Thèse

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse Jean Jaurès

Présentée et soutenue par :

MAI Linh

Le 03 mai 2017

Titre

La création d'une assurance-maladie universelle au Vietnam

Ecole doctorale et discipline ou spécialité :
ED TESC - Sociologie

Unité de recherche
CERTOP-CNRS, UMR 5044

Co-directeurs de la thèse

Vincent SIMOULIN, Professeur de Sociologie, Université de Toulouse Jean Jaurès
TRINH Van Tung, Pofesseur de Sociologie, Université des Sciences sociales et humaines, Université nationale du Vietnam à Hanoi

Rapporteurs :

LUU Bich Ngoc, Professeure de Démographie, Directrice de l'Institut des Recherches de la Population et de la Société, Université Nationale d'Économie du Vietnam
TRAN Huu Quang, Professeur de Sociologie, Académie des sciences sociales du Vietnam

Autres membres du jury :

Michel CATLLA, Maître de Conférences de Sociologie, Université de Toulouse Jean Jaurès
Jean-Pierre POULAIN, Professeur de Sociologie, Université de Toulouse Jean Jaurès
Gilbert de TERSSAC, Directeur de recherche émérite, CNRS

"L’université n’entend donner aucune approbation
ni aucune improbation aux opinions émises dans les
thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

Je tiens dans un premier temps à remercier mes professeurs, monsieur Vincent Simoulin, Directeur du CERTOP - CNRS et monsieur TRỊNH Văn Tùng, Doyen de la Faculté de Sociologie, Université des Sciences Sociales et Humaines sous couvert de l'Université Nationale du Vietnam à Hanoi, durant la réalisation de cette thèse, qui m'ont accompagné de très près dans la définition du sujet, l'élaboration, la conduite et la rédaction de ce travail. Leurs encouragements, leurs conseils et leurs exigences m'ont été précieux et fructueux.

J'adresse mes remerciements sincères à l'équipe pédagogique et plus précisément Messieurs les Professeurs Gilbert DE TERSSAC, Daniel WEISSBERG, Francois FIERRO… pour leurs conseils et la confiance qu'ils m'ont accordés pour que je finisse à temps ma thèse.

Je remercie également chaleureusement l'Agence Universitaire de la Francophonie qui nous a accordé un financement et Mme. Thuy Nga qui m'a beaucoup aidé pour les procédures administratives.

J'exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude à l'école doctorale TESC et au laboratoire CERTOP, et tout particulièrement Christelle ABRAHAM et Anne RAZOUS, pour leurs efforts afin de garantir la continuité et l'aboutissement de ma thèse de façon très intéressante.

Je veux dire ma gratitude aux médecins, aux infirmières, aux professionnels de santé qui travaillent à l'Assurance-maladie et à tous les clients à qui j'ai fait passer des questionnaires, des entretiens approfondis et avec lesquels des discussions efficaces ont été organisées.

Ce travail n'aurait pu aboutir sans l'aide de nombreuses personnes, à savoir tous mes professeurs à la Faculté de Sociologie, à l'USSH et mes collègues de l'USSH dont la disponibilité, le partage et la bonne humeur m'ont toujours réconforté pendant ce long exercice difficile.

Mes pensées les plus affectueuses iront vers ma famille et surtout vers mes parents qui m'ont donné toutes les meilleures conditions pour poursuivre ces études jusqu'à aujourd'hui.

Merci enfin à ma femme et à mon bébé Rhino pour leur patience, leur soutien permanent, et pour m'avoir chaque jour facilité la vie tout au long de cette épreuve.

RÉSUMÉ

La présente recherche analyse la mise en œuvre de la politique d'encouragement à l'achat de la carte d'assurance-maladie publique au Vietnam.

Pour ce faire, le premier axe de recherche consiste à faire un état des lieux du système vietnamien d'assurance-maladie et de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie par les différentes catégories socio-professionnelles. Le deuxième axe de recherche consiste à élucider la question de savoir si ce programme gouvernemental est porteur d'ambiguïtés. Il s'agit là d'une analyse documentaire de la présente politique elle-même. Le troisième consiste à éclaircir les logiques différentes, à décrire les conflits et les tensions entre les groupes d'intérêts divers, à savoir : l'État, les médecins, les professionnels de l'assurance-maladie et les groupes sociaux, surtout les acteurs visés par la politique, qui n'ont pas encore la carte d'assurance-maladie. Le dernier axe de recherche essaie de comprendre comment et dans quelles mesures ces divers acteurs pourraient entrer en négociation pour en arriver à des compromis et à la réalisation de ladite politique. À partir de cette analyse, nous comprendrions mieux quel en serait le mode de régulation et/ou de gouvernance à l'heure actuelle le mieux adapté à la situation vietnamienne.

En termes d'approche méthodologique, la présente recherche propose tout d'abord une analyse « bottom-up » des conflits et des tensions à partir de la définition de l'action des acteurs les plus bas du système d'acteurs que sont les groupes sociaux non-bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie publique. Ainsi, leurs besoins, leurs attentes, leurs objectifs, leurs moyens et leur rationalité, ou plutôt leur logique, nous guident dans la détermination des logiques d'achat de ce produit public. À partir de là, nous analysons les interactions entre ceux-ci et d'autres acteurs comme l'État, les médecins, les professionnels de l'assurance-maladie, qui consistent à construire le système d'assurance-maladie du Vietnam. Cette approche méthodologique nous permet de faire des études qualitatives et quantitatives au travers des échantillonnages représentant les groupes d'intérêts divers relatifs à cette politique d'universalisation et d'encouragement à l'achat volontaire de la carte d'assurance-maladie publique.

La recherche utilise des outils méthodologiques tels que des entretiens approfondis auprès des autorités centrales et locales en matière d'assurance-maladie publique, des médecins, des professionnels de l'assurance-maladie et des groupes sociaux qui se divisent en deux sous-groupes : les détenteurs de la carte d'assurance-maladie publique et ceux qui n'ont pas adhéré à cette offre. Un autre outil méthodologique est l'observation participante sur des espaces sociaux où se trouve une condensation des interactions, par exemple : au cabinet de consultation d'un médecin, au guichet de remboursement des frais d'hospitalisation…C'est dans ces espaces sociaux que les conflits et/ou tensions se défrichent aussi d'une manière « spontanée » et nous aident dans leur découverte.

ABSTRACT

The study aims at examining the implementation process of public health insurance card in Vietnam. In order to accomplish the research aim, the study has five research objectives. First, this study analyzes the situation of the health insurance system in Vietnam, as well as the use of health insurance card among different population groups with different socioeconomic backgrounds. Second, the study examines the transparency of the health insurance card promotion run by the government. Literature review was conducted to address this objective. Third, stemming from the existing conflicts among different stakeholders, the study investigates motivations and actions of the stakeholders, including: governors, physicians, health insurance staff, and target beneficiaries. Target beneficiaries include people without health insurance. Fourth, the study explores the social negotiation strategies used by different stakeholders in order to implement health insurance. Last but not least, the study recommends strategies for health insurance regulation and management tailored to the Vietnamese context.

Regarding methodology, this study adopts the bottom-up approach to investigate social conflicts by identifying action logic of the lowest group in the social hierarchy. The lowest group refers to the most disadvantaged group without public health insurance. The study examines needs, motivations, expectations, objectives, means, and strategies of people in this group which lead to their decision-making (purchasing voluntary health insurance or not). Furthermore, the study analyzes social interactions of stakeholders in this disadvantaged group, as well as their interactions with other stakeholders, such as governors, physicians, and health insurance staff. These interactions construct the health insurance system in Vietnam. Adopting this approach, the researcher applies both qualitative and quantitative research methods. The study sample is representative of different social groups regarding policies of voluntary health insurance.

The study applies different data collection methods. First, the researcher conducted in-depth interviews with: (1) representatives of health insurance managers at different levels,

from central to local level; (2) physicians; (3) health insurance staff; (4) people using public health insurance; and (5) people not using public health insurance. Second, the researcher conducted participant observation in appropriate settings, such as health clinics, health insurance offices, etc. These settings exposed social conflicts among different stakeholders inherently. Combining different data collection methods yields fruitful results for the study.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **3**
RÉSUMÉ **4**
ABSTRACT **6**

INTRODUCTION **15**
I. LE DEFI DE LA CREATION D'UNE ASSURANCE-MALADIE 17
I. 1 La création de systèmes universels en Asie *17*
I. 2 Les enseignements des recherches menées *20*
II. LES OBJECTIFS DE LA THESE 22
II. 1. Un état des lieux de la mise en place de la réforme *22*
II. 2. Une analyse des choix à l'œuvre *23*
II. 3. Les systèmes d'acteurs en jeu. *24*
II. 4. Une évaluation de la politique vietnamienne. *25*
III. ANNONCE DU PLAN 26

CHAPITRE 1 METHODOLOGIE ET DEMARCHE D'ENQUETE……..……29
I. LE CADRE GLOBAL DE LA RECHERCHE……...30
II. LES METHODES UTILISEES 34
III. LA REALISATION DES ENQUETES……39

PARTIE I LA POLITIQUE VIETNAMIENNE DE L'ASSURANCE-MALADIE..... 44

CHAPITRE 2 LE VIETNAM : DONNEES GEOGRAPHIQUES, HISTORIQUES ET ECONOMICO-SOCIALES **47**
I. LES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET DEMOGRAPHIQUES DU VIETNAM..... 47
I. 1. Un pays long et étendu *48*
I. 2. Une population dense et inégalement répartie *50*
I. 3. Organisation en provinces et districts *53*
II. LE SYSTEME POLITIQUE DU VIETNAM 56

II. 1. Le Parti communiste du Vietnam *56*
II. 2. L'Assemblée Nationale *59*
II. 3. L'État *62*
II. 4. Le Front de la Patrie et les autres organisations politiques et sociales *63*
II. 5. Union de la jeunesse communiste Ho Chi Minh *64*
II. 6. L'Union des femmes du Vietnam *64*
II. 7. L'Association des agriculteurs *65*
II. 8. L'Association des anciens combattants *65*
III. HISTOIRE DU VIETNAM 65
III.1. La tentative de l'uniformisation radicale. *66*
III. 2. Un diagnostic d'échec patent. *68*
III. 3. La stratégie de l'ouverture. *70*
III. 4. Le bilan du Đổi Mới *72*

CHAPITRE 3 79
LA FORMATION ET L'EVOLUTION DU SYSTEME 79
D'ASSURANCE-MALADIE DU VIETNAM 79
I. LES PREALABLES A LA NAISSANCE DE L'ASSURANCE MALADIE AU VIETNAM. 80
I. 1. Le système de protecteur total *80*
I. 2. Les difficultés causées par la stratégie de l'ouverture (1986-1989) *85*
I. 3. L'adaptation à la logique du Đổi Mới *87*
II. LA NAISSANCE DE L'ASSURANCE-MALADIE (1992-1998) 89
II. 1. Le décret fondateur de 1992 ..... *90*
II. 2. Les premiers développements (1992-1998) *92*
III. LES DEVELOPPEMENTS DE L'ASSURANCE-MALADIE. 95
III. 1. Le rattachement à la Sécurité sociale (1998-2005) *95*
III. 2. Le développement vers les territoires ruraux (2005-2009) *97*
III. 3. La tentative de l'universalisation (2009-) *97*
IV. ANALYSE DE LA CREATION DE L'ASSURANCE-MALADIE AU VIETNAM 103
IV. 1. Une continuelle extension à de nouveaux bénéficiaires *103*
IV. 2. Des difficultés persistantes *105*

CHAPITRE 4 LE SYSTEME D'ASSURANCE-MALADIE DU VIETNAM 109

I. L'ORGANISATION DU SYSTEME D'ASSURANCE-MALADIE DU VIETNAM 109
I. 1. Les catégories de populations *111*
II. LE SYSTEME HOSPITALIER AU VIETNAM. 117
II. 1. Un système à 4 niveaux *117*
II. 2. Le système de formation *118*
II. 3. Un rôle croissant du privé *119*
II. 4. Progrès et limites *120*
III. LES MODALITES DE CALCUL DES FRAIS DE SOINS 121
III. 1. Le système de remboursement entre 1992 et 2008 ..... *122*
III. 2. La loi de 2008 ..... *125*
III. 3. Un bilan mitigé *128*
III. 4. La loi complétée de 2013 ..... *133*
IV. BILANS ET EVALUATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE AU VIETNAM 139

PARTIE II LES USAGERS FACE A LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE 145

CHAPITRE 5 LES BESOINS ET LES ATTENTES DES DIFFERENTES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES EN MATIERE DE CARTE DE L'ASSURANCE-MALADIE 147
I. LES HABITUDES D'EXAMENS ET DE SOINS DE LA POPULATION VIETNAMIENNE 147
II. LES CAUSES DU NIVEAU DE PROPRIETE ET D'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE 152
III. LES ATTENTES DES CITOYENS SUR LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE 159
IV. LA PERCEPTION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ELLE-MEME 165
IV. 1. Le taux de remboursement des frais d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance maladie *165*
IV. 2. Le prix de la carte d'assurance maladie *173*
IV. 3. Les lieux d'examens et de soins de santé ouverts par la carte d'assurance maladie *175*

CHAPITRE 6 LES RETICENCES DES USAGERS FACE A LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE 179

I. LA QUALITE DES EXAMENS ET DES SOINS OFFERTS PAR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE 179

I. 1. Niveau des compétences du médecin 181

I. 2. Attitude de service des médecins et des infirmières 185

II. LES PROBLEMES DES MEDICAMENTS FOURNIS PAR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE. 193

III. LES PROBLEMES LIES A LA QUALITE DES SERVICES TECHNIQUES FOURNIS PAR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE 204

III. 1. Évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur la .....qualité des examens et soins de santé …… 204

III. 2. Évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur les procédures d'examens et de soins de santé 211

IV. LES PROBLEMES LIES AUX TRANSFERTS DE PATIENTS COUVERTS PAR LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE 226

V. ÉVALUATIONS DES USAGERS DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE SUR LA QUALITE DES INSTALLATIONS 231

VI. LA PRISE DE CONSCIENCE DES USAGERS DES AVANTAGES DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET LA COMMUNICATION EN LA MATIERE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE 239

CHAPITRE 7 245

LES PRATIQUES REELLES ET LES REPRESENTATIONS DES HABITANTS SUR L'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE 245

I. PRATIQUES REELLES CHEZ LES SALARIES DU SECTEUR PRIVE 245

II. LES PRATIQUES REELLES DANS L'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET SON IMAGE AUX YEUX DES ELEVES ET DES ETUDIANTS 247

III. L'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET SON IMAGE CHEZ LES TUTEURS DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS 249

IV. LES PRATIQUES D'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET SON IMAGE CHEZ LES ASSURES VOLONTAIRES 251

V. LES PRATIQUES D'UTILISATION DE LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET SON IMAGE CHEZ LES QUASI-PAUVRES 254

PARTIE III LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE L'ASSURANCE-MALADIE 256

CHAPITRE 8 DIFFICULTES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE D'UNIVERSALISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE AU REGARD DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES 259

I. DETTE ET REFUS DE COTISATION A L'ASSURANCE MALADIE DES ENTREPRISES 260

II. DIFFICULTES AUPRES DES ELEVES ET ETUDIANTS 266

III. DIFFICULTES AUPRES DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS 273

IV. DIFFICULTES AUPRES DES MENAGES QUASI-PAUVRES 276

V. DIFFICULTES AUPRES DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES QUALIFIEES DE « VOLONTAIRES » 279

CHAPITRE 9 UNE GOUVERNANCE DES SERVICES DE SOINS CONFRONTEE A DE NOMBREUX DEFIS 284

I. UNE COHABITATION PROBLEMATIQUE ENTRE LE PUBLIC ET LE PRIVE 284

I. 1. Une utilisation des ressources publiques par le privé 285

I. 2. Une concurrence « déloyale » du public pour le privé 289

II. LE FONDS D'ASSURANCE-MALADIE FACE AUX ABUS 294

II. 1. Les difficultés dans la gestion du Fonds d'assurance-maladie 294

II. 2. Le Fonds d'assurance-maladie face aux abus 297

III. TENSIONS SOCIALES AU NIVEAU DU CONTROLE DE L'ASSURANCE-MALADIE 303

IV. LES MODIFICATIONS DU SENS DE L'« ENVELOPPE » 311

CONCLUSION 329

I. UN ETAT DES LIEUX DE LA MISE EN PLACE DE LA REFORME 330

II. UNE ANALYSE DES CHOIX A L'ŒUVRE. 332

III. LES SYSTEMES D'ACTEURS EN JEU 336

IV. UNE EVALUATION DE LA POLITIQUE VIETNAMIENNE 340

BIBLIOGRAPHIE 347

ANNEXES 355

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition proportionnelle par genre 36
Tableau 2 : Répartition proportionnelle par niveau d'instruction 36
Tableau 3 : Répartition proportionnelle par profession.....36
Tableau 4 : répartition proportionnelle par statut des interviewés.....37
Tableau 5 : Répartition proportionnelle par genre des interviewés.....37
Tableau 6 : Répartition proportionnelle par niveau d'instruction des interviewés.....37
Tableau 7 : la pyramide des âges au Vietnam en 2016.....51
Tableau 8 : le PIB du Vietnam de 2005 à 2012.....73
Tableau 9 : Prévision des participants à l'assurance maladie.....102
Tableau 10 : Les bénéficiaires de l'assurance-maladie.....104
Tableau 11 : la part des dépenses de l'assurance-maladie par rapport aux autres dépenses et/ou budgets de 1998 à 2008.....124
Tableau 12 : contributions à l'assurance-maladie selon les régimes en 2010.....127
Tableau 13 : différences entre objectifs et couvertures réelles en 2012.....132
Tableau 14 : Les participants à l'assurance maladie, leur niveau de paiement et la responsabilité de paiement selon la Loi de l'assurance maladie de 2008 modifiée et complétée en 2013.....135
Tableau 15 : lieu d'examens et de soins de santé choisi souvent par les habitants de Hanoi ou Hung
Yen.....148
Tableau 16 : Relation entre le sexe et la participation à l'assurance maladie dans les deux zones.....152
Tableau 17 : Relation entre le niveau d'instruction et la participation à l'assurance-maladie dans les deux zones.....153
Tableau 18 : raison de refus d'adhésion à l'assurance maladie.....155
Tableau 19 : le niveau d'utilisation de la carte d'assurance maladie à Hanoï et Hung Yen 158
Tableau 20 : les attentes des citoyens envers le système d'assurance-maladie.....160
Tableau 21 : le niveau de paiement des frais par la carte d'assurance maladi.....166
Tableau 22 : évaluations des citoyens sur le prix de la carte d'assurance-maladie.....173
Tableau 23 : opinions des assurés sur la qualité d'examens et de soins.....180
Tableau 24 : opinions des usagers de la carte d'assurance-maladie.....205
Tableau 25 : évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur les procédures d'examens et de soins de santé.....215
Tableau 26: évaluation des usagers sur la qualité des installations des centres d'examens et de soins médicaux à Hanoi et Hung Yen.....231
Tableau 27 : connaissances des citoyens sur les avantages de la carte d'assurance-maladie.....240
Tableau 28: Calcul du revenu des médecins.....319

