

N° 241

**SÉNAT**

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 19 février 2002

## **RAPPORT D'INFORMATION**

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 4 au 12 juillet 2001 par une délégation chargée d'étudier la **politique sanitaire de la République socialiste du Viêt-Nam**,*

Par M. Alain GOURNAC, Mmes Annick BOCANDÉ, Claire-Lise CAMPION, MM. Guy FISCHER et Francis GIRAUD,

Sénateurs.

---

*(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, vice-présidents ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juilhard, secrétaires ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Joël Billard, Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Jean-René Lecerf, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Valérie Létard, MM. Jean Louis Masson, Serge Mathieu, Mmes Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhet.*

---

**Asie du Sud-Est.**

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	6
<b>I. UN PROFIL SANITAIRE CONTRASTÉ</b> .....	7
A. LES FACTEURS EXOGÈNES DE LA POLITIQUE SANITAIRE .....	7
1. <i>Les conditions géographiques et climatiques</i> .....	7
2. <i>L'amorce d'une transition démographique</i> .....	8
3. <i>L'ouverture économique et ses conséquences sociales</i> .....	9
4. <i>Le legs de la guerre</i> .....	10
B. LES RÉUSSITES INCONTESTABLES DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU VIÊT-NAM .....	10
1. <i>La lutte contre les grandes maladies épidémiques</i> .....	11
2. <i>Une réduction significative de la mortalité infantile</i> .....	11
3. <i>La régression du paludisme</i> .....	12
C. LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE ET DES MALADIES INFECTIEUSES .....	12
1. <i>Un niveau encore élevé de malnutrition infantile</i> .....	12
2. <i>La persistance des maladies infectieuses</i> .....	13
D. L'APPARITION DE NOUVEAUX DÉFIS .....	14
1. <i>L'extension des maladies virales</i> .....	14
2. <i>L'émergence paradoxale des « pathologies de l'abondance »</i> .....	15
<b>II. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN TRANSITION</b> .....	15
A. UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ DÉCENTRALISÉ, OÙ L'HÔPITAL OCCUPE UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE .....	16
1. <i>La santé publique, responsabilité essentielle des collectivités locales</i> .....	16
2. <i>La place prépondérante de l'hôpital public</i> .....	18
B. LE RÔLE CENTRAL DU CORPS MÉDICAL .....	19
1. <i>Des médecins polyvalents</i> .....	19
2. <i>Les effectifs encore modestes des autres professions de santé</i> .....	19
3. <i>L'insuffisance préoccupante du personnel biomédical</i> .....	20
4. <i>La vitalité de la médecine vietnamienne traditionnelle</i> .....	20
C. L'APPARITION D'UN SECTEUR LIBÉRAL .....	21
1. <i>Un cadre juridique récent</i> .....	21
2. <i>Une réalité encore difficile à évaluer</i> .....	22
3. <i>Un marché du médicament en pleine expansion</i> .....	23
D. UN SYSTÈME DE SANTÉ DONT LA COHÉSION EST DÉSORMAIS MENACÉE .....	23
1. <i>Un secteur public confronté à de nombreuses difficultés</i> .....	23
2. <i>Des inégalités géographiques et sociales dans l'accès aux soins</i> .....	24
3. <i>Une assurance maladie encore embryonnaire</i> .....	25

<b>CONCLUSION</b> .....	27
<b>PROGRAMME DE LA MISSION D'INFORMATION</b> .....	28
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	30
<b>ANNEXES :</b> .....	35
<b>LE VIÊT-NAM EN CHIFFRES</b> .....	36
<b>CARTE ADMINISTRATIVE DU VIÊT-NAM</b> .....	37
<b>MISSIONS A L'ÉTRANGER DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES (DEPUIS 1991)</b> .....	38

## AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Une délégation de la commission des Affaires sociales du Sénat s'est rendue au Viêt-Nam du 4 au 12 juillet 2001, afin d'étudier la politique sanitaire de ce pays. Elle était composée de M. Jean Delaneau, président, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Francis Giraud, Alain Gournac et Philippe Nogrix<sup>1</sup>

D'Hanoi à Hô Chi Minh-Ville, en passant par Hué et le delta du Mekong, cette délégation a rencontré diverses autorités politiques, nationales ou locales, ainsi que des professionnels de santé. Elle a également visité des établissements sanitaires et sociaux comme, par exemple, un hôpital de district, un dispensaire de quartier et un orphelinat.

La délégation souhaite, à cet égard, exprimer ses remerciements les plus vifs à l'ensemble des personnalités rencontrées qui ont tenu, par la qualité de leur accueil et leur disponibilité, à lui manifester la haute considération qu'elles accordent à notre pays et au Sénat de la République française.

Elle exprime également sa gratitude à S. Exc. M. Serge Degallaix, Ambassadeur de France au Viêt-Nam, ainsi qu'à ses collaborateurs, qui lui ont réservé un accueil particulièrement chaleureux et ont prévu, à son intention, un programme de travail de très grande qualité.

Elle remercie, enfin, le Docteur Benoît Blanc, responsable de la coopération médicale à l'ambassade de France qui, par sa connaissance du pays et ses multiples contacts dans le milieu médical vietnamien, a incontestablement contribué au succès de cette mission.

---

<sup>1</sup> A l'occasion des élections sénatoriales de septembre 2001, le mandat de M. Delaneau et de Mme Dieulangard a pris fin, et M. Nogrix est devenu membre de la Commission des Affaires culturelles

## **I. UN PROFIL SANITAIRE CONTRASTÉ**

Tributaire de divers facteurs d'ordre climatique, démographique ou économique, la politique sanitaire du Viêt-nam peut se prévaloir de réussites incontestables, notamment en ce qui concerne la lutte contre les grandes maladies épidémiques et la mortalité infantile.

Toutefois, ces réussites ne peuvent occulter la persistance de la malnutrition infantile et des maladies infectieuses, ainsi que l'apparition de nouveaux défis sanitaires, qu'il s'agisse de l'extension des maladies virales ou de l'émergence, paradoxale, des « pathologies de l'abondance ».

### ***A. LES FACTEURS EXOGÈNES DE LA POLITIQUE SANITAIRE***

#### **1. Les conditions géographiques et climatiques**

Les conditions géographiques propres au Viêt-nam déterminent, pour partie, les conditions de l'accès aux soins.

La population du pays se concentre dans les plaines, qui représentent 20 % du territoire et, plus particulièrement, dans les deux grands deltas, à savoir :

- au nord, le delta du fleuve rouge (et Hanoi), qui regroupe 19 % de la population totale ;

- au sud, le delta du Mekong (et Hô Chi Minh-Ville), où vit 21 % de la population totale.

Dans ces deux deltas, la densité de population, 1.180 habitants par kilomètre carré, est nettement supérieure à la moyenne nationale (235 habitants par kilomètre carré). Les équipements sanitaires y sont donc plus nombreux et, d'une manière générale, l'offre de soins plus diversifiée.

En revanche, les zones montagneuses, de hauts plateaux ou de jungles, qui recouvrent 80 % du territoire, sont moins peuplées et plus difficiles d'accès. De ce fait, l'accès aux soins y est plus difficile, en dépit des mesures prises par les autorités afin de garantir à leurs habitants un réseau de centres communaux de santé plus dense que dans les plaines. D'une manière générale, ces régions se caractérisent donc par un nombre plus restreint de

consultations, une implantation plus clairsemée des professionnels de santé et des indicateurs sanitaires moins favorables.

Les conditions climatiques favorisent, quant à elles, certaines pathologies. En effet, le climat du Viêt-nam, tropical, humide et marqué par le phénomène de la mousson, facilite l'apparition de maladies vectorielles infectieuses, qu'elles soient virales, comme la Dengue ou l'encéphalite japonaise, ou parasitaires, comme le paludisme.

## **2. L'amorce d'une transition démographique**

Avec 77 millions d'habitants, le Viêt-nam est le douzième pays le plus peuplé du monde. Il est le second pays le plus peuplé de l'Asie du sud-est, après l'Indonésie.

Au cours des années 1990-2000, la population vietnamienne s'est accrue de 10 millions d'habitants. Malgré les campagnes d'information sur les méthodes de contraception, le Comité national de la population et du planning familial enregistre encore plus d'un million d'interruptions volontaires de grossesse par an (ce chiffre, qui n'est qu'une évaluation, étant probablement inférieur à la réalité).

Conséquence logique de ce dynamisme démographique, la population vietnamienne est une population jeune, les moins de 15 ans représentant environ 30 % de la population totale. En revanche, les personnes âgées de plus de soixante ans représentent moins de 10 % de cette population.

