



Coopération Santé France Viêt Nam

Colloque

Samedi 21 mars 2015

Université de médecine Pham Ngoc Thach

Ho Chi Minh-ville

Viêt Nam

. Le colloque Coopération Santé : une rencontre pleine de promesses pour l'avenir des échanges entre la France et le Viêt Nam

. **Atelier « Coopération Santé et famille »**

- . Texte de présentation
- . Synthèse

. Les trois autres ateliers : textes de présentation

- . Coopération Santé, enseignement et recherche
- . Coopération Santé, techniques et risque médico-légal
- . Coopération Santé et prévention (les risques climatiques)

. Programme du colloque

. Liste des partenaires

Comité d'organisation

Imagerie sans frontières, Paris (Dr DAO Thu Hà)

Association Franco-Vietnamienne de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Paris (Dr LUONG Can Liêm)

Association Franco-Vietnamienne de médecine d'urgence et de réanimation, Brest (Dr TRAN David)

APPEL-C.H. Bretagne-Sud, Lorient « Naître au Viêt Nam » (Dr TREGUIER Gildas)

Contact : <http://blog.santefrancevietnam.com>



Colloque Coopération Santé France Viêt Nam

Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Une rencontre pleine de promesses pour l'avenir des échanges entre la France et le Viêt Nam

Organisé par un collectif d'associations, le colloque Coopération Santé France - Viêt Nam s'est situé dans le prolongement de la précédente rencontre qui avait rassemblé à Lorient (12 mai 2011, avec le soutien de l'AFD et de la FHF) les institutions, sociétés savantes, ONG et hôpitaux investis dans les échanges médicaux entre la France et le Viêt Nam.

Le colloque du samedi 21 mars 2015 a rassemblé 140 personnes à l'Université Pham Ngoc Thach (HCM-ville), représentant 25 associations et institutions sanitaires, avec une forte participation de partenaires vietnamiens et de professionnels de santé ayant une bonne expérience "de terrain".

Bien que ne représentant qu'une partie des nombreuses structures intervenant au Viêt Nam dans le domaine de la santé, cette rencontre a constitué un témoignage éloquent de la diversité et de la qualité des échanges médicaux en 2015 entre nos deux pays.

Après le discours d'introduction (Pr Ngo Minh Xuan, vice-recteur de l'UPNT), le Dr Alain Dorie, attaché de coopération Santé à l'ambassade de France, a présenté un panorama détaillé de la coopération Santé: partenariats hospitaliers universitaires et non universitaires, rôle des ONG et des associations, accueil des médecins en France (DFMS ...), programmes de formation (D.U., EHESP...) et de recherche médicale (VIH), collaboration entre sociétés savantes...

Le choix de travailler par ateliers a permis au plus grand nombre des participants de s'exprimer sur des thématiques choisies en fonction de leur expérience personnelle :

- . Coopération Santé, technologies et risque médico-légal (rapporteurs : David Tran, urgentiste; Gildas Le Borgne, directeur d'hôpital)
- . Coopération Santé et prévention des risques (rapporteur : Luong Can Liêm, psychiatre)
- . Coopération Santé, enseignement, formation et recherche (rapporteur : Dao Thu Ha, radiologue)
- . Coopération Santé et famille (rapporteur : Gildas Tréguier, pédiatre)

Le compte-rendu de ces ateliers pourra constituer une base de réflexion pour l'avenir. Un ensemble de préconisations sera ensuite adressé aux autorités en charge de la coopération médicale.

Représentant les autorités sanitaires de HCM-ville, le Dr Pham Viêt Thanh, directeur honoraire du So Y Te, ancien directeur de l'hôpital Tu Du, et responsable de l'enseignement de l'obstétrique à l'Université PNT, a conclu les travaux de cette journée en rappelant la richesse de ces échanges, et en insistant sur la nécessité de poursuivre des liens de qualité entre la France et le Viêt Nam dans le domaine de la coopération médicale.

Dans le prolongement de ces propos, Mr E. Ly-Batallan, Consul général de France à HCM-ville, a lui aussi souhaité que la santé demeure dans l'avenir l'un des moteurs de la coopération entre les deux pays, reprenant deux aspects qui lui paraissent essentiels: la qualité des échanges en termes « humains » et la nécessité d'une coopération en réseaux, respectueuse et réciproque.

A l'invitation de Mr le Consul général, une réception au Consulat de France a clos cette belle journée d'échanges France – Viêt Nam.

A l'issue de ce colloque, le comité d'organisation propose de poursuivre dans le sens d'une mutualisation des énergies et des moyens, peut-être par la création d'une structure « Coopération Santé » qui pourrait être une interface de propositions, regroupant partenaires français et vietnamiens.

Colloque Coopération Santé France Viêt Nam



Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Atelier « Coopération Santé et famille »

Texte de présentation

En 2015, le Viêt Nam est sorti de la pauvreté et a accédé au rang des pays dits « intermédiaires ».

Pays émergent de 90 millions d'habitants, il connaît depuis 25 ans des mutations rapides qui retentissent de façon indéniable sur la vie quotidienne des familles : l'organisation et le fonctionnement de la cellule familiale, les relations entre enfants et parents, l'émergence de nouvelles pathologies... Pour les professionnels de santé, les priorités ont aussi évolué. En corrélation étroite avec le développement socio-économique, il ne s'agit plus seulement pour les familles de mettre au monde des enfants, mais de les voir grandir harmonieusement et en bonne santé.

La communauté internationale salue aujourd'hui les immenses progrès réalisés en 15 ans par le Viêt Nam dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement définis par l'ONU en 2000, en particulier:

- . L'objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté
- . L'objectif 4 : réduire la mortalité infantile
- . L'objectif 5 : améliorer la santé maternelle
- . L'objectif 7 : assurer un environnement humain durable
- . L'objectif 8 : construire un partenariat mondial pour le développement

Ainsi, l'organisation sanitaire du Viêt Nam a connu un développement considérable et les professionnels de santé ont acquis des compétences remarquables.

Dans le même temps, la carte sanitaire sait s'adapter aux mutations de la société, en particulier dans les provinces.

Les Centres de référence et les Universités, tel que l'hôpital Tu Du (HCM-ville) pour les soins périnataux, ont plus que jamais un rôle fondamental dans la diffusion des connaissances et la formation des professionnels de santé.

Dans les hôpitaux provinciaux, la pédiatrie et la néonatalogie se développent avec l'accueil d'enfants demandant des soins de plus en plus techniques, en lien avec les Centres de référence.

Les hôpitaux de district ont dans le même temps un rôle croissant pour le suivi des familles : structures de soins intermédiaires entre les hôpitaux provinciaux et les postes sanitaires dans les communes, leur rôle est essentiel, avec de nouvelles demandes de coopération.

Les postes sanitaires gardent un rôle indispensable pour les soins de santé primaire et exercer leur mission de veille sanitaire.

Mais des tâches immenses sont encore à accomplir pour que le suivi médical des enfants au Viêt Nam rejoigne les standards internationaux.

Le suivi des grossesses et les conditions de naissance sont encore souvent difficiles.

Dans le domaine du handicap, après le long combat mené auprès des enfants victimes de la dioxine, le « suivi des enfants vulnérables » correspond aujourd'hui à une demande forte des familles et des professionnels de santé, d'autant plus qu'il intervient dans un contexte où de nouvelles pathologies apparaissent, en particulier les handicaps « non visibles » (troubles du comportement, autisme, troubles des apprentissages...), préoccupantes et survenant souvent chez ces enfants hautement fragiles (grands prématurés...).

La détection précoce et le suivi des handicaps de l'enfant sont encore insuffisants : médecins spécialistes peu formés, moyens diagnostics insuffisants (imagerie, biologie...).

Les Centres de réhabilitation sont rares et reçoivent des enfants trop âgés avec des handicaps souvent déjà fixés. Malgré les initiatives et l'énergie déployée par les équipes de soins, le personnel y est encore peu qualifié et les nouvelles disciplines peu ou non existantes: psychomotricité, ergothérapie orthophonie...

Malgré les progrès observés, nos collègues, dont le niveau de compétence individuelle est indéniable, reconnaissent eux-mêmes la nécessité de travailler davantage « ensemble », soit dans le cadre d'une même discipline, soit dans une collaboration entre plusieurs spécialités (obstétrique/néonatalogie, pédiatrie/réhabilitation) ou entre institutions complémentaires (santé/éducation), soit encore entre secteurs géographiques sanitaires différents (métropole/province, ville/campagne).

D'un point de vue épidémiologique, il importe de mieux cerner les besoins en matière de prévention, de détection et de prise en charge médicale, de rééducation et d'intégration des enfants à haut risque de handicap.

Par ailleurs, les difficultés de l'accès aux soins pour les familles démunies sont apparues depuis 15 ans comme une réalité indéniable. Les causes en sont multiples : l'accroissement des écarts de revenus dans la société vietnamienne, les difficultés de financement de la santé, une coordination des soins encore aléatoire, la part de plus en plus importante du système privé.

S'adaptant aux conditions d'un pays en mutation et aux demandes de partenaires de plus en plus exigeants en termes de compétences médicales, la coopération « Santé » France – Viêt Nam en pédiatrie se poursuit en 2015 le long de deux voies complémentaires :

. D'une part des échanges de plus en plus techniques correspondant aux besoins d'équipes hospitalières de haut niveau, dans un esprit d'échanges d'expériences, avec le développement de réseaux de compétences pluridisciplinaires.

. D'autre part la poursuite d'actions de type humanitaire plus spécifiquement dédiées aux populations fragiles avec une attention particulière vis-à-vis des stratégies de prévention et de détection précoce des handicaps, et des actions centrées sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les familles les plus démunies.

Lors de ce premier colloque « Coopération Santé France Viêt Nam », les participants à l'atelier « Coopération Santé et famille » seront invités à réfléchir à ces questions, avec l'objectif d'une coopération en pédiatrie qui ne peut que s'enrichir du partage des expériences des uns et des autres, professionnels de santé français et vietnamiens, tous engagés auprès de l'enfant et de son épanouissement.

Dr Gildas Tréguier

Pédiatre

Lorient, le 7 février 2015

Hợp tác Y tế Pháp Việt Nam

Hội thảo
Thứ Bảy 21 tháng 3, 2015

Chủ đề "Hợp tác trong lĩnh vực sức khỏe và gia đình"

Năm 2015, Việt Nam đã thoát khỏi tình trạng nghèo đói và được xếp hàng ngũ của các quốc gia « trung lưu »

Với 90 triệu dân, đất nước mới phát triển này được biết đến trong 25 năm qua với những thay đổi mạnh mẽ không thể phủ nhận về đời sống mỗi ngày của các gia đình, qua việc tổ chức và hoạt động của các thành viên trong gia đình, mối quan hệ giữa con cái và cha mẹ, sự xuất hiện của các bệnh lý mới ... Đối với các chuyên gia y tế, những vấn đề ưu tiên quan tâm trong lĩnh vực sức khỏe cũng có sự thay đổi. Trong mối tương quan trực tiếp với sự phát triển về kinh tế-xã hội, những vấn đề nêu trên cũng có tác động đến các gia đình - ngoài việc sinh con, người ta cũng đặc biệt chú trọng đến sự phát triển hài hòa giữa khôn lớn với tình trạng sức khỏe tốt ở trẻ em.

Cộng đồng quốc tế hiện đang hoan nghênh những bước tiến to lớn trong Mục tiêu Thiên niên kỷ vì sự phát triển do Liên Hiệp Quốc đề xướng vào năm 2000 mà đất nước Việt Nam đã thực hiện trong 15 năm qua, cụ thể:

- . Mục tiêu 1: Xóa bỏ tình trạng cực nghèo
- . Mục tiêu 4: Giảm tỷ lệ tử vong trẻ em
- . Mục tiêu 5: Cải thiện tình trạng sức khỏe bà mẹ
- . Mục tiêu 7: Đảm bảo môi sinh bền vững
- . Mục tiêu 8: xây dựng mối quan hệ hợp tác toàn cầu vì sự phát triển.