GRAPHIQUES

Graphique 1 : Évolution de la couverture de l'assurance-maladie de 1993 à 2012 129

SCHEMAS

Schéma 1 : l'organisation territoriale du Vietnam 54
Schéma 2 : l'organisation du parti communiste du Vietnam 57
Schéma 3 : le système politique du Vietnam 61
Schéma 4 : organigramme de la Sécurité sociale du Vietnam 87 110

CARTES

Carte 1 : Hanoi 30
Carte 2 : Hungyen 31
Carte 3 : le Vietnam et ses villes 48
Carte 4 : répartition spatiale de la population en fonction du relief 50
Carte 5 : les régions administratives du Vietnam en 2009 55
Carte 6 : Concentration des médecins dans les plaines et les grandes villes 120

PHOTOS

Photo 1 : Un centre sanitaire communal durant la période 1986 à 1992 81
Photo 2 : Une chambre d'hôpital durant cette période 82
Photo 3 : Des équipements sanitaires de base durant cette période 83
Photo 4 : L'achat des matières médicales à Huong Khe, Ha Tinh en 1983 84
Photo 5 : la surcharge des patients de l'hôpital central de Viet Duc 237
Photo 6 : devant le lieu de paiement et remboursement pour les assurés de l'hôpital central de cancérologie de K 237
Photo 7 : dans une chambre de l'Hôpital Bach Mai 238
Photo 8 : le manque des lits est très répandu 238
Photo 9 : lieu des procédures d'enregistrement d'admission 238

INTRODUCTION

Depuis la mise en place d'une politique de réforme et de développement intitulée « Đổi Mới » il y a 30 ans[1], le Vietnam a connu des résultats positifs en ce qui concerne l'éradication de la famine et la réduction de la pauvreté. Selon un rapport de la Banque mondiale[2], le taux de pauvreté du Vietnam a ainsi baissé de près de 60% au début des années 1990 à 20,7% en 2010 et le taux de famine a baissé de 46,9% (32,16 millions de personnes) en 1990-1992 à 9% (8,01 millions de personnes) en 2010-2012. Grâce à une croissance soutenue et à une action publique de plus en plus efficace, un système de protection sociale et d'assurance-maladie, mis en place depuis lors (cf. première partie), a permis des améliorations notables de la vie du peuple.

Cependant, il s'agit de domaines très sensibles et l'absence de couverture d'une partie de la population signifie en même temps l'existence d'inégalités sociales et/ou d'exclusions sociales. C'est notamment manifeste en matière de santé publique à travers la politique de l'assurance-maladie qui a subi des transformations profondes sans réussir pour autant à atteindre tous ses objectifs. À l'heure actuelle, la sécurité sociale en général et l'assurance-maladie en particulier constituent l'une des plus grandes préoccupations de l'Etat vietnamien car elles mettent en jeu son image réelle : s'agit-il du maintien du rôle d'un État protecteur, d'un État qui a tendance à choisir un mode de gouvernance qui favorise la concurrence, ou bien encore d'un État embarrassé en la matière ?

C'est l'une des raisons pour lesquelles les autorités centrales émettent et font exécuter un grand nombre de politiques de protection sociale relatives aux soins, aux soutiens accordés aux familles pauvres, aux invalides de guerre, aux chômeurs, aux personnes âgées… c'est-à-

[1] Michel CATLLA, Gilbert de TERSSAC (Eds.), *Viêt-Nam en transitions*. Lyon : ENS Editions, 2014 ; NGUYEN Thi Uyen, « Les changements positifs et négatifs du Vietnam après 18 ans d'application de la réforme "Đổi Mới" », *Revue du PCV*, n° 5, 2005, pp.12-14.

[2] Banque mondiale, *Rapport sur la réduction de la pauvreté du Vietnam et ses nouveaux défis*, 2013, Hanoi pp. 26-27. (http://www.worldbank.org/vi/news/feature/2013/01/24/poverty-reduction-in-vietnam-remarkable-progress-emerging-challenges)

dire aux populations qui manquent de sources de revenus permanents. Ces politiques doivent contribuer à la stabilisation de leur vie, au renforcement ou à l'amélioration de la résistance du peuple aux accidents de la vie et enfin à la revalorisation du rôle et de l'image de l'Etat vietnamien.

En qualité d'un élément constitutif important du système vietnamien de sécurité sociale, l'assurance-maladie, dès sa naissance par le Décret n° 229/HDBT en date du 15 août 1992, fut considérée comme la méthode de soutien la plus efficace contre les divers risques dus au travail, aux activités quotidiennes... Dans une perspective de réduction des inégalités sociales et de lutte contre des exclusions sociales, le gouvernement vietnamien a adopté plus récemment des politiques pour aboutir à une universalisation de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie à l'horizon de 2020 en encourageant les groupes sociaux concernés à répondre à cette offre publique[3]. De nombreuses familles qui souffrent des charges de maladie ou sont exposées aux risques de la maladie pourraient ainsi avoir accès aux services médicaux de base en achetant volontairement une offre publique qu'est la carte d'assurance-maladie.

Mais cette réforme exige des changements considérables de l'ensemble des acteurs impliqués. Les patients devraient apprendre à s'habituer au paiement pour avoir accès aux soins médicaux. Les hôpitaux, surtout les hôpitaux de district et de province (cf. première partie), devraient réfléchir sur l'amélioration de leurs services pour pouvoir attirer la clientèle. L'État central devrait adopter un autre mode de gouvernance moins centralisé pour pouvoir « mobiliser » d'autres ressources financières tout en cherchant à garder son image « socialiste ». Cette réforme est donc de très grande ampleur, suppose une réorganisation complète du système d'assurance sociale du Vietnam et engage même en partie la nature du système politique du Vietnam. Alors que l'objectif du Đổi Mới était d'édifier une « économie socialiste de marché », peu de secteurs sont aussi confrontés à la résolution des difficultés qu'implique la combinaison du socialisme et du marché.

[3] Ministère de la Santé, *Rapport sur l'assurance-maladie de 2009 à 2012*, Hanoi, pp. 14-15. (duthaoonline.quochoi.vn/DuThao/Lists/DT.../2919014_(1).doc).

I. Le défi de la création d'une assurance-maladie

Rappelons que les systèmes d'assurance-maladie se sont constitués historiquement de façon très différente et sont donc très divers. Le modèle allemand (bismarckien) est né à la fin du XIX^{ème} siècle, est lié aux salaires et offre des prestations proportionnelles aux contributions. Le modèle britannique (beveridgien), qui naît juste après la seconde guerre mondiale, vise l'universalité mais offre des prestations qui ont été souvent critiquées pour leur qualité. Le modèle américain (que Titmuss[4] qualifie de « résiduel ») repose sur les contrats signés entre un assuré et une agence d'assurance maladie, le soutien de l'Etat n'étant accordé qu'en dernier recours, ce qui a malgré tout pour avantage de le concentrer sur des catégories de population très défavorisées. Esping-Andersen[5] décrit enfin un modèle scandinave (ou « social-démocrate ») qui offre des prestations universelles en fonction des recettes fiscales. Par rapport à ce processus de création de l'assurance-maladie dans les pays occidentaux, la création des modèles asiatiques s'est déroulée dans un contexte différent, mais les deux dernières décennies ont vu la croissance économique également déboucher là aussi sur la création de politiques d'assurance-maladie.

I. 1 La création de systèmes universels en Asie

La Corée du Sud[6] montre ainsi une universalisation rapide de l'assurance-maladie. Ce pays a mis seulement 12 ans, de 1977 à 1989, pour y parvenir. Il y existe trois types d'assurance-maladie : le premier est réservé aux fonctionnaires, aux enseignants et à leurs dépendants (10,4% de la population) ; le deuxième l'est aux travailleurs dans les industries et à leurs dépendants (36% de la population) ; le troisième s'adresse aux professions libérales (50,1% de la population). Grâce au développement du système hospitalier et de la technologie informatique, les participants à l'assurance maladie coréenne ont accès à n'importe quel établissement pour se faire traiter en bénéficiant de tous leurs droits. Cela a créé de la concurrence entre les établissements et chacun doit faire des efforts notables pour améliorer sa qualité et sa capacité de service afin de ne pas perdre ses patients. Les

[4] Richard TITMUSS, *Essays on the Welfare State*, Londres, G. Allen and Unwin, 1958.
[5] Gosta ESPING-ANDERSEN, *Les trois mondes de l'Etat-providence*, Paris, PUF, 1990.
[6] NGUYEN Vinh Quang, « Les expériences d'universalisation de l'assurance-maladie », *Revue de l'assurance-maladie du Vietnam,* n° 05, 2009, pp. 57-59.

participants à l'assurance maladie en Corée du Sud bénéficient de prestations tout à fait complètes et appliquées également à tous les membres, quel que soit le niveau de cotisation. Ils peuvent soit bénéficier en nature (pour les soins de santé tels que les visites, les traitements, les analyses, les médicaments, les équipements médicaux, les hospitalisations ...) ou en espèces (frais médicaux, régime de minimisation des frais de l'assurance maladie...).

Lancé en 2014, le système d'assurance maladie national indonésien est devenu l'un des systèmes d'assurance-maladie national les plus grands du monde à ce jour et a pour but de fournir l'assurance maladie aux 250 millions de citoyens[7]. Le système d'assurance-maladie de l'Indonésie est obligatoire pour tout le monde, même les étrangers vivant en Indonésie pour une période d'au moins six mois, afin de couvrir l'ensemble de la population en 2019. Les frais pour bénéficier de l'assurance-maladie sont de 2 à 5 dollars américains par mois. Les participants à l'assurance maladie indonésiens ont accès aux établissements publics et à quelques établissements privés pour une consultation médicale ou un traitement. Actuellement (2016), le système d'assurance maladie universelle en Indonésie couvre 69% de la population. Comme d'autres pays en développement, le programme d'assurance-maladie de l'Indonésie est en train de « lutter » contre les défis de la couverture et de la durabilité du programme. D'autres difficultés peuvent être mentionnées comme les difficultés géographiques (l'Indonésie est un pays comptant beaucoup d'îles, il y est difficile d'assurer la participation à l'assurance maladie de l'ensemble de la population), les questions portant sur les modes de gestion des fonds d'assurance-maladie, l'infrastructure et la qualité des services de soins médicaux (qui restent encore faibles) et enfin la surpopulation (qui est là aussi un problème insoluble de ce pays).

Le système d'assurance-maladie en Thaïlande a commencé dans les années 1970 par une couverture initiale des pauvres et quasi-pauvres, puis s'est étendu progressivement à d'autres catégories de patients[8]. En 2001, le gouvernement thaïlandais a stipulé officiellement l'assurance maladie universelle et cette disposition a été faite avec succès. Actuellement, le système d'assurance maladie universelle en Thaïlande a atteint une couverturede 99,87% de la population et regroupe trois programmes différents: le programme d'assurance-maladie pour les fonctionnaires et les employés ; le programme d'assurance-maladie pour le secteur

[7] NGUYEN Vinh Quang, « Les expériences d'universalisation de l'assurance-maladie », *Revue de l'assurance-maladie du Vietnam,* n° 05, 2009, pp. 57-59.
[8] *Ibid*.

des entreprises ; le programme d'assurance-maladie universel (UCS) pour tout le reste de la population. Les cotisations de l'assurance-maladie Thaïlandais sont équivalentes au Vietnam (4,5% du salaire dont l'État paye un tiers, les employeurs payent un tiers et les employés payent un tiers). En Thaïlande, le ministère de l'Intérieur délivre à chaque citoyen un code d'identité unique composé de 13 caractères dès sa naissance. Ce code est également un code de l'assurance maladie. Les données personnelles sont synchronisées quotidiennement entre le ministère de l'Intérieur et les autorités d'assurance maladie. Cela rend la gestion et le paiement faciles, pratiques, précis et transparents. Les citoyens participant à l'assurance-maladie ont la possibilité de pouvoir consulter et de se faire examiner de facon libre dans des centres sanitaires dotés d'équipements modernes et proposant une bonne attitude de service. Les patients peuvent bénéficier des services médicaux de base et ils doivent payer les services spéciaux.

Le système d'assurance-maladie chinois est géré par l'État. Jusqu'à la fin de 2014, 1,3 milliard de citoyens de ce pays (correspondant à 95% de la population) ont été couverts par les programmes d'assurance-maladie fondamentaux du gouvernement[9]. Maintenant la Chine a trois systèmes d'assurance-maladie distincts pour les personnes ayant des emplois en banlieue, les citadins et les paysans. Ces 3 systèmes sont gérés par les différentes autorités gouvernementales. En raison des différentes sources financières, ces 3 systèmes ont des taux de remboursement distincts pour les patients. Le système d'assurance-maladie de base de la Chine a cependant été beaucoup critiqué car il comporte trop de lacunes, notamment en matière de la qualité et du niveau des soins médicaux[10].

Ces exemples montrent tout d'abord que la tentative vietnamienne de créer un système universel d'assurance-maladie n'est en rien isolée et s'inscrit au contraire dans une tendance d'ensemble qui voit beaucoup de ses pays voisins lancer des politiques comparables. Ils mettent également en avant que, pour exécuter avec succès et rendre le système d'assurance-maladie utile au peuple, chaque pays a son propre chemin et sa propre politique. Cependant un point commun est qu'ils font toujours des efforts pour répartir en catégories les groupes sociaux participant à l'assurance maladie et s'occupent beaucoup des groupes subventionnés comme les pauvres, les handicapés, les invalides de guerre, les enfants, les chômeurs ... et

[9] HA Duc Anh*, L'évaluation du programme de l'assurance-maladie du Vietnam de 1992 à 2010,* UNICEF, 2011, pp. 11-16.
[10] *Ibid*

leurs dépendants. En outre, des objectifs communs sont de renforcer le niveau des soins médicaux ainsi que de maintenir un niveau de dépense raisonnable pour encourager les citoyens à participer à l'assurance maladie. La réalisation d'une politique d'universalisation de l'assurance-maladie est par ailleurs un objectif de long terme pour les pays en voie de développement.

I. 2 Les enseignements des recherches menées

En matière d'assurance-maladie, à l'échelle internationale, il existe un très grand nombre de recherches sociologiques. Elles ont en particulier souligné les profondes réformes en cours en matière de politiques sociales, pour la plupart entreprises sous l'influence du nouveau management public et dans une perspective néo-libérale [11] . La politique d'universalisation mise en place au Vietnam et de façon plus générale dans nombre de pays asiatiques semble relever d'une logique opposée, plus proche de celle de la constitution des Etats-providence en Europe au XX^{ème} siècle que de celle de leur recomposition et parfois de leur démantèlement. Mais peut-on pour autant imaginer que les logiques suivies à un siècle de distance soient exactement les mêmes et qu'elles seraient indépendantes des logiques de rationalisation mises en œuvre en Europe ?

A partir de plusieurs études menées en la matière, Contandriopoulos définit quatre groupes d'acteurs au sein du système de santé qui tiennent des discours correspondant à des logiques de langages et d'intérêts qui se confrontent. En premier lieu, les médecins plaident sur la base d'une logique de discours professionnel, la souveraineté de l'art de la pratique médicale. En deuxième lieu, les planificateurs (l'État, le gouvernement…) ou les technocrates adoptent un langage de la rationalité : ils cherchent à évaluer l'univers complexe du système de santé (voir précédemment les croyances initiales sur les systèmes universels de santé) et à établir

11 Patrick HASSENTEUFEL, Sylvie DELAYE, Frédéric PIERRU, Magali ROBELET, Marina, SERRE, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 1/2001, n° 2, pp. 29-48 ; Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Vulaines sur Seine, Editions du Croquant, 2007 ; Frédéric PIERRU, « La santé au régime néolibéral », *Savoir agir*, 2008/3, n° 5, pp. 13-24 ; Frédéric PIERRU, « Payer plus pour être soigné moins. Le front libéral à l'assaut de l'assurance maladie publique », *Savoir agir*, 2010/3, n° 13, pp. 49-56 ; Frédéric PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'Etat sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », *Education et sociétés*, 2012/2, n° 30, pp. 107-129 ; Frédéric PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », in (pp. 203-230) HIBOU Béatrice, *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte, 2013 ; Philippe BEZES, Frédéric PIERRU, « Etat, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses. La France au miroir des sciences sociales nord-américaines », *Gouvernement et action publique*, 2012/2, n° 2, pp. 41-87.

des lignes directrices afin de savoir avec exactitude « ce qui est bon pour la population », c'est-à-dire l'universalité de la couverture en l'occurrence. En troisième lieu, il s'agit des représentants de l'industrie pharmaceutique et des assureurs privés qui utilisent une logique marchande. Pour ce groupe d'intérêt, il faut laisser fonctionner les lois du marché en permettant à la concurrence de s'installer et aux citoyens de choisir librement leurs soins par leur achat volontaire de l'assurance-maladie publique ou privée. Ainsi, la répartition des ressources se fera de manière optimale. En dernier lieu, les groupes sociaux qui s'appuient sur la logique démocratique revendiquent un débat social sur les grandes orientations de la santé[12]. Par la participation et les représentations politiques, ils essaient d'orienter les décisions politiques vers le bien-être collectif. Ainsi, les conflits sociaux sont analysés et expliqués en termes de conflits de logique de langages tenus par chacun des types d'acteurs. Alors au Vietnam, les conflits sociaux et tensions en matière de politique d'universalisation de la carte d'assurance-maladie par l'offre publique adoptent-ils les mêmes formes ou ont-ils leurs propres caractéristiques sociales ?

