

# CHAPITRE 1

---

## Contexte du Vietnam

---

Le Vietnam appartient aux 10 pays de la région du Sud-Est asiatique. Il partage ses frontières au Nord avec la Chine, à l'Ouest avec le Laos et le Cambodge, à l'Est et au Sud, le territoire est délimité par la mer.

Le pays, en forme de « S », comporte 3.350 km de côtes.

Avec 331.212 km<sup>2</sup> de superficie, le Vietnam abrite 54 peuples différents où le Viêt (également appelé le Kinh) est majoritaire avec plus de 86% de la population du pays. D'après une enquête de l'Institut Statistique du Vietnam en 2010, la taille de la population était de 86,92 millions d'habitants <sup>1,2</sup>.

Sans prétendre faire une analyse approfondie et complète des paramètres historiques, sociologiques, économiques, politiques, etc, nous nous concentrerons plutôt sur les éléments qui ont favorisé l'apparition ou l'extension des problèmes sanitaires au cours des dernières années au Vietnam.

### 1.1 Une histoire bouleversée au cours du 20ème siècle

Le vingtième siècle est marqué au Vietnam par une période sombre et violente.

Le pays a été impliqué, sans interruption, dans plusieurs guerres qui ont duré presque 40 ans. La victoire de l'été 1975 a clôturé les affrontements dévastateurs avec deux grands pays du monde, la France et les États-Unis. Ensuite, le Vietnam a de nouveau été engagé dans un conflit contre le régime génocidaire des Khmers Rouges au Cambodge, et dans la guerre de la frontière du Nord avec la Chine.

Ces années de guerre ont eu au Vietnam de lourdes conséquences.

L'infrastructure économique industrielle a été presque complètement détruite.

La productivité réduite de l'agriculture ne pouvait suffire à protéger le peuple contre la famine, sans précédent, pendant les premières années suivant la réunification du pays.

Avec le soutien fort des pays de la zone économique soviétique, le modèle communiste de l'économie vietnamienne a engrangé des résultats encourageants au cours des premières années qui suivirent les guerres. Certains indicateurs socio-économiques se sont substantiellement améliorés, entre 1985 et 1990.

À la fin des années '80, lorsque le système soviétique s'est effondré, les subventions des pays soviétiques ont diminué alors que l'embargo américain empêchait la collaboration commerciale avec d'autres partenaires internationaux.

L'économie du Vietnam s'est trouvée en grande difficulté. L'inflation a alors marqué des records pendant une longue période. L'industrie, en manque de matériaux, de techniques et d'équipements a longuement stagné. Avec un PIB (*GDP*) de 98 dollars par personne en 1990, le Vietnam était à ce moment un des pays les plus pauvres du monde <sup>3</sup>.

En 1986, en réponse à ces difficultés accumulées, le Vietnam a mené un grand projet de « Renouveau » (*Đổi Mới*).

Ce projet a marqué une période de transition sans précédent.

L'État a abandonné le modèle économique basé sur la centralisation afin d'adopter le modèle économique capitaliste (celui basé sur le marché - modèle économique des pays occidentaux).

Pendant 20 ans (de 1990 à 2010), l'économie du Vietnam a connu un développement annuel moyen de 7,3%. Le revenu a dépassé la barre des 1000 dollars par habitant par an en 2010, soit un niveau 5 fois plus important qu'en 1990.

Avec ces résultats, le Vietnam a été classé en 2010 dans le groupe des pays à revenus modérés <sup>3</sup>.

Pourtant, ces progrès enregistrés ne sont pas identiques dans tous les domaines.

L'essor économique et industriel est allé de pair avec une fragilisation des paramètres sociaux, créant une turbulence sociale au cours des dernières années.

Nous pouvons citer ici l'inflation à double chiffre, la dévaluation du dong vietnamien, (unité monétaire), l'exploitation sauvage des ressources naturelles engendrant la pollution de l'environnement, l'urbanisation mal contrôlée, le fossé significatif entre

les couches sociales, l'apparition de nouveaux fardeaux sanitaires, conséquences de la transition épidémiologique, etc.

Cette situation met le Vietnam face à de nouveaux défis qui demandent une approche plus équitable et durable.

Le système de santé n'a pas échappé aux effets de cette instabilité sociale vietnamienne.

## **1.2 Histoire du développement du système de santé.**

L'histoire moderne du développement du système de santé du Vietnam peut être divisée en quatre grandes périodes <sup>4</sup> : celles-ci sont étroitement liées aux éléments saillants de l'histoire du Vietnam.

### **1.2.1 Avant la révolution de 1945**

À cette période, le Vietnam était sous colonisation française.

Les Français ont fait venir des médecins qui ont introduit la médecine occidentale (considérée comme la médecine moderne) pour soigner principalement leurs combattants et leurs compatriotes.

Des établissements médicaux se sont développés à partir de polycliniques et se sont transformés en hôpitaux de petite dimension (10 à 20 lits). Leur gestion médicale était assurée par des médecins et des assistants-médecins.

Le gouvernement colonial n'accordait pas beaucoup d'attention aux soins médicaux de la population générale.

Il n'y avait pas de structure de soins médicaux occidentaux dans les zones rurales : la médecine traditionnelle y prenait donc la place principale.

Pratiquant une médecine réservée aux riches, les médecins occidentaux travaillaient en principe dans le secteur privé, au niveau des grandes villes. Les médicaments étaient d'origine française et délivrés par les firmes privées.

La médecine occidentale est restée longtemps réservée à une petite partie privilégiée de la population des villes de Hanoï (*Hà Nội*), Haïphong, (*Hải Phòng*), Hué (*Huế*) et Saïgon (ancien nom de la ville d'Hô Chi Minh) (*Thành Phố Hồ Chí Minh*).

En termes de programmes de prévention et de vaccination, il n'y avait que le vaccin contre la poliomyélite et le vaccin TAB contre les fièvres typhique et paratyphiques.

Ce programme ne bénéficiait qu'aux populations urbaines. Cependant, en cas d'épidémie, le programme de vaccination pouvait s'étendre à la population rurale, des villages et des communes <sup>4</sup>.

### **1.2.2 De 1945 à 1954**

La révolution d'août 1945 a donné naissance à la République Démocratique du Vietnam. En 1946, débute la guerre d'Indochine qui durera jusqu'en 1954.

Pendant cette période, le système de santé avait pour missions principales de soutenir les combattants, de prévenir les épidémies et de développer un réseau de soins primaires basé sur les postes de soins communautaires. En ce qui concerne la prévention, les quatre programmes nationaux suivants ont été mis en place :

- Prévention de la poliomyélite, du choléra et de la fièvre typhoïde.
- Prévention des maladies à caractère social comme le trachome, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles.
- Amélioration des conditions d'hygiène prévenant la propagation des maladies transmissibles.
- Formation du personnel soignant à des procédures de soins de base et à la vaccination.

En 1949, le ministère de la Santé a mis en place un département chargé de la santé rurale afin de renforcer le développement du réseau de soins communautaires.

Il y avait différents programmes de formation accélérée disponibles pour le personnel de santé (d'une durée de 3 mois, 6 mois ou 9 mois).

Dans les communes disposant d'un personnel avec compétence médicale, un poste de santé communautaire où les soins médicaux étaient délivrés gratuitement au profit de la population locale, a été construit.

La commune finançait ces activités, l'équipement et les médicaments.

Fin 1954, le Vietnam comptait au total 2000 postes de santé de ce type, sur les 6000 communes qui le composaient à cette époque <sup>4</sup>.

### **1.2.3 De 1954 à 1978**

L'année 1954 a marqué la fin de la guerre d'Indochine : le Vietnam a remporté la victoire contre la France, mais selon les accords de Genève, le pays a été temporairement divisé en deux territoires (séparés par la ligne du 17<sup>ème</sup> parallèle).

Le Nord a connu un régime communiste.