Toutefois, le Viêt-nam paraît désormais entrer dans une phase de transition démographique. Après l'échec des politiques de contrôle des naissances constaté au cours des années 1980, les pouvoirs publics ont, au cours de la décennie suivante, renforcé de manière significative les actions et les programmes du planning familial.

Cet effort porte aujourd'hui ses fruits. Ainsi, le taux de croissance annuel de la population est tombé à + 1,7 %, contre + 2,1 % en moyenne auparavant. Le taux de natalité a chuté de 30 pour mille en 1989, à 19,1 pour mille en 2000. Le taux de fécondité, quant à lui, est passé de 4 enfants par femme en 1987 à 2,5 en 2000, et les autorités vietnamiennes espèrent atteindre le taux de remplacement des générations au cours des prochaines années. Si de telles évolutions devaient se confirmer, le Viêt-nam serait alors paradoxalement confronté, dans un futur relativement proche, aux problèmes liés à la prise en charge d'un nombre plus important de personnes âgées qui pourraient représenter, en 2024, 12,7 % de la population totale.

### **3. L'ouverture économique et ses conséquences sociales**

Depuis 1986, le Viêt-nam s'est engagé dans une politique de libéralisation économique (le « Doi Moi ») qui se caractérise par une série de réformes importantes (dé-collectivisation des terres, réforme des entreprises publiques et reconnaissance du secteur privé). Cette libéralisation interne s'est accompagnée d'une ouverture sur l'extérieur, se traduisant, notamment, par l'adhésion du Viêt-nam à l'ASEAN (Association des Etats de l'Asie du Sud-Est) en 1995, l'accueil des capitaux étrangers et le recours croissant à la coopération internationale.

Même si son produit intérieur brut par habitant (soit 400 \$) place encore le Viêt-nam parmi les pays dits « pauvres », le taux de croissance de son économie (+ 7,3 % de croissance annuelle moyenne au cours de la décennie 1990-2000) a permis à certains observateurs de le qualifier de « nouveau tigre de l'Asie du sud-est ». Les indicateurs de l'amélioration du niveau de vie sont d'ailleurs nombreux (augmentation du parc de véhicules motorisés, développement de la consommation individuelle, etc.) et immédiatement perceptibles, y compris par le voyageur le moins averti.

Bien entendu, ce développement économique a de nombreuses conséquences sociales qui influent, à leur tour, sur le système de santé et la politique sanitaire du Viêt-nam.

L'une de ces conséquences les plus importantes est l'exode rural. En 1989, la population urbaine ne représentait que 19,3 % de la population totale, soit une proportion similaire à celle observée vingt ans plus tôt. Aujourd'hui, 25 % de la population vit dans les sept principaux centres urbains, à Hô Chi Minh-Ville, Hanoi, Haiphong, Hue, Da Nang, Nha Trang et Can Tho.

L'ampleur de cet exode rural est probablement sous-estimée par les statistiques officielles. On évalue ainsi entre 70.000 et 100.000 personnes le nombre de ruraux venant, chaque année, s'installer à Hô Chi Minh-Ville. Par ailleurs, 40 % de l'augmentation actuelle de la population de Hanoi serait imputable à cet exode rural. Sur la base de ces évolutions, les autorités vietnamiennes estiment que le taux d'urbanisation de la population pourrait atteindre 45 % en 2020. L'exode rural est surtout le fait d'une population jeune (selon une étude réalisée à Hô Chi Minh-Ville, les deux tiers des migrants sont dans la tranche d'âge des 15-29 ans) et majoritairement féminine.

Cette croissance des zones urbaines sollicite à l'excès des infrastructures publiques, et notamment sanitaires, qui peinent déjà à répondre aux besoins des populations locales. Elle favorise, par ailleurs, le développement des « fléaux sociaux » (drogue, prostitution, délinquance

juvénile) contre lesquels les autorités compétentes ont engagé des actions spécifiques.

#### **4. Le legs de la guerre**

Théâtre d'une guerre de trente ans, le Viêt-nam supporte, encore aujourd'hui, les conséquences sanitaires du conflit. Afin de priver les combattants Vietcong de la protection offerte par la jungle, l'armée américaine a ainsi utilisé de manière intensive des défoliants chimiques (baptisés « agent orange » en raison de la couleur des fûts utilisés pour leur stockage). Selon les autorités vietnamiennes, ces défoliants, contenant de fortes concentrations de dioxine, seraient à l'origine de nombreux cas de cancer, de dégénérescence du système nerveux ou de malformations congénitales<sup>1</sup> dans les régions exposées (soit environ 10 % du territoire).

Aucune étude statistique exhaustive et fiable ne permet de mesurer l'ampleur exacte de ce problème sanitaire. Les recherches menées en 1996 par une équipe indépendante de chercheurs canadiens (*Hatfield Consultants Ltd*) sur le parcours de l'ancienne « piste Hô Chi Minh », dans la vallée de l'Aluoi, à 65 kilomètres à l'ouest de Hué, ont toutefois mis en évidence une importante contamination des sols et de l'eau par la dioxine. Par ailleurs, les résidus chimiques continuent à empoisonner, de nos jours, l'ensemble de la chaîne alimentaire, ce qui explique les taux élevés de dioxine constatés dans les prélèvements sanguins effectués sur la population locale, y compris parmi les personnes âgées de moins de vingt-cinq ans, c'est-à-dire nées après la fin de la guerre. Enfin, un nombre anormalement élevé de cancers précoces, d'avortements spontanés et de malformations des nouveaux-nés y a été enregistré.

Après avoir contesté, pendant un temps, la réalité du problème, les Etats Unis ont finalement conclu avec le Viêt-nam, en juillet 2001, un accord de coopération scientifique afin d'évaluer les conséquences environnementales et sanitaires de l'utilisation de « l'agent orange ». Les résultats de cette évaluation devraient être examinés dans le cadre d'une conférence scientifique bipartite, prévue pour avril 2002 au Viêt-nam.

#### ***B. LES RÉUSSITES INCONTESTABLES DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU VIÊT-NAM***

Dans ce contexte général, la politique sanitaire du Viêt-nam enregistre d'incontestables réussites et les principaux indicateurs sanitaires supportent favorablement la comparaison avec ceux d'autres pays de l'Asie du

---

<sup>1</sup> Aux Etats-Unis, les associations d'anciens combattants de la guerre du Viêt-nam établissent un constat similaire.



sud-est. Ainsi, par exemple, on estime que l'espérance de vie à la naissance est, au Viêt-nam, de onze ans supérieure à celle que l'on pourrait s'attendre à constater, compte tenu du niveau de développement économique du pays.

Les principaux succès de cette politique sanitaire sont constatés dans la lutte contre les grandes maladies épidémiques, la mortalité infantile et le paludisme

### **1. La lutte contre les grandes maladies épidémiques**

Le choléra, implanté au Viêt-nam depuis des siècles, et qui tuait auparavant 2000 à 3000 personnes à chaque épidémie, ne concerne plus, aujourd'hui, que quelques cas isolés. Une évolution similaire est constatée pour la peste et la variole. Tétanos, diphtérie, coqueluche et poliomyélite sont également en régression depuis plusieurs années.

Ces résultats traduisent le succès des programmes nationaux définis en ce domaine et, plus particulièrement, d'une vaste campagne de vaccination organisée par les autorités compétentes, principalement en direction des jeunes enfants. Plus de 90 % des enfants de moins de 10 ans seraient ainsi immunisés.

Définie sous forme expérimentale en 1982, cette campagne de vaccination a été étendue à l'ensemble du pays dès 1985. En conséquence, le taux de prévalence de la poliomyélite est passé de 2,6 pour 100.000 habitants en 1986 à 0,6 en 1996. Pendant la même période, le taux de prévalence de la diphtérie a diminué de 5 %. Le tétanos néonatal a aujourd'hui disparu dans 591 des 610 districts du pays, et le nombre de morts dues à la rougeole s'est réduit de manière significative au cours des quinze dernières années.

Certains observateurs impartiaux s'interrogent toutefois sur la réalité de cette immunisation vaccinale, dans la mesure où 60 % au moins des vaccins sont fabriqués sur place avec des moyens limités de contrôle de qualité. Par ailleurs, le protocole vaccinal est rarement suivi jusqu'à son terme dans les campagnes. Toutefois, ce constat ne saurait remettre en cause les effets positifs, en termes de santé publique, de cette politique.

### **2. Une réduction significative de la mortalité infantile**

Autre acquis de la politique sanitaire du Viêt-nam, la diminution significative de la mortalité infantile.