En référence aux études vietnamiennes et/ou internationales sur la matière de la santé en général et de l'assurance-maladie en particulier, dans une approche interactionniste et constructiviste, on peut voir que tout système est construit à partir des logiques, des règles et des choix effectifs élaborés par les acteurs concernés. Ainsi, dans un but de comprendre ce système vietnamien d'assurance-maladie, nous voudrions mener une étude sur les conflits et les tensions sociales entre les acteurs impliqués à partir de l'analyse de leurs interactions, leurs représentations de cette offre publique, des stratégies des Vietnamiens de participation à l'assurance-maladie volontaire.

Comme Vincent Dubois[13], et plus généralement les études qui relèvent de la *Street level Bureaucracy*, initiée par Michael Lipsky[14], je me propose aussi d'étudier l'accueil de l'administration, d'analyser l'institution par le biais de l'analyse des rôles. Cela suppose de se pencher sur les « petits fonctionnaires », d'étudier leur fonction et leurs usages des institutions et des politiques sociales (et donc aussi de leurs transformations). Je porterai donc une attention particulière aux médecins, aux infirmières et à tous ceux qui accueillent les

[12] André-Pierre CONSTANDRIOPOULOS, Yves SOUTEYRAND, « L'hôpital en mutation, d'un modèle à l'autre », in (pp. 3-18) : *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.
[13] Vincent DUBOIS, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, 2008.
[14] Michael LIPSKY, *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York, 1980.

patients dans des institutions médicales ou à des fins de traitement administratif ou de remboursement des visites et des soins.

II. Les objectifs de la thèse

Le Vietnam a donc mis en œuvre une ambitieuse politique de systématisation et d'universalisation de la carte d'assurance-maladie que cette thèse se propose d'analyser et d'évaluer. Ses objectifs sont tout d'abord de dresser un état des lieux de la réforme, puis d'analyser les choix et stratégies des acteurs face à cette réforme, d'aboutir à une reconstruction des systèmes d'action qui se sont ainsi constitués et enfin d'évaluer sur cette base cette politique publique vietnamienne.

II. 1. Un état des lieux de la mise en place de la réforme

Notre premier objectif de recherche aura un caractère descriptif. Il sera de présenter l'évolution du système vietnamien d'assurance-maladie et de tracer une vue globale sur l'utilisation de la carte d'assurance-maladie par les différentes catégories socio-professionnelles. Celle-ci est-elle plus répandue et utilisée en ville ou à la campagne ? Dans telle ou telle catégorie socio-professionnelle ? Dans telles ou telles circonstances ?

De fait, le système de sécurité sociale du Vietnam se confronte toujours à de nombreux défis, en particulier dans le domaine des soins de santé des personnes les plus démunies. Par exemple, hors les catégories socio-professionnelles qui bénéficient d'un régime d'assurance-maladie dit « obligatoire », ou « subventionné » (cf. première partie), beaucoup d'autres qui sont sollicités à acheter leur assurance-maladie publique dite « volontaire » rencontrent des difficultés dans la concrétisation de leur souhait en la matière. Cet état des lieux visera donc également à préciser en quoi consistent les difficultés de ces acteurs en ce qui concerne l'accès à cette offre publique et à quoi (ou à qui) elles sont dues et pourquoi finalement cette

réforme qui semble profitable à la population, comme d'autres réformes très poussées par des acteurs politiques avant elle[15], rencontre des limites.

Ce premier objectif visera aussi à préciser les caractéristiques de la réforme mise en œuvre par les autorités vietnamiennes. A quel type de réforme assistons-nous ? Plutôt une réforme « par imprégnation »[16] qui se constitue progressivement à travers des échecs successifs, ou au moins des étapes[17] selon des temporalités à définir[18] ? Est-ce une réforme « exemplaire » marquée par une forte préparation et une consultation de toutes les parties intéressées, « alibi » où l'action est proclamée plus que réelle ou « masquée » où les véritables intentions de la réforme ne sont jamais mises en avant par ses acteurs[19] ?

II. 2. Une analyse des choix à l'œuvre

Les acteurs individuels ont une certaine autonomie et des stratégies propres, ils sont capables de faire des choix entre l'assurance-maladie publique ou celle du privé en fonction de leurs intérêts matériels et/ou symboliques. Jusqu'ici, il est à remarquer une évolution lente de l'achat volontaire de l'assurance-maladie publique, puisque le taux de participation des populations visées à celle-ci n'est encore en 2014 que de 14,6% à l'échelle nationale, 23,55% à Hanoi et 19,2% à Hungyen[20]. Avec toutes les catégories, on arrive à un taux de particpation à l'assurance-maladie de 72,5% à Hanoi et de 69% à Hungyen.

Pourquoi cette politique d'offre de la carte d'assurance-maladie publique est-elle difficile à mettre en œuvre ? Les usagers vietnamiens de la carte d'assurance-maladie sont-ils satisfaits de leur utilisation ? Autrement dit, quels sont leurs éléments de satisfaction et leurs plaintes ?

---

15 Vincent SIMOULIN, « Quand ambition ne rime pas avec réalisation. L'action publique face aux limites de la volonté politique », *Sciences de la société*, n° 79, février 2010, pp. 144-158 ; Jean-Pierre POULAIN, *Sociologie de l'obésité*, Paris : PUF, 2009.

16 Vincent SIMOULIN, « Émission, médiation, réception : les opérations constitutives d'une réforme par imprégnation ». *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, avril 2000, pp. 333-350.

17 Gilbert de TERSSAC, Karine LALANDE, *Du train à vapeur au TGV : sociologie du travail d'organisation*, Paris, PUF, 2002.

18 Jens THOEMMES, Gilbert de TERSSAC (Eds.), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques,* Toulouse, Octares, 2006.

19 Vincent SIMOULIN, « Le bilan des bilans : juristes et sociologues face aux réformes », *Droit et société*, n° 91, 2015, pp. 667-686.

20 Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam de 2014,* Hanoi, 2015.

La réforme ne fut-elle pas profitable aux usagers ? Comment se sentent-ils face aux frais de soins de santé qui augmentent chaque jour ?

Cela nous conduit à poser un second objectif à la thèse qui consiste à déterminer ce que ces acteurs pensent de cette offre de l'État vietnamien. Autrement dit, leurs représentations sur l'assurance-maladie publique donnent-elles un sens à leur achat volontaire ? Comment les choix de l'assurance-maladie publique des acteurs visés par l'État sont-ils influencés par leurs cadres cognitifs et normatifs sur ce produit ? Ces acteurs visés par cette politique mettent-ils suffisamment leur confiance en la carte d'assurance-maladie ?

II. 3. Les systèmes d'acteurs en jeu.

Quant aux acteurs représentant les hôpitaux et sociétés d'assurance-maladie publiques producteurs des normes, règles, routines et procédures en matière de soins de santé, qui entrent en interaction permanente avec ces acteurs visés par cette politique d'universalisation de la carte d'assurance-maladie, il est indispensable de comprendre ce qu'ils en pensent. D'après le rapport sur l'assurance-maladie de 2005 par la Sécurité sociale du Vietnam, du côté de l'hôpital public, cette politique lui a permis de résoudre en grande partie l'un de ses problèmes majeurs : celui de son financement. Quand le problème financier aura été totalement résolu, cette instance aura sans aucun doute plus de moyens d'action[21].

Quelles images ont les médecins et les agents des sociétés d'assurance-maladie publiques de cette offre publique ? Quelles représentations ont-ils des usagers de la carte d'assurance-maladie publique ? Quelles sont les formes d'interactions ? Ces représentations réciproques sont-elles un motif ou un frein pour l'achat volontaire de l'assurance-maladie publique ? Quels sont les processus de décision adoptés par ces acteurs ? Notre troisième objectif sera donc de décrire les systèmes d'acteurs noués autour de la mise en place de la carte d'assurance-maladie au Vietnam et de voir comment cela pèse sur cette politique publique.

Le troisième objectif de recherche consiste par conséquent à éclaircir les logiques différentes, les conflits et les tensions entres les groupes d'intérêts divers, à savoir : l'État, les médecins, les entreprises pharmaceutiques, les assureurs privés et les groupes sociaux, surtout les

21 Sécurité sociale du Vietnam, *Rapport sur l'assurance-maladie du Vietnam*, Hanoi, 2015.

acteurs visés par la politique qui n'ont pas encore la carte d'assurance-maladie. C'est ici qu'une étude empirique a été menée pour comprendre quelles sont les règles du jeu effectives élaborées et imposées ou que ces types d'acteurs cherchent à imposer. Cette partie consiste à répondre aux questions suivantes : (1) Quelles représentations ont-ils les uns des autres ? (2) Quelles interactions sociales les différents acteurs engagent-ils à travers cette politique d'encouragement à l'achat volontaire de la carte d'assurance-maladie publique ? (3) Quelles en sont les formes de tensions et/ou de conflits sociaux ? (4) Quelles en sont les « règles du jeu » effectives et/ou les logiques d'agir de ces acteurs concernés ?

II. 4. Une évaluation de la politique vietnamienne.

Notre dernier objectif de recherche est d'évaluer la politique vietnamienne telle qu'elle a été définie et mise en œuvre. Ce programme gouvernemental est-il porteur d'ambiguïtés ? Les objectifs en sont-ils flous ? Quels en sont les vrais intérêts protégés ? L'État a-t-il tendance à favoriser la concurrence ou la valeur d' « orientation socialiste » ? Les intérêts sont-ils contradictoires les uns aux autres ?

Le dernier objectif de recherche vise par conséquent à comprendre comment et dans quelles mesures les divers acteurs pourraient entrer en négociation pour en arriver à des compromis et à la réalisation de ladite politique. À partir de cette analyse, nous aspirons à la compréhension du mode de régulation et/ou de gouvernance à l'heure actuelle le mieux adapté à la situation vietnamienne. Comme le souligne Vincent Simoulin, « la gouvernance n'est en effet plus un objet d'étude mais un acquis, un cadre de l'action politique dont les caractéristiques sont plus ou moins admises, quand bien même subsistent quelques débats sur la pertinence et l'opportunité du terme »[22]. Mais quel travail d'organisation les Vietnamiens doivent-ils mettre en œuvre pour installer de nouvelles régulations[23] ?

Partant de là, l'enjeu est plutôt de s'interroger sur la manière dont les politiques publiques sont, dans un tel contexte, construites, pensées et agencées, et comment les acteurs locaux parviennent à négocier, à dépasser les conflits, à trouver des arrangements et des compromis,

[22] Vincent SIMOULIN, « La gouvernance territoriale : dynamiques discursives, stratégiques et organisationnelles ». In (pp. 15-32) : Romain PASQUIER, Vincent SIMOULIN, Julien WEISBEIN (Eds.). *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*. Paris : LGDJ, 2007.

[23] Gilbert de TERSSAC (Ed.), *La Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud,* Paris, La Découverte, 2003.

pour coproduire une action publique territoriale. Pour ce faire, la recherche essaie d'apporter des éléments de réponse aux questions qui suivent : quel en est le mode de gouvernance réel de la carte d'assurance-maladie à travers cette politique d'encouragement à l'achat volontaire de cette offre publique ? Comment un modèle national survit-il et s'adapte-t-il à travers le temps[24] ? Est-ce au fond au Vietnam à s'adapter au monde[25] ou peut-il trouver une voie propre ?

III. Annonce du plan

En premier lieu, cette introduction sera suivie par un chapitre présentant la méthodologie et la démarche d'enquête. Il présentera le cadre global de la recherche, les méthodes utilisées et la façon dont les différents terrains d'étude ont été réalisés.

Il s'agira enduite dans la première partie de présenter les données nécessaires à la compréhension de la recherche. Elle donnera des indications historiques, géographiques et socio-économiques sur le Vietnam et présentera la période avant et après l'adoption d'une logique d'ouverture en 1986 : le « Đổi Mới ». Elle décrira le système d'assurance-maladie du Vietnam et plus précisément le niveau de couverture, les modes de fonctionnement, les lois, les cotisations, qui caractérisent le système d'assurance-maladie actuel du Vietnam.

La seconde partie portera sur les besoins et les attentes des différentes catégories socio-professionnelles dans l'accès et l'utilisation de la carte de l'assurance-maladie. Nous étudierons les habitudes d'examens et de soins des Vietnamiens ; le niveau de propriété et d'utilisation de la carte d'assurance maladie. Nous analyserons aussi leurs représentations en ce qui concerne la qualité d'examens et de soins par la carte ; les compétences et l'attitude de service des médecins et les infirmières ; la quantité et la qualité des médicaments fournis par la carte ; la qualité des services techniques ; les procédures d'examens et de soins de santé ; les procédures de transfert des patients ; le taux de remboursement ; le prime de la carte ; la qualité des

[24] Vincent SIMOULIN, « Le "modèle suédois" : succès persistant, recompositions actorielles et reconfigurations intellectuelles », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 119, juillet-décembre 2005, pp. 289-309.

[25] Jean-Pierre POULAIN, « S'adapter au monde ou l'adapter ? L'alimentation en mouvement, des grandes migrations au tourisme », *Diasporas. Histoire et sociétés*, n° 7, 2005, pp. 13-30.

installations ; la prise de conscience des usagers de la carte d'assurance-maladie ; les pratiques réelles et les représentations des habitants sur l'utilisation de la carte d'assurance-maladie et les attentes des gens du système d'assurance-maladie.

Après l'appréciation des usagers, la troisième partie étudiera le point de vue des autres acteurs. Elle analysera les difficultés de mise en œuvre de la politique de l'assurance-maladie comme la dette et l'évasion de l'assurance maladie des entreprises ; Les difficultés rencontrées auprès des enfants de moins de 6 ans, les élèves et étudiants, les quasi-pauvres, les objets volontaires ; la gestion des relations entre le secteur privé et le secteur public, de l'utilisation du fonds d'assurance-maladie ; l' expertise de l'assurance maladie et la culture de l'« Enveloppe » et la mentalité des médecins. En dernier lieu, nous donnerons la conclusion pour achever les informations suivantes.

CHAPITRE 1

Méthodologie et démarche d'enquête

Ce chapitre présente la méthodologie et la démarche que j'ai suivies dans cette thèse. Elle prolonge mon mémoire de master de sociologie sur le sujet de l'assurance-maladie que j'avais effectué en 2013 sous la direction du professeur Vincent Simoulin et qui s'intitulait « l'utilisation de la carte d'assurance-maladie : Une étude de cas à Hanoi, Vietnam ». Il était dans le cadre du diplôme MAPE (Management de l'action publique et des entreprises) codélivré par l'Université de Toulouse Jean Jaurès et l'Université des Sciences sociales et humaines de Hanoi.

A la suite de ce mémoire, j'ai pu proposer un projet de recherche qui m'a permis d'obtenir une bourse de l'Agence universitaire de la francophonie pour faire un doctorat de Sociologie à l'Université de Toulouse 2 Jean Jaurès. Cette bourse m'a permis de faire trois séjours de six mois à Toulouse en 2013, 2014 et 2015. Ces séjours avaient pour objectif de m'intégrer dans un laboratoire de recherche, le CERTOP (Centre d'Etude et de Recherche Travail Organisation Pouvoir, UMR 5044 CNRS) et de me permettre de préparer les terrains au Vietnam puis d'analyser les données collectées.

Nous verrons tout d'abord le cadre global de la recherche, puis les méthodes utilisées et enfin le déroulement des enquêtes.

I. Le cadre global de la recherche

La recherche a été réalisée sur deux terrains dans une perspective comparative. Elle a été menée dans le cadre d'un projet de recherche national codirigé par l'un de mes codirecteurs dans cette thèse.

I. 1. Le choix des terrains

La recherche a été réalisée à Hanoi à Hung Yen, soit dans la capitale du Vietnam, une ville très bien pourvue en structures hospitalières et sociales, et dans une ville de province.

Fondée en 1010, Hanoi est une ville ancienne et vaste. Elle est la capitale du Vietnam, le centre administratif, politique, religieux, culturel scientifique et technologique du pays, et une ville très importante pour les échanges économiques et internationaux, notamment sur le plan universitaire. Sa superficie est de 3.324,92 km^2 et sa population est de plus de 7 millions d'habitants. Les secteurs des services représentent 54% de l'activité économique, ceux de l'industrie et de la construction 41,5% et celui de l'agriculture 4,5%[26].

Elle est située au nord du pays, sur les rives du fleuve Rouge, relativement à proximité de la frontière du pays avec la Chine (au Nord) et de celle avec le Laos (à l'Est). Hanoi est contiguë avec les provinces de Thainguyen et de Vinhphuc en nord, de Hanam et de Hoabinh au sud, de Bacgiang, Bacninh et Hungyen à l'est et de Phutho à l'ouest. Elle est divisée en une cité municipale, Sontay, et 10 districts, Badinh, Caugiay, Dongda, Haibatrung, Hoankiem, Hoangmai, Longbien, Tayho, Thanhxuan, Hadong[27].