Như vậy, tổ chức y tế của Việt Nam đã có những bước tiến đáng kể và các cán bộ y tế cũng đã đạt được nhiều kỹ năng đáng chú ý.

Đồng thời, thể bảo hiểm y tế cũng đã thích ứng dần với những đổi thay của xã hội, đặc biệt là ở các tỉnh.

Đối với chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh, hơn bao giờ hết, Bệnh viện Từ Dũ (TP HCM) cùng các trung tâm chuyên khoa đầu ngành và các trường đại học, đều giữ vai trò chủ đạo trong việc chuyển giao kiến thức và đào tạo các cán bộ y tế.

Tại các bệnh viện tuyến tỉnh, chuyên khoa nhi và sơ sinh cũng phát triển thông qua mối quan hệ với các trung tâm chuyên khoa đầu ngành trong việc tiếp nhận điều trị bệnh nhân trẻ em với các dịch vụ chăm sóc kỹ thuật cao.

Đồng thời, các bệnh viện tuyến huyện ngày càng giữ vị trí quan trọng qua với vai trò trung gian – cầu nối giữa bệnh viện tuyến tỉnh và các trạm y tế xã trong việc giám sát sức khỏe của các hộ gia đình.

Bên cạnh đó, các trạm y tế xã cũng có vai trò không thể thiếu trong toàn bộ hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu và trong việc thực hiện nhiệm vụ « giữ cửa » về y tế ở tuyến cơ sở

Tuy nhiên, để có thể hòa nhập với các tiêu chuẩn quốc tế, các vị trí nêu trên trong hệ thống y tế của Việt Nam vẫn phải tiếp tục hoàn thiện trong khuôn khổ của các hoạt động chăm sóc y tế dành cho trẻ em Việt Nam.

Việc giám sát các thai kỳ và những điều kiện sinh sản hiện còn nhiều khó khăn. Trong lĩnh vực về sự tàn tật, tiếp theo cuộc đấu tranh lâu dài bên cho quyền lợi về y tế ở trẻ khuyết tật do ảnh hưởng chất độc dioxin, chương trình "giám sát trẻ em dễ bị tổn thương" trong thời gian qua của Hội APPEL đã đáp ứng được yêu cầu của các chuyên gia y tế trong lĩnh vực chuyên môn và yêu cầu của các gia đình có con em bị khuyết tật được chăm sóc tốt, đặc biệt trong bối cảnh hiện nay đang xuất hiện nhiều bệnh lý mới, trong đó đáng chú ý các bệnh lý "vô hình" đáng lo ngại và thường xảy ra ở những trẻ em dễ bị tổn thương (trẻ sinh non tháng, nhẹ cân) như rối loạn hành vi, tự kỷ, rối loạn chức năng học tập...

Ở lĩnh vực này, việc phát hiện sớm và theo dõi các trẻ em khuyết tật cho đến nay vẫn chưa được thực hiện một cách đầy đủ có nguyên nhân từ việc khiếm khuyết các chuyên gia được đào tạo chính quy, phương tiện chẩn đoán (hình ảnh, sinh học...). Chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế. Bên cạnh đó, hiện không có nhiều các trung tâm phục hồi chức năng và các trẻ khuyết tật khi được đưa đến trung tâm thường đã lớn tuổi với những khuyết tật đã định hình. Mặc dù các đội, nhóm chăm sóc trẻ khuyết tật đã thể hiện sự nhiệt tình của mình cùng với việc phát huy nhiều sáng kiến, nhưng các nhân viên y tế này vẫn chưa mang tinh chuyên nghiệp trong khi còn có nhiều kỹ thuật mới trong lĩnh vực chăm sóc trẻ khuyết tật như liệu pháp tâm lý, liệu pháp ngôn ngữ, vận động liệu pháp... cho đến nay ít được quan tâm đầu tư phát triển.

Trong điều kiện nêu trên, qua quá trình theo dõi, chúng tôi không thể phủ nhận là với những nỗ lực của bản thân và những nhận thức quan trọng về sự cần thiết của chế độ làm việc theo đội nhóm hoặc hoạt động thông qua hình thức hợp tác hỗ trợ chuyên giữa các chuyên khoa (sản khoa / sơ sinh, khoa nhi / phục hồi chức năng) hoặc giữa cơ quan có liên quan (y tế / giáo dục), hoặc giữa các đơn vị y tế cách xa nhau về địa lý (thành phố / tỉnh, thành phố / quốc gia), các bạn đồng nghiệp của chúng tôi đã có bước tiến đáng trân trọng.

Và, về phương diện dịch tễ học, điều này chứng minh mối quan hệ giữa phòng ngừa, phát hiện và chăm sóc y tế với việc phục hồi chức năng, giúp trẻ có nguy cơ tàn tật cao hội nhập vào cộng đồng là hết sức quan trọng và cần thiết.

Mặt khác, đối với những hộ gia đình nghèo, có một thực tế không thể phủ nhận được trong 15 năm qua là, những khó khăn của đối tượng này trong việc tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vì nhiều nguyên nhân như sự gia tăng về khoảng cách thu nhập trong xã hội Việt Nam, khó khăn về tài chính trong lĩnh vực y tế, sự phối hợp chưa chặt chẽ trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe trong điều kiện ngày càng xuất hiện nhiều tổ chức y tế tư nhân.

Để có thể thích ứng với các điều kiện của một đất nước đang trong giai đoạn đổi mới thay với những yêu cầu ngày càng cao của các đối tác về tính chuyên nghiệp trong lĩnh vực y tế, chương trình hợp tác về "y tế" Pháp - Việt Nam trong lĩnh vực nhi khoa vẫn tiếp tục được triển khai trong năm 2015 theo hai hướng như sau:

- Một mặt là các cuộc trao đổi kinh nghiệm mang tính kỹ thuật giữa các cán bộ y tế bậc cao tương ứng với mức độ phát triển của mạng lưới y tế đa ngành.
- Mặt khác là việc tiếp tục các hoạt động y tế mang tính nhân đạo dành riêng cho các đối tượng dễ bị tổn thương với một chiến lược đặc biệt về phòng ngừa và phát hiện sớm tàn tật cùng với những hoạt động tập trung liên quan đến việc cải thiện sự tiếp cận các dịch vụ chăm sóc y tế ở những hộ gia đình nghèo khó nhất.

Tại hội thảo chuyên đề Hợp tác y tế Pháp – Việt Nam lần đầu tiên được tổ chức hôm nay, chúng tôi mong quý đại biểu tham gia buổi hội thảo vệ tinh về "Hợp tác trong lĩnh vực y tế và gia đình" hãy suy nghĩ, về các vấn đề thuộc chuyên ngành nêu trên, qua đó các cán bộ y tế Pháp và Việt Nam cùng chia sẻ các quan điểm và kinh nghiệm, nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe của trẻ em và sự phát triển tốt đẹp của chúng .

BS Nhi khoa Gildas Treguier
Viện trường Nam Bretagne đề án: “: Sinh tại Việt Nam”
TP Lorient, ngày 07/ 2/2015

Colloque Coopération Santé France Viêt Nam



Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Atelier « Coopération santé et famille »

Synthèse

Dans le cadre du colloque Coopération Santé France – Viêt Nam, 32 personnes se sont retrouvées pendant deux heures pour participer à l'atelier « *Coopération Santé et famille* », co-animé par le Pr Nguyễn Thanh Hiệp, responsable des relations internationales à l'UPNT et le Dr Gildas Tréguier (APPEL-CHBS-Lorient)

L'objectif de cet atelier était de réfléchir ensemble, à partir d'un partage de l'expérience des uns et des autres, professionnels de santé français et vietnamiens, tous engagés auprès de l'enfant et de son épanouissement, afin d'établir un état des lieux de cette coopération « Santé et famille » et dessiner les grandes lignes d'une coopération en pédiatrie qui tienne compte de la réalité du Viêt Nam en 2015.

Cf. le texte d'introduction à l'atelier.

Un temps d'échanges

Introduisant les débats, le **Pr Nguyễn Thanh Hiệp** (UPNT) a rappelé la création récente par les autorités de santé du Viêt Nam d'une formation spécifique de « Médecin de famille » afin de répondre aux besoins de la population.

Puisque la santé de l'enfant commence dès la naissance, le **Dr Nguyễn Thi Tu Anh**, chef du service de néonatalogie à l'hôpital Tu Du, a insisté sur la persistance des besoins en termes de formation mais aussi de technicité dans les Maternités et les Unités de néonatalogie, dans les grandes villes comme HCM-ville et plus encore dans les provinces, malgré les progrès importants observés en 20 ans. Elle a aussi évoqué les carences indéniables en matière de relation parent-enfant au Viêt Nam pendant la période périnatale, en particulier lors de l'annonce d'un handicap.

Directeur du Centre des Enfants Handicapés (CADIEEH) de HCM-ville, Mr **Nguyễn Thanh Tam** a prolongé ces propos en précisant le désarroi des parents quand ils quittent seuls l'hôpital avec un enfant handicapé, ne sachant ni où ni comment s'orienter pour l'accompagnement de l'enfant. Prenant l'exemple du partenariat inauguré depuis deux ans entre le Lang Hoa Binh (Unité des enfants handicapés 0-2 ans) de l'hôpital Tu Du et le Centre qu'il dirige (enfants handicapés de 0 à 6 ans, sur le mode des CAMSP en France), il a insisté sur la nécessité de renforcer les réseaux de compétences et de développer les lieux de partage d'expérience, tout particulièrement dans le domaine de l'enfance handicapé.

Directeur du Centre des Enfants Handicapés de la province de Khanh Hoa à Nha Trang (CREEH), le **Dr Pham Van Hiêp** a rappelé les nombreux programmes en cours, initiés par les autorités de santé du VN dans le domaine du handicap chez l'enfant. Mais il a aussi confirmé les difficultés rencontrées par les professionnels, en particulier dans les activités de détection précoce chez les très jeunes enfants « vulnérables » et d'accompagnement des familles (diagnostic, traitements ...), peut-être plus encore dans les provinces : insuffisance de financement des soins, manque de compétences professionnelles, difficultés diagnostiques, carences de structures d'intégration...

Vice-directrice de ce Centre, Mme **Phan Thi Ngoc Sinh** a insisté sur les facteurs aggravants que sont la précarité et la pauvreté quand naît un enfant handicapé. Dr Hiêp et Mme Sinh ont cité l'exemple des programmes de réhabilitation dans les communes, avec des déplacements d'équipes mobiles de professionnels du handicap dans les districts pauvres de la province de Khanh Hoa. Tous les deux conviennent des difficultés dans l'accès aux soins pour les familles pauvres, et plus encore s'il y a un enfant handicapé. Comment peut-on se déplacer à HCM-ville pour une imagerie cérébrale ou des examens génétiques quand on vit pauvrement dans les montagnes de Khanh Son ?

Responsable d'une Unité de psychopathologie néonatale à la Maternité Hung Vuong (HCM-ville), le **Dr Lé Binh**, pédiatre, a d'abord évoqué son parcours personnel, de la pédiatrie à la psychologie périnatale, avant de préciser les difficultés qui pénalisent le développement de cette discipline au Viêt Nam : le manque de professionnels en psychopathologie périnatale, le manque de moyens, le manque de formation... Elle a dit l'importance de travailler à la prévention des handicaps dès la période périnatale, et à leur détection précoce, en tenant compte des handicaps « modernes » : autisme, hyperactivité, retard mental, troubles des apprentissages..., et en faisant attention aux « faux diagnostics » par excès et/ou par défaut.

Le **Dr Nguyễn Thanh Thuy**, neuro-pédiatre à l'hôpital Nguyễn Tri Phương (HCM-ville), a validé les propos de sa collègue en insistant sur l'importance d'un diagnostic étiologique fiable afin d'orienter les traitements, en prenant l'exemple de l'épilepsie de l'enfant, ce qui pose le problème crucial au Viêt Nam des examens complémentaires en termes de fiabilité, d'interprétation, de coût pour les familles et de suivi au long cours de la pathologie.