Le Sud du pays était sous le contrôle d'un gouvernement de transition qui a été, par la suite, dominé par les États-Unis.

À nouveau, le Vietnam entrait dans une guerre, cette fois contre les Américains.

À cette époque, le système de santé du Nord poursuivait les cinq objectifs principaux suivants :

- Organisation des soins de santé pour servir la production économique, soutenir les combattants mais également les minorités ethniques, les femmes et les enfants.
- Réalisation d'interventions préventives.
- Coordination de soins curatifs et de soins préventifs.
- Coordination de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale.
- Amélioration de la communication et promotion en santé publique.

En 1960, une formation de « praticien communal » était mise en place.

Les générations de ces praticiens communaux ont principalement contribué à la fameuse réussite de programmes nationaux comme la prévention des maladies endémiques, l'amélioration des conditions d'hygiène, la santé maternelle et le développement de soins curatifs de première ligne.

À partir de 1968, la formation médicale a été renforcée.

Certains praticiens communaux ont pu bénéficier d'une formation plus spécialisée et devenir docteurs en médecine.

Comme le pays était encore en période de guerre, le curriculum de formation était plus orienté vers les soins d'urgence et les techniques de soins ambulatoires.

La réunification du pays a eu lieu en 1975. Les structures sanitaires des deux zones ont été intégrées dans un système sanitaire unique géré par l'État.

### 1.2.4 De 1978 à nos jours

En 1978, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, la conférence d'Alma-Ata, ancienne capitale du Kazakhstan, a souligné l'urgence d'une politique de santé visant à protéger et à promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Influencé par les principes des soins de santé primaires de cette Déclaration, l'État a fixé en 1982 les dix caractéristiques spécifiques du système de santé vietnamien : il sera désormais orienté vers les soins de santé primaires.

Ces 10 éléments reprenaient les 8 points de la Déclaration d'Alma-Ata :

1. Une éducation concernant les problèmes de santé.
2. Les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables.
3. La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
4. Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base.
5. La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.
6. La vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
7. La prévention et le contrôle des endémies locales et le traitement des maladies et lésions courantes.
8. La fourniture de médicaments essentiels.

A ces 8 points s'ajoutaient 2 objectifs supplémentaires spécifiques du pays.

1. L'intervention de l'État dans l'organisation des soins de santé.
2. La consolidation du réseau de soins de santé primaires au sein des communes.

Cependant, la stagnation économique des années '80 et la rupture du système communiste international conduisant à la réforme économique de 1986 (*Đổi Mới*) ont imposé une profonde réforme du système sanitaire national, décidée en 1989.

Le secteur sanitaire s'est alors orienté vers un modèle de soins curatifs hospitalo-centrique, phénomène bien démontré également dans d'autres pays en développement. Ainsi, en 1986, environ 80% du budget national de santé étaient consacrés aux soins curatifs, principalement dans les hôpitaux centraux et provinciaux<sup>5</sup>.

La réforme du système sanitaire s'est caractérisée par des mesures radicales :

- Instauration de frais médicaux pour les soins de santé (disparition de la gratuité).
- Légalisation du secteur sanitaire privé.

- Libéralisation de la délivrance des médicaments.
- Privatisation et libéralisation de l'industrie pharmaceutique <sup>4,6</sup>.

La libéralisation du secteur sanitaire donnait naissance à de nouveaux services sanitaires privés.

Ces services privés se sont montrés rapidement très actifs, entrant directement en concurrence avec les services publics, surtout dans le domaine des soins ambulatoires.

En conséquence, d'un côté, le système sanitaire s'est tourné vers une marchandisation <sup>7-9</sup> et, d'un autre côté, le réseau de soins communautaire s'est trouvé orphelin du soutien de l'État <sup>4,6,9,10</sup>.

En conséquence de ces changements, les indicateurs sanitaires manifestaient un recul au début des années '90.

La Banque mondiale indiquait le retour de l'épidémie de malaria dans les zones des hauts plateaux du Nord et un important taux de malnutrition <sup>11</sup>.

Les programmes d'hygiène et de prévention des épidémies ainsi que les activités locales de soins déclinaient <sup>4</sup>.

Cependant, au milieu des années '90 les premiers signes positifs apparaissaient au niveau du secteur sanitaire national.

La plupart des indicateurs sanitaires avaient récupéré leur niveau d'avant la période de transition économique.

Cette évolution est attribuée aux améliorations socio-économiques : les revenus augmentaient, la qualité de l'alimentation était plus grande, les dépenses de santé étaient plus importantes, la croissance du PIB était rapide <sup>11</sup>.

Au terme de cette suite d'évolutions politiques, c'est le système des postes de soins primaires qui se trouvait face à des difficultés sans précédent.

La décentralisation de l'État avait transféré la compétence des soins primaires à la commune.

Désormais, la commune était responsable des activités du PSP (poste de soins primaires), en termes de ressources humaines, d'infrastructures, de matériels et d'équipements, de réserve des médicaments indispensables, etc.

L'État ne jouait plus qu'un rôle d'expertise et de gestion de certains programmes verticaux.

Le financement complémentaire venant du système coopératif agricole dont bénéficiaient les PSP avait beaucoup perdu de son importance en raison des mauvais résultats économiques de ce secteur. Nous reviendrons sur le contexte spécifique de ce système de soins communautaire dans un chapitre ultérieur.

### 1.2.5 Orientations politiques actuelles en matière de santé

Avant la période de la réforme économique de 1986 (*Đổi Mới*), le système de santé vietnamien était subventionné par le gouvernement. Toute la population bénéficiait de soins médicaux gratuits.

Le réseau de PSP était entretenu par des ressources provenant de coopératives agricoles communales qui aidaient à payer le personnel médical, à acquérir les médicaments et à équiper les PSP.

Pendant les dernières années de la décennie '80 le système de santé avait été confronté à d'importantes difficultés en raison de l'embargo américain, de la crise économique et de la réforme économique.

Ces éléments avaient également touché les coopératives agricoles qui, économiquement, n'étaient plus performantes.

En conséquence, les communes n'avaient plus de ressources pour financer leur PSP et le système s'était donc effondré en de nombreux endroits.

Les hôpitaux n'étaient pas à l'abri de ces difficultés : les hôpitaux de district, notamment, étaient gravement touchés.

Au cours de la période de réforme économique (*Đổi Mới*), qui s'est déroulée à partir de la fin des années '80, une série de mesures politiques avaient été introduites au sein d'une nouvelle stratégie générale : « *Le gouvernement et le peuple travaillent ensemble* ».

On peut en lister les principales orientations ci-dessous :

- La tarification partielle des frais des services médicaux, mise en vigueur en 1989, conformément à la décision 45-HĐBT, signée le 24/04/1989, du Conseil des Ministres. Cette mesure avait été modifiée et complétée par le décret gouvernemental 95-CP, signé le 27/08/1994 et par le décret gouvernemental 33-CP, signé le 23/05/1995.
- La légalisation de la pratique médicale du secteur privé, mise en vigueur au début de 1989 par la décision ministérielle 94/BYT/QĐ, signée le 03/08/1989, du Ministère de la Santé. Et l'ordonnance de la pratique



médicale du secteur privé, délivrée par l'arrêté du Président 26/L/CTCP, signée le 13/10/1993.

- La mise en place de l'assurance maladie universelle, mise en vigueur par le décret 299/HĐBT, signé le 15/08/1992, du Conseil des Ministres.
- Le renforcement du réseau de soins primaires, par la décision 58-QĐ/TTg, signée le 02/03/1994, par la décision 131-QĐ/TTg, signée le 03/04/1995, du Premier ministre; par le décret gouvernemental 01/1998/NĐCP signé le 01/03/1998 ; et par la décision directive 06-CT/TW, signée le 22/01/2002, du Comité central du Parti communiste.
- La réduction et l'exemption des frais médicaux pour ceux qui ont rendu un service méritoire à la nation, pour les pauvres et les habitants des régions précarisées, mis en vigueur par le Décret gouvernemental 95/CP, signé le 27/07/1994.
- L'ouverture à des investissements privés dans le système de santé (mobilisation de ressources privées afin de moderniser le système de santé et de financer des dépenses liées aux soins médicaux, notamment en termes de matériel lourd intra-hospitalier), mise en vigueur par le Décret gouvernemental 05/2005/NQCP (signé le 18/04/2005) et 43/2006/NĐCP (signé le 25/04/2006).