[26]http://cand.com.vn/Su-kien-Binh-luan-thoi-su/Thu-nhap-binh-quan-dau-nguoi-cua-Ha-Noi-khoang-3-600-uSd-374700/

[27] https://hanoi.gov.vn/diachihanoi/-/hn/RtLibd2X8kEn/1001/124742/gioi-thieu-tong-quan-va-khai-quat-ve-ia-li-thanh-pho-ha-noi.html;jsessionid=S9uVF0ChayV75KH9pVfKqRbe.app2

Carte 1 : Hanoi

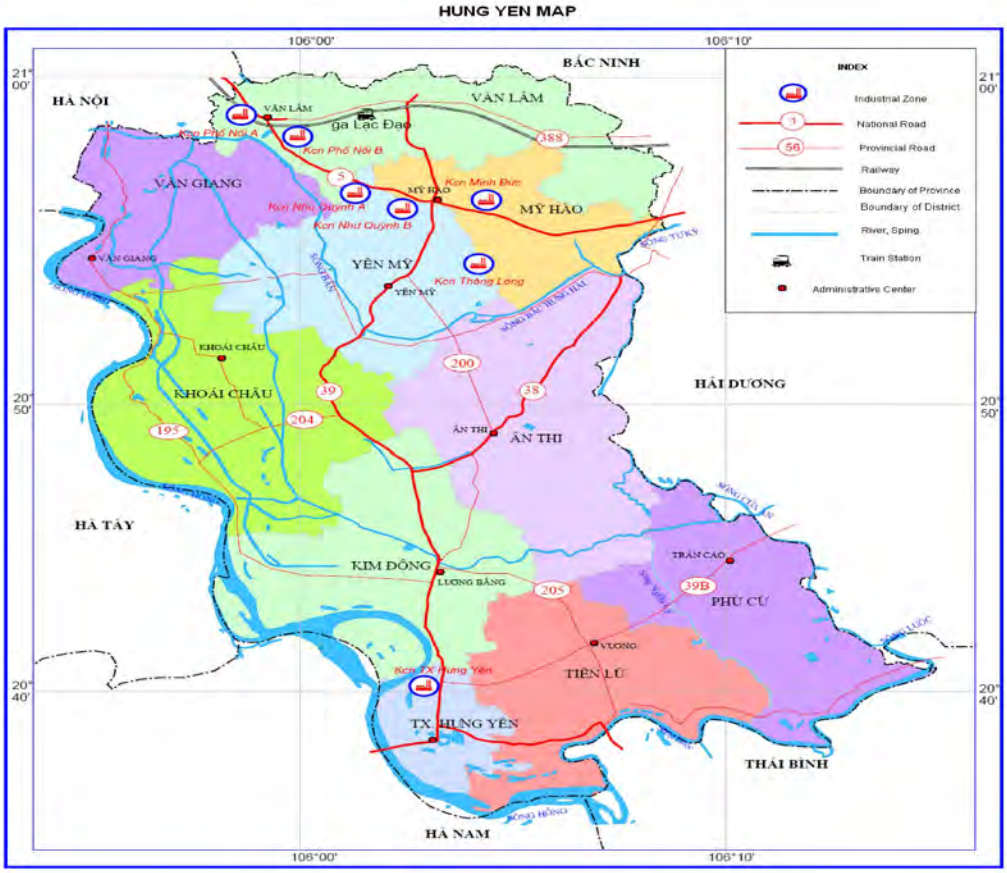
Source : https://datnenbinhduong.vn/ban-do-ha-noi-moi-nhat.html

La recherche a été plus particulièrement conduite à Thanhcong, un arrondissement du district Ba Dinh. Sa superficie est de 0,64 km^2 et il compte 14 quartiers résidentiels soit à peu près 8000 familles.

Hungyen est une province située à 64 kilomètres de Hanoi. Elle est contiguë avec les provinces de Bacninh au nord, Haiduong à l'est, Thaibinh au sud et avec la capitale Hanoi à l'ouest[28]. Hungyen a une superficie de 923,09 km², sa population est de près de 1,2 millions d'habitants. Elle compte une ville, Hungyen, une cité municipale, Myhao et 8 districts, Anthi, Khoaichau, Kimdong, Phucu, Tienlu, Vangiang, Vanlam et Yenmy[29]. Les secteurs des services représentent 37,47% de l'activité économique, ceux de l'industrie et de la construction 48,98% et celui de l'agriculture 13,54%[30].

[28] http://tphungyen.hungyen.gov.vn/portal/Pages/2010-12/Thanh-Pho-Hung-Yen-7ae3894785d6fda4.aspx
[29] http://baohungyen.vn/dat-va-nguoi-xu-nhan/200505/Tong-quan-ve-Hung-yen-93532/
[30] http://tuyengiaohungyen.vn/bai-viet/nhap-dvpk.aspx

Carte 2 : Hungyen



Source : http://chanhxechuyenhang.vn/chi-tiet-dich-vu/chanh-xe-hung-yen-xe-tai-chuyen-hang-di-hung-yen-67.html

La recherche a été plus particulièrement conduite à Lythuongkiet, un arrondissement du district Yenmy. Sa superficie est de 7.73 km² et il compte 6628 habitants.

Nous avons choisi Hungyen et Hanoi comme les deux terrains de recherche parce que Hungyen est relativement proche de Hanoi et il est donc facile de s'y déplacer. De plus, les deux terrains permettent de discriminer entre une zone urbaine et une zone plus rurale. Par exemple nous voulions définir les différences d'adhésion et d'utilisation de la carte d'assurance-maladie des citoyens des deux zones, dans les conditions de soin et de traitement des maladies, dans les réalisations de la politique d'assurance-maladie.

II. 2. L'insertion dans un projet de recherche

De plus, la faculté de Sociologie de l'Université des Sciences sociales et humaines de Hanoi a eu entre 2011 et 2015 un projet de recherche nationale sur *« Les orientations de*

perfectionnement du système de la sécurité sociale et de l'assurance sociale du Viet Nam dans les nouvelles conditions » (code KX.04.17/11-15 dont j'ai été membre. Le professeur encadrant TRINH Van Tung joue le rôle de directeur adjoint de ce projet. En tant que membre, j'ai pu bénéficier des données produites en la matière durant un an et demi dans 12 provinces dont Hanoi et Hochiminh Ville, Cantho, Daklak, Danang, Nghean. Hungyen. De plus, j'ai construit également dans ce cadre les enquêtes et les entretiens approfondis pour interviewer les habitants à Hanoi et Hungyen.

L'objectif de ce projet était l'évaluation de l'état des effets de la politique de la sécurité sociale et de la protection sociale au Vietnam. On a recueilli les commentaires de gestionnaires, de chercheurs scientifiques et de citoyens afin de faire des recommandations pratiques pour le développement de la politique de la sécurité sociale et de la protection sociale au Vietnam. Ce projet a mentionné les expériences mises en place par certains pays dans le monde pour construire et mettre en œuvre les politiques de la sécurité sociale et de la protections sociale ; le statut du système de la sécurité sociale et de la protection sociale au début du XXIe siècle, les facteurs influant sur ce système ; les opinions et les solutions pour améliorer le système de la sécurité sociale et de la protection sociale (période de 2015 à 2020 jusqu' à 2030).

Les recherches ont eu lieu dans 4 provinces et villes : l'arrondissement Thanhcong à Hanoi ; le quartier 13 à Hochiminh ville ; la commune Huala à Sơnla et la commune Phuhung à Cà Mau. Dans chaque province et ville, l'équipe responsable de ce projet de recherche a fait 175 questionnaires.

En juillet 2013, nous avons construit l'enquête donc je devais lire beaucoup de documents de l'assurance-maladie. J'ai été chargé de faire 175 questionnaires dans l'arrondissement de Thanhcong, Hanoi, en octobre 2013. Après discussion avec l'équipe, on y a choisi 3 quartiers résidentiels avec une grande diversité de professions. Dans le premier et le deuxième quartier, on a fait dans chaque quartier 60 questionnaires et dans le troisième 55 questionnaires. Les répondeurs sont les maris ou leur femme dans les familles qui ont choisi de se faire soigner dans différents hôpitaux. La commission et le professeur TRINH Văn Tung, le directeur adjoint, ont accepté d'utiliser les informations collectées durant cette enquête pour ma thèse.

En novembre 2013 je suis parti à Toulouse pour faire la thèse pendant cinq mois. En avril 2014 je suis revenu au Vietnam et j'ai choisi la commune Lythuongkiet du district Yenmy de Hungyen pour faire les enquêtes et les entretiens approfondis particuliers. Je les ai réalisés en mai 2014 avec dix stagiaires. Ils sont les étudiants de 4ème année de la licence de la faculté de Sociologie de l'Université des Sciences sociales et Humaines de Hanoi à qui je donnais des cours de sociologie générale. J'ai sélectionné directement les 10 meilleurs étudiants pour m'aider sur le terrain et même leur donner la condition de pratiquer les compétences de réaliser des questionnaires et des entretiens approfondis. Moi et eux, nous avons fait 327 questionnaires à Hungyen.

Dans la commune Lythuongkiet, nous avons choisi 10 quartiers résidentiels et fait 30-35 questionnaires dans chaque quartier résidentiel. Les répondeurs sont les maris ou leur femme dans les familles et ils ont été sélectionnés par hasard.

À Hanoi, j'ai fait seul les entretiens approfondis durant les périodes où je n'étais pas à Toulouse en 2014 et 2015. À Hungyen, en mai 2014, avec les médecins, les infirmiers et les cadres dans le système d'assurance maladie, j'ai fait directement les entretiens approfondis. Avec les citoyens, moi et les 10 stagiaires nous avons fait 150 entretiens approfondis. J'ai contrôlé et vérifié les 10 stagiaires donc les informations collectées sont riches et garanties.

Des notes ont été prises durant tous les entretiens approfondis. On n'a pas enregistré tous les entretiens approfondis à cause du manque de magnétophones et parce que les répondants sont mal à l'aise. Il était préférable de prendre des notes pour qu'ils parlent plus librement.

Les chiffres collectés ont été entrés et traités par le programme SPSS 18.0. Avec l'aide de deux stagiaires, j'ai enregistré les chiffres récoltés dans le programme SPSS. Après vérification, le programme m'a permis de calculer des statistiques comme la fréquence, les tableaux croisés et les régressions pour avoir des informations intéressantes pour les résultats de ma thèse. Cela peut correspondre simplement à des pourcentages, comme ceux des citoyens ayants la carte, ou plus complexes comme la comparaison entre les deux zones ou entre les deux sexes.

Enfin, en matière de données de seconde main, la recherche a pu profiter des bases de données chiffrées publiées par les services concernés du ministère de la Santé et du ministère du Travail, des Invalides et des Affaires Sociales, des services municipaux concernés, des données statistiques offertes par le Département Général des Statistiques, ainsi que des textes publiés dans les actes de colloques, nationaux et internationaux...

II. Les méthodes utilisées

En termes de données de première main qui jouent le rôle essentiel dans la présente étude empirique, la recherche utilise les outils précédemment définis comme : des entretiens approfondis, des « focus group », l'observation participante et des questionnaires semi-directifs. Les questionnaires nous ont permis d'avoir des informations précises et les autres méthodes de mieux comprendre les opinions et représentations des personnes.

II. 1. Méthode de construction du questionnaire

Les chiffres mentionnés tout au long de cette thèse ont été en partie collectés grâce à 502 questionnaires. Les intervieweurs prenaient les questionnaires et demandaient directement aux répondants au lieu de les leur donner et leur laisser répondre seuls. Cette méthode coûte plus de temps et d'efforts mais les informations et les résultats étaient plus complets, mieux garantis et plus fiables. C'était important, en particulier dans la zone rurale de Hungyen, où le niveau d'éducation est plus faible qu'à Hanoi et où les citoyens rencontraient des difficultés pour comprendre les questionnaires et y répondre.

175 questionnaires ont été réalisés dans l'arrondissement de Thanhcong, rattaché à la ville de Hanoi, et 327 dans la commune de Lythuongkiet, ville de Hungyen. Le modèle du questionnaire est identique sur ces deux terrains et a visé à comparer les réponses du groupe de citoyens ayant la carte d'assurance maladie à celui qui ne l'avait pas. En référence aux études précédentes sur l'assurance maladie et en tenant compte des échanges, des discussions, des avis des experts et des enseignements de l'enquête exploratoire, nous avons construit un tableau de demandes sur le domaine de l'assurance maladie comprenant 35 questions divisées

en trois parties principales : informations générales, conditions de vie du ménage, assurance-maladie (cf. annexes).

Pour les participants ayant déjà la carte d'assurance maladie, pour exploiter les informations de façon parfaite, les chiffres collectés ayant été entrés et traités par le programme SPSS 18.0, il nous faudra dans la thèse chercher à déterminer les index ci-dessous et les relations entre ces variables :

- Type de carte d'assurance maladie
- Niveau d'utilisation de la carte d'assurance maladie dans les soins médicaux
- Cas d'utilisation de la carte d'assurance maladie
- Évaluation des détenteurs de la carte sur la qualité des services d'examens et de soins médicaux lors de l'utilisation de la carte d'assurance maladie
- Évaluation des détenteurs de la carte sur les procédures d'examens et de soins médicaux par la carte d'assurance maladie
- Évaluation des détenteurs de la carte sur le niveau de paiement des frais de l'assurance maladie pour les services d'examens et de soins médicaux lors de l'utilisation de la carte d'assurance maladie
- Difficultés rencontrées lors de l'utilisation de la carte d'assurance maladie
- Intérêt de la participation à l'assurance maladie selon les participants
- Niveau de satisfaction sur la politique de l'assurance maladie

Pour les participants n'ayant pas la carte d'assurance maladie, il nous faudra rechercher les raisons de cette situation.

Puis, pour mieux connaître et analyser les avis, les remarques, la conscience, les connaissances générales des citoyens sur le domaine de l'assurance maladie, nous avons élaboré certaines questions destinées aux deux groupes de citoyens, ceux qui ont et ceux qui n'ont pas de carte d'assurance maladie, qui portent sur :

- Évaluation du niveau de paiement de la carte d'assurance maladie
- Évaluation du niveau de nécessité de la participation à l'assurance maladie

- Évaluation de la qualité des équipements et des soins médicaux dans les centres d'examens des lignes
- Évaluation de la qualité des examens et des soins médicaux dans les centres d'examens et de soins médicaux des lignes
- Solutions pour renforcer la participation à l'assurance maladie
- Intention de participer ou de continuer de participer à l'assurance maladie à l'avenir

Les 502 personnes qui ont répondu aux questionnaires ont été choisies selon la modalité du hasard et respectent les répartitions suivantes en matière de genre, de niveau d'instruction et de profession :

Tableau n° 1 : répartition proportionnelle par genre en %

Genre	**Hanoi**	**Hung Yen**
Masculin	39.4	41.9
Féminin	60.6	58.1

Tableau n° 2 : répartition proportionnelle par niveau d'instruction en %

Niveau d'instruction	**Hanoi**	**Hung Yen**
Analphabète	*0.0*	*0.6*
École primaire	*1.7*	*10.4*
Collège	*8.6*	*39.9*
Lycée	*12.6*	*31.3*
École secondaire	*37.1*	*13.5*
Université, école supérieure	*40.0*	*4.3*

Tableau n° 3 : répartition proportionnelle par profession en %

Profession	**Hanoi**	**Hung Yen**
Agriculteur	*1.7*	*51.7*
Ouvrier	*12.7*	*10.1*
Cadre en retraite	*31.8*	*12.5*
Cadre et fonctionnaire de l'État	*22.0*	*8.0*
Affaires	*17.3*	*11.6*
Fonctionnaire de l'entreprise hors de l'État	*14.5*	*0.9*
Autres	*0.0*	*5.2*

II. 2. Méthode de construction du guide des entretiens approfondis

Pour avoir des informations plus précises sur les aspects positifs et les limites des politiques d'assurance-maladie, nous avons choisi la méthode des entretiens approfondis. Grace à cette méthode, on peut obtenir les informations utiles sur le point de vue des médecins, des cadres de l'assurance-maladie et les citoyens que la méthode du questionnaire ne peut pas nous donner. Les idées, les jugements, les évaluations que les questionnaires ne permettaient pas encore d'aborder seront plus clairs avec les entretiens approfondis.

Nous avons construit trois guides pour les entretiens approfondis destinés aux trois populations étudiées : les patients, les médecins et les cadres du système d'assurance maladie. Nous avons réalisé 175 entretiens approfondis des patients et 30 entretiens approfondis des médecins, des infirmiers et des cadres du système d'assurance maladie selon les répartitions suivantes :

Tableau n° 4 : répartition proportionnelle par statut des interviewés

Profession	Hanoi	Hung Yen	Total
Médecin	10	5	15
Infirmier/è	3	2	5
Cadre de l'AM	7	3	10
Citoyen	25	150	175
Total	45	160	205

Tableau n° 5 : répartition proportionnelle par genre des interviewés en %

Genre	**Hanoi**	**Hung Yen**
Masculin	41.1	45.8
Féminin	58.8	54.1

Tableau n° 6 : répartition proportionnelle par niveau d'instruction des interviewés en %

Niveau d'instruction	**Hanoi**	**Hung Yen**
Analphabète	*0*	*0*
École primaire	*2.3*	*20.8*
Collège	*11.7*	*22.5*
Lycée	*21.1*	*37.5*
École secondaire	*27.05*	*10.8*
Université, école supérieure	*37.6*	*8.3*

La construction du guide des entretiens approfondis a aussi été discutée lors de plusieurs séances, après des essais des guides d'entretien et après demande d'avis des experts. Pour chacune des trois populations étudiées, l'auteur a développé des questions détaillées, concentrées sur cette population pour pouvoir exploiter pleinement le contenu des entretiens et obtenir les informations de la manière la plus efficace.