Selon les sources officielles, le taux de mortalité infantile serait ainsi passé de 160 pour mille en 1960, à 75 pour mille en 1983 et à 42 pour mille aujourd'hui. Cette évolution positive est encore plus prononcée en ce qui

concerne les enfants de moins de cinq ans, dont le taux de mortalité a diminué de 62 % entre 1979 et 1993.

De tels résultats ont peu d'équivalent dans les autres pays en voie de développement. Le taux de mortalité infantile constaté au Viêt-nam est ainsi l'un des plus bas de l'Asie du sud-est, et ce taux est, selon la banque mondiale, deux fois inférieur à ce qu'il devrait être compte tenu du niveau de développement économique du pays. Là encore, ce succès traduit donc les effets positifs des campagnes nationales d'hygiène et de vaccination mises en œuvre dans le cadre de la politique de santé publique.

### **3. La régression du paludisme**

Bien que la majorité de la population vietnamienne (55 %) vive encore dans des zones à risque d'impaludation, le nombre de cas déclarés n'a cessé de diminuer au cours de la dernière décennie. On dénombrait ainsi 16 cas pour 1000 habitants en 1991 contre 6 cas pour 1000 en 1998. Dans le même temps, le taux de mortalité a été divisé par dix. Cette évolution favorable est due à la mise en œuvre d'un programme efficace de lutte contre le paludisme, dont les effets ont été renforcés, d'une part, par le programme de contrôle du paludisme au Cambodge, au Laos et au Viêt-nam, financé par l'Union européenne, et par l'évolution des modes de vie des vietnamiens. Néanmoins, on assiste encore à la résurgence sporadique, et parfois virulente, de foyers locaux de paludisme dont l'apparition serait favorisée par les migrations internes et, notamment, l'exode rural.

## ***C. LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE ET DES MALADIES INFECTIEUSES***

Si la politique sanitaire du Viêt-nam peut donc se prévaloir de succès incontestables, elle paraît, en revanche, avoir plus de difficultés à vaincre certains maux récurrents dont, notamment, la malnutrition infantile et les maladies infectieuses.

### **1. Un niveau encore élevé de malnutrition infantile**

On évalue à 37 % la proportion d'enfants vietnamiens souffrant de malnutrition, et ce en dépit du fait que le Viêt-nam soit devenu l'un des principaux pays exportateurs de riz. Ce niveau élevé de malnutrition suffit à nous rappeler que le Viêt-nam est encore un pays pauvre, à prédominance rurale et que le niveau de subsistance de la majorité de sa population dépend toujours, pour l'essentiel, de l'aléa des récoltes et du climat.

On ne peut toutefois qu'être surpris par l'ampleur de cette malnutrition infantile, au regard des succès enregistrés, par ailleurs, en matière de mortalité.

Quoi qu'il en soit, les effets de cette malnutrition sont redoutables pour les enfants affectés. On estime ainsi que le poids de 39 % des enfants de moins de 5 ans est inférieur à la normale et que la croissance de 34 % d'entre eux est irrémédiablement compromise du fait de leur malnutrition (cette proportion atteignant 47 % dans les zones rurales, soit trois fois plus que la moyenne constatée en milieu urbain).

Les autorités vietnamiennes ont donc décidé de mettre en place, en 1998, un programme national de surveillance et de lutte contre la malnutrition.

## **2. La persistance des maladies infectieuses**

Les maladies infectieuses demeurent, quant à elles, un problème majeur de santé publique.

Les *diarrhées infectieuses*, d'origine bactérienne ou virale, la fièvre typhoïde, l'amibiase et l'ulcère gastro-duodéal sont encore parmi les premières causes de consultation et d'hospitalisation, même si la mortalité a diminué parallèlement à l'amélioration de la prise en charge de ces maladies. Ainsi, les diarrhées infectieuses, qui représentaient la principale cause de mortalité dans les hôpitaux en 1976, ne figuraient plus parmi les dix premières causes de mortalité constatées en 1995. L'éradication de ces maladies ne sera toutefois rendue possible que par l'amélioration de l'hygiène et de l'accès de la population à l'eau potable. Or, et en dépit des efforts entrepris, on estime que seulement 47 % de la population urbaine et 42 % de la population rurale ont accès à l'eau potable et que, par ailleurs, seulement 43 % de la population urbaine et 15 % de la population rurale disposent du tout-à-l'égout.

Les pneumopathies infectieuses, bronchiques aiguës, asthme et tuberculose figurent également parmi les principales causes d'hospitalisation. Selon les informations disponibles dans le cadre du programme de lutte contre *la tuberculose*, mis en œuvre en 1995, on dénombrerait 130.000 cas, jeunes pour la plupart (les enfants représentant, chaque année, plus d'un quart des nouveaux cas). Par ailleurs, les traitements se seraient révélés inefficaces pour 30 % des tuberculeux soignés en 1999, essentiellement en raison d'une mauvaise utilisation des antibiotiques prescrits.

Les maladies sexuellement transmissibles sont, quant à elles, largement sous-diagnostiquées. Par ailleurs, on estime que 20 % de la population étaient atteints de l'*hépatite B*. La vaccination des enfants contre cette maladie est d'ailleurs progressivement incluse dans le programme national de vaccination avec l'aide de la Banque asiatique de développement.

La *lèpre*, quant à elle, persiste dans plusieurs provinces du pays, essentiellement dans les régions montagneuses ou rurales éloignées.

#### ***D. L'APPARITION DE NOUVEAUX DÉFIS***

##### **1. L'extension des maladies virales**

Depuis le début du vingtième siècle, la *dengue* sévit sur un mode épidémique à la saison des pluies (de mai à septembre). Son incidence est croissante depuis plusieurs années. Le nombre de nouveaux cas a ainsi quintuplé entre 1994 (45.000) et 1998 (235.000). Cette maladie, dont la zone d'implantation était traditionnellement le sud du pays et les campagnes, s'étend désormais vers le nord et les villes. Ce constat alarmant a conduit à la création, en 1998, d'un comité national de pilotage de la lutte contre la dengue, visant notamment à favoriser le dépistage sérologique dans les principaux centres urbains.

Avec une incidence de plusieurs centaines de malades par an, l'*encéphalite japonaise* est surtout diagnostiquée dans le nord. Elle atteint les campagnes et les banlieues des grandes villes, comme Hanoi. Les moins de 15 ans sont les plus touchés par cette maladie, dont la mortalité s'élève à 20 % environ. Il a donc été décidé d'intégrer un vaccin de fabrication locale dans le programme national de vaccination.

S'agissant du *Sida*, le nombre de séropositifs serait de 250.000 personnes selon les experts internationaux. Au Viêt-nam, l'épidémie n'a donc pas atteint le niveau constaté dans certains pays voisins, comme la Thaïlande ou l'Indonésie. Toutefois, si la plupart des séropositifs sont aujourd'hui des toxicomanes (soit 65 % des cas de séropositivité recensés), la contamination par voie sexuelle semble se développer désormais rapidement. Le dépistage étant, en outre, d'un accès difficile, et les traitements les plus efficaces (trithérapie) trop coûteux, il est donc à craindre que le nombre de séropositifs augmente de manière plus significative au cours des prochaines années. La prévention, menée par le Comité de prévention et de lutte contre le Sida et les Jeunesses communistes, consiste en campagnes d'information, et en formation des professionnels de santé. L'aide internationale, principalement coordonnée par l'ONU, qui a installé l'une de ses antennes spécialisées à Hanoi depuis quatre ans, conseille les autorités vietnamiennes sur la conduite à tenir en ce domaine.

## **2. L'émergence paradoxale des « pathologies de l'abondance »**

Paradoxe dans ce pays où 37 % des habitants vivent encore en dessous du seuil international de pauvreté, ces dernières années ont également vu l'émergence des « pathologies de l'abondance », résultant de l'essor économique et de l'adoption, du moins par certaines couches citadines et aisées de la population, de modes de vie plus occidentalisés.

Révéléateur du développement du parc de véhicules motorisés, et de la conception très particulière que les vietnamiens paraissent avoir du code de la route, les *accidents de la circulation* constituent désormais la deuxième cause de mortalité, après les affections pulmonaires aiguës.

L'évolution des modes de vie et des habitudes alimentaires ainsi qu'une consommation élevée de tabac favorisent également les *maladies cardiovasculaires* qui représentaient, en 1998, la deuxième cause d'hospitalisation et 20 % des cas de mortalité enregistrés à l'hôpital. Toutefois, la prévalence de ces maladies cardiovasculaires est encore limitée aux grands centres urbains, comme Hanoi et Hô Chi Minh-Ville, et frappe essentiellement les couches sociales aisées. La poursuite du développement économique devrait néanmoins se traduire, selon toute probabilité, par leur extension à d'autres catégories de la population vietnamienne dans un proche avenir.