De plus, diverses mesures supplémentaires étaient mises en application en 1994, 1998 et 2002 afin de consolider la médecine préventive et la ligne de soins primaires.

Depuis lors, plusieurs résultats concrets étaient enregistrés suite aux applications de ces mesures :

- la modernisation des PSP et des hôpitaux régionaux,
- la construction des établissements spécialisés en prévention au niveau de la région et de l'arrondissement,
- des incitants en faveur des professionnels acceptant de travailler dans les zones défavorisées,
- des primes supplémentaires pour les fonctionnaires médicaux des villages,
- la facilitation de la formation médicale continue pour le personnel travaillant dans les zones défavorisées des zones montagneuses et du Delta du Mékong.

Dans un contexte social en permanente et rapide évolution, chaque mesure politique doit faire l'objet de modifications et d'adaptations.

Le Comité central du Parti communiste reconnaissait dans sa Résolution 46 que «*Certaines mesures en santé ne sont plus appropriées, par manque de révision, par manque d'adaptation*».

Pourtant, le chemin vers un système de santé efficace et équitable reste toujours la finalité des réformes des politiques sanitaires au Vietnam.

En résumé, au cours des 20 dernières années, de nombreuses mesures politiques et des décisions gouvernementales ont été mises en vigueur.

Ces interventions visaient à répondre aux exigences de la réforme du secteur de la santé.

### **1.3 Organisation et gestion du système de santé actuel**

L'objectif de ce chapitre est de présenter une vue générale de l'organisation du système de santé et l'état de quelques indicateurs sanitaires.

Au fil du texte, nous présenterons les défis et les problématiques auxquels le gouvernement est confronté actuellement, dans le domaine de la santé.

#### **1.3.1 Organisation administrative du système de santé**

Le système de santé est organisé en quatre niveaux technico-administratifs (Figure 1). Le réseau de postes de soins primaires est étendu et couvre presque tout le territoire. Pour rappel, ces derniers ont systématiquement été établis très tôt, dès les premières années après la révolution qui ont été marquées par une volonté politique de développer les soins de santé primaires.

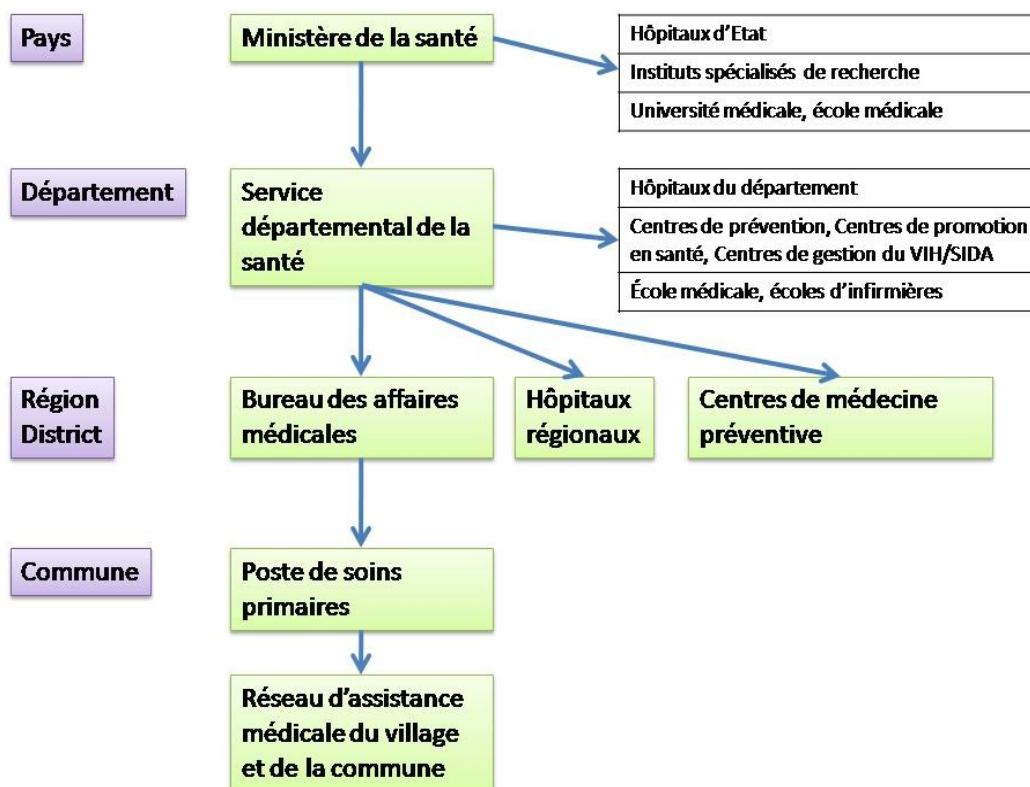


Figure 1. Système de santé du Vietnam organisé par niveaux géographiques

### 1.3.1.1 Niveau national

Le ministère de la Santé qui comprend le cabinet et les départements ministériels est l'agence gouvernementale qui s'occupe de la gestion centrale des affaires en santé de l'État.

Il a dans ses compétences la prévention et la promotion en santé, les soins curatifs, la réadaptation, la médecine traditionnelle (médecine orientale), la gestion des médicaments et la gestion administrative des établissements publics parmi lesquels se trouvent certains hôpitaux d'État, les instituts spécialisés académiques et de recherche, les universités et les facultés de médecine.

### 1.3.1.2 Niveau départemental (de la ville ou de la province)

Le service départemental de santé est sous la direction administrative du Comité Populaire de la province ou de la ville en termes de gestion des activités, de budget et de cadre réglementaire des affaires locales.

Toutefois, en termes de conseils techniques, d'accompagnement et d'évaluation en matière professionnelle, le service départemental de santé est sous la direction du ministère de la Santé.

Le travail du service départemental de santé est d'informer et de conseiller le Comité Populaire sur la gestion de la santé de la population locale.

Son corps opérationnel est constitué des bureaux techniques du service, des établissements de santé directement dépendant de la ville ou de la province où se trouvent des hôpitaux et des centres spécialisés, des centres de médecine préventive, des écoles d'infirmières, etc.

#### **1.3.1.3 Niveau régional (de l'arrondissement)**

Le service de santé régional est sous la direction administrative du Comité Populaire de la région. Ce service est sous la gestion technique et d'accompagnement du service de santé de la ville ou de la province.

Avec le Décret gouvernemental 172/2004/NĐCP (signé le 29/09/2004), l'ancien établissement sanitaire régional a été divisé en deux structures fonctionnelles : l'hôpital de région qui s'occupe de soins curatifs et le centre régional de médecine préventive.

#### **1.3.1.4 Niveau communal (de la commune ou du quartier)**

Le centre de santé de la commune, autrement connu comme le poste de soins primaires, est le premier point de contact officiel des soins de santé du système sanitaire national avec la population.

Le PSP est censé fournir les soins primaires curatifs et préventifs, dépister les épidémies, soigner certaines pathologies à impact social (la tuberculose, la démence, l'épilepsie, etc.), gérer les programmes nationaux de santé (contrôle du taux de naissances, de malnutrition, de vaccination, etc.) et promouvoir la santé dans la commune.

Le PSP peut bénéficier d'un équipement lourd en fonction de la demande locale. Dans ce cas, pour 3 à 4 communes voisines, un PSP d'une commune détient la place de policlinique de référence, où il y a des équipements plus sophistiqués (laboratoires, examens paracliniques, etc.), des prestataires spécialistes (dentiste, chirurgien, etc.) desservant les besoins des PSP voisins.