En termes de terrains d'études, la recherche s'est déroulée dans les hôpitaux publics et dans les quartiers pauvres de Hanoi et de Hungyen où il existe beaucoup d'acteurs non-bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie publique. Des observations du comportement des patients ont été conduites dans les grandes pharmacies où ils achètent des médicaments et

en des entretiens ont été réalisés auprès des pharmaciens et enfin dans les guichets de remboursement des frais hospitalisés et de médicaments.

Nous avons choisi de développer notre travail de recherche sous l'angle d'une approche « bottom up », car il nous semblait pertinent d'observer le déploiement de cette logique gestionnaire « par le bas », d'analyser les effets de ces politiques publiques à la fois sur les acteurs chargés de les mener et les gouvernés. Nous nous proposions de mener une analyse « bottom-up » des conflits et tensions sociaux à partir de la définition de l'action des groupes sociaux non-bénéficiaires et non-bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie publique. Nous entendions ainsi saisir leurs besoins, leurs attentes, leurs objectifs, leurs moyens et leur rationalité ou plutôt leur logique dans l'achat de ce produit public. À partir de là, nous analyserons les interactions entre les derniers et d'autres acteurs comme l'État, les médecins, les entreprises pharmaceutiques et les assureurs privés qui se combinent pour construire le système d'assurance-maladie du Vietnam. Pour ce faire, la recherche a aussi reposé sur des entretiens approfondis auprès des autorités centrales et locales en matière d'assurance-maladie publique, des médecins, des entrepreneurs pharmaceutiques, des assureurs privés.

En référence à la présente politique d'universalisation de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie adoptée par le Gouvernement vietnamien à l'heure actuelle, la présente recherche consiste *à analyser et à expliquer de la manière la plus exhaustive possible les conflits sociaux et tensions entre les groupes d'intérêt divers.* Le sujet de recherche est d'essayer de comprendre *quels sont les conflits et tensions sociaux à travers la mise en œuvre de cette politique d'encouragement de l'achat volontaire de la carte d'assurance-maladie publique.*

III. La réalisation des enquêtes

En ce qui concerne la réalisation des enquêtes, cette section analyse la façon dont elles se sont déroulées dans les différents lieux, les avantages et les difficultés rencontrées.

III. 1. L'arrondissement de Thanh Cong, ville de Hanoi

Comme l'auteur vit en ce moment dans cette zone, la situation était très favorable pour la réalisation des enquêtes, ce qui a permis de gagner plus de temps et d'efforts. Avec des caractéristiques d'un dortoir collectif composé de plusieurs segments de population, diverses professions et l'âge, les informations obtenues sont très variables et multidimensionnelles. Moi et une collègue avons sélectionné deux moments dans la journée pour réaliser l'interview, soit le matin du samedi et du dimanche soit le soir après le dîner quand les personnes rentrent chez elles après leur travail et peuvent consacrer plus de temps à répondre au questionnaire et à l'entretien approfondi.

À côté des avantages mentionnés ci-dessus nous avons rencontré aussi quelques difficultés pour certains qui répondaient pour la première fois à une enquête. On ne pouvait pas éviter des malentendus et des doutes. Dans certains cas, nous devions expliquer en détail les questions aux répondeurs. Nous expliquions toujours que la réponse ne servait qu'au but de la recherche et que les données recueillies seraient toujours anonymes. Comme l'interview par l'enquête ce n'est pas un référendum, il y avait des ménages qui ont refusé de répondre car ils étaient occupés, nous devions les rencontrer une autre fois, ou demander à d'autres ménages.

Enfin, pour chaque enquête et entretien approfondi, nous offrions aux personnes interrogées un petit paquet de savon à lessive pour les remercier de leur entrevue.

III. 2. La commune Ly Thuong Kiet, province de Hung Yen

C'est un endroit loin de Hanoi (environ 100 km). Le nombre des habitants de la commune ayant la carte d'assurance maladie reste une grande proportion, ce qui était très favorable au but de rechercher des évaluations des participants à l'assurance maladie sur la qualité d'examens et des soins médicaux par l'assurance maladie. Mais comme l'hôpital est loin, les habitants hésitent à y aller et on achète plutôt des médicaments dans la pharmacie par soi-même sans ordonnance lors d'une maladie généralement bénigne.

Avant d'aller dans cette région pour faire l'enquête, nous avons contacté le Président de la commune pour l'informer et lui demander son avis. Il était très ouvert et a créé de meilleures conditions pour que le groupe puisse bien faire l'enquête. Nous avons été accompagnés par

les cadres du village, de la commune, de l'association des jeunes qui nous ont indiqué et présenté des ménages, puis ils nous ont laissé échanger avec eux pour faire les questionnaires de l'enquête et les entretiens approfondis. Notre groupe de recherche a habité chez les membres de la commune. Le contact afin de faire les entretiens et la circulation étaient aussi plus commodes.

Beaucoup de personnes ont connu la nouvelle qu'il y avait une association de recherche allant à leur village par une annonce de la station de radio de la commune et le personnel du village, de la commune, alors ils étaient très enthousiastes et ouverts lors de l'entrevue. Nous sommes allés dans les champs ou un café proche, afin de réaliser des interviews. Nous commencions par une présentation claire sur la biographie (travail, lieu de travail) pour que les gens sachent précisément qui nous étions et quels étaient les buts de l'enquête, pour les aider à comprendre leurs droits dans le partage des informations. Nous déclarions clairement les principes de confidentialité et l'anonymat dans l'interview.

Dans le processus d'interview, certains n'étaient pas familiers avec cette forme d'enquête sociologique. D'abord ils étaient assez timides et ont hésité à partager des informations, mais nous sentions toujours une attitude sympathique, amusée, sincère et sérieuse. Certains répondeurs se sont intéressés particulièrement à des aspects spécifiques dans le contenu. Parfois ils se focalisaient trop sur ce contenu, conduisant à la narration, à un partage hors de sujet. Nous essayions toujours de les écouter mais aussi de mener l'interview en revenant aux thèmes nécessaires sans affecter la rencontre, sans offenser les gens interrogés.

Dans le processus d'entrevue, elle pouvait être refusée ou suspendue parce que les répondants étaient occupés comme faire le ménage, baby-sitter pour enfant/petit-enfant ... donc nous avons travaillé ensemble ou les avons aidés pour qu'ils soient en mesure de réaliser des interviews. Et comme à Hanoi, avec chacun questionnaire ou entretien approfondi, nous offrions un petit paquet de savon à lessive pour les remercier de leur entrevue.

III. 3. Avantages et difficultés dans le processus d'entretien approfondi des cadres chargés de l'assurance maladie

Grâce à la connaissance et à la présentation, nous nous sommes approchés de certains cadres chargés de l'assurance maladie au bureau d'assurance maladie de l'arrondissement de Tay Ho, du district de Ba Dinh, au bureau d'assurance maladie de la ville de Hanoi et dans la commune de Ly Thuong Kiet, du quartier de Yen My. Les entretiens approfondis ont été réalisés au bureau, à la maison et au café. Nous avons toujours encouragé les répondants à participer à l'entretien à leur maison ou au café parce que s'il se passe au bureau, ce sera moins naturel. Les répondants se sentaient moins en sécurité et on ne peut pas éviter le manque d'ouverture et d'honnêteté dans le processus d'entrevue.

Les responsables de l'assurance maladie sont des experts dans l'assurance maladie, comprenant bien la politique, les points forts et faibles du système d'assurance-maladie et du coup l'exploitation des informations était plus difficile. Cela exigeait que les enquêteurs doivent maîtriser les règles, les politiques et les pratiques de l'assurance maladie pour choisir et trier des informations utiles pour la thèse. Voire avec une question, nous devions parfois la poser plusieurs fois pour obtenir les informations les plus précises.

III. 4. Avantages et difficultés dans le processus d'entretien approfondi des médecins

Nous avons effectué des entretiens approfondis des médecins à Hanoi grâce aux connaissances et à l'introduction des amis et des proches des familles. Des entretiens ont été faits à l'hôpital ou chez le médecin.

En général, les questions clés utilisées dans le processus d'entretien approfondi étaient axées sur leur appréciation des examens et des soins médicaux par la carte d'assurance maladie, et sur certains indicateurs tels que les qualifications / compétences des médecins, l'attitude de servir des cadres médicaux. Les informations obtenues chez les médecins sont bien sûr subjectives. Lorsqu'on a posé ces questions, nous prenions attention à utiliser une combinaison des méthodes d'observation avec le processus d'entrevue. Il fallait en particulier faire attention aux gestes, aux sentiments ou aux intonations des répondants, dans le cas où

les paroles des répondants étaient en conflit apparent avec leurs sentiments et leurs gestes, nous pouvions poser quelques questions supplémentaires. En outre, on a combiné la collection des données, les informations officielles fournies par l'hôpital.

Avant l'entrevue, j'arrivais souvent tôt pour observer et demander aux patients afin de savoir comment était la situation d'utilisation de la carte d'assurance maladie dans cet hôpital lors des examens et des soins médicaux. Si l'information obtenue était importante, on allait demander aux médecins pour les vérifier et voir s'ils partageaient les avis des patients sur la réalité des examens et des soins médicaux. Comme les médecins sont des professionnels médicaux, des questions liées aux professionnels de la santé et des services médicaux obtenus par la carte d'assurance maladie étaient parfois contraires à celles des patients. La réponse des médecins ne coïncidait même pas souvent avec celle des patients que nous avions interrogés avant.

* *
*

L'enquête a été menée pendant une longue période de 2013 jusqu'à 2015 avec des questionnaires que des experts ont validés, donc je suis assez confiant sur les résultats du terrain. Avec la mission du chercheur du projet national et même le doctorat, j'ai eu une grande expérience pour faire les enquêtes par les questionnaires et les entretiens approfondis. Le moment, le lieu pour faire les enquêtes et même les attitudes des intervieweurs sont des éléments essentiels à la réussite des enquêtes. Si je devais les refaire, je voudrais faire un plus grand nombre de questionnaires pour que les résultats soient plus riches.

PARTIE I

La politique vietnamienne de l'assurance-maladie

Cette première partie a pour objectifs de donner les éléments de contexte nécessaires à la compréhension de cette thèse.

Le premier chapitre présente à cette fin un certain nombre de données géographiques, historiques, économiques et sociales sur le Vietnam. La mise en place d'un système universel d'assurance-maladie dans ce pays ne peut en effet se comprendre sans une prise en compte des caractéristiques géographiques d'un pays très étendu et très divers où il n'est pas facile d'assurer une couverture médicale de qualité et uniforme pour toute la population. Elle ne peut pas non plus s'analyser sans prendre en compte le poids de l'histoire dans un pays souvent et longtemps occupé dont le système politique est aujourd'hui marqué par le poids du parti communiste du Vietnam (PCV) et dont un objectif essentiel est aujourd'hui d'articuler la réalisation du socialisme et l'ouverture au marché.

Le second chapitre décrit l'histoire de la sécurité sociale au Vietnam, laquelle constitue l'une des plus grandes préoccupations du Parti communiste du Vietnam (PCV) et de l'Etat vietnamien. C'est la raison pour laquelle les autorités centrales ont émis et fait exécuter un grand nombre de politiques de protection sociale relatives aux soins, aux soutiens accordés aux familles pauvres, aux invalides de guerre, aux chômeurs, aux personnes âgées… à ceux qui manquent de sources de revenus permanents[31]. Cependant, le système de sécurité sociale du Vietnam se confronte toujours à de nombreux défis, en particulier dans le domaine des soins de santé aux personnes les plus démunies.

Le troisième chapitre a pour buts de décrire précisément le système de soins en vigueur au Vietnam, les modalités de calcul du prix des soins, le mode de remboursement et le type de couverture selon les catégories de population. Il présente également le système

[31] http://dangcongsan.vn/tu-lieu-van-kien/tu-lieu-ve-dang/sach-chinh-tri/books-2928201510064846/index-192820151000374665.html

des hôpitaux selon les niveaux territoriaux. Il rappelle enfin les principaux enseignements des études menées au Vietnam sur l'assurance-maladie et les évolutions des lois et des politiques.

CHAPITRE 2

LE VIETNAM : données géographiques, historique et économico-sociales

Ce chapitre présente les principales caractéristiques géographiques et démographiques du Vietnam. Il décrit également le système politique et rappelle quelques traits de l'histoire du Vietnam qu'il est important de connaître pour bien comprendre le sujet de la thèse. Si la superficie et la position géographique sont fixées depuis longtemps, le Vietnam a en effet connu de forts changements en ce qui concerne la population, l'économie, l'organisation politique et cela a un grand impact sur le réseau de santé et de l'assurance maladie.

I. Les caractéristiques géographiques et démographiques du Vietnam

La géographie du Vietnam est celle d'un pays très étendu, dont le Nord et le Sud sont très différents. Il est très peuplé, sa population est très jeune et la densité de peuplement est très inégale, le Nord et le Sud concentrant la plus grande partie de la population. L'organisation territoriale du Vietnam distingue différents niveaux : le niveau provincial, le niveau des districts et celui des communes.

I. 1. Un pays long et étendu

Le Vietnam est dans le sud-est de la péninsule indochinoise. La longueur de ses frontières terrestres est de 4.639 kilomètres. La frontière vietnamienne est contigüe au golfe du Siam au sud, au golfe de Tonkin et à la mer d'Orient à l'est, à la République populaire de Chine au nord, au Laos et au Cambodge à l'ouest. Le Vietnam a la forme d'un "S" étiré, dont les extrémités sont distantes du Nord au Sud (à vol d'oiseau) de 1.648 kilomètres et la bande la plus étroite de l'est à l'ouest est de 50 kilomètres.

Carte 3 : le Vietnam et ses villes

Source : http://www.vietnamvert.com/Carteduvietnam/Carte%20du%20Vietnam_villes.pdf

La côte du Vietnam est longue de plus de 3.260 kilomètres, sans tenir compte des îles. Outre ses eaux intérieures, le Vietnam revendique en effet 12 lieues marines de la mer territoriale, 12 lieues marines de la zone contiguë à la mer territoriale, 200 lieues marines de la zone économique exclusive et enfin le plateau continental. Ces droits souverains et le droit de juridiction font que le Vietnam occupe environ 1.000.000 km² de la mer d'Orient.

Du fait de sa grande longueur, le relief, le climat et les paysages du Vietnam sont très prononcés et varient beaucoup. Les zones montagneuses (hauts plateaux, jungles) recouvrent plus des trois-quarts du territoire, ce qui représente un défi pour l'aménagement du territoire, l'accession à une véritable égalité des citoyens et le développement des services et des structures de santé.

Selon Aurélie Piechaud, on peut distinguer trois grandes régions sur le plan géographique et climatique :

> « 1/ le Bac Bô (Nord), comprend une zone montagneuse (le mont Phan Si Pan culmine à 3142 m), qui entoure la plaine et le delta du fleuve Rouge.
> 2/ le Trung Bô (Centre), parcouru par la Cordillère Annamitique, descend en pente douce vers le Sud et le Sud-Ouest, et de façon plus abrupte à l'Est, laissant place à une mince bande de terre longeant la côte.
> 3/ le Nam-Bô (Sud), constitué pour l'essentiel de la vaste plaine du delta du Mékong »[32].

Le climat est tropical et très humide. Les moussons partagent l'année entre une saison sèche au premier semestre (décembre à juin) et une saison humide avec des pluies fortes et fréquentes au second semestre (juillet à fin septembre). Au nord du Vietnam, cette

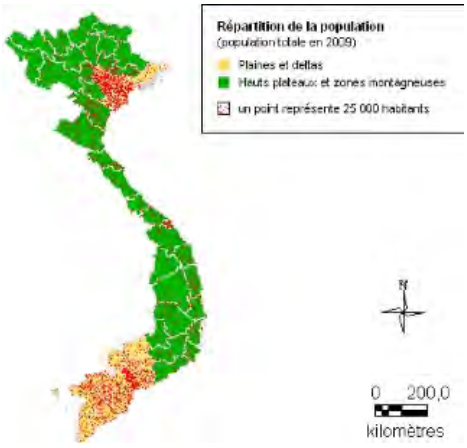
[32] www.memoireonline.com/12/11/5004/Vietnam-2009-les-facteurs-de-sante--acces-aux-services-de-base.html

alternance est moins forte entre les saisons. L'hiver y est plus court, mais aussi plus froid, et humide et les températures varient fortement selon les saisons puisque elles oscillent entre 10 et 35 degrés. Au sud, le phénomène des moussons se fait davantage sentir, les températures sont proches de 30 degrés toute l'année, le climat de mousson est sec entre novembre et avril, puis humide entre mai et octobre[33].

I. 2. Une population dense et inégalement répartie

Actuellement, la population totale du Vietnam, rurale à 70 %, est estimée à 93.421.835 millions d'habitants[34] et il est le pays le plus peuplé d'Asie du Sud-Est après l'Indonésie et les Philippines. Le Vietnam a une superficie de 331.212 km^2, soit environ 60% de celle de la France (547.000 km^2) qui compte moins d'habitants, et une forte densité moyenne de population (305 hab/km^2). Ce chiffre cache d'importantes variations selon les parties du pays : de 45 hab/km^2 pour la province de Lai Chau à 1926 et 3731 hab/km^2 respectivement pour les provinces comme Hô Chi Minh-Ville[35].