Enfin, dans un pays où plus d'un quart des enfants souffrent de malnutrition, on commence à se préoccuper de l'augmentation du nombre d'enfants atteints d'obésité ou de diabète...

## **II. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN TRANSITION**

Le système de santé vietnamien est essentiellement public, en dépit de l'apparition récente d'un secteur libéral dont l'importance demeure encore difficile à évaluer. Toutefois, la cohésion du système public de santé est aujourd'hui menacée, d'une part, par son propre sous-équipement et, d'autre part, par les conséquences de la libéralisation économique. La politique sanitaire du Viêt-nam ne peut donc plus ignorer les risques d'une « médecine à deux vitesses », risques d'autant plus grand que l'assurance maladie ne bénéficie, actuellement, qu'à une fraction minoritaire de la population.

## **A. UN SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ DÉCENTRALISÉ, OÙ L'HÔPITAL OCCUPE UNE PLACE PRÉPONDÉRANTE**

### **1. La santé publique, responsabilité essentielle des collectivités locales**

La décentralisation du système de santé public du Viêt-nam est le fruit de l'histoire, celui-ci s'étant constitué, dans le nord du pays, et dès les années 1950, à partir d'un réseau de dispensaires communaux. Après 1975, ce réseau a été étendu au sud. En 1997, on estimait ainsi que près de 99 % des communes vietnamiennes étaient équipées d'un dispensaire local.

**Les dispensaires communaux**, destinés à apporter aux populations les soins de base, sont également les relais indispensables pour la mise en oeuvre des programmes nationaux de santé publique, de vaccination et de contraception. Chacun d'entre eux couvrent, en moyenne, une population d'environ 6.000 habitants.

Au-dessus des dispensaires communaux, on trouve **le service de santé du district**, qui est un échelon territorial intermédiaire entre la commune et la province. Un district regroupe, en moyenne, 10 à 20 communes représentant une population d'environ 100.000 à 150.000 habitants. Il y a actuellement un service de santé dans chacun des 564 districts du pays.

Le service de santé du district est fournisseur de soins, qu'il s'agisse de médecine générale ou spécialisée. A ce titre, il gère les hôpitaux du district, les services de médecine préventive et les polycliniques intercommunales. Il est également l'un des acteurs essentiels des programmes nationaux de santé publique ou de vaccination, en coordonnant et supervisant l'activité des dispensaires communaux. Son financement est assuré, d'une part, et pour l'essentiel, par le budget de la province et, d'autre part, par des dotations de l'Etat.

**Le service de santé de chaque province** supervise et coordonne l'activité des services de santé de district et des dispensaires communaux. Il gère également des hôpitaux provinciaux, des services de médecine préventive et produit, dans ses propres unités, des vaccins et du petit matériel médical. Le service de santé de la province assure également la formation de certains personnels médicaux, tels les assistants médicaux, les infirmières ou les sage-femmes.

**L'exemple d'un service provincial de santé**  
**Organigramme du service de santé d'Hô Chi Minh-Ville**

Enfin, au niveau national, **le ministère de la santé** définit les grandes orientations de la politique de santé publique, arrête les programmes sanitaires nationaux et, d'une manière générale, supervise et coordonne l'action des différents intervenants en ce domaine.

Toutefois, l'Etat n'est pas le financeur principal du système public de santé. En effet, 55 % des dépenses publiques de santé sont pris en charge par les budgets provinciaux, contre 28 % pris en charge par l'Etat, 10 % par l'assurance maladie et 7 % par les malades eux-mêmes. Les dépenses de santé publique ne représentent ainsi que 4 % du budget de l'Etat.

En vertu du principe selon lequel « qui paie commande », les services de santé provinciaux disposent donc, dans les faits, d'une autonomie certaine par rapport aux directives du ministère de la santé.

## **2. La place prépondérante de l'hôpital public**

L'hôpital public est le principal fournisseur de soins dans le système de santé vietnamien. Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- **l'existence d'un réseau hospitalier relativement dense.** On dénombre ainsi 817 hôpitaux publics au Viêt-nam offrant, au regard de sa population, un nombre total de lits supérieur à celui constaté dans d'autres pays de l'Asie du sud-est, tels la Malaisie, la Thaïlande et les Philippines. 91 % des hôpitaux publics vietnamiens sont des hôpitaux généraux, et 64 % d'entre eux sont gérés par les services de santé de district. Toutefois, les hôpitaux de district ayant des capacités d'accueil plus modestes que les hôpitaux provinciaux ou les hôpitaux relevant de diverses institutions ou administrations (armée, police, chemins de fer, etc.), ne représentent que 38 % des lits disponibles.

- **le fait que l'hôpital public demeure le lieu d'exercice obligatoire de la majorité des médecins** qui, rémunérés sur des fonds publics, doivent y assurer prioritairement leur service.

- **les difficultés croissantes rencontrées par les dispensaires communaux pour continuer à assurer une médecine curative de bon niveau.** Jusqu'à la libéralisation économique, le financement de ces dispensaires communaux était assuré par les brigades de travail locales, qui leur fournissaient également une partie de leur personnel, notamment les infirmières. Suite à la dé-collectivisation des terres et à la disparition des brigades de travail, la situation matérielle des dispensaires communaux et, par



voie de conséquence, la qualité des soins fournis à la population, se sont nettement dégradées.

Les budgets des communes étant insuffisants pour assurer le financement des dispensaires, l'Etat a décidé, à partir de 1994, de prendre en charge, sur son propre budget, une partie des salaires de leur personnel. Il a également augmenté les dotations budgétaires consacrées aux programmes nationaux de santé publique, dont les dispensaires communaux sont les principaux bénéficiaires. En dépit de ces efforts, ces dispensaires souffrent toujours d'un manque de moyens matériels et humains. En conséquence, les populations préfèrent désormais s'adresser directement à l'hôpital public pour se faire soigner.

## ***B. LE RÔLE CENTRAL DU CORPS MÉDICAL***

### **1. Des médecins polyvalents**

Le médecin tient une place prépondérante au sein du système de santé vietnamien. Outre ses fonctions de médecin, il assure également des fonctions d'infirmier, de pharmacien et de cadre administratif. Toutefois, les formations à l'étranger ont fait prendre conscience aux médecins vietnamiens que ce rôle « d'homme orchestre » a ses limites.

La densité médicale s'accroît depuis quinze ans. On comptait ainsi un médecin pour 2.300 habitants en 2000, contre un médecin pour 3.000 habitants en 1986 et, chaque année, 2.000 nouveaux diplômés sortent des dix facultés de médecine du pays. Toutefois, les 33.000 médecins en exercice, dont les deux tiers sont des généralistes, se concentrent dans les centres urbains et délaissent de plus en plus les campagnes. Ainsi, un quart seulement des communes rurales ont un médecin et le personnel des postes de santé de district et de communes est, pour l'essentiel, constitué d'assistants médicaux, formés en trois ans.

### **2. Les effectifs encore modestes des autres professions de santé**

Les pharmaciens se répartissent entre 5700 pharmaciens de première catégorie, ayant fait des études longues, et 6500 pharmaciens de seconde catégorie, ayant fait des études plus courtes. Après cinq ans d'activité hospitalière, le pharmacien peut ouvrir une officine privée ou, à défaut, travailler pour un autre pharmacien déjà installé.

Environ 2000 dentistes exercent au Viêt-nam. Leur densité est très faible, puisque l'on compte ainsi 1 dentiste pour 72.000 habitants, contre 1

dentiste pour 1.400 habitants en France. Ces dentistes, formés par deux facultés d'odontologie à Hô Chi Minh-Ville et à Hanoi, exercent presque exclusivement dans les villes, les soins dentaires étant, ailleurs, assurés par des médecins stomatologues ou des personnes non qualifiées. Toutefois, le niveau de compétences de la profession s'est élevé de manière significative ces dernières années grâce à l'aide internationale et, plus particulièrement, celle de la France, de l'Allemagne et des Etats-Unis.

Enfin, les 46.000 infirmières, et les 13.000 aides-soignantes, constituent des professions dont le domaine d'activité et les compétences sont encore très limités, les familles préférant soigner elles-mêmes leurs malades, y compris à l'hôpital. Le rôle des familles des malades hospitalisés est d'ailleurs indispensable, dans la mesure où les établissements vietnamiens n'assurent que les soins, et non l'« intendance » (nourriture, blanchisserie) qui doit donc être fournie par les proches. Il convient également de souligner que le nombre d'infirmières et de sages femmes a diminué d'environ 57 % entre 1986 et 1996, le Viêt-nam devenant ainsi l'un des pays de l'Asie du sud-est où la proportion de médecins par rapport au nombre d'infirmières en exercice est la plus élevée.