Ces structures jouent un rôle de référence technique pour la population des alentours. En 2001, pour tout le Vietnam, il y avait 1108 policliniques de ce type <sup>4</sup>.

Le PSP a la responsabilité d'informer le Comité Populaire communal dans sa gestion des affaires sanitaires de la commune. Périodiquement, le PSP reçoit le soutien technique, les matériaux sanitaires et l'avis d'un expert de l'hôpital.

Cependant, depuis l'application du Décret gouvernemental 172/2004/NĐCP, ce soutien a été réduit car la gestion des PSP est désormais de la compétence du centre

régional de médecine préventive et donc les PSP sont techniquement hors du champ d'action de la compétence de l'hôpital.

### **1.3.2 Offres de soins médicaux.**

La fonction du système de santé est de répondre aux besoins en santé de la population. Ce rôle est certes d'abord assuré par les diverses structures médicales, mais il est nécessaire de tenir compte également du secteur privé et des différents niveaux de soins : soins curatifs et préventifs.

#### **1.3.2.1 Système de soins curatifs**

Selon la statistique annuelle du ministère de la Santé, en 2008 il y avait 774 hôpitaux généraux et 236 hôpitaux spécialisés.

Parmi eux, 44 établissements de soins curatifs étaient directement sous la gestion du ministère de la Santé.

Comme le système de santé est organisé par niveau géographique, chaque département possède un grand hôpital de référence, qu'il soit général ou spécialisé.

Descendant au niveau de la région, pratiquement toutes celles-ci ont un hôpital régional.

Parfois, en fonction des besoins locaux, certaines régions peuvent avoir des polycliniques, des maisons de maternité, etc.

Les soins de santé de première ligne sont organisés au niveau des communes avec le réseau de postes de soins primaires étendu. Sur les 10.866 communes que compte actuellement le pays, les PSP sont fonctionnels dans 98,6% de ces communes.

À partir de ces structures, des agents de santé délivrent des services de soins à la population au sein des villages qui constituent la commune. 86,8% des villages du Vietnam sont couverts par ce réseau des agents de santé <sup>7</sup>. Il s'agit de prestataires bénévoles qui ont bénéficié d'une formation courte ciblée sur les soins élémentaires et l'hygiène.

Selon les données statistiques du ministère de la Santé en 2010, le nombre de lits hospitaliers n'a cessé d'augmenter pendant les 10 dernières années.

Si, en 2002, le nombre de lits par 10.000 habitants était autour de 17, ce chiffre a atteint 20,5 lits par 10.000 habitants en 2010.

Cet indicateur a dépassé l'objectif fixé par l'Assemblée nationale vietnamienne.

En comparant cet indicateur avec celui des pays à faible revenu et des pays à revenu modéré, le Vietnam était au-dessus de la moyenne des pays à faible revenu (12 lits/10.000 habitants) et des pays à revenu modéré (16 lits/10.000 habitants).

Ce chiffre est supérieur à celui de l'Indonésie (6 lits/10.000 habitants), des Philippines (13 lits/10.000 habitants), de la Malaisie (18 lits/10.000 habitants), mais légèrement inférieur à celui de la Thaïlande (22 lits/10.000 habitants) et de la Chine (22 lits/10.000 habitants) <sup>12</sup>.

Par contre, le nombre de lits privés était seulement de 0,9 pour 10.000 habitants <sup>13</sup>, ce qui est loin de l'objectif fixé à 2,5 lits privés par l'Assemblée nationale.

En 2011, le nombre total de lits d'hospitalisation était de 187.998, soit 18.520 lits supplémentaires par rapport à 2009 <sup>2</sup>.

Le secteur privé continue à se développer et à contribuer aux prestations de soins en santé à tous les niveaux.

Selon les rapports du bureau des affaires médicales du ministère de la Santé <sup>14</sup>, en 2009, il y avait plus de 30.000 établissements privés, dont plus de 100 hôpitaux privés qui comptent 6.000 lits (soit 3,6% des lits hospitaliers du pays), 300 policliniques régionales, 87 maternités. Les autres structures étant les cabinets de médecins généralistes et spécialistes <sup>14</sup>.

### **1.3.2.2 Médecine traditionnelle**

L'État fournit un important soutien au développement de la médecine traditionnelle et à son intégration dans le système de soins curatifs.

En 2009, le pays comptait 58 hôpitaux spécialisés en médecine traditionnelle.

Par ailleurs, sous la direction de l'État, 75,4% des hôpitaux départementaux et 38,3% des hôpitaux régionaux abritent un service de médecine traditionnelle.

Au niveau des communes, des plantes médicinales sont cultivées dans les locaux de 79,3% des PSP et 76,2% des PSP délivrent des soins relevant de la médecine traditionnelle. Il faut compter également 10.873 praticiens actifs en médecine traditionnelle qui fonctionnent essentiellement dans le secteur privé <sup>14</sup>.

### **1.3.2.3 Réadaptation et santé mentale**

Par rapport aux autres pays, les années de guerre ont laissé au Vietnam un grand nombre d'anciens combattants handicapés, pour lesquels les besoins en soins de réadaptation et infirmiers restent importants.

En 2008, le secteur public comptait 35 hôpitaux spécialisés en réadaptation auxquels il faut ajouter 5 autres établissements qui fonctionnent dans le secteur privé.

Récemment, le secteur de la réadaptation a bénéficié de mesures politiques débloquent de nouvelles ressources <sup>15</sup>.

La santé mentale est un domaine placé sous la compétence et la responsabilité de l'État.

Il existe des programmes nationaux ciblés sur la santé mentale qui fonctionnent avec des ressources propres et spécifiques. Le but est de mettre en œuvre un système de soins dédiés à la santé mentale, gratuits, dispensés au sein des PSP et à proximité du lieu d'habitation du patient.

Dans le domaine de la santé mentale, ce sont donc les équipes de soins primaires qui ont en charge les soins globaux et continus : dépistage, suivi des soins curatifs, accompagnement et intégration des patients souffrant de problèmes de santé mentale (comme la schizophrénie, la dépression et aussi l'épilepsie).

Bénéficiant de ces programmes ciblés, en 2008, il y avait 174.898 patients schizophrènes pris en charge dans leur commune <sup>15</sup>.

#### **1.3.2.4 Prévention et sensibilisation en santé**

Le système de soins préventifs s'étend du niveau national jusqu'au niveau local.

En ce domaine, rien qu'au niveau départemental (ville ou province), on peut déjà citer 11 instituts de recherche spécialisés dans la prévention, 63 centres de santé préventive, 60 centres spécialisés dans la gestion du SIDA, 23 centres de contrôle des maladies à déclarer et encore des postes de contrôle vétérinaire.

Au niveau de la commune, ce système s'appuie sur le réseau des PSP en place. L'équipe de PSP est impliquée dans les activités de prévention au travers des programmes nationaux comme la vaccination, le contrôle de la fièvre hémorragique, de la malaria, etc. Il faut compter aussi les soignants communaux bénévoles qui travaillent à temps partiel au sein de leur commune, dans le domaine de la prévention <sup>15</sup>.

Avec ce système structuré et étendu, la couverture des programmes nationaux de prévention est très favorable.

Le taux de couverture atteint plus de 90% pour les programmes contre la malnutrition infantile, la malaria, la tuberculose, la lèpre, la dengue, l'hygiène alimentaire, etc. <sup>15</sup>. Quelques résultats seront présentés dans la section suivante.

### 1.3.3 Indicateurs sanitaires du pays

En parallèle avec la croissance économique favorable durant ces dernières années, le secteur sanitaire du Vietnam a obtenu de très bons résultats mesurés au travers des indicateurs sanitaires.

Plusieurs indicateurs ont connu des améliorations significatives comme : l'espérance de vie à la naissance <sup>2</sup>, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle et le taux de malnutrition.