Gynécologue à l'hôpital franco-vietnamien et responsable d'une association de soutien à des orphelinats, le **Dr Vo Van Trung** a repris l'importance du fait culturel dans la naissance, même dans une société moderne : le choix de la date de naissance, les croyances autour du nouveau-né, la relation au handicap, déjà évoquée par le Dr Pham Van Hiep... Il a aussi abordé la nécessité des congés « maternité » pour les jeunes parturientes (6 mois avant ou après la naissance), et regretté l'excès de césariennes dans les maternités vietnamiennes, jusqu'à 50 % des accouchements et davantage, pour des motifs ne relevant pas toujours d'un problème médical, mais pour des raisons de confort autant pour le praticien que pour la femme (Cf. le débat sur la douleur).

Professionnelle de santé dans le service de réhabilitation de l'hôpital provincial de Kiên Giang (Rach Gia), **Duong Thu Loan** a axé son intervention sur les difficultés de formation pour les paramédicaux, liant cet aspect du débat à la question de la francophonie dans les échanges avec les équipes françaises qui soutiennent des programmes de coopération médicale au Viêt Nam.

Représentant l'Ambassade de France (Hanoi), **Mathilde Cailleux**, attachée de coopération, a rappelé les programmes de formation soutenus par les autorités françaises (Diplômes interuniversitaires), en insistant aussi sur la notion de « formation de formateurs » : après avoir bénéficié d'une formation validante dans le cadre de la coopération France – Viêt Nam, en France ou au Viêt Nam, les professionnels de santé doivent pouvoir former leurs homologues dans les provinces.

Kinésithérapeute à HCM-ville, **D. Descamps** s'est interrogé sur les modes de diffusion des connaissances pour mieux accompagner les familles qui ont un enfant handicapé.

Commentaires

Faute de temps, tous les participants à cet atelier n'ont pas pu s'exprimer. Prenant le parti de favoriser l'expression de nos partenaires vietnamiens, pour la plupart opérant au Sud du pays, les organisateurs de l'atelier se sont excusés auprès des interlocuteurs français en charge de programmes de coopération de ne pas pouvoir témoigner de leur expérience de terrain.

Par ailleurs, le champ d'investissement des participants explique que les débats ont été essentiellement centrés sur les questions liées à la naissance et aux anomalies du développement neuro-psycho-moteur chez l'enfant. Certaines questions strictement médicales telles que les pathologies chroniques en pédiatrie (diabète, obésité, oncologie ...) n'ont pas été abordées alors qu'elles constituent une préoccupation croissante tant pour les familles que pour les professionnels de santé.

Un tel atelier « Coopération Santé et famille » aurait aussi gagné à faire entendre la parole des parents, principaux acteurs concernés par cette thématique, de plus en plus sensibilisés et de mieux en mieux informés sur les pathologies de leurs enfants, entre autres grâce à Internet et aux réseaux sociaux.

Invité à conclure cet atelier, le **Pr Ngo Minh Xuan**, pédiatre et vice-recteur de l'Université PNT a repris l'ensemble des propos émis pendant ces deux heures.

Après avoir rappelé l'ancienneté et la qualité de la coopération médicale entre le Viêt Nam et la France, et tout particulièrement dans les domaines de l'obstétrique et de la pédiatrie, il a insisté sur la priorité à donner à **la formation** des professionnels de santé, médecins et paramédicaux, dans un pays où la famille connaît des mutations fondamentales depuis 15 ans, avec des modules de formation de haut niveau, adaptés aux exigences des familles.

Il a rappelé le développement de la **médecine de famille** auquel contribue l'Université de médecine, Pham Ngoc Thach, mais aussi l'importance de former les jeunes médecins aux disciplines nouvelles en pédiatrie, tant dans le domaine technique que dans l'accompagnement des familles.

A partir de son expérience de néonatalogiste à l'hôpital Tu Du pendant 20 ans, le Pr Xuan a rejoint les propos du Dr Nguyễn Thị Tu Anh qui lui a succédé dans les fonctions de chef de service en insistant sur l'importance d'un accompagnement de l'enfant dès la naissance, surtout quand il naît avec un haut risque d'anomalies du développement, en particulier les grands prématurés.

Concernant **l'accès aux soins** pour les familles, après avoir cité les actions en cours pour généraliser au Viêt Nam les dispositifs d'assurance sociale, avec une gratuité des soins pour les jeunes enfants et les familles pauvres (minorités ethniques), il a souhaité que les efforts dans ce domaine soient accentués.

Conclusion

La qualité et la densité des interventions lors de cet atelier montrent combien la thématique « Coopération santé et famille » est d'actualité au Viêt Nam en 2015 et constitue un axe essentiel d'échanges entre professionnels de santé français et vietnamiens.

Cette journée a confirmé la nécessité pour les partenaires de cette coopération d'agir de façon étroite et coordonnée à deux niveaux, avec des actions de coopération adaptés aux réalités d'un Viêt Nam ouvert sur le monde :

- . La formation des professionnels de santé en traitant les aspects les plus techniques de la pédiatrie, et en tenant compte des pathologies nouvelles au Viêt Nam
- . L'accompagnement des familles et l'accès aux soins.

Dr Gildas Tréguier

Pédiatre au C.H. Bretagne-Sud, APPEL-Lorient
Rapporteur de l'atelier Coopération Santé et famille



Colloque Coopération Santé France Viêt Nam

Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Atelier : « ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE »

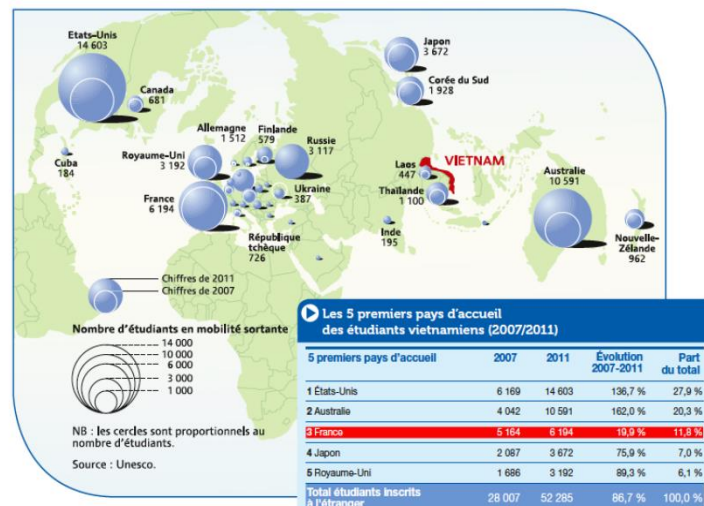
Dr DAO Thu Ha

Radiologue

IMSF, Paris

CHU Henri-Mondor, Créteil

D'après les données du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), le Vietnam est le neuvième pays d'origine des étudiants internationaux en France et le deuxième d'origine asiatique, avec 6295 étudiants vietnamiens accueillis en 2012–13, Et ce chiffre reste stable depuis 2008.

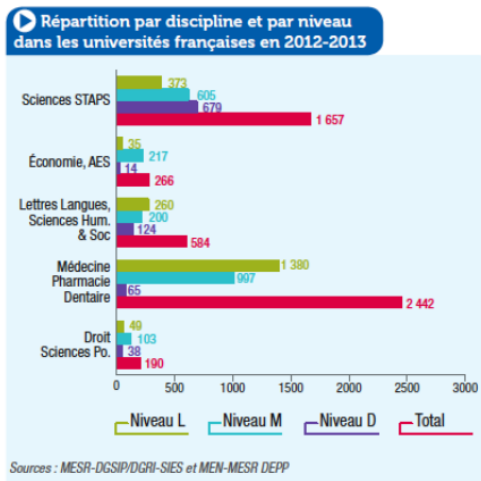
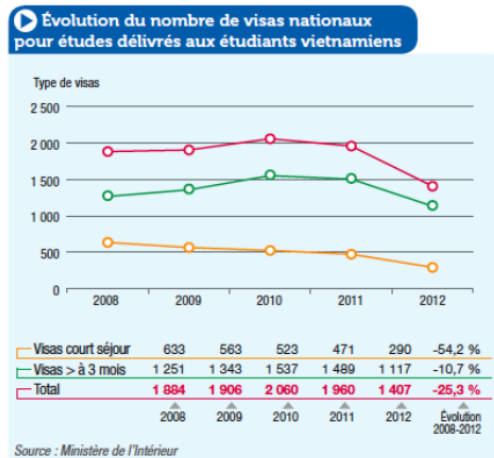


Cependant, d'après les statistiques du ministère de l'intérieur, le nombre de visas pour études octroyés aux vietnamiens a diminué de 25 % en cinq ans, concernant davantage les cours séjour (-54,2 %) que les séjours >3 mois (-10,7 %).

Cette baisse du nombre de visas semble correspondre à une entrave administrative française et impacte les demandes de visas pour des stages de formation médicale, pour un perfectionnement d'une technique, une « sur-spécialisation » nécessitant un séjour de 3-6 mois, voire 1 an. Les séjours plus longs correspondant à des stages de faisant-fonction d'internes en médecine (actuels DFMSA), sont assujettis à des critères de sélection connus, de langue en particulier.

La majorité des étudiants vietnamiens inscrits dans l'enseignement supérieur français était dans un cursus universitaire, surtout en licence et Master, avec 18 % des étudiants en doctorat, la grande majorité de ces doctorants sont en Sciences (74 %).

La filière de médecine–pharmacie–dentaire concerne presque la moitié des étudiants inscrits dans les universités françaises (niveau L et M) mais que 5,2 % des étudiants doctorants.



La motivation du choix de la France dans cette filière de santé et le plus souvent la réputation de l'excellence de son enseignement supérieur dans ce domaine, bénéficier de meilleures conditions d'enseignement (73%), acquérir une expérience internationale, alliée à un héritage culturel et historique.

Depuis 1993, date de la signature de l'accord intergouvernemental de coopération dans le domaine de la santé, la France s'est très largement investie dans la **formation** pour répondre aux besoins exprimés par les institutions du Vietnam. Les liens créés ces vingt dernières années, basés sur l'excellence et les transferts de compétences sont les vecteurs d'échanges dans le cadre de projets de coopération inter-universitaire et inter-hospitalière qui visent à accompagner le système de santé vietnamien dans ses profondes mutations.

La coopération universitaire française propose l'**accueil de médecins vietnamiens francophones** dans les hôpitaux français. Cette formation s'est déroulée jusqu'en 2009 dans le cadre du **programme FFI** (Faisant Fonction d'Interne), transformé depuis 2010 en **programme DFMS/DFMSA** (Diplôme de Formation Médicale Spécialisée/Approfondie). Cette politique a permis de former environ **2200 médecins** et a remodelé le monde médical vietnamien en développant un corps de spécialistes francophones dont la quasi-totalité de l'élite hospitalière et universitaire actuelle est issue.

Parallèlement, la France assure **un programme de formation post universitaire** dispensé dans les différentes facultés de médecine et de pharmacie (Hanoi, Ho Chi Minh Ville, Hue, Hai Phong), par des enseignants français et vietnamiens, aboutissant à la validation d'un **diplôme interuniversitaire (DIU)** délivré dans le cadre de convention entre les universités françaises et vietnamiennes organisatrices.

En 2013, 1500 médecins vietnamiens ont bénéficié de ces enseignements qui représentent plus de 1000 heures de cours dispensées dans le cadre de **15 DIU**. Les objectifs pédagogiques sont définis par les deux coordinateurs de chaque pays et sont adaptés aux enjeux de santé publique.

Le programme des **bourses d'excellence de l'Ambassade de France au Vietnam** a financé ces dix dernières années 40 étudiants dans le domaine des sciences médicales et pharmaceutiques (Master et Doctorat).