### **3. L'insuffisance préoccupante du personnel biomédical**

Beaucoup d'équipements hospitaliers sont peu, ou pas utilisés, faute de personnel qualifié.

L'absence d'ingénieurs biomédicaux capables d'assurer la gestion de ces équipements, constitue ainsi l'une des grandes faiblesses du système sanitaire du Viêt-nam que l'aide internationale et, plus particulièrement, la coopération sanitaire franco-vietnamienne, devrait contribuer activement à surmonter. Cette coopération devrait se donner comme objectif d'assurer, en France, la formation complète de techniciens vietnamiens qui pourraient ensuite, de retour dans leur pays, former à leur tour du personnel biomédical qualifié. Cet « essaimage » serait ainsi de nature à répondre aux lacunes actuellement constatées en ce domaine.

### **4. La vitalité de la médecine vietnamienne traditionnelle**

Parallèlement à la médecine occidentale, la médecine traditionnelle, intimement liée à la culture du pays, et aisément accessible, conserve les faveurs de la population. Elle est officiellement reconnue par les autorités et fait l'objet d'un enseignement universitaire.

Les structures de soins sont présentes dans 40 des 61 provinces du Viêt-nam, sous la forme d'unités spécialisées au sein des hôpitaux publics (le

quart des consultations hospitalières étant des consultations de médecine traditionnelle). Parallèlement, on recense environ 3.700 cabinets privés. Le nombre total des consultations, estimé à 20 millions, est probablement très en dessous de la réalité.

Toutefois, la qualité des soins est sujette à caution, en raison du manque de qualification de nombreux praticiens. Ainsi, sur les 5.000 personnes recensées comme prescripteurs de soins en médecine traditionnelle, seulement 438 ont le titre de docteur en médecine.

### ***C. L'APPARITION D'UN SECTEUR LIBÉRAL***

Si le secteur public demeure prédominant au Viêt-nam, on assiste néanmoins, depuis quelques années, à l'émergence de la médecine libérale.

#### **1. Un cadre juridique récent**

Dans le cadre de la politique de libéralisation économique engagée à la fin des années 1980, les autorités vietnamiennes ont autorisé l'exercice libéral de la médecine afin, d'une part, de répondre aux demandes non satisfaites par le secteur public et, d'autre part, d'utiliser au mieux les compétences de professionnels de santé retraités du secteur public.

A partir de 1989, un cadre juridique spécifique a donc été progressivement défini dont l'élément principal est une ordonnance de 1993 relative à la pratique libérale de la médecine et de la pharmacie. Cette ordonnance énumère les activités pouvant faire l'objet d'un exercice libéral, définit la procédure officielle de délivrance des licences et précise les compétences requises pour en être éligible.

L'autorité compétente pour délivrer ces licences privées est le service provincial de santé, la sélection des candidats se faisant avec l'assistance d'un comité d'experts médicaux. Le service provincial de santé est également responsable des contrôles effectués, de manière épisodique et aléatoire, auprès des titulaires de licences afin de s'assurer du bon respect de la réglementation. En cas d'infraction, les sanctions prévues sont, par ordre de gravité, l'avertissement, la suspension temporaire, l'ouverture d'une enquête judiciaire et, enfin, la révocation définitive de la licence. La portée de ces contrôles doit toutefois être relativisée dans la mesure où, de l'aveu même des autorités, et sur la base de chiffres extrêmement approximatifs, environ 12 % des établissements de soins privés seraient ouverts sans licence officielle.

**Seuls les médecins retraités du secteur public peuvent bénéficier d'une licence pour un exercice libéral à temps plein. Les médecins du**

**secteur public encore en activité (c'est-à-dire la grande majorité des médecins vietnamiens) ne peuvent obtenir qu'une licence à temps partiel, valable en dehors de leurs heures de service (généralement le soir).** Des règles similaires sont prévues en ce qui concerne les pharmaciens qui doivent, en outre, justifier d'une expérience préalable d'au moins cinq ans dans le secteur public. La même condition est exigée d'un chirurgien postulant pour l'autorisation d'ouverture d'une clinique privée. Enfin, les professions paramédicales peuvent également avoir une activité libérale.

La loi reconnaît au secteur privé les mêmes possibilités que le secteur public en ce qui concerne l'achat d'équipements médicaux. Les établissements et praticiens privés peuvent s'associer avec des spécialistes du secteur public afin d'améliorer, ou de compléter, le service proposé à leurs patients. Ils ont également le droit de faire appel aux capitaux étrangers, dans le cadre de « joint ventures », et de percevoir des honoraires, sur la base de tarifs approuvés par les autorités compétentes.

En contrepartie, le secteur libéral est soumis aux mêmes obligations légales que le secteur public en matière de santé publique, et participe notamment, à ce titre, à la surveillance épidémiologique.

## **2. Une réalité encore difficile à évaluer**

Aucune source statistique ne permet, aujourd'hui, d'évaluer de manière fiable l'importance exacte du secteur libéral au sein du système de santé vietnamien. En 1996, le ministère de la santé estimait à 26.000 personnes le nombre de professionnels de santé titulaires d'une licence, soit environ un dixième des 213.000 personnes travaillant dans le secteur public.

Toujours sur la base des évaluations officielles, les chirurgiens seraient les plus nombreux (37 % des titulaires de licences) à exercer dans le secteur libéral, suivis par les pharmaciens (24 %) et les praticiens de la médecine traditionnelle (13 %). Toutefois, environ 83 % des chirurgiens ayant une activité libérale sont également des employés du secteur public, contre seulement 45 % des pharmaciens et 2,5 % des praticiens de la médecine traditionnelle. Par ailleurs, on évaluait à 35.000 environ le nombre d'établissements de santé privés (toutes catégories confondues) en 1998, dont 32 % d'officines pharmaceutiques, 16 % de cliniques « générales », 14 % de cliniques de médecine traditionnelle et 12 % de services infirmiers.

70 % de l'activité libérale est exercée dans les villes contre 30 % dans les campagnes qui représentent, pourtant, près de 75 % de la population. Ce déséquilibre accentue donc les difficultés déjà rencontrées par les populations rurales pour accéder à des soins de qualité.

### **3. Un marché du médicament en pleine expansion**

Autre facette de la libéralisation de la santé, la distribution des médicaments, exclusivement publique jusqu'en 1993, est le fait, aujourd'hui, de près de 8.000 détaillants officiels, publics et privés. Ils sont concurrencés par un marché parallèle, alimenté par la contrebande, qui est d'autant plus actif que la consommation de médicaments s'accroît, actuellement, de 20 % par an. Les médicaments sont inscrits sur une liste nationale de 255 spécialités et concernent, pour l'essentiel, la cardiologie, l'endocrinologie et les antibiotiques.

Les médicaments occidentaux sont au trois quarts importés, la France étant le premier pays fournisseur avant l'Inde, la Suisse et la Corée. L'aide internationale (UNICEF, Banque asiatique de développement, banque mondiale) et les nombreuses organisations non gouvernementales fournissent, en outre, des médicaments aux structures sanitaires. Quant à la production locale, elle concerne surtout les antibiotiques, les vitamines et des vaccins (Institut des vaccins de Nha Trang, Institut Pasteur de Hô Chi Minh-Ville). Le Viêt-nam exporte ainsi des vaccins vers les pays de l'ex-Europe de l'Est, le Cambodge et le Laos.

#### ***D. UN SYSTÈME DE SANTÉ DONT LA COHÉSION EST DÉSORMAIS MENACÉE***

##### **1. Un secteur public confronté à de nombreuses difficultés**

Elément essentiel de la politique sanitaire, le système public de santé du Viêt-nam est aujourd'hui confronté à de nombreuses difficultés, principalement :

- **le sous-équipement des établissements publics de santé** : ainsi, les unités d'imagerie médicale et les blocs opératoires sont, officiellement, les grands bénéficiaires de l'équipement des hôpitaux vietnamiens. Toutefois, on estime que seulement 18 % des équipements médicaux sont modernes, et que 50 % d'entre eux sont inutilisables, faute de maintenance.

Par ailleurs, la capacité d'accueil des hôpitaux est inadaptée à l'accroissement rapide de la population. On comptait ainsi un lit pour 380 habitants en 2000, contre un lit pour 300 habitants en 1989. Ce phénomène, particulièrement aigu en pédiatrie, est accentué par la désaffectation de la population, déjà mentionnée, à l'égard des hôpitaux de district et des dispensaires communaux. En effet, les patients s'adressent

désormais directement aux hôpitaux des grandes villes, présumés plus efficaces.