Pourtant, le Vietnam est confronté à plusieurs défis sanitaires pouvant affecter la réalisation des objectifs sanitaires nationaux comme :

- La crise économique mondiale touchant le Vietnam ces dernières années,
- Le changement climatique accéléré menaçant les deux grands deltas agro-industriels par l'augmentation du niveau de la mer (Delta du Mékong au Sud, đồng bằng sông Cửu Long, et du Fleuve Rouge au Nord, Đồng bằng sông Hồng)
- Le vieillissement de la population avec le changement de type de pathologies où les maladies non transmissibles détiennent une place de plus en plus importante
- L'utilisation inappropriée des lignes de soins entraînant la surcharge des hôpitaux
- L'instabilité du fond national de l'assurance maladie.

La partie suivante propose un aperçu horizontal des quelques indicateurs sanitaires du Vietnam.



### 1.3.3.1 Causes de morbidité et de mortalité

**Tableau 1. Réalisation des objectifs nationaux de santé 2010**

Indicateurs	Objectif pour 2010	Valeur estimée en 2010
1. Réduction du taux de fertilité (‰)	0,2	0,3
2. Taux brut de natalité (‰)	17,6	17,1
3. Taux de croissance de la population (%)	1,14	1,05
4. Espérance de vie à la naissance (années)	72	73
5. Mortalité maternelle (par 100.000 naissances vivantes)	70	68
6. Mortalité infantile (‰)	<25	<16
7. Mortalité infantile de moins de 5 ans (‰)	<32	25
8. Taux de malnutrition chez moins de 5 ans (%)	<20	18

Le Vietnam est en pleine période de transition épidémiologique.

Pourtant, au Vietnam, les maladies transmissibles et la malnutrition restent encore des préoccupations majeures ; de plus, la place des accidents, des traumatismes et des intoxications devient de plus en plus grande (Figure 2) <sup>12</sup>.

Ainsi, selon des données hospitalières, les maladies transmissibles étaient responsables de 22,9% des hospitalisations en 2009<sup>2</sup>. Ce ratio est en forte diminution si on le compare avec celui de 1976 où il était d'environ 55,5%.

Les maladies non transmissibles sont, par contre, en augmentation rapide : de 42,6% des admissions en 1976 à 66,3% en 2009 <sup>2</sup>.

Pour ce qui est des maladies qui tendent à diminuer, pendant la période 2000-2010, et bien qu'elles restent une préoccupation majeure, le Vietnam a connu une diminution importante des maladies transmissibles, en particulier les pathologies pour lesquelles on dispose d'un vaccin : la diphtérie, la coqueluche (93,1% de réduction), l'encéphalite, la fièvre typhoïde (11,7% de réduction), la dysenterie (44,1% de réduction) et la méningite (diminution considérable par rapport à la période 1990-1999) <sup>2</sup>.

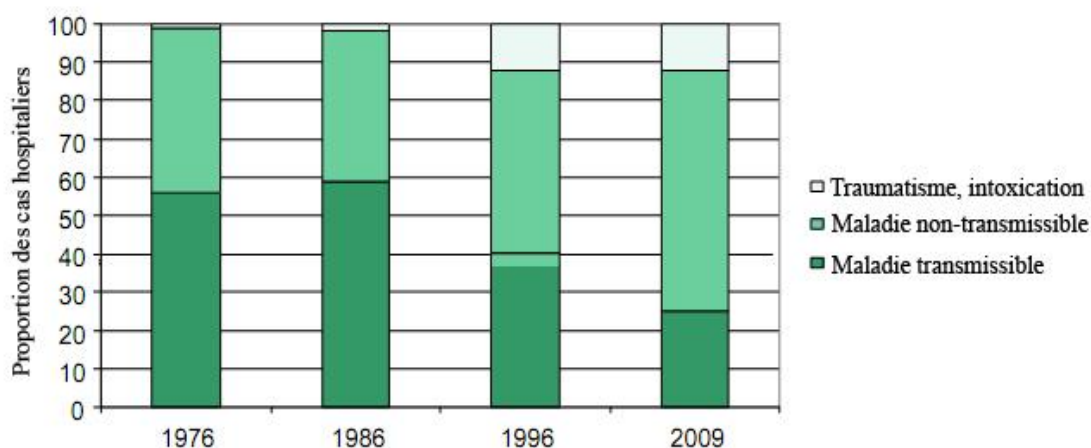
Parmi les maladies en augmentation au cours des dernières années, figurent la varicelle et les oreillons, surtout dans la région du Nord.

La varicelle a augmenté d'un facteur 2,3 pendant la période 2000-2010 par rapport à la période 1990-1999. Pendant les 4 dernières années, la croissance du nombre de cas d'oreillons est restée en constante augmentation.

Il est important de souligner que ces deux pathologies ne sont pas encore incluses dans le programme de vaccination universelle proposé par l'État <sup>2</sup>.

Par ailleurs, la pollution, les mouvements migratoires favorisés par l'accroissement des échanges économique-sociaux entre régions (la « mobilisation inter-régionale »), la surcharge des services urbains qui doivent répondre au flux migratoire, la mauvaise hygiène des populations précarisées, l'accroissement des habitudes à risque pour la santé, etc., ont un impact sur la propagation des maladies transmissibles.

L'épidémie de la maladie « pieds-mains-bouche », l'endémie de fièvre hémorragique, surtout observées dans le Sud du pays ces dernières années, témoignent du risque de retour en masse des maladies transmissibles si la vigilance baisse <sup>2</sup>.



**Figure 2. Répartition du type de pathologies des cas hospitalisés pendant la période 1976-2009<sup>12</sup>**

### 1.3.3.2 Charge globale de morbidité

La charge globale de morbidité est estimée à travers l'indice DALY (*Disability-Adjusted Life Years*) traduit en français par «*Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité*» (AVAI).

Cet indicateur qui intègre les notions de mortalité et de morbidité permet d'estimer le nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une incapacité ou d'un décès prématuré.

D'après une étude de 2008 <sup>16</sup>, la charge globale de morbidité au Vietnam était de 12,3 millions de DALYs, dont 56% concernent les hommes. 56% de la charge totale a pour origine des décès prématurés (respectivement de 60% pour les hommes et 50% pour les femmes).

Les maladies non transmissibles représentaient 66% de la charge globale de morbidité chez les hommes et 77% chez les femmes.

Chez les hommes, les trois premières causes de la charge globale de morbidité étaient les accidents non intentionnels (18%), les maladies cardio-vasculaires (17%) et les maladies mentales (14%) alors que chez les femmes, ce sont les maladies mentales (22%), les maladies cardio-vasculaires (18%) et le cancer (12%) qui sont les causes principales.

### **1.3.3.3 Charge annuelle globale en termes de mortalité**

Nous pouvons lister les premières causes de décès prématurés grâce à cette même étude de 2008 : les maladies cardiovasculaires (27%), les cancers (22%) et les accidents non intentionnels (14%).

Chez les hommes, les accidents vasculaires cérébraux (14%), les cancers du foie (7%) étaient les deux causes principales de décès. Les accidents vasculaires cérébraux (17%), les accidents de la route (4%) et les pneumonies (4%) étaient les 3 causes principales chez les femmes <sup>2</sup>.

### **1.3.3.4 Charge annuelle globale en termes d'incapacité**

La charge globale en termes d'incapacité est évaluée à travers l'indice YLD (*Years Lived with Disability*).

Au Vietnam, cet indice était de 2,7 millions d'YLD en 2008 <sup>2</sup>.

Les maladies mentales (37%), les accidents non intentionnels (14%) et les incapacités sensorielles (9%) étaient les trois causes principales de la charge globale d'incapacité.

Chez les hommes, les troubles liés à l'alcoolisme (14%), la dépression (11%) et les accidents de la route (8%) étaient les premières causes d'incapacité alors que chez les femmes, la dépression (29%), l'incapacité visuelle (10%) et les maladies de l'appareil locomoteur (9%) étaient les premières causes.