Le niveau de français nécessaire pour obtenir le niveau B2 est maintenant exigé pour pouvoir effectuer un stage de DFMSA (ex FFI) en France. Une modification de la sélection et de la répartition des étudiants stagiaires existent depuis quelques années, avec un centre de répartition basé à Strasbourg. Le retour d'expérience de ses faisant fonction d'interne a été mitigé, avec une orientation des stagiaires ne correspondant pas toujours au choix espéré.

En effet le processus antérieur faisait que beaucoup de stagiaires étaient déjà cooptés pour certaines spécialités, certains services, avec une grande motivation des candidats. Cette cooptation personnalisée était une conséquence du nombre important de médecins ayant déjà effectué des études où ayant participé à une coopération étroite avec des services en France, ceux-ci pouvaient échanger leurs meilleurs éléments pour progresser, améliorer la prise en charge des patients au Vietnam.

Pour exemple de 150 FFI étaient partis en 2004, contre 60 l'année dernière.

La lutte contre le VIH /SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, pilier de l'objectif du millénaire n°6, est une priorité de notre coopération. La France, par son engagement financier au Fonds mondial et son approche innovante en matière de levée de fonds (Unitaid), est l'un des pays les plus engagés dans la lutte contre ces trois maladies. Notre action bilatérale est soutenue par l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA) qui joue un rôle central dans notre présence scientifique au Vietnam, et dont témoigne l'engagement ancien du Pr Françoise Barré Sinoussi, Prix Nobel de médecine 2008. L'ANRS est actuellement le 2ème contributeur mondial en terme de publications scientifiques dans le domaine du VIH /SIDA.

Les journées scientifiques ANRS « Asie du Sud Est » organisées conjointement avec ESTHER, se sont déroulées en octobre 2013 à l'Institut français de Hanoi, dans le cadre de l'année France-Vietnam.

Le **GIP ESTHER (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau)** pilote un programme de partenariats inter-hospitaliers consacrés à la prise en charge des malades du SIDA dans le cadre d'une convention signée en décembre 2003. Actuellement ESTHER agit au niveau de trois sites : les hôpitaux St Paul et 09 à Hanoi, l'hôpital Viet-Tiep de Haiphong. En 2013, un programme de substitution des toxicomanes par la suboxone a démarré à Hô Chi Minh Ville.

Enfin, des axes de coopération se sont développés plus récemment tels que les partenariats entre :

- ▶ **la Fondation Pierre Fabre et les Universités de Pharmacie** de Hanoi, Phnom Penh et Vientiane
- ▶ le GIP Santé Protection Sociale Internationale et l'Administration de la Sécurité Sociale du Vietnam.
- ▶ **l'Agence de Médecine Préventive(AMP)** et l'Institut National d'Hygiène et d'Epidémiologie(NIHE) d'Hanoi dans le domaine de la vaccination

Conformément au modèle soviétique, qui a longtemps séparé enseignement et recherche, un réseau d'institutions de recherche a été établi dans tout le pays, en dehors de celui des établissements d'enseignement. Depuis quelques années cependant, un rapprochement de ces deux univers est observé.

En outre, consciente du handicap que représente ce cloisonnement pour la formation supérieure, l'administration vietnamienne a annoncé plusieurs projets de réforme destinés à faciliter la « **formation par et pour la recherche** ». La nouvelle loi n°08/2012/QH13 sur l'enseignement supérieur, entrée en vigueur le 18 juin 2012, inscrit **la dimension recherche dans les objectifs des établissements d'enseignement supérieur**, avec une collaboration accrue entre les ministères des sciences et technologies, et de l'éducation et de la formation.

2. Le réseau de coopération universitaire français au Vietnam



Références :

L'organisation de l'**enseignement supérieur vietnamien** : Les dossiers Pays Campus France : Vietnam, Avril 2014

L'**enseignement supérieur vietnamien** : France-Diplomatie - Ministère des Affaires Etrangères, fiche Curie 17 octobre 2014

La coopération française au Vietnam dans le domaine de la santé : relations franco-vietnamiennes, Ambassade de France à Hanoi, 27 mars 2014

Hợp tác Y tế Pháp Việt Nam

Hội thảo
Thứ Bảy 21 tháng 3, 2015

Chuyên đề: "GIẢNG DẠY VÀ NGHIÊN CỨU"

Bác sĩ Cao Thu Hà
Bộ môn chẩn đoán hình ảnh
IMSF, Paris
CHU Henri Mondor, Créteil

Theo số liệu từ Bộ Giáo dục Đại học và Nghiên cứu (MESR), Việt Nam là quốc gia thứ chín có sinh viên học tập tại Pháp và là nhóm sinh viên quốc tế thứ hai thuộc nguồn gốc dân tộc Châu Á, với 6.295 sinh viên Việt Nam được tiếp nhận trong hai năm 2012- 13, và con số này vẫn ổn định từ năm 2008 đến nay.

Tuy nhiên, theo thống kê của Bộ Nội vụ, trong 5 năm qua, số visa cấp cho các chương trình du học của Việt Nam đã giảm 25%, bao gồm các khóa tập huấn ngắn ngày (giảm 54,2%) và các chương trình du học trên > 3 tháng (giảm 10,7%).

Việc giảm số lượng thị thực này là một trở ngại về mặt hành chính của nước Pháp gây ảnh hưởng đến việc xin thị thực cho sinh viên các chương trình đào tạo y khoa nhằm mục đích phát triển chuyên khoa sâu có yêu cầu về thời gian học tập từ 3 đến 6 tháng hoặc một năm. Các khóa đào tạo dài ngày tương ứng với chương trình đào tạo y khoa nội trú (hiện là các chương trình DFMSA), với những tiêu chuẩn lựa chọn gắt gao trong việc thi tuyển, đặc biệt là về ngôn ngữ.

Đa số các sinh viên Việt Nam có đăng ký chương trình đào tạo cao học của Pháp đều ở bậc đại học, đặc biệt thuộc là cử nhân và thạc sĩ, 18% sinh viên thuộc bậc tiến sĩ và phần lớn trong số này đều là Tiến sĩ Khoa học (74%).

Trong nhóm Y – dược – nha khoa, có gần một nửa số sinh viên đang theo học tại các trường đại học Pháp (mức L và M), và có 5,2% sinh viên thuộc cấp học tiến sĩ

Động cơ cho việc lựa chọn nước Pháp trong quá trình đào tạo cao học thuộc lĩnh vực y khoa do đây là một quốc gia mà các sinh viên sẽ được tiếp cận với nhiều điều kiện giảng dạy và học tập thật tốt (73%), đồng thời được tiếp nhận những kiến thức có liên quan đến các di sản văn hóa và lịch sử của quốc tế.

Từ năm 1993, thời điểm ký kết bản thỏa thuận về hợp tác trong lĩnh vực y tế giữa hai quốc gia, nước Pháp đã đầu tư rất lớn cho lĩnh vực đào tạo để có thể đáp ứng nhu cầu của cơ quan giáo dục tại Việt Nam. Trong 20 năm qua, mối quan hệ này đã được xây dựng dựa trên tính ưu việt của những kỹ thuật được chuyển giao và trở thành mối liên kết cho những cuộc trao đổi trong khuôn khổ các chương trình hợp tác giữa các trường đại học và các bệnh viện của hai quốc gia nhằm mục đích hỗ trợ cho sự chuyển biến sâu sắc của hệ thống y tế Việt Nam.

Đối với chương trình hợp tác trong lĩnh vực đào tạo bậc đại học, phía Pháp đã tiếp nhận và đào tạo cho rất nhiều bác sĩ Việt Nam thuộc khối Pháp ngữ đang công tác tại các bệnh viện. Chương trình đào tạo này được triển khai cho đến năm 2009, trong khuôn khổ của chương trình FFI (chương trình đào tạo bác sĩ nội trú) và từ năm 2010 được chuyển thành chương trình đào tạo y khoa toàn phần (DFMS / DFMSA) qua đó đã đào tạo được khoảng 2.200 bác sĩ, góp phần đáng kể cho quá trình cách

tân nền y học của Việt Nam thông qua việc phát triển một đội ngũ các bác sĩ xuất sắc thuộc cộng đồng Pháp ngữ, trở về công tác trong hầu hết các bệnh viện của VN.

Đồng thời, nước Pháp cũng đảm bảo việc thực hiện chương trình đào tạo sau đại học cho các trường đại học y – dược (Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Huế, Hải Phòng), với sự hướng dẫn của các giảng viên Pháp và Việt Nam và trong khuôn khổ của một bản thoả thuận được ký kết với các trường đại học tại Pháp và Việt Nam, từ chương trình đào tạo này, các sinh viên tốt nghiệp đã nhận được văn bằng liên trường đại học (DIU). Năm 2013, đã có 1.500 bác sĩ Việt Nam tham dự hơn 1.000 giờ trong khuôn khổ của 15 khóa đào tạo liên trường đại học (DIU) nói trên. Các mục tiêu của chương trình giảng dạy này do cơ quan điều phối của hay quốc gia xây dựng nhằm vào các vấn đề liên quan đến sức khỏe cộng đồng.

Chương trình học bổng do Đại sứ quán Pháp tại VN dành cho các cá nhân xuất sắc qua 10 năm thực hiện, đã tài trợ cho 40 sinh viên bậc thạc sĩ và tiến sĩ trong lĩnh vực y dược .

Để được thực tập trong khuôn khổ văn bằng bác sĩ nội trú - DFMSA (nguyên là chương trình FFI), sinh viên cần phải có trình độ tiếng Pháp ở cấp độ B2. Tuy nhiên, thông qua trung tâm điều phối có trụ sở tại Strasbourg, đã xuất hiện sự thay đổi trong việc lựa chọn và phân bổ thực tập sinh vẫn được thực hiện trong nhiều năm. Điều này cho thấy sự thay đổi trong hướng đào tạo bác sĩ nội trú đã có sự thay đổi đã đưa đến tình trạng không phù hợp đối với sự lựa chọn chương trình học tập của các thực tập sinh.

Vì vậy, quy trình trước đó đã khiến cho nhiều thực tập sinh, vì nhiều đồng cơ, đều đã cùng đề nghị tham gia học tập trong một số chuyên ngành, một số dịch vụ. Cách chọn lựa này dẫn đến hậu quả về sự trùng lặp của một lượng đáng kể các bác sĩ đã thực hiện các chương trình nghiên cứu mà họ đã tham gia qua một chương trình hợp tác trực tiếp với các cơ quan của Pháp qua đó họ có thể trao đổi những điều kiện tốt nhất cho sự phát triển và cải thiện công tác chăm sóc cho bệnh nhân tại VN. Chấn hạn, năm 2004 đã đào tạo được 150 bác sĩ nội trú , so với 60 bác sĩ của các năm trước.

Trong việc chống lại dịch HIV/AIDS, bệnh Lao và Sốt rét, là chương trình hợp tác ưu tiên số 6 của mục tiêu phát triển thiên niên kỷ, Nước Pháp thông qua việc cam kết về tài chính với Quỹ toàn cầu và việc đổi mới phương thức gây quỹ (UNITAID), đã trở thành một trong những quốc gia tham gia tích cực vào hoạt động phòng chống ba loại bệnh nêu trên. Hành động song phương của chúng tôi được sự hỗ trợ bởi Cơ quan nghiên cứu quốc gia về AIDS, đơn vị giữ vai trò trung tâm trong sự hiện diện của nền khoa học Pháp tại Việt Nam, được chứng minh bởi tiên phong của giáo sư Françoise Barré-Sinoussi, giải Nobel Y học 2008. Cơ quan nghiên cứu quốc gia về AIDS hiện là đơn vị đóng góp quan trọng thứ hai trên thế giới đối với các ấn phẩm khoa học trong lĩnh vực HIV / AIDS.