Carte 4 : répartition spatiale de la population en fonction du relief



Source : http://www.memoireonline.com/12/11/5004/Vietnam-2009-les-facteurs-de-sante--acces-aux-services-de-base.html

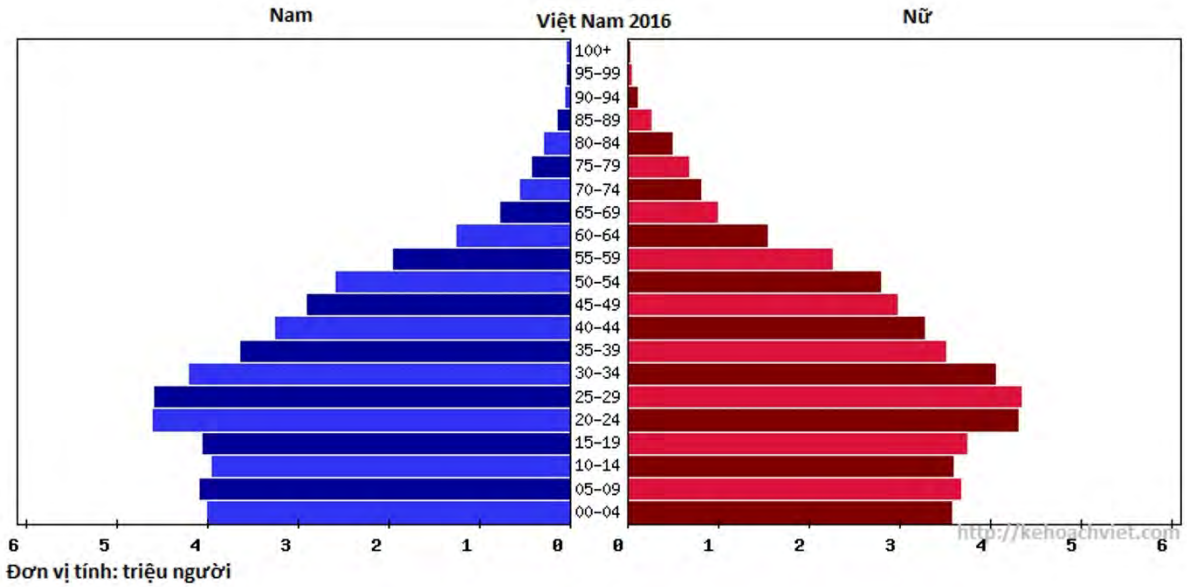
[33] *Ibid*.

[34] http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_hnj_Dp6IL0J:kehoachviet.com/thap-dan-so-viet-nam-2016/+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=fr&client=safari

[35] http://www.ngoctien.net/2015/01/thong-ke-dien-tich-dan-so-mat-o-cua-cac.html

La carte n° 2 met en évidence une inégale répartition de la population sur le territoire. Les plaines sont les zones les plus densément peuplées, et particulièrement les grands deltas du fleuve Rouge (et Hanoi) au nord et du Mékong (et Hô Chi Minh Ville) au sud, qui regroupent à eux deux près de 60 % de la population du pays. En dehors des plaines deltaïques du nord et du sud, on observe une densité plus importante le long de la côte que dans les zones intérieures et montagneuses[36].

Tableau 7 : la pyramide des âges au Vietnam en 2016



Source : http://kehoachviet.com/thap-dan-so-viet-nam-2016/

La pyramide des âges (tableau n° 1) montre une population très jeune, avec une forte représentation des personnes en âge de travailler. En 2016, le Vietnam a 58 millions d'habitants en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Il est dans l'époque de « la population en or » (deux travailleurs cotisent en moyenne pour une personne). Madame Urmila Singh, Représentante adjointe du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUP) a remarqué : « avec le changement de l'organisme de la population, le Vietnam entre dans

[36] *Ibid*.

l'époque de la population en or. L'époque particulière n'existe qu'une fois dans l'histoire du développement de n'importe quel pays »[37].

Pourtant, ce contexte représente un grand défi en matière de travail et de sécurité sociale, alors que la proportion des travailleurs formés reste faible. Environ 10% de la population en âge de travailler est au chômage, reçoit des revenus très bas ou travaille irrégulièrement.[38] L'indicateur de développement humain IDH (économie, formation et santé) atteint un niveau très bas par rapport au reste du monde (niveau 116/182). L'émigration de la campagne à la ville favorise une urbanisation très rapide et, d'autre part, fait une grande pression sur le système des infrastructures, des services sociaux, des logements, de l'environnement et en particulier le système sanitaire.

L'augmentation très rapide de la population expose les Vietnamiens au chômage, particulièrement les jeunes, mais aussi aux maladies et aux blessures. Évidemment, l'augmentation de la population et son rythme influent directement et indirectement sur l'augmentation des demandes sur le système sanitaire. C'est une motivation qui pousse ce système à développer. Pourtant, au Vietnam, le taux d'investissement dans les dépenses de santé est plus faible que la demande. En outre, la distribution des services sanitaires est déséquilibrée sur le territoire, en particulier entre la campagne et la ville, et désavantage certaines catégories de population. La disproportion entre les services de premier secours et ceux de traitement diminue l'efficacité des activités sanitaires.

De plus, la surcharge de travailleurs de bas niveau, dont la formation professionnelle est faible, mène à un excès des travailleurs non qualifiés alors que les ouvriers qualifiés deviennent rares. Les travaux généraux n'ont pas souvent d'assurance sociale, d'assurance maladie, le taux de participation à l'assurance maladie reste bas et il est très difficile de gérer ces catégories de population. Les problèmes de santé sont un

[37] https://www.wattpad.com/2254295-dân-số-việt-nam-thực-trạng-và-thách-thức
[38] http://www.tapchicongsan.org.vn/Home/PrintStory.aspx?distribution=19548&print=true

cauchemar pour ces personnes quand leurs bas revenus ne suffisent pas à payer les frais d'hospitalisation et lorsqu'ils ne disposent pas de la carte d'assurance maladie pour les aider.

I. 3. Organisation en provinces et districts

Selon l'article 118 du chapitre 8 de la Constitution du Vietnam adoptée en 1992, les unités administratives de la République socialiste du Vietnam sont réparties entre des provinces, des villes, des districts, des communes et des bourgs. On peut regrouper ces différentes unités en trois niveaux territoriaux :

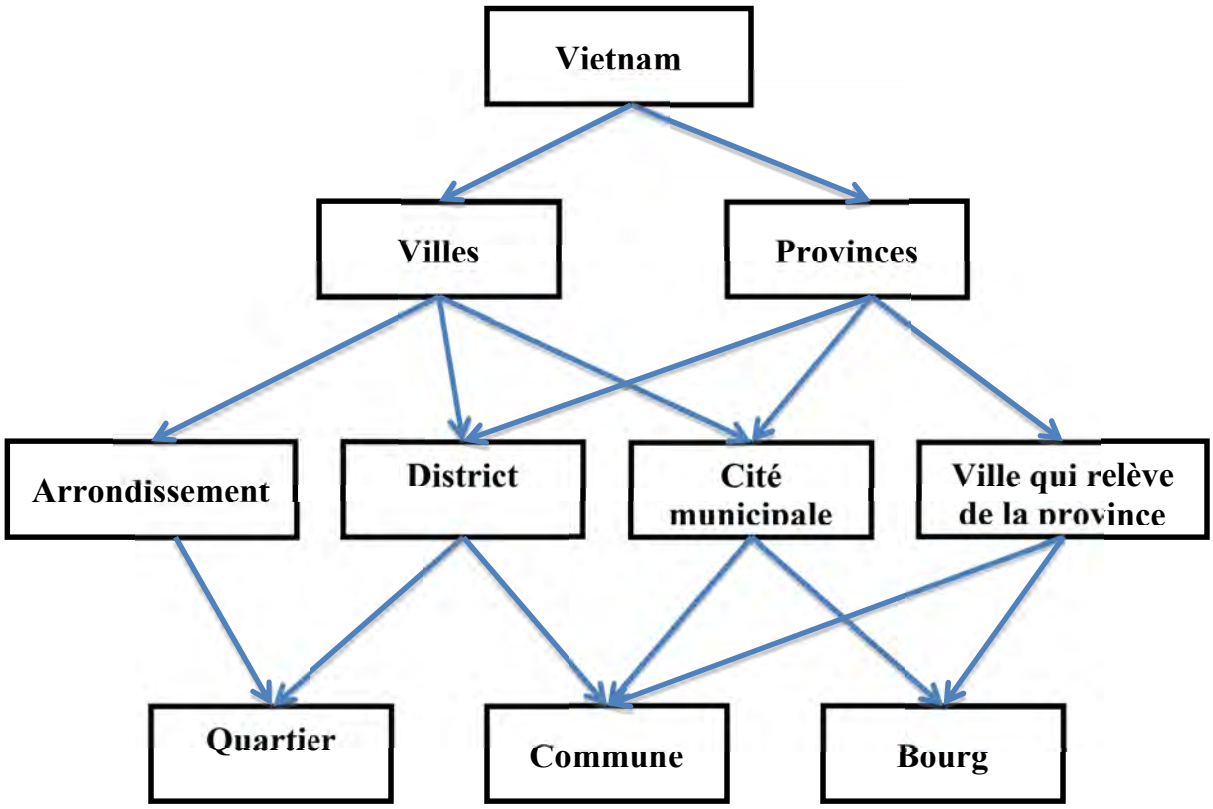
- Le niveau provincial : il comporte les provinces et certaines villes qui relèvent immédiatement du central. Après de nombreuses opérations de division et de rattachement, le Vietnam a aujourd'hui 58 provinces et 5 villes (Hanoi, Hochiminh-ville, Hai Phong, Da Nang, Can Tho) qui relèvent immédiatement du gouvernement central.

- Le niveau des districts : ce niveau a plusieurs noms différents, y compris « District », « Quartier », « cité municipale », « ville qui relève immédiatement de la province ». Chaque province est en effet divisée en districts et en villes qui relèvent immédiatement de son autorité (et sont divisés en quartiers et communes) et en cités municipales qui relèvent immédiatement du central (et qui sont elles aussi divisées en quartiers et communes). Chaque province est donc divisée en arrondissements, districts et cités municipales.

- Le niveau communal : c'est l'unité administrative au niveau fondamental. Il est nommé « commune », « quartier », « bourg » en fonction du niveau d'urbanisation. Chaque district est divisé en communes et en bourgs.

La fondation du Conseil populaire et des comités populaires dans les unités administratives est déterminée par la loi.

Schéma 1 : l'organisation territoriale du Vietnam



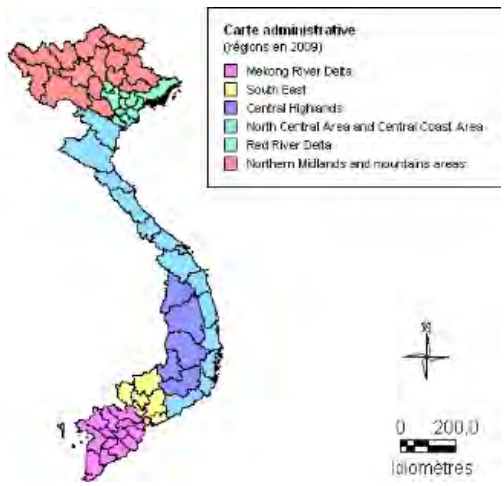
Source : Schéma réalisé par l'auteur

Ce schéma montre tout d'abord à quel point l'organisation territoriale du Vietnam est complexe et différenciée, ce qui s'ajoute aux différences des territoires à l'intérieur du Vietnam. La perfection et la division en niveaux de l'organigramme administratif du Vietnam actuelle sont très rationnelles. Chaque niveau territorial a une certaine indépendance et des responsabilités spécifiques dans la prise de décision, l'organisation et l'exécution des politiques. Les cadres et fonctionnaires sont répartis selon les niveaux. Mais il reste beaucoup d'insuffisances dans l'organisation, les organigrammes, les

procédures et mécanisme politique. La qualité des textes légaux reste faible, la promulgation des lois est assez lente et beaucoup de textes vont contre les prescriptions d'autres lois. Les procédures administratives ont connu des progrès, raccourcissent les processus, mais en général, elles sont complexes, tourmentées. Il y a encore de grandes différences entre les territoires dans l'application des lois. Elles sont telles que mettre en place un système d'assurance-maladie uniforme est un défi.

L'organigramme administratif garde des aspects irrationnels. Il n'a notamment pas encore distingué clairement le modèle d'organisation gouvernemental entre les aires urbaines et rurales. L'organigramme administratif est lourd, il reste des chevauchements en matière de gestion ou de mission ou des possibilités de se repasser la responsabilité. La qualité des cadres et fonctionnaires s'est souvent renforcée professionnellement mais il reste des limites en matière de professionnalisation. Le mécanisme administratif de l'État n'est pas vraiment séduisant pour attirer et garder des personnes talentueuses, pour surmonter le manque ou parfois l'excès de cadres dans les organigrammes.[39]

Carte 5 : les régions administratives du Vietnam en 2009



Source : http://www.memoireonline.com/12/11/5004/Vietnam-2009-les-facteurs-de-sante--acces-aux-services de-base.html

[39]http://www.sotuphap.hochiminhcity.gov.vn/tintuc/Lists/Posts/Post.aspx?Source=&Category=&ItemID=1572&Mode=1

II. Le système politique du Vietnam

Le système politique au Vietnam comprend plusieurs organisations. Chacune a une position spécifique et joue un rôle différent selon ses fonctions et responsabilités, mais elles agissent ensemble sur les processus de développement économique et social afin d'assurer le « pouvoir du peuple ».

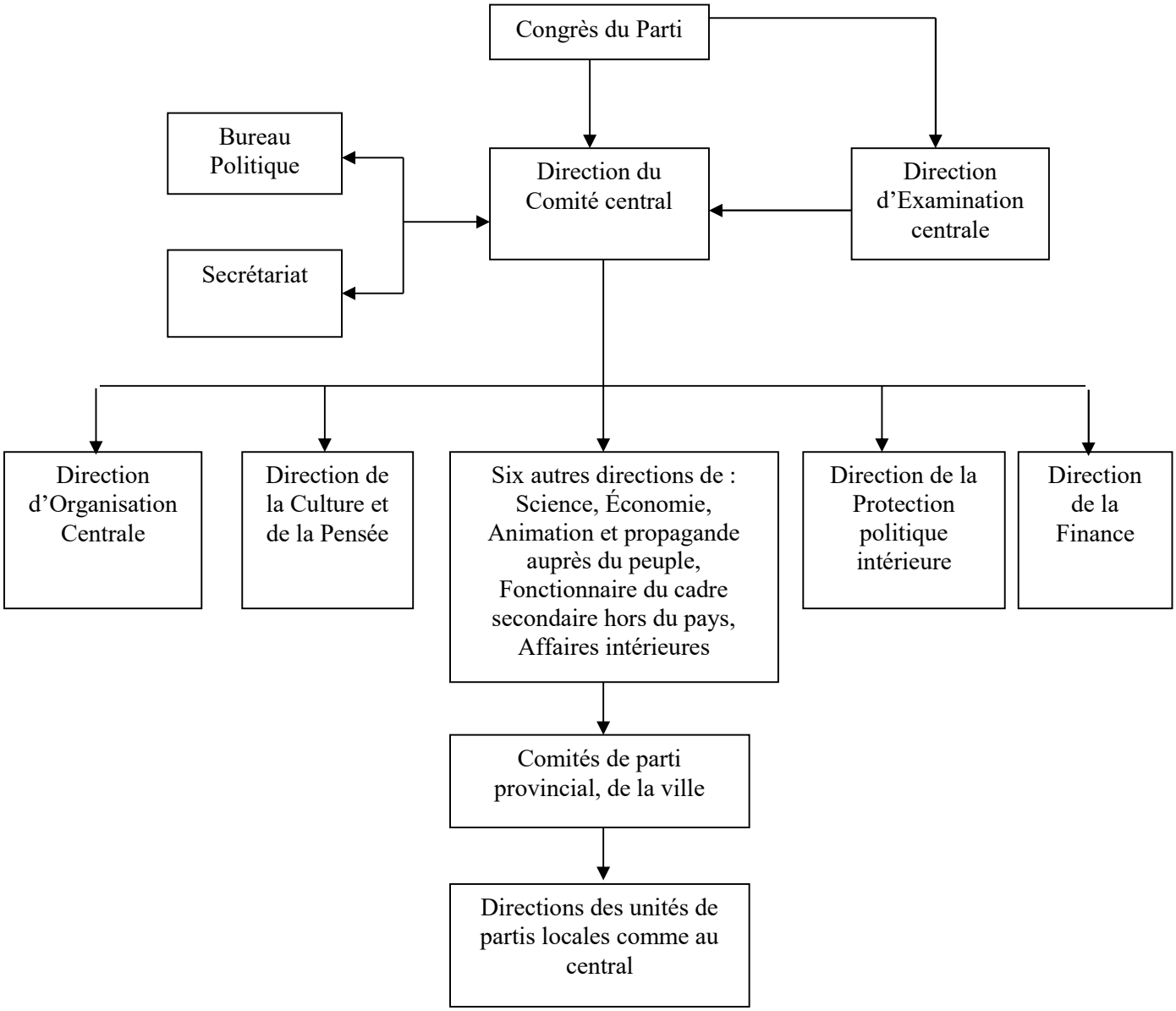
Le système politique de base comprend : les organisations de base du Parti, le Conseil populaire de la commune (ou du quartier) le Comité populaire de la commune (ou du quartier), le Front de la Patrie de la commune (ou du quartier) et d'autres associations sociales et politiques comme l'Union de la jeunesse communiste Ho Chi Minh, l'Union des femmes, l'Union des Agriculteurs, l'Union des anciens combattants de la commune, du quartier ou du bourg...

II. 1. Le Parti communiste du Vietnam

Le Parti communiste du Vietanm (PCV) comporte environ 4.500.000 membres en 2016[40] et est au cœur des leviers de commandes de l'ensemble du système politique. Seul parti autorisé, le Parti propose la plate-forme, la ligne politique, la stratégie, les opinions et les options qui sont au fondement du développement économique et social du Vietnam. Les lignes politiques, options, opinions du Parti sont ensuite mises en œuvre par l'État par des lois et des options, des politiques, des plans et des programmes concrets. Par conséquent, le Parti s'est toujours intéressé à la construction de l'Etat et de l'appareil d'Etat, et a vérifié la mise en œuvre par l'État de ses résolutions.