Les dix premières causes étaient responsables de 29% des incapacités chez les hommes et 19% chez les femmes <sup>2</sup>.

### **1.3.3.5 Espérance de vie**

L'espérance de vie à la naissance au Vietnam a augmenté de manière spectaculaire au cours des dernières années.

D'après l'enquête nationale de la Population et du Logement, au 1er Avril 2009, l'espérance de vie à la naissance atteignait 72,8 ans en moyenne : celle de la femme est de 75,6 ans et celle de l'homme de 70,2 ans.

Ce résultat dépasse l'objectif fixé pour 2010 (Tableau 1). En comparant avec les autres pays de même niveau de PIB par habitant, le Vietnam se positionne très favorablement.

#### **1.3.3.6 Taux de mortalité maternelle**

Le Vietnam a obtenu de bons résultats avec les soins de santé maternelle : le taux de mortalité maternelle a été réduit de près des deux tiers en 20 ans.

Si en 1990, le taux était de 233/100.000 naissances vivantes, cet indicateur était désormais de 68/100.000 naissances vivantes en 2010 <sup>2</sup>.

Ce progrès est attribué à la réussite de la stratégie générale qui assure une bonne accessibilité aux soins en santé à toutes les femmes enceintes.

Cependant, le rythme de réduction s'est ralenti pendant la période 2006-2010.

En conséquence, pour atteindre l'objectif national à l'horizon 2015 (où le taux devrait être de 58,3/100.000 naissances vivantes), le Vietnam devra produire des efforts supplémentaires et montrer un appui politique clair dans ce domaine de la santé.

#### **1.3.3.7 Mortalité infantile (enfants de moins de 1 an)**

Pendant la période 1990-2009, le taux de mortalité infantile s'est réduit de 44,4<sup>0</sup>/00 à 16<sup>0</sup>/00.

Depuis 2009, cet indicateur s'est maintenu à un même niveau. Le taux de mortalité infantile s'est amélioré dans toutes les régions ; cependant le rythme de réduction s'est montré très différent selon les régions.

La zone Nord-Ouest et les hauts plateaux du Centre ont connu un taux de mortalité infantile plus élevé : les progrès y sont plus lents que ceux du reste du pays.

#### **1.3.3.8 Mortalité des enfants de moins de 5 ans**

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été réduit de moitié en 20 ans. La valeur est passée de 58<sup>0</sup>/00 en 1990 à 24,5<sup>0</sup>/00 en 2009. La valeur de cet indicateur dépasse l'objectif poursuivi dans le plan « *Stratégie des soins et de la protection en santé de la population, 2001-2010* » (Tableau 1). La réduction se poursuit pour atteindre l'objectif de 19,3<sup>0</sup>/00 en 2015<sup>2</sup>.

En comparant avec les autres pays, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Vietnam est similaire à celui des pays ayant un PIB par habitant trois fois plus important que celui du Vietnam. Le rythme de réduction de la mortalité infanto-juvénile est meilleur que la moyenne de la région Pacifique-Occidentale <sup>2</sup>.

En termes de causes de décès, les accidents sont responsables de près de 75% des décès d'enfants de plus d'un an : la noyade et l'accident de la route sont les deux causes principales.

### **1.3.3.9 Taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans**

Pour l'insuffisance pondérale, le chiffre s'est nettement amélioré, atteignant quasiment 18% en 2010. D'après l'Institut National de Nutrition, ce taux a diminué régulièrement chaque année, passant de 25,2% en 2005 à 18,9% en 2009.

Dans ce domaine, l'objectif 2010 qui était fixé au-dessous de 20% est atteint (Tableau1).

Cependant, ce progrès n'est pas identique partout. Dans les Hauts plateaux du Centre et les zones du Nord-Ouest, la malnutrition reste encore un problème majeur<sup>17</sup>.

Actuellement, le Vietnam connaît un phénomène nouveau dans les zones urbaines et les régions économiquement plus développées.

C'est le problème de l'obésité ou du surpoids chez les enfants et les adultes. Cette question demande une approche différente de celle de la malnutrition et le Vietnam devra se préparer à y faire face dans les années futures.

## **1.4 Les défis sanitaires auxquels le système de santé doit faire face**

Le système de santé a connu une longue histoire, faite de difficultés et aussi de résultats encourageants engrangés ces récentes années. Pourtant de nouveaux défis se profilent :

- Les besoins et les demandes de soins en santé de la population se modifient.

Ils demandent une nouvelle approche plus adaptée : l'augmentation du poids des maladies non transmissibles, des traumatismes ainsi que le retour endémique de certaines pathologies infectieuses demandent une réaction du système de santé.

- Les facteurs de risque en santé constituent une des préoccupations importantes du système de santé.

La société doit consacrer plus d'attention à la prévention et à la gestion de nombreux facteurs de risque comme ceux liés à l'environnement, au travail, à la sécurité alimentaire, à la sécurité routière, à l'hygiène, etc.

- La qualité du service médical devient la première attente de la population.

Cette demande est bien intégrée par le monde politique qui a inscrit l'amélioration de la qualité des services en santé dans ses objectifs prioritaires.

Les gens réclament des soins de santé de qualité, plus personnalisés, plus accessibles et économiquement plus abordables.

Les services médicaux publics doivent répondre à ces attentes, dans un contexte concurrentiel vis-à-vis des opérateurs privés.

- La gestion nationale des ressources en santé doit prendre en compte le déplacement phénoménal des ressources médicales et des compétences professionnelles vers les lieux favorisés comme les grandes villes, les grands établissements spécialisés et les services médicaux privés.
- Sont en jeu la répartition géographique équitable des soins et le maintien d'une accessibilité optimale à des prestations de qualité pour tous.
- La hausse du prix des soins de santé menace une partie de la population défavorisée ou en situation de précarité.

La proportion des dépenses en santé qui sont à la charge des patients reste très importante.

L'élargissement de la population concernée par la couverture médicale universelle constitue un objectif majeur pour les années à venir.

Après 20 ans de programme de l'assurance universelle, loin d'être favorable, le taux de couverture médicale universelle était de 60% de la population d'après la statistique nationale en 2010 <sup>2</sup>.

- La surcharge de travail que rencontrent les hôpitaux urbains, surtout à Hanoï et Hô Chí Minh-ville, est causée par le contournement permanent des lignes de soins au sein du système de santé.

On y observe, par ailleurs, un afflux massif de patients, issus des provinces avoisinantes, pour des recours médicaux.

Certains hôpitaux décentralisés sont ainsi désertés par les patients et donc en perte progressive de compétence.

Ces phénomènes provoquent une répartition inégale des ressources médicales entre les différentes régions du pays.

- La distribution inégale des dépenses de l'assurance maladie est un problème que la caisse d'assurance doit affronter.

Sur le terrain, il s'avère que les principales dépenses couvertes par l'assurance concernent les populations les plus aisées, vivant en zone urbaine couverte par des structures hospitalières.

Par ailleurs, la majorité de ces dépenses médicales porte sur des soins techniques sophistiqués au bénéfice d'une population réduite.

Il est interpellant de constater que les soins préventifs qui profitent à l'ensemble de la population ne sont pas intégrés dans la couverture de l'assurance universelle.

- Le désengagement financier de l'État dans le secteur sanitaire a eu des effets divers.

L'ouverture du système de santé aux initiatives privées a eu un important effet d'appel aux investissements privés.

Ce phénomène a fait verser les établissements sanitaires publics dans une logique lucrative dont les dérives sont nombreuses.

## 1.5 Rôle des soins de santé primaires dans le système sanitaire

### 1.5.1 Faiblesse du système de soins de santé primaires.

D'après le rapport annuel en 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé « *les soins primaires réunissent promotion et prévention, traitement et soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé* ».

