intégration de cette lutte dans les programmes de santé et de sa synergie avec les OMD. Plus récemment, le Viêt-Nam a développé des articulations avec deux types d'interventions menées dans le cadre d'autres programmes: la réduction des dommages pour les consommateurs de drogue (mise à disposition de produits de substitution) et la distribution de préservatifs pour la prévention d'une transmission ultérieure, compléments indispensables à une action centrée sur la prise en charge stricte de la séropositivité VIH. Le renforcement de la formation du personnel hospitalier constitue un outil important dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des séropositifs VIH/sida.

Continuum de prise en charge

Le personnel hospitalier interrogé dans notre enquête évoque très fortement l'importance d'une prise en charge communautaire des personnes séropositives. La prise en charge informelle des personnes séropositives assurée par la famille, les proches et les groupes non officialisés complète une prise en charge parfois limitée à sa composante biomédicale en apportant un soutien matériel, moral, financier, social, économique, relationnel indispensables aux personnes séropositives et à leurs proches. Le recours aux relations informelles constitue une façon de promouvoir la continuité de la prise en charge des personnes séropositives et de leurs proches, et par conséquent un moyen d'atteindre les objectifs millénaires du développement en matière de lutte contre le VIH/sida. Elle concerne surtout l'accessibilité aux soins, le conseil à la personne séropositive et à sa famille, l'accompagnement socio-psychologique des soins mais elle comporte un coût difficile à évaluer.

Par le manque de contrôle qu'elle implique, cette prise en charge informelle comporte des effets pervers contredisant certaines orientations des programmes et facilitant dans certains cas le détournement des moyens mis à disposition des acteurs. Elle comporte également des contradictions internes liées à la multiplicité des rôles sociaux qu'assument les acteurs. Ainsi, les familles s'opposent souvent à un support des associations et groupes d'aide en raison des risques de stigmatisation ou d'ingérence de personnes extérieures à la famille au sein du foyer. Les pratiques de prévarication que l'on observe au moment de la mise en place des programmes et les contradictions entre logiques d'acteurs, tendent à se réduire avec la plus forte institutionnalisation des programmes au sein d'infrastructures publiques. Dans le contexte d'un mouvement vers une uniformisation des programmes de prise en charge, se pose le problème du transfert d'une partie du rôle de la famille et des proches vers des infrastructures sanitaires et sociales et la question de l'évolution des rôles respectifs de chaque acteur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bourguignon, François; Bénassy-Quéré, Agnès; Dercon, Stefan; Estache, Antonio; Gunning, Jan Willem; Kanbur, Ravi; Klasen, Stephan; Maxwell, Simon; Platteau, Jean-Philippe; Spadaro, Amedeo [2008] *Millennium Development Goals at Midpoint: where do we stand and where do we need to go?*, European report on development, 39 p.
- Detels, Roger [2004] "HIV/AIDS in Asia: an introduction" in *AIDS Education and Prevention*, 16, Supplement A, The Guilford Press, pp. 1-6.
- General Statistical Office [2001]. *Population and housing census Viet Nam 1999. Completed census results*, Nhà xuất bản thống kê, Hanoi, 646 p.
- Gouvernement de la République Socialiste du Viêt-Nam / Chính Phủ Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam [2004] *Chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020* [Stratégie Nationale de lutte contre le VIH/sida au Viêt-Nam jusqu'en 2010 avec une vision à 2020], 36/2004/QĐ-TTg, mars, Hà Nội, 60 p.
- Ledent, Jacques [2002] "La population: évolution passée et développement futur" in *Hanoi. Enjeux modernes d'une ville millénaire*, ouvrage collectif PGU-Vietnam, éditions Trames, François Charbonneau et Do Hau éditeurs, Université de Montréal, pp. 64-86.
- Loenzien M. de [2009] "Family: the cornerstone of the current fight against HIV/AIDS epidemic in Vietnam" in *Reconfiguring Families and Gender in Transitional Vietnam*, Danièle Bélanger and Magali Barbieri, co-editors, Contemporary Issues in Asia and the Pacific, An East-West Center book series published by Stanford University Press, March: 97-132.
- Nguyen, Thi Bích Đào [2001] Rapport résumé des résultats 1996-2000. Proposition en faveur de la décoration des employés de rang III par l'Etat, Service de santé - hôpital Đông-Da, Hanoi, 14 p. (document en Vietnamien) non publié
- Population Reference Bureau [2004] *World Population Data Sheet*, 16 p.
- Ruxrungtham, Kiat; BROWN, Tim; PHANUPHAK, Praphan [2004] "HIV/AIDS in Asia", *The Lancet*, vol. 364, July, pp. 69-82.
- Trần, Quốc Tuấn [2004] *Tóm tắt hoạt động chăm sóc - điều trị - tư vấn người nhiễm HIV/AIDS bệnh viện Đông Da* [Résumé des activités de soins-traitement-conseil des personnes séropositives VIH/sida, hôpital Đông Da], programme Esther, Hanoi, 44 p., inédit.
- Trần, Quốc Tuấn [2003] *Rapport des activités de soins, de traitement et de conseil des séropositifs VIH/sida à l'hôpital Đông-Da*, Service de santé - hôpital Đông-Da, Hanoi, 3 p. (document en Vietnamien) non publié
- Socialist Republic of Vietnam [2005] *Vietnam achieving the millennium development goals*, September, 92 p.
- United Nations Country team [2001] *IDT/MDG progress - Viet Nam, United Nations Country team*, Hanoi, 28 p.
- Vu M. Q., Nguyen T. H., Go V. F. [2008] « The HIV epidemic in Vietnam: past, present, and opportunities » in *Public health aspects of HIV/AIDS in low and middle income countries*, D.D. Celentano and C. Beyrer eds., Springer Science + Business Media: 458-479.
- World Health Organisation regional office for the western Pacific [2005] *Turning promises into progress. Attaining the health MDGs in Asia and the Pacific*, Tokyo, 43 p.