[40] http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Linh-vuc-khac/Quy-dinh-76-QD-TW-Dang-vien-dang-cong-tac-o-co-quan-doanh-nghiep-128359.aspx

Schéma 2 : l'organisation du parti communiste du Vietnam



Source : http://www.tapchithoidai.org/ThoiDai9/200609_VQViet.htm

Le ministère de la Politique est l'organisme de direction et de contrôle de la mise en œuvre des résolutions du Congrès et du Comité exécutif central. Il a le pouvoir de décision sur les problèmes politiques et le choix des grandes options et pèse sur la

gestion des organisations et le choix des fonctionnaires. C'est lui qui décide de convoquer et qui prépare le contenu des sessions des réunions du Comité exécutif central, puis qui rapporte sur le travail effectué dans la conférence du Comité exécutif central ou à la demande du Comité exécutif central.

Selon la structure du Parti, les membres du ministère de la Politique détiennent tous les postes clés dans l'appareil gouvernemental : Secrétaire général et Président de l'Etat, Premier ministre, Président de l'Assemblée nationale, vice-Premier ministre permanent, Ministre de la Défense, Ministre de la police, Ministre des Affaires étrangères[41].

Le Secrétaire général est la personne dotée de l'autorité la plus élevée. Il est le chef du Parti, le supérieur du secrétaire du comité. Il est responsable de l'organisation du Parti, en tant que chef du Comité exécutif central, et au nom du Comité exécutif central, préside les travaux des trois organes les plus importants du système de pouvoir : le Comité exécutif central, le ministère de la Politique et le Secrétariat. Il est enfin aussi secrétaire de la Commission militaire centrale [42].

Dans le système d'organisation du Parti, il y a plusieurs niveaux. A chaque niveau, des sections sont responsables du déploiement et de la mise en œuvre des lignes directrices du Parti. La section est aussi le lieu par lequel toutes les directives et les résolutions du Parti, grâce à des activités pratiques de chaque membre du Parti, sont transmises au peuple.

À l'heure actuelle, il y a plus de 57.000 sections du Parti, dont environ 23.000 ont une taille importante et environ 34.000 représentent le Parti à une échelle plus locale (quartier, entreprise…). On peut distinguer cinq types de section : plus de 11.000 sont au niveau des communes, des quartiers et des villes ; plus de 18.000 dans les

[41] http://www.luatdongdo.com/details/bo-chinh-tri-tong-bi-thu-ban-chaphanh-trung-uong-dang
[42] http://www.luatdongdo.com/details/bo-chinh-tri-tong-bi-thu-ban-chaphanh-trung-uong-dang

administrations ; plus de 10.000 dans les entreprises ont plus de 10.000 ; près de 7000 pour les districts industriels et les clusters ; presque 8.500 dans les forces armées [43].

II. 2. L'Assemblée Nationale

L'Assemblée nationale est l'organe représentatif suprême du peuple, l'institution de pouvoir d'Etat suprême de la République socialiste du Vietnam. Les députés sont élus au suffrage universel direct et une législature dure pour 5 ans. L'Assemblée nationale est la seule autorité habilitée à établir la Constitution et les lois (pouvoir constitutionnel et législatif). La plupart des candidats sont désignés par le « Front de la Patrie du Vietnam ». Ils doivent avoir au moins 21 ans et se présentent dans l'une des 182 circonscriptions pour l'un des 498 mandats en jeu.

L'Assemblée nationale décide sur les politiques intérieures et extérieures fondamentales, les tâches de développement économique et social, les principes essentiels de l'organisation et le fonctionnement de l'appareil d'Etat, des relations sociales et des actions des citoyens. Elle élit le « Président de l'Etat » qui doit être membre du bureau politique du PCV, et le Premier ministre, qui dirige le gouvernement et les comités populaires locaux.

L'Assemblée Nationale comprend : le Comité permanent de l'Assemblée Nationale, un Conseil de l'Ethnie et des Comités de l'Assemblée Nationale. L'Assemblée Nationale fixe le nombre de Comités et élit les membres de toutes ces institutions. Si nécessaire, l'Assemblée Nationale peut fonder un comité provisoire pour étudier, vérifier un projet ou enquêter sur un problème précis.

Depuis 2001, les comités sont les suivants :

[43] http://www.tapchicongsan.org.vn/Home/xay-dung-dang/2014/30795/Nang-cao-chat-luong-hieu-qua-hoat-dong-cua-to-chuc-co.aspx

1. Comité juridique

2. Comité sur la justice

3. Comité économique

4. Comité financier et budgétaire

5. Comité de sécurité et de défense

6. Comité de la culture, de l'éducation, des jeunes, des adolescents et des enfants

7. Comité sur les questions sociales

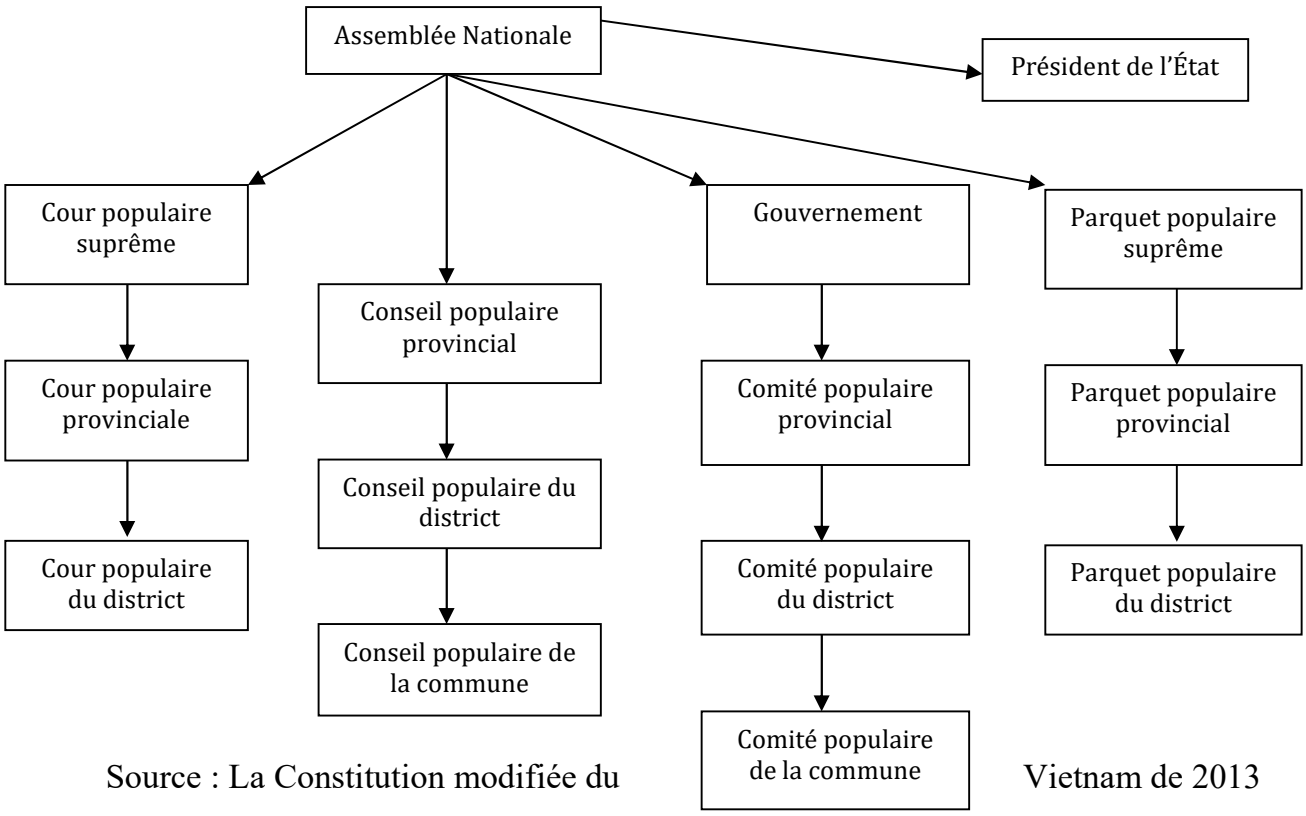
8. Comité de la science, de la technologie et de l'environnement

9. Comité des affaires étrangères

Source : Loi sur l'organisation de l'Assemblée nationale en 2001 (adoptée le 25-12-2001) 11ème session de l'Assemblée nationale)

L'Assemblée nationale est une institution essentielle, en lien avec toutes les autres institutions politiques principales du Vietnam, comme le montre le schéma ci-dessous :

Schéma 3 : le système politique du Vietnam



Source : La Constitution modifiée du Vietnam de 2013 http://quochoi.vn/gioithieu/caccoquanquochoi/Pages/default.aspx

Le Conseil populaire est une assemblée élue au niveau local, au niveau de la province, du district et de la commune. Le Conseil populaire débat et décide à chacun de ces niveaux des orientations et des mesures importantes pour promouvoir le potentiel local, construire et développer l'économie et la société locale et renforcer la défense et la sécurité nationale. Chaque Conseil populaire exerce un contrôle sur les activités du Comité populaire, de la Cour populaire et du Parquet populaire du même niveau, surveille la mise en œuvre des résolutions du Conseil populaire, contrôle la conformité aux lois des organismes d'État, des organisations économiques, des organisations sociales, des unités des Forces armées populaires et des citoyens individuels[44].

[44] http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=20088

Le Comité populaire est élu par le Conseil populaire et est l'organe exécutif du Conseil populaire, l'organe administratif local de l'État, responsable devant le Conseil populaire de même niveau et les organismes de l'État au niveau supérieur. Ce sont les administrations déconcentrées au niveau local, au niveau de la province, du district et de la commune [45].

La Cour populaire est l'organe judiciaire de la République socialiste du Vietnam. Elle existe au niveau local, au niveau de la province, du district et de la commune et est responsable de maintenir la justice, de protéger les droits humains, les droits civils, le régime socialiste, les intérêts de l'Etat, les droits et intérêts légitimes des organisations et des individus[46].

Le Parquet populaire existe lui aussi au niveau local, au niveau de la province, du district et de la commune. Il exerce le droit de poursuite et de contrôle des activités des citoyens, des organisations et des entreprises. Le Parquet populaire a pour but de protéger la loi, les droits de l'homme, les droits civils, le régime socialiste, les intérêts de l'Etat, les droits et intérêts légitimes des organisations et des individus. Il doit contribuer à assurer un respect de la loi strict et uniforme[47].

II. 3. L'État

L'État de la République socialiste est à la fois l'institution de pouvoir, l'appareil politique et administratif et l'organisation de gestion économique, culturelle et sociale populaire du Vietnam.

Le gouvernement coordonne la mise en œuvre des tâches politiques, économiques,

[45] *Ibid.*

[46] http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/NuocCHXHCNVietNam/ThongTinTongHop?categoryId=920&articleId=10053005

[47] *Ibid.*

culturelles, sociales, de la sécurité, de la défense et des affaires étrangères de l'Etat. Le gouvernement est l'organe exécutif, responsable devant l'Assemblée nationale, et doit rapporter de son action devant celle-ci. En se sens, le gouvernement est l'organe exécutif.

Chaque Ministre est le chef et le dirigeant d'un ministère, responsable directement de gérer l'État dans des branches ou des domaines à sa charge dans l'ensemble du pays. Le Ministre est membre du gouvernement, sélectionné par le Premier ministre qui demande au Congrès d'approuver et il est nommé par le président. Au Vietnam, en raison de conditions spécifiques, le Ministre est également affecté à la tête d'une agence gouvernementale. Au mois de Juillet 2016, à la première session de la XIV^{ème} session de l'Assemblée nationale, celle-ci a approuvé une liste de 22 ministres pour les membres du gouvernement de 2016 à 2021 : Ministre de la Défense ; Ministre de la Police ; Ministre des Affaires étrangères ; Ministre de l'Intérieur ; Ministre de la Justice ; Ministre de la Planification et de l'Investissement ; Ministre des Finances ; Ministre de l'Industrie et du Commerce ; Ministre de l'Agriculture et du Développement rural ; Ministre des Transports ; Ministre de la Construction ; Ministre des Ressources naturelles et de l'Environnement ; Ministre de l'Information et des Communications ; Ministre du Travail, des Invalides et des Affaires sociales ; Ministre de la Culture, des Sports et du Tourisme ; Ministre de la Science et de la Technologie ; Ministre de l'Education et de la Formation ; Ministre de la Santé ; Ministre responsable du Comité des minorités ethniques ; Ministre responsable du bureau gouvernemental ; Inspecteur général du Gouvernement du Vietnam ; Gouverneur de la Banque d'État du Vietnam.[48]

II. 4. Le Front de la Patrie et les autres organisations politiques et sociales

[48] https://vi.wikipedia.org/wiki/Bộ_trưởng_Việt_Nam#cite_note-1

Le système politique au niveau local joue un rôle très important dans la mise en œuvre des lignes directrices et des politiques du Parti et des lois de l'Etat. Le « Front de la Patrie du Vietnam » est la base politique du gouvernement du peuple. Il doit représenter la volonté et les aspirations de celui-ci, développer la capacité de participer aux élections à l'Assemblée nationale et aux Conseils populaires, mener les campagnes de propagande parmi la population pour mettre en œuvre les lignes directrices et les politiques du Parti et de l'État. Il surveille aussi au nom du peuple les cadres et les fonctionnaires et a pour mission de résoudre les conflits internes au sein du peuple.

II. 5. Union de la jeunesse communiste Ho Chi Minh

L'Union de la jeunesse communiste de Hô Chi Minh est la plus grande organisation politique et sociale des jeunes Vietnamiens. Cette organisation a été fondée le 26 mars 1931 par le Parti communiste du Vietnam et le Président Ho Chi Minh. Selon le rapport du 8ème Congrès national de l'Union de la jeunesse de Ho Chi Minh (2007), au Vietnam il y a actuellement environ 6,1 millions d'unionistes. Cette organisation est dirigée par le Congrès national des délégués. La direction de l'Union à chaque niveau (central, provincial, district, commune) est le Congrès des délégués ou le Congrès des unionistes à ce niveau. Entre les deux sessions de ce Congrès, la direction est le Comité exécutif élu par le Congrès de l'Union de même niveau. Entre les deux sessions du Comité exécutif, la direction est le Comité permanent élu par le Comité exécutif de même niveau.

II. 6. L'Union des femmes du Vietnam

L'Union des femmes du Vietnam est une organisation politique et sociale des femmes vietnamiennes, qui a pour but l'égalité entre les hommes et les femmes et le développement de la condition féminine. La direction de l'Union des femmes repose sur le principe du centralisme démocratique. A chaque niveau (central, provincial, district, commune) un conseil de l'Union des femmes du Vietnam aide sur ces questions le

Comité exécutif de l'Union, le Président ou Comité permanent du même niveau.

II. 7. L'Association des agriculteurs

L'Association des agriculteurs du Vietnam est une organisation politique et sociale de la classe des agriculteurs dirigée par le Parti communiste du Vietnam et es membre du Front de la Patrie du Vietnam. La tâche de l'Association est de mener une activité de propagande et d'éducation auprès de ses membres, des fonctionnaires dans le domaine agricole, des agriculteurs et des politiques. Il doit promouvoir le patriotisme, la volonté révolutionnaire, l'esprit de l'autonomie, la volonté de se rendre puissant par ses propres forces et stimuler l'activité des agriculteurs. Il est la principale organisation des agriculteurs dans le développement économique, culturel, social, la défense et la sécurité. Cette Association est elle aussi divisée en niveaux (central, provincial, district, commune) : le Comité exécutif central ; les Comités exécutifs provinciaux ; les comités exécutifs de District ; les Comités exécutifs de base, de section et de groupe.

II. 8. L'Association des anciens combattants

L'Association des anciens combattants a été établie le 06 Décembre 1989. Son but est d'associer, d'unifier, d'organiser et de promouvoir la tradition du "soldat de l'Oncle Ho", de participer activement à la construction et à la protection du Parti, du pouvoir, des régimes socialistes, de protéger les droits, les obligations conformes et légales des Anciens combattants, de les soigner et les aider dans la vie, de s'attacher des amitiés dans la guerre. L'Association des anciens combattants est organisée comme les associations des agriculteurs, des femmes etc. et est un membre du Front de la Patrie du Vietnam.

III. Histoire du Vietnam

Après avoir traversé de longues périodes de domination par la Chine, la France, le Japon puis les Etats-Unis d'Amérique ... les deux régions du Vietnam ont été unifiées le 25 Avril 1976 en un seul pays sous le nom officiel de « République socialiste du Vietnam ». S'ouvre alors une phase nouvelle pour le Vietnam où l'impératif n'est plus la lutte contre la puissance colonisatrice, ni la libération, mais la constitution d'une logique politique propre, d'abord tournée vers la réalisation du socialisme puis qui tente de concilier cet objectif politique avec l'ouverture au marché à compter des années 1980.

III.1. La tentative de l'uniformisation radicale.

Au cours des années de guerre, l'économie du Vietnam a survécu grâce aux aides publiques au développement, l'aide de l'Union soviétique jouant notamment un rôle important[49]. Durant cette période, la priorité est de conforter la révolution populaire qui a eu pour objectif d'obtenir l'indépendance de la nation et de mettre en place une démocratie populaire. Le mécanisme économique est caractérisé par un monopole de l'Etat sur des secteurs économiques présentés essentiellement sous deux formes : la propriété nationale et la propriété collective. Les composantes économiques privées soit n'existent pas, soit existent de façon très limitée.

Le moment de l'unification correspond à la mise en œuvre du second plan quinquennal (1976-1980). Il est marqué par l'influence de l'Union soviétique, dont le soutien financier et matériel à la jeune république socialiste du Vietnam est alors très important. Après être devenu en 1977 membre de l'Organisation des Nations Unies, le Vietnam est ainsi également devenu membre du COMECON (Conseil d'assistance économique mutuelle) en juin 1978, la coopération mise en place en 1949 par l'Union soviétique en réponse au plan Marshall.

[49] *Revue communiste*, octobre 1995, n° 6, p. 41.