Và trong khuôn khổ của năm Pháp – Việt Nam năm 2013, hội thảo khoa học khoa học của Cơ quan nghiên cứu quốc gia về AIDS "Đông Nam Á" đã phối hợp cùng tổ chức ESTHER tổ chức vào tháng 10/2013 tại Viện trao đổi văn hóa Pháp tại Hà Nội

GIP ESTHER (Tập hợp vì sự liên kết điều trị trong hệ thống bệnh viện) trong khuôn khổ một bản thoả thuận hợp tác được ký năm 2003, đã thí điểm một chương trình hợp tác liên – viện nhằm vào việc chăm sóc bệnh nhân HIV/AIDS. Hiện tổ chức ESTHER đang hoạt động tại ba nơi: Bệnh viện St Paul và bệnh viện 09 tại Hà Nội, Bệnh viện Việt Tiệp tại Hải Phòng. Trong năm 2013, chương trình điều trị thay thế cho người nghiện ma túy bằng Suboxone bắt đầu tại thành phố Hồ Chí Minh.

Cuối cùng, các đối tác cho hoạt động này gần đây đã được phát triển với:

- Tổ chức Pierre Fabre Foundation và các Trường đại học Dược Hà Nội, Phnom Pênh và Vientiane
- Tổ chức GIP Bảo trợ y tế - xã hội quốc tế và cơ quan An sinh Xã hội của Việt Nam.
- Cơ quan Y tế dự phòng (AMP) và Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (NIHE) tại Hà Nội trong lĩnh vực tiêm chủng.

Theo mô hình của Liên Xô, đất nước từ lâu đã chia tách việc giảng dạy và nghiên cứu, một mạng lưới các tổ chức nghiên cứu đã được thiết lập trên khắp đất nước tách khỏi các cơ sở giáo dục.

Trong khi đó, những năm gần đây, đã có sự xích lại gần nhau giữa hai thế giới này đã được nhận thấy. Hơn nữa, qua sự phân vùng của vấn đề tàn tật và hoạt động đào tạo cấp cao, chính phủ Việt Nam đã công bố nhiều dự án cải cách để tạo điều kiện thuận lợi cho hoạt động "đào tạo bởi và vì công tác nghiên cứu". Một bộ luật mới Số 08/2012 / QH13 ban hành ngày 18/6/2012 về giáo dục đại học, ghi nhận tầm quan trọng của hoạt động nghiên cứu trong những mục tiêu đào tạo đại học, với sự tăng cường hợp tác giữa các bộ khoa học và công nghệ, giáo dục và đào tạo.

Tài liệu tham khảo:

Các tổ chức giáo dục đại học Việt Nam: Tư liệu của Campus France: Việt Nam, tháng 4 /2014

Giáo dục đại học Việt: Pháp-Ngoại giao - Bộ Ngoại giao, Curie 17/ 10/ 2014

Hợp tác Pháp tại Việt Nam trong lĩnh vực y tế: các mối quan hệ Pháp-Việt, Đại sứ quán Pháp tại Hà Nội, 27/3/2014.



Colloque Coopération Santé France Viêt Nam

Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Atelier Coopération Santé, techniques et risque médico-légal

Dr David Trân

Afravietmur (Association Franco-Vietnamienne de médecine d'urgence et réanimation)

Tổ thảo luận : y tế, hợp tác kỹ thuật và nguy cơ pháp y.

La France et le Vietnam ont une longue histoire de coopération dans le domaine de la santé.

C'est en 1902 qu'ouvre à Hanoi la première école de médecine dont le directeur n'est autre qu'Alexandre Yersin. L'idée de l'administration coloniale était alors de former des médecins « indigènes » à la médecine moderne (1).

De la construction d'hôpitaux à la création des Institut Pasteurs, les exemples ne manquent pas, même si il s'agit alors de valoriser l'espace colonial Indochinois. Le départ des français à partir de 1954 aurait pu marquer un coup fatal à cette coopération. Soixante ans plus tard, force est de constater que les liens historiques ne sont pas rompus. Mais cette collaboration a aujourd'hui un visage bien différent. Si les partenaires institutionnels officiels ont repris des programmes de formation et de coopération technique, les associations franco-vietnamiennes œuvrant dans le domaine de la santé ne sont pas en reste.

Leurs initiatives sont aujourd'hui difficiles à évaluer tant elles sont nombreuses, balayant tous les domaines de la médecine. Nous abordons ici deux aspects importants de cette coopération : le domaine technique et le domaine médico-légal. Dans le domaine de la coopération technique, les exemples ne manquent pas. La création de l'Institut du cœur à Ho Chi Minh ville en est un bon exemple. Initialement opérés par des chirurgiens français, ce sont aujourd'hui des chirurgiens vietnamiens qui traitent les enfants atteints de cardiopathie. Ce transfert de compétence illustre l'évolution de cette coopération technique. Mais l'un des enjeux majeurs est de faire profiter cette technologie au plus grand nombre, y compris aux populations les plus démunies dans les régions les plus reculées du pays. Les médecins vietnamiens, qui sont bien formés, sont souvent attirés par les grandes agglomérations où leurs conditions de travail sont plus attractives, délaissant ainsi les zones rurales reculées.

On peut d'ailleurs faire un parallèle avec les déserts médicaux en France. C'est à ce niveau que se situe l'action de beaucoup d'ONG internationales et notamment françaises. Proposer des soins de qualité aux populations qui n'ont pas les moyens de se les offrir.

Mais cette stratégie s'inscrit-elle dans un projet de développement à long terme ?

Répond-elle aux attentes des autorités Vietnamiennes ou contribue-t-elle à maintenir un système de santé à deux vitesses ? Une autre façon de surmonter ce problème de l'isolement et de l'accessibilité aux soins réside sans doute dans le développement de la télémédecine.

Comme c'est le cas en France, les moyens modernes de transmission d'images et de vidéos sont en train de révolutionner les pratiques médicales. Là où il fallait transférer un patient pendant de longues heures vers un centre de référence souvent situé à plusieurs heures de route, il sera possible demain grâce à la télé-radiologie et la télé-expertise d'obtenir quasi instantanément un avis médical permettant un traitement sur place. On évitera ainsi des transferts inutiles de patients venant engorger un peu plus les hôpitaux déjà saturés des grandes villes. Encore faut-il que les hôpitaux prennent l'habitude de travailler ensemble en réseau, ce qui n'est pas toujours le cas.

Cette coopération technique des associations franco-vietnamiennes, si elle est la plupart du temps bien accueillie par les populations qui en bénéficient, pose toutefois un problème médico-légal. Comme toute pratique médicale, l'exercice de la médecine au Vietnam expose à un risque médico-légal qui est de plus en plus présent.

Le cadre associatif sans but lucratif dans lequel nous évoluons, ne nous protège qu'en apparence. Comme c'est le cas dans beaucoup de pays, au Vietnam, le nombre de plaintes suite à un préjudice médical a tendance à augmenter. Qu'advient-il demain si un soignant travaillant dans le cadre d'une ONG se retrouve confronté à un problème médico-légal ? Le problème se pose surtout pour les associations qui travaillent sur le terrain en prodiguant des soins parfois très techniques souvent dans un environnement difficile et inhabituel. Les conditions de travail mais également les problèmes de langue (2) et de différence culturelle peuvent être source d'erreurs médicales préjudiciables. Comment permettre à ces associations de continuer à travailler en toute sécurité dans le respect de la loi Vietnamiennne ? Un cadre légal spécifique doit-il être envisagé ? Voilà deux thèmes particulièrement sensibles que nous avons souhaité aborder dans le cadre de ce premier Colloque Santé France Vietnam. Comment poursuivre nos actions de terrain en toute sécurité dans un pays émergent dont la technicité médicale évolue à grande vitesse mais avec parfois de grandes disparités sociales et géographiques.

Références :

1. Paradoxes d'une médicalisation coloniale, Laurence Monnais-Rousselot
2. The high costs of language barriers in medical malpractice, National Health law program, University of California, Berkeley

Pháp và Việt Nam có một lịch sử lâu đời hợp tác y tế.

Năm 1902, bs Alexandre Yersin khánh thành trường Y đầu tiên ở Hà Nội. Ý tưởng là đào tạo bác sỹ « đông dương » theo y tế hiện đại. Có rất nhiều ví dụ xây cất bệnh viện và Viện Pasteur để nâng cao giá trị thuộc địa. Sau khi Pháp rời VN năm 1954, sự hợp tác ấy sụp đổ.

Sáu chục năm sau rất mừng là những quan hệ lịch sử ấy vẫn còn tồn tại nhưng dạng hợp tác có nhiều mặt mới. Các đối tác chính thức có chương trình giảng dạy và hợp tác kỹ thuật thì các hội đoàn dân sự vẫn tiếp nối với các ngành y tế sức khoẻ. Các sáng kiến đa dạng rất phong phú.

Chúng tôi đề cập hai vấn đề : hợp tác kỹ thuật và khía cạnh pháp y.

Về hợp tác kỹ thuật thì rất nhiều thành quả. Viện Tim là một ví dụ điển hình. Lúc đầu là với các bác sỹ người Pháp, ngày nay là các bác sỹ Việt nam mổ tim cho con nít. Chuyển tài lực này là ví dụ tiêu biểu của sự hợp tác kỹ thuật.

Một trong những thách thức của kỹ thuật là phục vụ số đông, nhất là cho người nghèo vùng xa. Các bác sỹ Việt Nam sau khi học tập xong thường về thành phố lớn để sinh sống bỏ các vùng hẻo lánh. Thực trạng này nước Pháp cũng biết đến.

Chính là những điểm này mà các hội đoàn pháp phi chính phủ công tác : đem kỹ thuật cho các dân không phương tiện nhưng đây có phải là một chiến lược lâu dài bền bỉ không ? Nó có đáp ứng đúng với chủ trương Nhà nước Việt nam hoặc duy trì hệ thống chữa bệnh nhiều cấp.

Một trong những lối phá dây và giúp dân đến điều trị là y tế truyền thông.

Như ở Pháp, các phương tiện hiện đại chuyển hình và video đang thay đổi các thực hành làm việc. Thay gì bệnh nhân phải di chuyển và chờ cả tiếng đồng hồ, thì y tế truyền thông và y tế expert có thể đem từ xa một siêu chẩn đoán đến để ra toa thuốc tại địa phương. Như thế tránh được các loại di chuyển vô ích làm nghẹt phòng đợi bệnh viện. Nhưng phải luyện các bệnh viện quen làm việc với nhau có hệ thống.

Các hợp tác Pháp Việt phần lớn được đồng bào hưởng ứng nhưng có thể gây ra một số vấn đề pháp y như mọi thực hành trên con người.

Với khuôn khổ từ thiện chúng ta có cảm giác được bảo vệ nhưng ở VN như ở các nước, vấn đề và trường hợp tố cáo chấn thương tăng cao. Chuyện gì xảy ra nếu một hội đoàn phi chính phủ nước ngoài bị tố cáo trên một vấn đề pháp y ? Cụ thể là đối với các hội đoàn trực tiếp công tác trên người Việt Nam trong một môi trường mới lạ, nguy hiểm. Thêm là có khía cạnh ngôn ngữ và khác biệt văn hoá nguyên nhân của những sai lầm chẩn đoán và điều trị. Làm thế nào tiếp tục hợp tác một cách phù hợp với luật lệ Việt Nam ? Có cần một điều khoản đặc thù không ?

Đây là hai khía cạnh chúng tôi muốn trình bày tại hội thảo hôm nay. Làm sao tiếp tục công tác có an toàn với một nước phát triển nhanh với qua nhiều khoản cách kỹ thuật địa phương.



Colloque Coopération Santé France Viêt Nam

Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Viêt Nam

Santé globale et prévention des effets humains du changement climatique

Lương Cần Liêm, Psychiatre, Dr en Psychologie.

Il y a au moins trois points importants à considérer à propos du changement climatique et de la hausse du niveau des eaux.