La valeur des soins de santé primaires est essentielle dans un système de santé fort et les preuves de sa contribution sont abondantes dans la littérature médicale.

Malheureusement, ce rapport constate également que certains enjeux sociaux, économiques et politiques engendrent une tendance à négliger la valeur des soins de santé primaires <sup>18</sup>.

L'objectif de ce chapitre est de mieux comprendre les enjeux actuels des PSP et de tenter de trouver une solution aux nombreux défis auxquels le système de santé devra faire face dans l'avenir.

### 1.5.2 Histoire contemporaine des postes de soins de santé

Bien que l'histoire contemporaine ait déjà été évoquée précédemment, il nous paraît intéressant d'y revenir brièvement.

Pour rappel, très tôt après la révolution de 1945, le gouvernement a accordé une attention particulière au développement d'un réseau de soins communautaires qui était la première version du modèle de PSP actuel et au moment de l'apogée de ce réseau, 98,6% des communes se trouvaient couvertes en termes de soins de santé primaires <sup>15</sup>.

Pendant de nombreuses années et malgré les difficultés de la guerre, le réseau des PSP a assumé la dispensation de soins à la fois curatifs et préventifs de proximité de la population <sup>19</sup>. Après avoir été le moteur de l'amélioration du niveau sanitaire de la population (espérance de vie plus élevée et taux de mortalité infantile plus bas que les autres pays à faible revenu en 1980 <sup>20</sup>), ils ont souffert des réformes économiques et sanitaires.

L'effondrement du système des coopératives agricoles communales a causé la rupture économique et organisationnelle de la fonction du PSP au sein des communes desservies. Le réseau de PSP s'en est trouvé fragilisé et en situation budgétaire précaire. Dans le même temps, l'État octroyait aux hôpitaux la majorité des ressources financières pour dispenser les soins curatifs <sup>10</sup>.



Sans investissement (en équipements, en médicaments, en ressources humaines), sans attention appropriée de la commune, les membres du personnel et parmi eux ceux qui avaient le plus d'expérience, ont fui les PSP. La baisse en personnel a affiché un record très préoccupant : en 2010, moins de 70% des PSP avaient au moins un médecin en poste, moins de 94% une sage-femme compétente, moins de 87% un agent communautaire actif.

De moins en moins de gens utilisaient les services médicaux des PSP à cause de leur mauvaise qualité <sup>4</sup>.

D'après l'enquête nationale de 2002, les PSP s'occupaient en moyenne de 8 à 12 patients par jour. Chaque PSP réalisait, mensuellement, 98 contacts à domicile, 307 contacts au cabinet et 15 transferts aux établissements de soins spécialisés <sup>4</sup>. Ce genre d'activité était encore plus limité chez leurs homologues urbains.

À titre d'exemple, le nombre de visites médicales au PSP était généralement de l'ordre de 2 à 3 patients par jour <sup>4</sup>. Le phénomène est expliqué par la présence dense de structures médicales spécialisées comme les polycliniques et les hôpitaux dans ces zones urbaines.

En 2008, après plusieurs années de paix, seulement 55% des PSP atteignaient encore le standard national <sup>2,7</sup>.

Les projets destinés à renforcer le système de soins primaires sont quasiment tous financés par les ONG et autres organisations internationales.

L'absence d'approche globale et pertinente et la fragmentation des projets internationaux risquent de remettre en question la motivation locale, l'efficacité, la longévité et la continuité de ces projets. Le risque est que les activités ne s'arrêtent lorsque les ressources internationales se retireront.

Étant très conscient de la situation dégradée du réseau de PSP, le gouvernement a entamé un plan stratégique prévoyant d'attribuer un médecin à chaque centre de santé d'ici 2020 afin d'y offrir des soins curatifs globaux individualisés et de qualité.

Voici les grands axes d'intervention :

- Réorganiser le système de santé, plus spécifiquement, en renforçant le réseau de soins local.
- Dédier une politique d'investissements appropriés et de budget pour maintenir le fonctionnement et le développement du système de santé. Pour ce faire, l'État doit augmenter le budget réservé à la santé.
- Élaborer un cadre préférentiel pour le personnel de santé local.

Ces mesures ne seront pas suffisantes si le PSP ne trouve pas son identité dans le système de santé national.

Idéalement les PSP devraient être le partenaire complémentaire des polycliniques et hôpitaux. Avec les pharmaciens ils pourraient constituer la première ligne de soins dont la mission est de répondre à la majorité des besoins de la population.

### **1.5.3 Conflits d'intérêt entre les partenaires médicaux**

#### **1.5.3.1 Les hôpitaux**

Partageant les mêmes ressources de l'État, la même gestion organisationnelle, les hôpitaux se devraient de construire une relation étroite avec leurs homologues PSP afin d'accomplir leur mission dans le système de santé du pays.

Pourtant, cela ne se passe pas ainsi.

Les hôpitaux sont entrés en concurrence directe avec les PSP en matière de soins ambulatoires.

Pour des questions d'intérêt économique, les hôpitaux n'ont pas hésité à étendre leurs tentacules vers le secteur de soins ambulatoires qui n'est normalement pas dans leur champ d'activités.

Rien qu'au cours de ces 10 dernières années, nous avons constaté que les services hospitaliers fournissaient de plus en plus de soins ambulatoires.

Les hôpitaux cherchent à séduire leurs patients par les équipements sophistiqués des laboratoires, par la disponibilité des médicaments à haut prix, par la présence permanente des spécialistes en consultation simple, par le nombre de procédures techniques.

D'autres phénomènes plus discrets se produisent, mais leurs effets sont dévastateurs pour le PSP.

Il s'agit d'interventions radicales de l'hôpital comme l'abaissement des critères d'hospitalisation et le prolongement de la durée d'hospitalisation.

C'est encore la pratique de « l'hospitalisation journalière » : le patient bénéficie de tous les avantages des patients hospitalisés en termes d'examen de laboratoire, de médicaments remboursables par l'assurance tout en n'accaparant pas de lit d'hospitalisation.

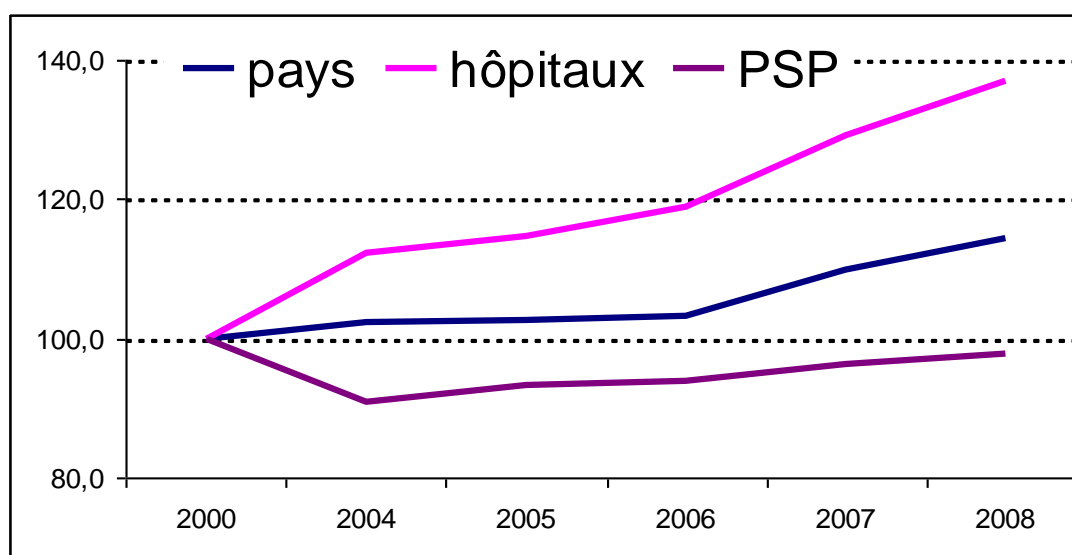
L'hôpital a, non seulement, couvert excessivement les demandes de soins ambulatoires mais veut aussi garder ses patients, qui pourraient être soignés correctement par les PSP.