**- la faiblesse des rémunérations des professionnels de santé dans le secteur public :** rémunérés sur des fonds publics, et assimilés à des fonctionnaires, les professionnels de santé vietnamiens perçoivent des salaires modestes dont le niveau, parfois à la limite du minimum vital, n'a pas varié, en termes réels, depuis 1994. On évalue ainsi à 29 dollars le salaire mensuel moyen dans le secteur public de santé. Pour vivre, la majorité de ces professionnels est donc obligée d'exercer une autre activité, qu'il s'agisse de médecine libérale ou d'un métier totalement étranger au domaine médical. Dans tous les cas, cette situation a nécessairement des conséquences défavorables sur la motivation et la disponibilité des professionnels concernés.

Le Viêt-nam compte désormais sur l'aide internationale pour remettre à niveau son système de santé. Cette aide, qui représente déjà 20 % du total des dépenses de santé, concerne les domaines les plus variées et la France, grâce notamment à la réputation de sa médecine, y occupe une place de premier plan.

A cet égard, les médecins vietnamiens rencontrés par la délégation sénatoriale, et qui ont bénéficié d'une formation en France, ont unanimement salué la qualité et l'importance des contacts qu'ils ont noués, à cette occasion, avec le milieu médical français, et notamment avec les universités de Bordeaux et de Nancy.

En outre, la visite de la bibliothèque de l'hôpital pédiatrique Nhi Dong II (Hô Chi-Minh Ville) a permis à la délégation d'apprécier la place encore privilégiée tenue par la littérature médicale francophone parmi les sources de documentation, et ce en dépit de la concurrence de plus en plus affirmée des publications anglo-saxonnes.

## **2. Des inégalités géographiques et sociales dans l'accès aux soins**

Diverses enquêtes officielles récentes mettent également en évidence des inégalités croissantes dans l'accès aux soins.

**Ces inégalités sont, tout d'abord, géographiques.** Si les campagnes sont, dans l'ensemble, moins favorisées que les villes, certaines régions éloignées paraissent plus particulièrement pénalisées, notamment dans les montagnes du centre et les hauts plateaux du nord, où vivent environ 11 % de la population. On constate, en outre, de grandes disparités entre les provinces. En effet, le financement du système public de santé est, à titre principal, assuré par les budgets provinciaux. La richesse de chaque province détermine ainsi, par le biais des ressources fiscales disponibles, le montant des fonds publics pouvant être consacrés à la santé. Les provinces les plus riches sont donc

celles dont le système de santé est, en règle générale, le plus développé. En outre, les crédits versés par l'Etat au titre de la santé publique sont répartis entre les provinces sur la base d'indicateurs (population, nombre de lits d'hôpitaux) qui ne contribuent guère à corriger ces inégalités.

**Mais l'accès aux soins est également inégal selon les catégories sociales.** Sans surprise, les enquêtes officielles établissent ainsi que le nombre de consultations, la qualité des soins et le budget sanitaire moyen varient en fonction des revenus disponibles.

Toutefois, et contrairement à ce que pourrait laisser penser le développement du secteur privé, l'accès à l'hôpital public demeure, au Viêt-nam, le véritable facteur discriminant entre les différentes catégories sociales.

En 1998, 36 % des personnes hospitalisées dans le secteur public étaient ainsi issues des 20 % les plus riches de la population, contre seulement 8 % issues des 20 % les plus pauvres (contre 10 % en 1993). Cette situation s'explique principalement par une plus forte densité d'hôpitaux publics dans les zones urbaines, l'introduction des honoraires à l'hôpital, qui dissuade les catégories les plus modestes de la population et, enfin, le fait que l'assurance maladie obligatoire « solvabilise » certaines catégories professionnelles bénéficiant déjà de revenus réguliers (fonctionnaires de l'Etat ou salariés des grandes entreprises publiques).

### **3. Une assurance maladie encore embryonnaire**

En effet, l'assurance maladie ne bénéficie encore qu'à une fraction minoritaire de la population.

Instituée en 1992, réformée en 1998, l'assurance maladie obligatoire couvre environ 10 millions de personnes. Il s'agit principalement des travailleurs du secteur public et parapublic : fonctionnaires d'Etat, membres du Parti communiste vietnamien, salariés des entreprises publiques et invalides de guerre. Moyennant une cotisation égale à 3 % du salaire, cette assurance maladie obligatoire prend en charge les honoraires de consultation médicales et le coût des soins hospitaliers. Les dépenses fixes, constituées des salaires et de la formation des personnels médicaux, relèvent directement du budget de l'Etat.

Parallèlement, l'assurance santé volontaire concerne environ 4 millions de personnes, dont 17 % des étudiants. Elle demeure, toutefois, hors de portée de catégories entières de la population, dont la plupart des agriculteurs, les chômeurs et les personnes les plus déshéritées.

De ce fait, l'assurance maladie bénéficie davantage aux couches les plus aisées de la population vietnamienne. Ainsi, 6 % seulement des personnes

ayant les revenus les plus bas bénéficient d'une couverture maladie, contre 29 % parmi les personnes ayant les revenus les plus élevés.



## CONCLUSION

La politique sanitaire du Viêt-nam peut légitimement revendiquer des succès incontestables, principalement en ce qui concerne les grandes maladies épidémiques, la mortalité infantile et la lutte contre le paludisme.

Toutefois, et alors que les maladies infectieuses et la malnutrition infantile demeurent des problèmes majeurs de santé publique, les maladies liées à l'augmentation du niveau de vie se développent.

Ce profil sanitaire contrasté traduit la réalité d'un pays engagé dans une profonde transition économique qui bouleverse ses repères traditionnels. Initialement conçu et organisé dans un cadre social très différent de cette nouvelle réalité, le système public de santé vietnamien éprouve donc de plus en plus de difficultés à garantir à tous un égal accès à des soins de qualité.

La situation sanitaire du Viêt-nam est, à cet égard, exemplaire de celle dans laquelle se trouvent, aujourd'hui, beaucoup de pays en voie de développement.

Il convient donc d'espérer que la détermination des autorités et du peuple vietnamiens leur permettra d'atteindre, en ce domaine comme dans d'autres, l'objectif ambitieux qu'ils se sont fixé dans leur Constitution : faire bénéficier le plus grand nombre des fruits du développement économique.

## **PROGRAMME DE LA MISSION D'INFORMATION**

### **MARDI 3 JUILLET**

19h40 Départ de Paris

### **MERCREDI 4 JUILLET**

15h45 Arrivée à Hanoi

Accueil au salon d'honneur par l'Ambassadeur

18h15 Séance de travail à l'Ambassade

19h30 Dîner à la Résidence de l'Ambassadeur en l'honneur de la délégation

### **JEUDI 5 JUILLET**

08h30 – 10h15 Visite de la vieille ville

10h30 – 12h00 Réunion de travail avec la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

12h15 Déjeuner de travail à la Résidence de l'Ambassadeur de France

14h00 Audience de la Vice-présidente de la République,  
Mme NGUYEN THI BINH

15h00 Audience de Madame NGUYEN THI HANG, ministre du Travail, des Invalides de Guerre et des Affaires Sociales

17h00 Audience du Président de l'Assemblée nationale,  
M. NGUYEN VAN AN

18h30 Dîner à l'invitation de Mme NGUYEN THI THAN, Présidente de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

### **VENDREDI 6 JUILLET** Visite du site d'Hoa Lu

### **SAMEDI 7 JUILLET**

09h45 Dépôt de gerbe au tombeau d'Hô Chi Minh

12h10 Départ pour Hué

13h10 Arrivée à Hué

16h00 Visite d'un dispensaire communal en milieu défavorisé

18h30 Réception officielle offerte par M. NGUYEN VAN ME, Président du Comité Populaire de la Province de Thua Thien Hué

### **DIMANCHE 8 JUILLET**

8h00 – 18h00 Visite de Hué

**LUNDI 9 JUILLET**

09h10 Départ pour Hô Chi Minh-Ville  
10h30 Arrivée à Hô Chi Minh-Ville  
Départ pour Long Hai (Province de Ba Ria Vung Tau)  
13h00 Arrivée à Long Hai

**MARDI 10 JUILLET**

12h00 Entretien avec M. NGUYEN TUAN MINH, Président du Comité Populaire de Ba Ria Vung Tau  
14h30 Visite de l'Hôpital Baria avec M. VO VAN HUNG, Chirurgien et Directeur Général ainsi que Mme DUONG NGOC LUU, Chirurgien et Vice-Directeur  
16h00 Visite de l'orphelinat Baria à Long Hai avec la Directrice, Mme LE THI HONG.