1. Le changement climatique et la hausse du niveau de la mer sont des données objectives de développement rapides, et inédites dans l'histoire de l'humanité. Le monde connaît à peu près les causes mais ne sait pas comment palier à leurs effets, surtout quand il faudra tenir compte des spécificités locorégionales et nationales et des traditions historiques de chaque pays. Pour l'instant, il n'y a aucun modèle de développement compatible avec la nouvelle situation mais à coup sûr, la réponse se trouve dans le difficile changement de politique et de mode de vie des personnes.
2. Le Vietnam est doublement vulnérable. Le Vietnam fait partie des 10 pays les plus exposés aux effets du changement climatique et de la montée du niveau de la mer. Ses deux plus grandes villes, la capital Hanoi et la mégapole Ho Chi Minh Ville, sont parmi les plus vulnérables à l'image de New York et des villes bâties en bord de mer ou à moins de 200 km des côtes. Plus particulièrement, il y a la spécificité hydraulique du Mékong recevant la fonte des neiges de l'Himalaya, avec un cours barré par plusieurs ouvrages en amont et enfin le Tonle Sap comme un réservoir inversé. Cette géographie va impacter sur la vie courante du pays.
3. Emmanuel Leroy-Ladurie et d'autres ont étudié de très longues périodes de l'histoire universelle. Ils ont démontré qu'une modification du climat provoque des changements de régime social et perturbe secondairement la santé des personnes. Le seul pays selon ces auteurs à en être peu affecté par les problèmes climatiques est le Japon parce que son insularité a habitué ses habitants à vivre les aléas climatiques, à les prévenir et non à les subir. D'une certaine manière, le Vietnam séculaire a aussi son savoir-faire face aux problèmes de climat mais c'est peu exploré voire dénié. C'est dire que les solutions se trouvent en l'homme et pas dans des technologies et pour cela, il faut protéger leur santé. Le changement climatique est un défi politique et sanitaire.

La médecine et la santé, le médecin et la maladie.

« *La médecine curative classique* » entre le praticien, la personne et une situation de maladie est toujours un acte éthique fondateur de solidarité pour dispenser les soins. Toutefois, le malade, le praticien et la guérison sont de près ou de loin, dépendants de l'environnement et des moyens disponibles.

A côté de cette médecine curative, il y a aujourd'hui « *la médecine holistique et prédictive* ». Elle anticipe des états de santé pour prévenir l'apparition de la maladie, des handicaps et de ses complications dans des groupes de populations.

Cette médecine est différente de la médecine préventive classique et élargit la notion d'hygiène de la personne ou d'hygiène du cadre de vie. On observe par exemple que les jeunes ont une prévalence élevée de mort violente par accidents dans certains pays ; dans d'autres, c'est par le suicide.

Cette médecine globale s'occupe ainsi de deux notions voisines, la santé et la maladie qui sont des domaines différents depuis que l'OMS en a défini clairement le cadre. Il y a donc une médecine de soin de santé et une médecine de soin des maladies parallèlement à des pratiques individualisées et des pratiques collectives. Les corps professionnels peuvent être aussi différents et complémentaires.

Concrètement, il faut séparer la notion du bon médecin avec celle d'une bonne médecine. Un bon médecin soigne, guérit et prévient. Il le fait bien quand il est bien formé et son savoir-faire répond aux attentes et à la connaissance du patient. Une bonne médecine est une organisation de services et de personnels adaptée à la situation réelle et à l'attente de la population. Elle est fondée sur une vraie confiance au dispositif de soins et sans cette confiance, le malade va voir ailleurs et dépense plus. L'augmentation de l'espérance de vie, la baisse du taux de mortalité infantile ou la croissance de la taille moyenne des habitants sont des indicateurs de la hausse du niveau de vie responsable aussi d'une bonne médecine. A ce titre, la prévention est une politique de santé et elle n'est plus uniquement un acte médical. Le dialogue d'un médecin au cours et au décours d'un soin est une recommandation normale, ce n'est pas du tout un programme de prévention.

Ainsi, la prévention de santé se base sur une augmentation du niveau de vie et des connaissances et non sur la peur de la maladie. Il ne faut plus menacer les enfants d'aller au docteur ou au dentiste mais leur expliquer la santé et les soins de bien-être.

Les deux manières différentes de considérer la prévention.

De ce fait, il y a la prévention de soins de santé et la prévention contre les maladies.

La prévention des soins de santé est l'entretien du patrimoine bio-psycho-social de la personne pour son bien-être, par exemple la diététique ou la prise individuelle de sa tension artérielle. La prévention contre les maladies est déterminée par anticipation d'un état pathologique latent, patent ou potentiel pour ne pas en souffrir plus tard ; par exemple éviter de manger trop salé ou trop sucré quand la personne a des prédispositions. Aujourd'hui, il y a une passerelle entre ces deux types de prévention dans les pathologies génétiques asymptomatiques ou trans-générationnelles qui posent des problèmes éthiques de responsabilité.

Quand on connaît les déterminants d'une pathologie, il est classique de parler « *des préventions primaires, secondaires et tertiaires* » qui touchent aux comportements humains. Par exemple, au sujet du cancer du poumon ou de la gorge, la prévention primaire dit que fumer est néfaste pour la santé et le tabac est interdit dans les lieux publics. La prévention secondaire consiste à inciter le fumeur à s'arrêter de fumer par un slogan inscrit sur le paquet de cigarettes qu'il achète. La prévention tertiaire informe le cancéreux traité de ne pas se remettre dans des conditions de rechute. La prévention primaire et secondaire peut conduire à un geste d'ordre thérapeutique, par exemple dans la surveillance de la grossesse et du fœtus. De façon plus complexe, l'usage de l'échographie peut conduire à des déséquilibres démographiques et des comportements antisociaux comme cela s'était passé en Inde. Aujourd'hui 120 naissances de garçons pour 100 filles au Vietnam au dernier recensement. Dit autrement, la prévention peut avoir un impact social et économique. C'est le cas des vaccinations et des examens systématiques. La prévention primaire du tabagisme – le Vietnamien est un des plus grands fumeurs de la planète – implique une réflexion globale en termes de coûts globaux pour la société.

Cela signifie que l'environnement naturel, culturel, social et humain influence, modifie et interfère dans la conduite des personnes en bonne santé.

Le réchauffement climatique est une modification de l'environnement qui a des effets sur la santé humaine. Il y a deux approches : 1) par la clinique et ; 2) par la définition de la vulnérabilité et de la fragilité.

L'augmentation de la température ambiante et ses conséquences agissent sur la physiologie humaine et le comportement social. Il est à peu près sûr qu'il y aura au moins, davantage d'affections cardiovasculaires, de pathologies liées à l'hydratation et les troubles réactionnelles.

Et sûrement d'autres pathologies à découvrir. Le changement climatique modifie l'accès à l'eau propre, accentue la déforestation et provoque l'urbanisation. Il faudra craindre une recrudescence des pathologies infectieuses diarrhéiques et à vecteurs. Les déplacements de population in domo et en migration seront à la base des désordres psychiatriques ou psychosociaux. La santé des hommes sera ainsi fragilisée par les effets du changement climatique. Dans ces conditions, la notion de vulnérabilité est plurimodale, « *vulnérabilité de la personne, du système de soin et de l'environnement* ».

La santé fragilisée et vulnérable à cause d'un changement d'environnement.

La médecine globale approche les groupes de maladies et de malades par la statistique. Elle intègre qualitativement le changement de situations en termes de « *fragilité* » et de « *vulnérabilité* » qui sont des perceptions de la santé à la fois subjectives (fragilité) et objectives (vulnérabilité). Par exemple on dit déjà que la femme enceinte est vulnérable, que la personne âgée est fragile et les enfants aussi et pourtant ces catégories de personnes sont en bonne santé. Dit autrement, il s'agit de situations qui peuvent porter atteinte au patrimoine de santé par rapport à l'axiome de l'homme bien portant qui est fort, adaptatif à l'infini ou infaillible. Dans ces conditions relatives, une personne saine qui travaille dans un environnement pollué ou difficile, est une personne exposée ; elle sera fragile et vulnérable, et mérite une protection préventive. C'est la raison d'être de la médecine du travail, dite professionnelle motivée par la notion de sécurité.

On établit donc le concept de « *population à risque de vulnérabilité* » et non à partir des déterminants connus de risques de telle ou telle pathologie. Par exemple, les jeunes oisifs sont vulnérables mais cela ne veut pas dire que l'oisiveté est un déterminant de toxicomanie ou d'addiction aux jeux. Dans ces conditions, on ne dit pas que le trouble psychiatrique est une maladie sociale mais plutôt une pathologie de la personnalité. D'une façon générale, les effets du changement climatique rend les hommes vulnérables, et il y a deux conceptions culturelles de la personne : 1) Avec une conduite pathologique, on se contentera de la notion populaire et subjective de la personne « faible » comme on dit que les jeunes toxicomanes sont faibles ; 2) Ou bien les gens s'adaptent aux conditions environnementaux et aux risques. Ce sont des personnes « fortes » et on va « guérir » la vulnérabilité par la théorie de l'effort et du courage ou par du « laisser faire ». Une conception de traiter la vulnérabilité humaine en termes de personnes faibles ou fortes, risque de créer des conditions d'injustice devant les mêmes effets du changement climatique pour tous. Concrètement, la prévention se porte simultanément sur ces paramètres de deux façons : 1) comprendre et faire face aux changements humains sans préjugés : c'est le principe d'égalité, et 2) encourager les positions d'adaptation en augmentant le niveau des connaissances : c'est le principe du progrès.

Il faut donc avoir des outils pour le faire et l'OMS/WHO propose les concepts de la Promotion de la Santé et d'Education à la santé.

La Promotion de la santé et l'Education à la santé.

Avec le réchauffement climatique et ses effets imprévisibles, nous sommes devant un environnement déjà « affecté ou malade » pour des hommes en bonne santé mais vulnérables. La situation va évoluer rapidement en deux générations.

Dans ce cas de figure, la Promotion de la santé a deux dimensions : 1) *la Promotion d'un environnement sain* et 2) *la Promotion de la santé* avec les outils de la prévention classique primaire, secondaire et tertiaire. La conduite des campagnes de Promotion de la santé dépasse le médical. Pour que ces deux dimensions soient opérationnelles, elles présupposent de connaître et de définir les environnements particulièrement abimés et la catégorie des populations à risque de vulnérabilité. Tout le problème est l'aptitude au changement de comportement et de volonté politique. Le tout demande une conscience collective et le sens de la responsabilité des citoyens.

L'OMS/WHO préconise la « *Promotion de la santé* » aux Etats mais son application rencontre deux ordres de difficultés. 1) Les personnes en bonne santé ne se préoccupent pas de leur santé car elles voient leur état comme naturel, allant de soi. Elles peuvent aussi la malmener. 2) La méthodologie employée est du marketing en considérant la santé comme une cible et une marchandise et en même temps les produits commerciaux usent des arguments de bonne santé et de bonne forme pour séduire la clientèle. A cause de son coût, on vend et on achète une santé qui n'est plus nommée comme un bien public commun. Cette confusion sémiologique entérine la privation des services de soins et explique les campagnes de promotion de la santé sous la forme de slogans. Le paradoxe de la Promotion de la Santé est que la santé est un patrimoine mais pour que les hommes s'y intéressent, il faut leur présenter comme un objet de consommation. Ceci véhicule peu d'informations sanitaires utiles de culture générale pour la population et le succès des programmes d'incitation reste mitigé. L'exemple le plus concret concerne les campagnes contre la surconsommation de viande ou de sucre qui n'ont sans aucune incidence réelle sur les pathologies cardio-vasculaires et de surcharge. Le nombre d'enfants vietnamiens en surcharge pondérale est inquiétant pour l'avenir.