Ce type de transfert des soins de la première ligne vers les hôpitaux a été réalisé pendant des années sans attirer l'attention des responsables de la politique sanitaire.

Malheureusement, ce mouvement a été indirectement officialisé par l'État au travers de différentes mesures politiques.

Parmi ces mesures, nous pouvons citer l'intervention de la caisse d'assurance maladie qui a ordonné l'inscription obligatoire des patients auprès des grands hôpitaux alors que les PSP se trouvaient sans couverture médicale pour leurs patients à cause des exigences administrativement compliquées de l'État.

En 1999, 80% du budget d'État étaient réservés aux activités curatives <sup>10</sup>. La croissance du budget attribué à l'hôpital a toujours été plus importante que celle du PSP pendant les dernières années <sup>21</sup>.



**Figure 3. Evolution du rapport relatif du nombre de lits/1000 habitants comparé à celui de 2000**

(données synthétisées à partir des données du tableau 276 – page 576<sup>21</sup>)

Sur la figure 3, le nombre de nouveaux lits à l'hôpital est en augmentation constante tandis que le nombre de lits dans les PSP était en baisse jusqu'en 2004.

L'ouverture des nouvelles structures de soins ambulatoires dans les hôpitaux, l'inauguration de nouveaux hôpitaux publics ou privés ont accru la pression sur les ressources humaines en médecine. Une fuite de « matière-grise » des PSP vers les établissements spécialisés a été identifiée comme un des grands problèmes de gestion du système de santé national.

### **1.5.3.2 Établissements privés**

Après la libéralisation du secteur sanitaire privé, les activités privées en santé se sont fort développées.

Rien que dans la période de 1997 à 1999, le nombre de services privés avait doublé (données du registre communal de 44/61 régions et villes) <sup>22</sup>;

La concentration des services privés était 2,5 fois plus importante dans la zone urbaine.

Comparé au système de PSP chargé lourdement par les différentes tâches administratives, le secteur privé s'avère être plus actif.

Son champ d'activité principal est la fourniture de soins médicaux ambulatoires <sup>6,23</sup>. Il est alors en concurrence directe avec les PSP.

Par des avantages économiques, il attire les personnes expérimentées, il adopte des équipements modernes, il concentre ses services pour une population très riche qui souffre majoritairement de maladies légères et qui peut lui apporter des revenus importants.

La qualité des soins fournis par le secteur privé n'est pas strictement contrôlée par l'État. Parfois, elle est très médiocre et même nocive par l'abus d'explorations inappropriées.

Une étude dans le milieu rural a relevé que 11% des personnes employées dans le secteur privé n'avait pas la formation médicale adéquate. Pourtant, au regard du patient, la perception de la qualité de soins est en faveur du secteur privé <sup>24</sup>.

### **1.5.3.3 Les pharmacies**

La libéralisation du secteur pharmaceutique et le développement intensif des réseaux de pharmacie ont facilité l'utilisation de médicaments directement délivrés par le pharmacien sans avoir consulté ou obtenu un avis médical.

Cette pratique a été rapidement acceptée par les patients et la population. Le malade peut, en effet, recevoir des médicaments de bonne qualité à proximité de son lieu de vie sans être ruiné par des frais médicaux qui ne sont pas jugés nécessaires.

Le PSP ne possède pas de pharmacie en tant que telle pour la simple raison que la gestion administrative en est complexe et n'apporte pas d'avantages au personnel de l'équipe.

En conséquence, pour l'enquête nationale menée en 1997-1998, le taux de recours à la pharmacie pour les médicaments sans ordonnance était beaucoup plus important que celui des consultations ambulatoires.

#### **1.5.3.4 La population**

Au cours des dernières années, avec les progrès économiques, les conditions de vie se sont améliorées.

Il y a une forte demande en soins en santé de qualité et plus personnalisés.

La perception de la qualité des soins de santé est influencée par les références du marché.

Face à cette demande accrue, le système de santé avec sa ligne de soins primaires affaiblie ne peut plus inciter la population à utiliser les services médicaux communaux.

Une proportion importante de PSP ne remplit pas les conditions pour être acceptée dans un contrat de remboursement avec la caisse d'assurance maladie. Les patients doivent s'inscrire auprès des établissements hospitaliers qui ont déjà le statut de 2<sup>ème</sup> ou de 3<sup>ème</sup> ligne de soins dans le système de santé.

Le malade est ainsi systématiquement orienté vers ces structures de soins spécialisés tout simplement à cause du problème administratif de son assurance.

C'est la raison pour laquelle, on peut rencontrer souvent à l'hôpital des maladies banales qui pourraient être parfaitement soignées par le système de soins primaires dont le PSP est le représentant officiel.

### 1.5.3.5 Références

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe 2004.
2. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2011 of Vietnam: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011–2015. In: Hanoi; 2011:1-220.
3. Mishra D. Vietnam development report 2012 : market economy for a middle-income Vietnam. Vietnam 2011 06/12/2011.
4. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
5. Fritzen SA. Fiscal decentralization, disparities and innovation in Viet Nam's Health Sector. In: Litvack J, Rondinelli D, eds. Market reform in Vietnam: building institutions for development. Westport, CT: Quorum Books; 1999.
6. Ha NT, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. Health Policy Plan 2002;17:61-70.
7. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2008: health financing in Vietnam In. Hanoi; 2008:1-147.
8. Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi H. Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. Health Policy Plan 2005;20:90-9.
9. Witter S. 'Doi moi' and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11:159-72.
10. Fritzen SA. Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition. Soc Sci Med 2007;64:1611-23.
11. World Bank Vietnam. Population, health and nutrition sector review. Washington 1992. 21/9. Report n°: 10289-VN.
12. WHO Statistical Information System (WHOSIS). WHO Statistical Information System (WHOSIS). (Accessed 2010, at <http://www.who.int/whosis/en/>).
13. Ministry of Health Vietnam. Action plan of the health sector to implement Resolution No. 02-NQ/CP, issued according to Minister of Health Decision No.239/KH-BYT. Hanoi - Vietnam; 2011 14/3/2011.
14. Ministry of Health Vietnam. Báo cáo Tổng kết công tác năm 2009 và định hướng trọng tâm công tác 2010 [Medical services review of 2009, orientation for 2010]. Hanoi: Medical Services Administration; 2009.

15. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2010 Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015. In. Hanoi; 2010:1-254.
16. Nhung NTT, Long TK, Linh BN, Vos T, Anh ND, Huong NT. Viet Nam Burden of Disease and Injury Study 2008. Ha Noi: MEDICAL PUBLISHING HOUSE; 2011.
17. National Institute of Nutrition, UNICEF. Tình hình dinh dưỡng Việt Nam 2009-2010 [Nutritional status of Vietnam, period 2009-2010]. Hà Nội: NXB Y học; 2010.
18. World Health Organization. Lerberghe Wv. Primary health care : now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
19. Tuan T. Community-based evidence about the health care system in rural Vietnam. Newcastle - Australia: The University of Newcastle; 2004.
20. Nguyễn NN. Health sector development and economic reform in a transitional economy: Vietnam in 1989-1997 [Ph.D. thesis]. Manchester: The university of Manchester; 1997.
21. Tổng cục thống kê [General statistics office-Vietnam]. Health, culture, sport and living standard In: Vietnam STo, ed. Tổng niên giám thống kê [Statistics Textbook of Vietnam]. Hà Nội; 2008.
22. Dung PH. Private health sector growth in Vietnam. In: Vietnam health week. Hanoi- Vietnam; 1999.
23. Dung PH. The political process and the private health sector's role in Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11:217-30.
24. Tuan T, Dung VT, Neu I, Dibley MJ. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. Health Policy Plan 2005;20:319-27.