**MERCREDI 11 JUILLET**

09h30 Départ de Long Hai  
12h00 Arrivée à Hô Chi Minh-Ville  
16h00 Visite de l'hôpital pédiatrique Nhi Dong II (ex Grall) réhabilité par la France (don du Trésor français sur protocole financier en 1990)  
17h30 Entretien avec le président du conseil populaire d'Hô Chi Minh-Ville  
20h00 Dîner avec le Consul Général de France et des représentants des milieux médicaux français et vietnamiens

**JEUDI 12 JUILLET**

08h30 à 10h30 Visite de la ville  
11h00 Visite du service de santé de Hô Chi Minh-Ville organisée par le Dr TRUONG XUAN LIEU, Directrice  
12h30 Déjeuner offert par la délégation sénatoriale à Mme la Directrice du Service de Santé de Hô Chi Minh-Ville  
14h30 – 15h30 Visite du Centre Universitaire de Formation des Professionnels de Santé de Hô Chi Minh-Ville  
20h25 Départ pour Paris

**VENDREDI 13 JUILLET**

06h30 Arrivée à Paris

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Réunie le mercredi 19 décembre 2001, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a entendu une **communication de M. Alain Gournac, vice-président**, sur la **mission** effectuée, du 3 au 12 juillet 2001, sur la **politique sanitaire du Viêt-nam**.*

***M. Nicolas About, président**, a rappelé que la délégation qui avait conduit cette mission du 4 au 12 juillet 2001 était composée de M. Jean Delaneau, alors président de la commission, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Francis Giraud, Alain Gournac et Philippe Nogrix.*

*Il a observé qu'à l'issue du renouvellement du Sénat en octobre dernier, il appartenait à M. Alain Gournac, vice-président de la commission, de présenter les conclusions de cette mission.*

***M. Alain Gournac, vice-président**, a, tout d'abord, situé la politique sanitaire du Viêt-Nam dans son contexte général. A cette occasion, il a indiqué que la population de ce pays, soit soixante-dix-sept millions d'habitants, se concentre dans les plaines, qui représentent 20 % du territoire et, principalement, dans les grands deltas (delta du fleuve rouge, au nord et delta du Mékong, au sud). Il a également précisé que, après le dynamisme démographique constaté au cours de la dernière décennie (dix millions d'habitants supplémentaires entre 1990 et 2000), le Viêt-nam paraît désormais entrer dans une phase de transition démographique, les politiques publiques en matière de planning familial s'étant traduites, notamment, par une diminution significative du taux de fécondité, qui est ainsi revenu de 4 naissances par femme, en 1987, à 2,5 naissances par femme en 2000. Il a, en outre, souligné que le climat du Viêt-nam, tropical et humide, favorise l'apparition de maladies vectorielles infectieuses, qu'elles soient virales, comme la dengue ou l'encéphalite japonaise, ou parasitaires, comme le paludisme.*

*Par ailleurs, **M. Alain Gournac** a rappelé que le Viêt-nam s'était engagé depuis 1986 dans une politique de libéralisation économique, le « doi moi », dont les conséquences sociales, notamment l'exode rural, sollicitent davantage, dans les zones urbaines, des infrastructures publiques et, notamment, sanitaires, qui peinent déjà à répondre aux besoins des populations locales.*

***M. Alain Gournac, vice-président**, a ensuite indiqué que la politique sanitaire du Viêt-nam pouvait se prévaloir de succès incontestables, qu'il s'agisse de la lutte contre les grandes maladies épidémiques (choléra, peste,*

variole, tétanos, diphtérie, coqueluche et poliomyélite), organisée dans le cadre d'un vaste programme national de vaccination, de la diminution rapide et significative de la mortalité infantile, dont le taux est revenu, selon les sources officielles, de 160 pour 1.000 en 1960 à 42 pour 1.000 en 2000 et de la régression du paludisme, dont l'incidence est revenue de 16 cas pour 1.000 habitants en 1991 à 6 cas pour 1.000 habitants en 2000.

En revanche, **M. Alain Gournac** a souligné la persistance de certains maux récurrents à savoir, principalement, la malnutrition infantile, qui touche encore 37 % des enfants vietnamiens, et les maladies infectieuses, telles les diarrhées infectieuses, la fièvre typhoïde, les pneumopathies infectieuses, les bronchites aiguës et la tuberculose.

**M. Alain Gournac** a ajouté que la politique sanitaire du Viêt-nam est, en outre, confrontée à la propagation de certaines maladies virales (dengue, encéphalite japonaise, sida), ainsi qu'à l'émergence de nouveaux problèmes sanitaires, qui traduisent la modification des conditions de vie résultant de l'essor économique (augmentation du nombre des accidents de la circulation et des maladies cardiovasculaires).

Puis **M. Alain Gournac** a présenté l'organisation du système de santé vietnamien, qui est essentiellement public et largement décentralisé. Il a ainsi décrit l'organisation et les compétences respectives des quatre « étages » de ce système de santé, à savoir, les dispensaires communaux, les services de santé du district (échelon territorial intermédiaire entre la commune et la province), les services de santé provinciaux et le ministère de la santé qui supervise et coordonne l'action des différents acteurs du système sanitaire.

A cette occasion, **M. Alain Gournac, vice-président**, a notamment souligné, d'une part, le manque de moyens matériels et humains des dispensaires communaux, qui semble expliquer la désaffection croissante de la population à leur égard, et, d'autre part, la part prépondérante des provinces dans le financement des dépenses publiques de santé, soit 55 %, qui leur confère une autonomie certaine par rapport aux directives de l'Etat, qui n'en finance que 28 %. Il a ajouté que le reste du financement des dépenses publiques de santé est assuré par les malades eux-mêmes, à hauteur de 7 %, et par l'assurance maladie, soit 10 %. S'agissant de cette dernière, il a notamment précisé qu'elle ne couvrait encore qu'une partie très limitée de la population (10 millions de personnes pour l'assurance obligatoire du secteur public et parapublic ; 4 millions de personnes pour l'assurance volontaire), et n'était accessible qu'aux catégories sociales les plus aisées.

**M. Alain Gournac** a ensuite présenté les principales difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontés les hôpitaux publics vietnamiens, qui demeurent l'élément central du système de soins. Il a notamment évoqué l'inadaptation de leurs capacités d'accueil à l'accroissement rapide de la population, ainsi que la vétusté et le manque d'entretien de leurs équipements,

*faute de personnel biomédical qualifié. A ce sujet, il a esquissé les éléments de solution que pourrait apporter, à ce problème particulier, la coopération sanitaire franco-vietnamienne, notamment par la formation, en France, de techniciens qui iraient ensuite, former sur place les personnels biomédicaux vietnamiens qui font aujourd'hui défaut.*

***M. Alain Gournac** a souligné la place prépondérante des médecins au sein du système de santé vietnamien, qui assurent, outre leurs fonctions de médecin, des fonctions d'infirmier, de pharmacien et de cadre administratif. Il a toutefois précisé que les médecins vietnamiens commençaient à prendre conscience des inconvénients de ce cumul de fonctions et de la nécessité de s'entourer d'un personnel paramédical qualifié. S'agissant du développement de la médecine libérale, il a notamment ajouté que les médecins vietnamiens donnent leurs consultations privées le soir, à domicile, après avoir accompli leur service obligatoire dans le secteur public.*

***M. Alain Gournac, vice-président,** a ensuite présenté les conséquences de la libéralisation du marché des médicaments engagée au cours des années 1990 qui, outre la constitution d'un réseau de distribution de 8.000 détaillants, publics ou privés, et la forte progression de la consommation de médicaments (plus 20 % par an), a favorisé l'apparition d'un marché parallèle, alimenté par la contrebande. A ce sujet, il a notamment précisé que les médicaments occidentaux autorisés, qui sont aux trois quarts importés et figurent sur une liste officielle de 255 spécialités, cohabitent, sans exclusive, avec la pharmacopée traditionnelle, la médecine vietnamienne traditionnelle, reconnue par les pouvoirs publics, ayant conservé les faveurs de la population.*

*Enfin, **M. Alain Gournac** a conclu sa présentation de la politique sanitaire du Viêt-nam en soulignant le rôle désormais important de l'aide internationale en ce domaine, et en se félicitant, plus particulièrement, de la vigueur et de l'étendue de la coopération sanitaire franco-vietnamienne.*

***M. Nicolas About, président,** a insisté sur le jugement nécessairement nuancé qui devait être porté par la mission de la commission sur l'état et la politique sanitaires d'un pays étranger dès lors que la commission n'entendait pas, en l'espèce, tirer de cette mission des enseignements quant à la politique qui devait être conduite dans notre pays.*

***M. Louis Souvet** a souhaité savoir si, d'une part, la politique démographique du Viêt-nam était aussi stricte, dans ses interdictions officielles, que celle de la Chine et si, d'autre part, la population vietnamienne manifestait les mêmes préjugés que la population chinoise quant au sexe des nouveaux-nés. Il s'est également interrogé sur la part respective des différents secteurs d'activité de l'économie vietnamienne, le taux de croissance économique nécessaire pour faire face à l'augmentation rapide de la population et sur les moyens techniques utilisés pour lutter contre le paludisme.*

**M. André Vantomme** a souhaité savoir dans quelle proportion la population vietnamienne recourait à la médecine occidentale et à la médecine traditionnelle.