Avec « *l'Education à la santé* », l'angle d'attaque est une pédagogie ciblée du risque pathologique en jouant sur l'implication individuelle et collective. Idéalement, cela devrait commencer dès l'école et en famille et rester coordonné avec les informations publiques. Il s'agit de donner une conscience de santé comme une conscience de soi. Pour être efficace, il faut un thème, un début et une fin à une campagne d'Education à la santé. Toutefois, elle butera toujours sur la question de la responsabilité individuelle de chacun sur sa santé. La place des traditions est importante. Cette éducation a été efficace dans les programmes de vaccination ou contre la propagation du virus du Sida. A ce titre, l'éducation sexuelle des jeunes a son intérêt dans la mesure où cet âge peut présenter des signes de vulnérabilité dans le développement de la personnalité. Il y a toutefois une confusion entre l'éducation sexuelle (la différence de genre), l'éducation de la sexualité (le comportement) et l'éducation sentimentale (le plaisir, la jouissance).

Conclusion

Les effets du changement climatique et de la montée des eaux sur la santé des hommes et sur le climat social sont certains mais impossibles à évaluer. L'humanité ensemble en est responsable, les pays riches plus que les pays pauvres, et personne n'a pas de solutions globales. Il est impératif par conséquent, de fabriquer des outils pour répondre aux effets de la situation nouvelle à partir de nos connaissances actuelles. Le genre humain est devenu fragile et vulnérable. Le premier impact réel de cette situation porte sur la santé des hommes au travail et dans leur vie, et non sur la santé des entreprises comme on pourrait le croire à courte échéance en termes financiers.

Pour le Vietnamien, le réchauffement climatique et la montée des eaux forment un défi sans commune mesure pour son avenir. Si « *Đất nước* » le pays, veut dire quelque chose aujourd'hui, rien ne lui garantira que demain le « *Đất/terre* » et le « *Nước/eau* » soient encore là comme il veut souhaiter le retrouver.

Les Vietnamiens sont en situation à risque climatique.

Référence biographique :

BESANCENOT Jean-Pierre, 2007 : Notre santé à l'épreuve du changement climatique. Paris, Delachaux & Niestlé.

LUONG Can-Liêm, 2014 : Le réfugié climatique. Un défi politique et sanitaire. Paris, l'Harmattan.

HỘI THẢO Y TẾ PHÁP – VIỆT NAM
Thành phố Hồ Chí Minh (Việt Nam), 21/3/2015

Chuyên đề : Sức khỏe toàn diện và việc phòng chống những tác động của sự biến đổi khí hậu trên con người.

Có ít nhất ba điểm quan trọng liên quan về sự thay đổi khí hậu và sự dâng cao của nước biển.

1. Sự thay đổi khí hậu và việc nước biển dâng cao là bằng chứng khách quan của sự phát triển nhanh chóng, và chưa từng có trong lịch sử của nhân loại. Thế giới hôm nay biết các nguyên nhân nhưng không biết làm thế nào để bù đắp tác động của vấn đề này trên con người, nhất là khi làm phải xem đặc trưng của quốc gia và truyền thống lịch sử của mỗi dân tộc. Hiện tại, không có mô hình phát triển phù hợp với tình hình mới, nhưng chắc chắn câu trả lời nằm trong sự thay đổi chính sách và người dân sống khó khăn.
2. Việt Nam bị sẽ bị khó khăn gấp hai lần. Trước tiên, Việt Nam là một trong 10 quốc gia dễ bị tổn thương nhất bởi biến đổi khí hậu và nước biển dâng. Hai thành phố lớn nhất của nó, Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh vốn Megalopolis, nằm trong số dễ bị tổn thương nhất với New York và các thành phố được xây dựng bên bờ biển hoặc trong phạm vi 200 km bờ biển. Sau đó, cụ thể tuyết tan từ dãy Himalaya ảnh hưởng đến thủy lực Mekong, nước bị chặn lại bởi những cấu trúc thượng lưu và cuối cùng là biển hồ Tonle Sap đang thay đổi để ngược. Địa lý này sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống của đất nước.
3. Học giả Emmanuel Leroy-Ladurie và những nhà khoa học khác đã nghiên cứu lịch sử thế giới trong thời gian dài. Họ đã chứng minh rằng một sự thay đổi khí hậu lớn gây ra những thay đổi của hệ thống xã hội và với đó là làm mất đi sức khỏe con người. Các nhà khoa học ấy nghĩ rằng quốc gia duy nhất mà các vấn đề khí hậu ít ảnh hưởng xấu trên xã hội là Nhật Bản vì là quần đảo và cư dân đã tổ chức sống với thời tiết nguy hiểm, ngăn chặn và bất ngờ. Nhìn như thế, Việt Nam cũng đã có kinh nghiệm giải quyết vấn đề khí hậu nhưng ít ý thức tài mình thậm chí từ chối xem là mình biết làm. Điều này có nghĩa rằng các giải pháp được tìm thấy từ đầu gây trong con người chớ không chỉ trong công nghệ ; và cho điều này là cần thiết bảo vệ sức khỏe của con người. Biến đổi khí hậu là một thách thức quản trị và sức khỏe.

Y học và sức khỏe, bác sĩ và bệnh tật.

"Quan hệ cổ điển chữa bệnh " là một hợp đồng đạo đức giữa các người bệnh và người trị bệnh trên quan hệ bình đẳng người và người làm gốc cho tính đoàn kết cung cấp dịch vụ chăm sóc. Như thế, giữa các bệnh nhân và các người lo sức khỏe (bác sĩ, trợ tá các cấp), khuôn cảnh chữa bệnh phụ thuộc gần hay xa vào môi trường và các nguồn lực có sẵn.

Bên cạnh khuôn cảnh chữa bệnh này, hiện nay có ý niệm « y tế toàn diện và tiên đoán ».Quan điểm là dự đoán điều kiện và tình hình sức khỏe (không nói đến bệnh lý) của các nhóm người yếu thế để ngăn chặn sự ra đời hay sự tấn công của bệnh tật, khuyết tật và các biến chứng. Ý niệm này hướng về con người có sức khỏe. Nói cách khác là đối hăng với quan điểm thông thường phòng ngừa theo bệnh tật. Do đó, ý niệm « y tế toàn diện » mở rộng các khái niệm về vệ sinh của người hoặc vệ sinh môi trường sống. Ví dụ, chúng tôi quan sát thấy rằng những người trẻ tuổi có tỷ lệ tử vong cao do tai nạn bạo lực ở một số nước ; ở những người khác, đó là do tự tử. Hai cách tử vong này không phải do bệnh và do môi trường sức khỏe.

Vi vậy, công tác phòng chống mất sức khỏe được dựa trên sự gia tăng mức sống và kiến thức chứ không phải trên sự sợ hãi của bệnh. Chúng ta phải không còn đe dọa trẻ đến bác sĩ hoặc nha sĩ nhưng giải thích với giới trẻ đó là chăm sóc y tế và sức khỏe.

Hai cách nhìn khác về y tế phòng ngừa sức khỏe.

Do đó, cần phân biệt « phòng y tế » và công tác « phòng ngừa căn bệnh ».

« Phòng ngừa chăm sóc sức khỏe » là việc duy trì các di sản sinh học, tâm lý và sống xã hội của người cho hạnh phúc của mình, chẳng hạn như chế độ dinh dưỡng, cá nhân lấy huyết áp của mình. « Phòng chống bệnh » được xác định trước của một tình trạng tiềm ẩn, bằng hiểu biết tiềm năng nguy cơ trước khi quá muộn : ví dụ, tránh ăn quá mặn hoặc quá chất ngọt theo các thiên hướng tự nhiên của con

người. Trong một số hoàn cảnh, có câu nói giữa hai loại dự phòng nói trên, ví dụ phát hiện bệnh di truyền « gen » không có triệu chứng mà đưa ra vấn đề trách nhiệm và đạo đức khi phải can thiệp hay ra tay hành động.

Như thế phải nói đến hành vi con người.

Khi khoa học biết được các yếu tố quyết định của một bệnh, ý niệm phòng và ý niệm chữa có ba cấp : cấp 1, cấp 2 và cấp 3 để diễn tả đến hành vi con người trước ý thức sức khỏe. Ví dụ, về ung thư phổi hoặc cổ họng. Phòng ngừa cấp 1 là hút thuốc lá có hại cho sức khỏe và cấm thuốc lá ở những nơi công cộng. Phòng ngừa cấp 2 là đề khuyến khích người hút thuốc bỏ thuốc lá bằng một khẩu hiệu được viết trên bao thuốc anh mua. Phòng chống cấp 3 là thông báo cho bệnh nhân ung thư lấy trách nhiệm để không phải trở về điều kiện tái phát. Công tác phòng chống cấp 1 và cấp 2 có thể dẫn đến một tác dụng điều trị không ngờ hay không như mong muốn, chẳng hạn như sau khi giám sát việc mang thai và thai nhi mà phải quyết định tiếp hay không tiếp giữ bầu. Phức tạp hơn là trên văn hóa sống và xã hội. Việc sử dụng siêu âm có thể dẫn đến sự mất cân bằng về nhân khẩu học và hành vi trật tự xã hội như nó đã xảy ra ở Ấn Độ. Hôm nay 120 bé trai so với 100 bé gái ở Việt Nam trong điều tra dân số mới nhất. Nói cách khác, phòng ngừa có thể có một tác động kinh tế và xã hội. Ví dụ khác là ảnh hưởng của tiêm chủng vào đời sống kinh tế hầu như hết thấy trẻ em bại liệt polio. Như thế phải nhắc đến chính sách Nhà Nước về trừ bại nạn thuốc lá chính sách phòng ngừa cấp 1 của nước Việt Nam là một trong những quốc gia nặng nhất trên thế giới về vấn đề này.

Nói đến hành vi là nói đến môi trường.

Biến đổi khí hậu là một sự thay đổi trong môi trường có ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Có hai phương pháp đánh giá : 1) bởi lâm sàng ; 2) bởi sự tổn thương và yếu đuối.

- 1) Sự gia tăng của nhiệt độ môi trường xung quanh và hậu quả của nó tác động lên sinh lý con người và hành vi xã hội. Gần như chắc chắn nhất là vấn đề tim mạch nhiều hơn, các bệnh lý liên quan đến phản ứng hydrat hóa và các điều kiện dùng nước sạch. Và chắc chắn sẽ phát hiện thêm các bệnh lý khác. Biến đổi khí hậu đang ảnh hưởng đến tiếp cận với nước dùng, tăng nạn phá rừng và đô thị hóa. Nó sẽ có các bệnh truyền nhiễm mới và vectơ tiêu chảy. Chuyển dân trong nước và di cư sẽ là cơ sở của các rối loạn tâm thần hay tâm lý xã hội.
- 2) Như thế, chúng tôi phân biệt ý niệm « môi trường tổn thương » với « con người yếu đuối ».

Sức khỏe mong manh và dễ bị tổn thương do sự thay đổi trong môi trường.

Ý niệm « y tế toàn diện » dùng thống kê để phân tách hai nhóm : nhóm bệnh nhân và nhóm bệnh lý ; ví dụ như « nhóm bệnh nhân » là người cao tuổi nhưng có các bệnh khác nhau và « nhóm bệnh lý » là tất cả các người có bệnh tim bất cứ tuổi nào. Như thế, trước một môi trường đang đổi, con người có sức khỏe vẫn khỏe nhưng « mong manh » và khi môi trường tác động thì « dễ bị tổn thương ». Điều kiện nhận thức về sức khỏe vừa chủ quan và khách quan. Ví dụ, một người phụ nữ mang thai dễ bị tổn thương khi sống trong môi trường xấu, còn người cao tuổi và trẻ em có sức khỏe mong manh khi vào tuổi chuyên tiếp. Nói cách khác, môi trường thay đổi có tình huống ảnh hưởng đến sức khỏe xem như một tài sản so với các tiên đề con người khỏe mạnh chịu đựng tất cả cái gì sẽ đến.

