

## CHAPITRE 2

---

### Objectifs de la thèse

---

La médecine de famille est une discipline qui a pour vocation de répondre à l'écrasante majorité des besoins en santé de la population.

Il nous paraissait logique d'entamer notre démarche au contact de cette population, plutôt qu'au travers de chiffres et données issus d'institutions de soins existantes.

Nous jugions ainsi important de mener une étude de terrain basée sur les besoins de la société vietnamienne.

Sur base de tous les éléments liés au contexte vietnamien décrit plus haut, il nous paraissait dès lors intéressant d'approfondir l'étude des comportements en santé.

Cette étude devait permettre d'analyser si le développement de la médecine de famille au Vietnam permettrait de répondre aux besoins de la population tout en s'inscrivant dans les orientations et les préoccupations politiques actuelles de l'État vietnamien.

Nous souhaitions partir de la population générale, pour analyser son comportement en santé (ses problèmes de santé, ses recours). Cela nous semblait un moyen original d'analyser le fonctionnement actuel du système sanitaire vietnamien en réponse aux besoins de la population.

Interroger directement la population permettait de contourner les difficultés liées au caractère incomplet des statistiques officielles vietnamiennes, pour avoir une vision plus exhaustive de la situation.

Ainsi avons-nous choisi une étude par questionnaire auprès d'un échantillon de ménages, car cette méthode devait nous permettre de récolter directement les informations concernant les problèmes de santé et les recours en santé de cette population.

Pour inscrire davantage notre étude dans les normes scientifiques internationales en matière de soins primaires, il nous paraissait intéressant de nous inspirer de modèles reconnus, notamment le carré de White, publié à l'origine dans le *New England Journal of Medicine*, ce qui ouvrait la porte à une discussion basée sur des travaux valides et déjà publiés.

Par ailleurs, la collaboration belgo-vietnamienne nous autorisait également à faire une étude similaire en Belgique, permettant une compréhension plus fine et plus détaillée des spécificités vietnamiennes, en comparaison d'un pays où une première ligne de soins basée sur le médecin généraliste est plus ancienne.

Néanmoins, comme le carré de White utilise l'individu comme unité de mesure – il recense le nombre d'individus ayant eu recours au système de santé sur une période donnée – il nous semblait important de recourir également à un autre modèle d'analyse.

C'est pour cette raison qu'une analyse de la consommation de soins nous semblait utile aussi. Cette dernière ne prend alors plus l'individu comme unité de mesure, mais le recours aux soins, ce qui permet alors d'analyser l'ensemble des raisons conduisant à recourir au système de santé.

Si cette étude ne peut évidemment, à elle seule, prétendre changer le contexte sanitaire vietnamien, il nous paraissait nécessaire de procéder à une étude de terrain afin d'avoir des données empiriques promptes à fournir un aperçu des problèmes du système de santé.

La contribution attendue ici visait à alimenter le débat et influencer les décisions de politique sanitaire attendues au Vietnam au sujet de l'organisation de la première ligne de soins.

Cette étude de terrain avait également pour objectif d'identifier les principales plaintes rencontrées au sein de la population.

Cette analyse épidémiologique devait permettre de tirer des conclusions tant en matière de compétences attendues du médecin de famille que de dispositifs de formation qui doivent être mis en place au sein des Universités pour favoriser l'acquisition de ces compétences par les futurs médecins de famille.

Nous espérons ainsi apporter également une modeste contribution au développement universitaire de notre discipline. La médecine de famille est une discipline jeune, au Vietnam comme dans le monde.

Son implantation académique est récente, les recherches appliquées aux soins primaires sont nécessaires et trop peu fréquentes. Le système de santé et sa régulation réclament des productions scientifiques solides pour éclairer les choix des décideurs.

Trop souvent, les médecins de famille font défaut en matière d'exploitations scientifiques des données qu'ils génèrent dans leurs activités de terrain. L'absence d'uniformisation dans la saisie des données est souvent pointée du doigt pour expliquer ces difficultés.

Nous voulions apporter une contribution personnelle dans la recherche d'outils permettant une saisie cohérente des données des futurs médecins de famille du Vietnam.

Le recours à une classification homogène et consensuelle des plaintes et décisions dans le domaine des soins primaires passait par l'usage de la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires).

Il nous semblait important de contribuer à son adoption au Vietnam et nous y avons consacré beaucoup d'énergie, en collaboration avec les structures internationales qui promeuvent l'usage de la CISP.

Ces diverses contributions au développement de la médecine familiale au Vietnam sont les éléments constituant la trame de notre travail de thèse, et que nous allons vous restituer à présent.