**M. Guy Fischer** a indiqué que sa participation à cette mission lui avait permis de constater, parallèlement aux efforts incontestables des autorités vietnamiennes en matière sanitaire, le sous-équipement de la plupart des structures visitées, notamment dans les campagnes, l'accroissement des inégalités dans l'accès aux soins, due à la libéralisation du système de santé, et un déséquilibre économique grandissant entre le nord et le sud, qui ne pourra qu'être source de difficultés futures. Il a également souligné les conséquences sanitaires de trente ans de guerre et, plus particulièrement, les séquelles laissées par les défoliants (« agent orange ») utilisés de manière intensive par l'armée américaine. Enfin, il a regretté le recul de la langue et de la présence françaises au Viêt-nam, au profit de l'influence anglo-saxonne.

**M. Dominique Leclerc** a souligné l'importance de la coopération sanitaire franco-vietnamienne décentralisée, en illustrant son propos des multiples actions engagées, à ce titre, par les acteurs sanitaires, publics et privés, de son département.

Répondant aux différents intervenants, **M. Alain Gournac** a notamment fourni les précisions suivantes :

- toute appréciation objective de la politique sanitaire du Viêt-nam doit prendre en compte ses insuffisances, mais également ses réussites dont certaines (espérance de vie à la naissance ; taux de mortalité infantile) s'avèrent même, selon les rapports officiels des Nations-Unies et de la Banque mondiale, supérieures à ce que l'on pourrait espérer, compte tenu du niveau de développement du pays ;

- la politique démographique du Viêt-nam n'est pas aussi contraignante, dans ses consignes, que son homologue chinoise, l'effort se portant principalement sur la diffusion, par le biais des dispensaires communaux, de l'information et des méthodes de contraception ;

- l'agriculture représente 25,4 % du produit intérieur brut vietnamien, l'industrie 34,5 %, les services et l'administration 40,1 % ;

- le taux de croissance actuelle de l'économie vietnamienne, soit environ 7 % en moyenne annuelle, permet d'absorber les nouvelles générations se présentant sur le marché du travail, mais tout retournement éventuel de la conjoncture aurait, bien entendu, de graves conséquences sociales ;

- les Vietnamiens étant un peuple pragmatique, ils recourent sans exclusive, et en fonction de leurs moyens, tant à la médecine occidentale qu'à la médecine traditionnelle ;

*- l'un des principaux défis auxquels est aujourd'hui confronté le système de santé vietnamien est, incontestablement, l'accroissement des inégalités dans l'accès à des soins de qualité ;*

*- la vigueur de la coopération sanitaire franco-vietnamienne, que la mission a pu constater sur le terrain, ne saurait faire oublier le recul préoccupant de notre langue et de notre culture au Viêt-nam.*

*La commission a alors décidé **d'autoriser la publication de la communication de M. Alain Gournac sous la forme d'un rapport d'information.***



**ANNEXES :**

## LE VIÊT-NAM EN CHIFFRES

<b>SUPERFICIE</b>	331.114 kilomètres carrés
<b>POPULATION</b>	
Population totale (2000) dont :	77,7 millions d'habitants
<i>population urbaine</i>	25 %
<i>population rurale</i>	75 %
Taux annuel de croissance de la population	+ 1,7 %
Taux de fécondité (2000)	2,53 enfants par femme
Densité	235 habitants par kilomètre carré
<b>ECONOMIE</b>	
PIB par habitant	400 dollars
Taux de croissance du PIB en 2000	+ 6,7 %
Taux annuel moyen de croissance du PIB 1990-2000	+ 7,3 %
Structure du PIB (2000) :	
<i>Agriculture</i>	25,4 %
<i>Industrie et construction</i>	34,5 %
<i>Services</i>	40,1 %
Inflation (1999-2000)	-0,6 %
Budget de l'Etat (en pourcentage du PIB – 2000) :	
<i>Recettes</i>	18,3 %
<i>Dépenses</i>	21,7 %
<i>Déficit</i>	3,4 %
Dette à l'égard de l'étranger (en pourcentage du PIB)	45 %
Balance des paiements (2000) :	
<i>Exportations</i>	14,5 milliards de dollars
<i>Importations</i>	15,6 milliards de dollars
<i>Déficit commercial</i>	1,1 milliard de dollars
<b>Principales exportations</b> : pétrole brut, produits textiles, produits de la mer, chaussures, riz, composants électroniques, café.	<b>Principales importations</b> : biens d'équipement, pétrole raffiné, fibres textiles, acier, composants électroniques, engrais.
<b>INDICATEURS SOCIAUX</b>	
Espérance de vie à la naissance (1999)	68,3 ans
Mortalité infantile avant 5 ans (2000)	42/1.000
Malnutrition infantile (pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition)	37 %
Taux d'alphabétisation (population totale – 2000)	94 %
Pauvreté (pourcentage de la population vivant en dessous du seuil international de pauvreté)	37 %
Accès à l'eau potable (1999 - en pourcentage de la population totale)	51 %

Sources : ONU – Banque Mondiale – Ambassade de France au Viêt-nam

## **CARTE ADMINISTRATIVE DU VIÊT-NAM**

**MISSIONS A L'ÉTRANGER DE LA COMMISSION DES  
AFFAIRES SOCIALES (DEPUIS 1991)**

PAYS	OBJET DE LA MISSION	N° RAPPORT	DATE	MEMBRES
ALLEMAGNE	Politique du logement social <i>(Président de la Commission : Jean-Pierre Fourcade)</i>	393 1990- 1991)	17/2 au 21/2 1991	M. Fourcade M. Balarello M. Delga M. Madelain M. Prouvoyeur M. Souffrin
SUEDE	Organisation du service public de l'emploi <i>(Président de la Commission : Jean-Pierre Fourcade)</i>		28/8 au 4/9 1993	M. Fourcade M. Bimbenet Mme Demessine Mme Dieulangard M. Lesbros M. Loueckhote M. Madelain M. Seillier M. Souvet
ETATS UNIS	Système de santé américain et ses projets de réforme <i>(Président de la Commission : Jean-Pierre Fourcade)</i>	141 (1994- 1995)	9/9 au 16/9 1994	M. Fourcade M. Bimbenet Mme Dieulangard M. Hammann M. Huriet M. Metzinger M. Seillier M. Souvet
ETATS UNIS	Les conditions du renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité des produits thérapeutiques en France <i>(Président de la Commission : Jean-Pierre Fourcade)</i>	196 (1996- 1997)	13/9 au 21/9 1996	M. Fourcade M. Autain M. Descours Mme Fraysse-Cazalis M. Huriet M. Leclerc M. Metzinger M. Seillier
DANEMARK	L'organisation du système de soins et l'évolution des dépenses de santé <i>(Président de la Commission : Jean-Pierre Fourcade)</i>	186 (1997- 1998)	10/9 au 13/9 1997	M. Fourcade M. Bimbenet M. Blanc M. Descours M Fischer M. Huriet M. Marques Mme Printz M. Seillier

PAYS	OBJET DE LA MISSION	N° RAPPORT	DATE	MEMBRES
ESPAGNE	L'organisation du système de soins et l'évolution des dépenses de santé (Président de la Commission : Jean Delaneau)	247 (1999-2000)	du 13 au 18/09/1999	M. Delaneau M. Autain M. Descours M. Huriet M. Le Breton M. Leclerc Mme Printz
SUÈDE ITALIE	Réforme des retraites (Président de la Commission : Jean Delaneau)	265 (2000-2001)	du 6 au 13/09/2000	M. Delaneau M. Bimbenet M. Boyer Mme Dieulangard M. Domeizel M. Fischer M. Gournac M. Lorrain M. Vasselle
VIÊT-NAM	Politique sanitaire (Président de la Commission : Jean Delaneau)	241 (2001-2002)	du 4 au 12/07/2001	M. Delaneau Mme Dieulangard M. Fischer Mme Bocandé M. Gournac Mme Campion M. Giraud M. Nogrix