Trong những điều kiện này, một người khỏe mạnh, làm việc trong một môi trường bị ô nhiễm hoặc khó khăn, sẽ thấy sức khỏe của mình mong manh và dễ bị tổn thương và đáng được bảo vệ phòng ngừa. Đây là mục đích của y tế lao động qui định bởi khái niệm an ninh con người chứ không phải là sức khỏe.

Vì vậy, tình hình biến đổi khí hậu nhất định sẽ có hậu quả trên con người nên có ý niệm về « dân số có nguy cơ dễ bị tổn thương ». Ý niệm không xây dựng từ các yếu tố nguy cơ lâm sàng cho một bệnh cụ thể. Ví dụ, giới trẻ dễ bị tổn thương vì môi trường sống nhưng điều đó không có nghĩa là một yếu tố quyết định của nghiện ma túy hay cờ bạc. Trong những điều kiện này, rối loạn tâm thần không là một bệnh xã hội mà là một bệnh lý cá tính do sức khỏe mong manh gặp môi trường dễ bị tổn thương.

Nói chung, các tác động của biến đổi khí hậu va chạm hai quan niệm văn hóa về con người: 1) Vì thấy ra bệnh, ý tưởng phổ thông đánh giá con người như « kém » sức khỏe, « người yếu » ; 2) Nếu người dân thích nghi và chịu đựng với các điều kiện môi trường dù là xấu, ý tưởng phổ thông đánh giá con người « mạnh » trong nghĩa khỏe. Nếu nhìn như thế, chúng ta không bao giờ thấy « sức khỏe của môi trường » mà tất cả khó khăn đều là « lỗi » con người không đủ mạnh, can đảm...

Cụ thể, trước « dân số có nguy cơ dễ bị tổn thương », có hai cách ngăn ngừa : 1) hiểu và đối phó với biến đổi con người mà không thiên vị : chương trình theo nguyên tắc bình đẳng, và 2) khuyến khích các vị trí thích ứng bằng cách tăng mức độ kiến thức : đây là nguyên tắc tiến bộ.

Do đó, Tổ chức Y tế Quốc tế WHO/OMS đề xuất ý niệm « thăng cấp sức khỏe » và « giáo dục y tế »

Xúc tiến Thăng cấp sức khỏe và Giáo dục Y tế.

Thăng cấp sức khỏe có hai tầm hoạt động : 1) Thăng cấp sức khỏe của môi trường như là giảm CO² và 2) Thăng cấp sức khỏe con người với các công cụ cổ điển phòng ngừa cấp 1, 2 và 3. Vấn đề khó là khả năng thay đổi hành vi con người và ý chí chính sách. Tất cả đòi hỏi một ý thức tập thể và ý thức trách nhiệm của công dân. WHO/OMS khuyến cáo "Thăng cấp sức khỏe" cho các quốc gia, nhưng việc thực hiện của nó đáp ứng hai mức độ khó khăn. 1) Người khỏe mạnh không quan tâm đến sức khỏe của họ, vì họ nhìn thấy tình trạng của họ như là tự nhiên, tất nhiên. 2) Các phương pháp được sử dụng là tiếp thị sức khỏe như một loại hàng hóa và sản phẩm thương mại để thu hút khách hàng. Bởi vì chi phí của nó, xã hội « bán và mua » sức khỏe mà không được đặt sức khỏe như một công ích của cả xã hội. Về « Giáo dục y tế », chương trình có phương pháp sư phạm tập trung và sự tham gia của cá nhân và tập thể. Lý tưởng nhất là bắt đầu ở trường học và gia đình và phối hợp với các thông tin công cộng. Mục tiêu là ý thức sức khỏe là một tài sản. Để có hiệu quả, chúng ta cần một chủ đề, một thời khởi đầu và kết thúc một chiến dịch giáo dục ý tế.

Kết luận

Những tác động của biến đổi khí hậu và nước biển dâng đổi vào sức khỏe con người và môi trường xã hội là một sự thật nhưng không thể đánh giá hậu quả đến đâu. Trách nhiệm các nước giàu nhiều hơn các nước nghèo nhưng nhân loại phải chịu cách giải quyết và hiện nay không có giải pháp toàn cầu. Các tác động thực sự đầu tiên của tình trạng này là sức khỏe con người trong công việc và cuộc sống của họ, và không phải trên sức khỏe của công ty như là người ta có thể nghĩ rất ngắn hạn về mặt tài chính. Người Việt Nam đang ở trong một vị trí cân bằng với các vấn đề biến đổi khí hậu.

Tài liệu tham khảo:

BESANCENOT Jean-Pierre, 2007: bằng chứng y tế của chúng tôi về sự thay đổi khí hậu. Paris, Delachaux & Niestlé.

Lương Can-Liêm, 2014: Những người tị nạn khí hậu. Thách thức chính trị và sức khỏe. Paris, L'Harmattan



Coopération Santé France Viêt Nam

Colloque
Samedi 21 mars 2015

Université de médecine Pham Ngoc Thach
HCM-ville Viêt Nam

Programme

Matin

8h30-9h30 :

Accueil et allocution de bienvenue par le Pr Ngo Minh Xuan, vice-recteur de l'UPNT

9h30-9h45 :

« Etat des lieux de la coopération Santé France Viêt Nam »

Par le Dr Alain Dorie, attaché de coopération santé, Ambassade de France, Hanoi

9h45-10h :

Vidéo : la coopération Santé à partir des expériences de quelques acteurs de terrain.

10h-10h15 :

Pause

10h15-12h :

Travail en ateliers (exposés introductifs : 5 minutes par atelier)

Quatre ateliers :

- . Coopération santé et famille (rapporteur : Gildas Tréguier)
- . Coopération santé, mutations climatiques et prévention (rapporteur : Luong Can Liêm)
- . Coopération santé, enseignement et recherche (rapporteur : Dao Thu Ha)
- . Coopération santé, technologie et risque médico-légal (rapporteur : D. Tran, G. Le Borgne)

12h-14h : déjeuner et temps d'échanges informels

Après-midi

14-15h :

Restitution des ateliers

15h-16h:

Echanges avec la salle

16h-17h :

Conclusion et perspectives (Dr Dao Thu Ha)

Discours de clôture :

Dr Pham Viêt Thanh, directeur honoraire du Service de la Santé HCM-ville, ministère de la Santé du Viêt Nam.

Mr Emmanuel Ly-Batallan, Consul général de France



Colloque Coopération Santé France Việt Nam

Samedi 21 mars 2015

UPNT Ho Chi Minh-ville Việt Nam

Liste des partenaires français Danh sách Hội đoàn cộng tác hay có dự tại nơi

Liste des associations et des institutions présentes, représentées et/ou ayant soutenu le Colloque

- 1) < Nhi khoa > APPELorient « Naissance et Handicap », Lorient (Dr Gildas Tréguier).
- 2) < Bệnh viện > Centre Hospitalier de Lorient, Lorient. (Gildas Le Borgne).
- 3) < X-quan và hình > Imagerie médicale sans frontière IMSF, Paris (Dr Dao Thu Hà).
- 4) < Tâm thần và tâm lý > Association scientifique franco-vietnamienne de psychiatrie et de psychologie médicale ASFVPPM, Paris (Dr Luong Can Liem).
- 5) < Cấp cứu và Hồi sức > Association franco-vietnamienne de médecine d'urgence et de réanimation, Brest (Dr David Tran).
- 6) < Giải phẫu tim mạch > Association Ho diep (chirurgie vasculaire) (Dr Tran Viet Tu).
- 7) < Nha khoa và hàm > Association d'Odontologie franco-vietnamienne AOFV-Humanitaire, Paris (Dr Ivan Brasseccasse, Dr Thai Tuong Tam, Dr Tran Quoc Hung).
- 8) < Thân nhân tạo > Association Rein artificiel mutualisé -Than NhanTao, Paris (Dr Luong Can Nhan).
- 9) < Sức khỏe tổng quát > Association Enfants du Vietnam, Paris (Dr Odile Joly, Dr Tran Hy Hoà).
- 10) < Đào tạo và khoa dược > Mékong Master Pharma (Dr Dufat Hanh)
- 11) < Y tế và truyền tin > Association Nume@groupe, Ile de France-Paris (M. Nguyen Tan Chuong).
- 12) VNED, Mme Nguyen Thi Bich Loan, présidente, Dr Meynard
- 13) < Phổi > Association franco-vietnamienne de Pneumologie, Paris, (Dr Homasson, Dr Duong Quy Sy).
- 14) < Tập đoàn các bệnh viện Paris > Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, relations internationales (Mme Florence Veber)
- 15) < Bệnh viện > Centre Hospitalo-Universitaire Henri-Mondor, Créteil (Pr Ariane Mallat)
- 16) < Tâm thần và bệnh viện > Association Hospitalière Franco-Vietnamienne, Villejuif (Dr Marianne Mazodier).
- 17) < Hệ thống tài liệu > Réseau ASCODOCPsy de documentation, Lyon (Mme Nathalie Berriau).
- 18) < Đại học tâm lý > Université Ecole des Psychologues Praticiens EPP, Paris (Mme Véronique Croizé).
- 19) < Thư viện y tế liên đại học Paris > Bibliothèque interuniversitaire de Santé BIUS, Paris (Mme Claire Nguyen).
- 20) < Chủ tịch và phó chủ tịch ban quản trị Bv Tâm thần > Association nationale des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents des commissions d'établissement des centres hospitaliers (Dr Marie-Noëlle Petit).
- 21) < Nhóm giảng viên X-quan > Groupe des Radiologues Enseignants Francophones GREF, Paris (Dr Frank Boudghene).
- 22) < Sức khỏe > Association Fleurs de Rizières (Mme Claude Coudert).
- 23) < Đào tạo thần kinh - bằng sau Đại học > Diplôme Universitaire de neurologie, Paris, La Pitié Salpêtrière (Pr Hoang Xuan Khê)

- 24) < Xét nghiệm > Association AIDDEV-Pasteur, Paris (M. Nguyen Thanh Tong).
 - 25) < Sức khỏe, trẻ em và an ninh lương thực > Association Enfance Partenariat Vietnam, Versailles (Mme Florence Cavalier).
 - 26) < Tâm thần trẻ em > Association N-T Psy, Paris (Dr Marie-Eve Hoffet-Gachelin).
 - 27) < Sức khỏe và trẻ em > Association « Grandis et Deviens », Paris, (Mme Françoise Tran Phat).
 - 28) < Y tế cộng đồng và xây dựng cơ sở > Association Asie-Horizon 2020, Marseille, (M. Robert Andréi).
 - 29) < Con nuôi Việt-Pháp > Association Médecins du Monde, Paris-HCM (Correspondant au VN, Mme Huynh Thi Sang).
 - 30) < Người cao tuổi > Association Entente Gériatrique Franco-Vietnamienne (Dr Nguyen Xuân Yên)
 - 31) < Phẫu thuật > Association Côte d'Amor-Vietnam.
- 32- Association de Médecine Préventive (Dorothy Leab, dleab@aamp.org)
- 33-Asso Recherche Handicap et Santé mentale, Hôpital Psychiatrique St Jean de Dieu, Lyon (Dr Le van Huy Raymond)
- 34- Actions en gynécologie (Dr Vo Van Trung, FVH)
- 35- Pr Jean Conte, Président Honoraire Université Paul Sabatier, Toulouse, Néphrologie
- 36- Coopération Mondor-Hanoi en Dermatologie, Pr O. Chosidow, Pr Nguyen Huu Sau
- 37- Projet ESTHER, projet Suboxone HCM, Mr Vincent Trias
- 38- Actions en Radiologie (Cambodge, Laos, Vietnam), Dr Dominique Carrie, Toulouse
- 39- Coopération en Cardiologie Interventionnelle, VinMec Hanoi, Dr Pierre-Yves PETITEAU, Besançon, Dr Gilles LEVY, Montpellier
- 40- Association des amis de Yersin, Mme Richardson
- 41- ARPSYDEMIO Marseille Mr Mme Lamorlette- Nha Trang- Marseille