Ce plan a suscité des débats feutrés mais importants au sein du PCV. D'un côté, l'aile prosoviétique voulait finaliser au plus vite la réalisation du communisme dans l'ensemble du pays, notamment le secrétaire général du PCV, Le Duan, qui affichait l'ambition de réaliser en vingt ans le socialisme dans l'ensemble du Vietnam[50]. En face, certains prônaient une stratégie plus modérée et soulignaient les profondes différences entre le Nord, encore très agricole, et le Sud, davantage industrialisé et ouvert, comme Nguyen Van Linh, qui avait été secrétaire du Vietcong durant la guerre d'indépendance dans le Sud du Vietnam et est en charge de la gestion de Saigon après la réunification.

L'aile prosoviétique l'emporte. S'ouvre la période de la « révolution socialiste » (12/1976)[51] qui vise à créer une économie de propriété collective dont les ouvriers de l'industrie et de l'agriculture seraient propriétaires. Cependant, comme la réalité concrète se manifeste alors seulement par l'exemple de l'Union soviétique et de la Chine et que leurs conditions matérielles et leurs envergures sont tout à fait différentes de celles du Vietnam, les décideurs politiques vietnamiens ne sont capables d'imaginer cette voie que de façon imprécise. L'économie de cette époque est gérée par des plans provenant des organismes centraux dont les calculs étaient plutôt subjectifs. Les rapports et les données n'étaient pas parfaitement exacts. C'est la raison pour laquelle ces plans n'étaient pas en fait réalisables et ne l'ont pas été[52].

[50] https://vi.wikipedia.org/wiki/Việt_Nam_Dân_chủ_Cộng_hòa
[51] http://www.lichsuvietnam.vn/home.php?option=com_content&task=view&id=1160&Itemid=5
[52] CHO Jae Hyun, « Le processus de rénovation : une stratégie judicieuse ? », *Le Vietnam au XXe siècle*, Maison d'édition de l'Université nationale de Hanoi, p. 514.

III. 2. Un diagnostic d'échec patent.

A cela s'ajoute que les aides publiques au développement du Vietnam, surtout celles qui viennent de l'Union soviétique et des pays socialistes, ont stoppé après avoir enregistré une forte baisse[53]. Le Vietnam est alors isolé et fermé, sans relations diplomatiques avec les pays développés dans la région et les autres pays capitalistes développés. De plus, les autres pays de l'ASEAN développent alors des politiques hostiles au Vietnam[54].

Le choix lors de cette réunification d'imposer des solutions uniformes sur tous les aspects selon les normes du Nord (par exemple, le plan de socialisation de toute l'économie du Sud, et en particulier de l'agriculture, afin de fusionner avec celle du Nord) conduit donc vite l'économie à une grave crise, amplifiée par des catastrophes naturelles et des inondations en 1977 et 1978, puis la guerre sino-vietnamienne de 1979, ce qui provoque plusieurs crises de famine et entraîne une malnutrition endémique pour des millions de Vietnamiens. Durant les années 1980, la crise économique et sociale au Vietnam est devenue cruelle et le taux d'inflation a par exemple atteint jusqu'à 774,7% en 1986[55]. L'activité et la créativité sont en outre freinées, les habitants ont tendance à devenir passifs et à dépendre totalement des « distributions de subventions budgétaires » du gouvernement.

L'application de ce modèle dans l'économie du Sud a été encore pire[56] : dans les zones urbaines, l'industrie et le commerce ont été réformés ; la classe bourgeoise a été éliminée ; les secteurs du commerce et des services ont été insérés dans les collectivités et coopératives, même dans les sociétés d'économie mixte. Tandis que, dans les zones

[53] Document du septième congrès du Parti communiste vietnamien (référence plus précise), Maison d'édition La Vérité, 1991, p. 147.
[54] *Revue communiste*, octobre 1995, p. 37.
[55] http://www.moit.gov.vn/vn/pages/lichsuphattrien.aspx?IDNews=540
[56] CHO Jae Hyun, *Op. Cit.*, p. 513.

rurales, les rizières des grands propriétaires fonciers étaient partagées avec les paysans et que ces derniers étaient employés par les coopératives agricoles et des collectivités de production[57].

La production agricole et industrielle stagnait, les coopératives ne pouvaient pas valoriser leurs points forts car ceux qui avaient beaucoup travaillé gagnaient la même chose que ceux qui avaient travaillé peu. Ce phénomène a provoqué une diminution de l'esprit de production, entraîné ainsi le manque d'alimentation. L'échec de l'État dans l'élimination totale du marché libre a étouffé l'économie : les gens qui avaient de l'argent ne pouvaient pas faire des achats sur le marché libre tandis que les produits provenant de l'État n'étaient pas assez abondants pour répondre aux besoins. Cela a contribué à bloquer la circulation des marchandises. L'inflation restait à un niveau très élevé. Les conséquences successives de cette crise affaiblissaient le niveau de vie de toutes les classes de citoyens de façon que l'on n'avait jamais vue[58].

Dans les zones urbaines, le salaire mensuel des ouvriers et des fonctionnaires n'était suffisant que pour tenir 10 ou 15 jours d'un mois. Alors que dans les zones rurales, malgré l'abondance des terres cultivables et machines, il y avait encore des milliers de foyers qui étaient affamés pendant l'époque de transition entre deux moissons. Le manque d'attention de l'État en ce qui concerne les soins de santé de la population a fait de la maladie un cauchemar à cette époque, il n'y avait de disponibles que des médicaments élémentaires comme des antibiotiques qui luttent contre plusieurs maladies en même temps et les citoyens n'arrivaient pas à trouver des médicaments spécifiques de bonne qualité[59].

[57] *Revue communiste*, octobre 1995, p. 42.
[58] CHO Jae Hyun, *Op. Cit.*, p. 513.
[59] http://dangcongsan.vn/tu-lieu-van-kien/tu-lieu-ve-dang/sach-chinh-tri/books-110520159074046/index-31052015907044612.html

Vers la fin de l'année 1985 jusqu'à la fin de l'année 1986, c'est-à-dire après l'échec de la grande réforme « prix - salaire – monnaie »[60] (au mois de septembre 1985), la plupart de la population a senti qu'ils ne pouvaient pas continuer ce mode de vie, les établissements publics administratifs ont constaté aussi qu'ils ne pouvaient pas maintenir les politiques et options obsolètes ou changer de façon précaire et ravaudée certaines politiques.

Ces résultats catastrophiques menèrent à un début de remise en cause de cette politique de planification à compter de 1982 et notamment du cinquième congrès du parti communiste vietnamien[61]. La politique de socialisation est un peu atténuée et les exploitations agricoles familiales apparaissent à nouveau comme une voie possible. Mais l'inflation vertigineuse du début des années 1980 et l'isolement international du Vietnam, qui est alors très dépendant de l'aide soviétique, offrent peu de marge de manœuvre.

III. 3. La stratégie de l'ouverture.

Organisé du 15 au 18 décembre 1986[62], le sixième Congrès du Parti communiste du Vietnam marque un tournant avec la première apparition officielle du « Đổi Mới » dans un document du sixième congrès du Parti communiste vietnamien.[63] Dans l'esprit de « regarder la vérité en face, d'évaluer exactement la vérité, de dire la vérité », le Parti communiste du Vietnam affirme les acquis considérables mais fait aussi sévèrement son autocritique sur sa façon de diriger le pays, analyse ses erreurs et défauts, tire des grandes leçons et propose un programme de réforme global en faveur du développement

[60] http://vnexpress.net/tin-tuc/su-kien/30-nam-doi-moi/gia-luong-tien-cuoc-cai-cach-xuong-mau-truoc-doi-moi-3513420.html
[61] THAI Quang Trung, « The Fifth Congress of the Vietnamese Communist Party », *Contemporary Southeast Asia,* Vol. 4, n° 2, September 1982, pp. 236-245.
[62] Lewis M. STERN, « The vietnamese communist party in 1986: Party Reform Initiatives, the Scramble towards Economic Revitalization, and the Road to the Sixth National Congress », *Southeast Asian Affairs*, 1987, pp. 345-363.
[63] *Revue communiste*, octobre 1995, n°11, p. 24.

d'une économie à plusieurs composantes. Le Đổi Mới est le programme de réforme économique et sociale qui résulte de cette autocritique.

Ce sixième congrès est donc l'occasion d'un bilan critique de la tentative de socialisation radicale et uniforme de l'économie poursuivie par l'aile prosoviétique depuis la réunification du pays. Il conduit à l'adoption d'une politique de « l'innovation », dirigée par Nguyen Van Linh qui devient secrétaire général du PCV (1986-1991). Cette politique est influencée par la Perestroika mise en œuvre à compter de 1985 en Russie sous l'égide de Mikhail Gorbatchev.

Ce tournant n'est pas seulement économique mais également politique puisque Nguyen Van Linh incarne l'option d'une lente transformation de l'économie du Sud, contre l'option d'une uniformisation radicale et immédiate. La politique de réforme adoptée lors de ce Congrès vise à rationaliser les structures administratives, à réformer les structures du Parti et du pouvoir juridique afin de les rendre plus démocratiques et plus efficaces, à réformer l'économie et à réintroduire l'économie de marché.

Les premiers résultats sont encourageants et le Vietnam passe du statut d'un importateur qui devait recevoir les subventions étrangères à celui d'un pays exportateur dès 1989. Il commence alors à exporter de 1 à 1,5 million de tonnes de riz par an, une quantité qui augmente annuellement jusqu'à 4,5 millions de tonnes (en 2004), puis 4,9 millions de tonnes (en 2005), date à laquelle le Vietnam est le deuxième exportateur de riz au monde[64]. L'inflation qui était encore de 67,4% en 1990, 67,1% en 1991, puis de 12,7% en 1995, n'atteint plus que 8,5% en 2005[65]. Durant la période 1991-1995, le rythme de croissance moyen du produit intérieur brut (PIB) atteint 8,2% par an et en 2004 le taux de croissance du Vietnam est de 7,7%, au deuxième rang dans la région après

[64] http://vietbao.vn/Kinh-te/Viet-Nam-la-mot-nuoc-hang-dau-ve-xuat-khau-gao/55108852/93/
[65] http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/NuocCHXHCNVietNam/ThongTinTongHop/lichsu

Singapour, avant d'atteindre 8,5% en 2005[66].

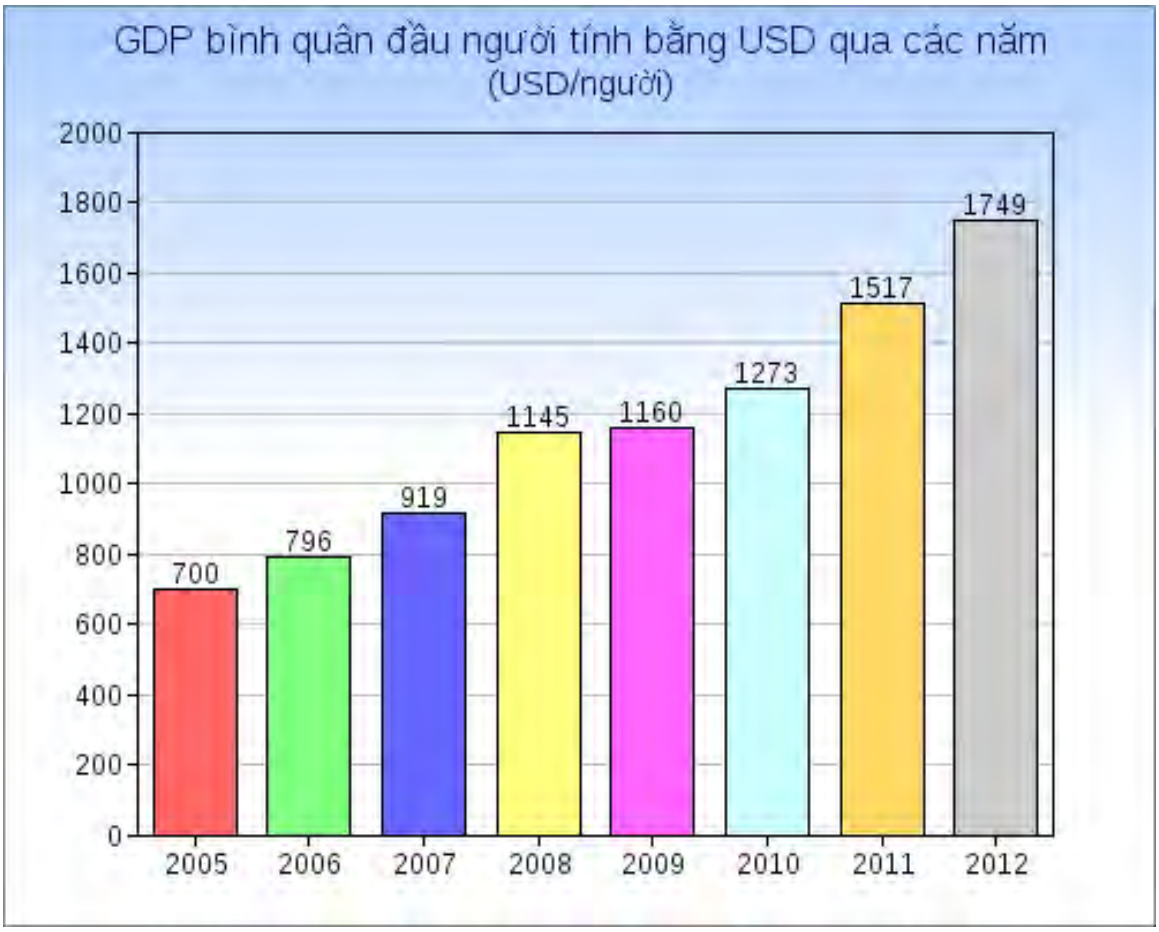
La politique d'ouverture montre également des résultats puisqu'en juin 1996, l'investissement direct étranger a atteint plus de 30,5 milliards de dollars. Le Vietnam mène des relations commerciales avec plus de 185 pays en 2015 et les entreprises de plus de 70 pays et territoires ont investi directement au Vietnam en 2010. En 1995, le Vietnam a normalisé ses relations avec les Etats-Unis, et a par la suite participé au forum régional de l'ASEAN (Association des nations de l'Asie du Sud-Est) à compter de 1995. Le 7 novembre 2006, il est devenu le 150ème membre de l'OMC[67].

III. 4. Le bilan du Đổi Mới

Trente ans après la mise en place d'une politique de réforme et de développement intitulée Đổi Mới, le Vietnam a obtenu des réalisations impressionnantes en termes de construction du pays, notamment d'éradication de la famine et de réduction de la pauvreté.

[66] http://dantri.com.vn/kinh-doanh/gdp-binh-quan-dau-nguoi-cua-viet-nam-dung-thu-7-asean-1428535075.htm
[67] http://tuoitre.vn/tin/chinh-tri-xa-hoi/20150827/viet-nam-da-co-quan-he-ngoai-giao-voi-hon-185-nuoc/959448.html

Tableau 8 : le PIB du Vietnam de 2005 à 2012



Source : http://nckh.hvnh.edu.vn/5830/news-detail/722369/so-1-2013/dinh-vi-vai-tro-cua-he-thong-nhtm-trong-viec-cung-ung-von-cho-nen-kinh-te.html

Des changements positifs en termes de revenu annuel moyen par habitant au Vietnam ont été enregistrés au cours de ces dernières années : ce montant était de 700 dollars en 2005, soit 3 fois supérieur à celui de 1985-1986, et atteignait 1960 dollars en 2013[68]. De ce fait, les conditions de vie de la plupart des Vietnamiens s'améliorent relativement, le taux de pauvreté connaît aussi une baisse considérable de 62% en 1986 à 7.6% en 2013[69].

[68] NGUYEN Hong Ngoc, « La situation du Vietnam après 25 ans d'application de la réforme du Đổi Mới», *Hanoi News*, n° 7, 2011, pp. 5-8.
[69] *Ibid*.

La croissance économique a fait un bond par rapport à la période précédant le processus de Réforme économique mis en place par le Parti Communiste et l'État : environ 20 ans après le processus de Đổi Mới, depuis la période 2001-2005 jusqu'à maintenant, le taux de croissance économique se maintient à un rythme élevé de 7.5% par an contre 3.7% entre 1977 et 1985[70] et 3.9% entre 1986 et 1990. Le taux de chômage dans les zones urbaines est passé de 13% en 1989-1990 au taux actuel de 5.6%[71].

Aux progrès socio-économiques viennent s'ajouter des acquis socio-culturels encourageants. Le Vietnam a connu beaucoup de succès spectaculaires en matière de développement social, de socialisation et d'investissement public dans des secteurs sociaux ; de réalisation des projets nationaux de développement social ; notamment en ce qui concerne la réduction de la pauvreté, la création des emplois, l'éducation et la formation, la formation professionnelle, les soins de santé, la prévention et la lute contre des fléaux sociaux et les autres services sociaux de base.

Le renforcement, la normalisation, la socialisation et l'investissement dans l'infrastructure éducative, surtout dans le réseau des écoles maternelles et des lycées conformément aux normes nationales qui vont de pair avec l'aménagement des quartiers résidentiels, ont été des priorités pour répondre aux besoins matériels et d'équipement éducatif. Le fait de promouvoir la mobilisation des ressources sociales est alors au cœur de développement de l'éducation. Ainsi, la qualité de l'éducation a enregistré des changements positifs dans toutes les branches et tous les échelons.

Le programme national de santé est déployé et a pour objet de garantir un accès équitable aux services de santé, de fournir des subventions de frais d'hospitalisation

[70] NGUYEN Thi Uyen, « Les changements positifs et negatifs du Vietnam apres 18 ans d'application de la réforme Đổi Mới», *Revue du PCV*, n° 5, Hanoi, 2005, pp.12-14.
[71] NGUYEN Hong Ngoc, *Op. cit*.

pour les pauvres et les quasi-pauvres, des consultations gratuites chez les enfants de moins de 6 ans, des soins médicaux pour les personnes âgées, les femmes, les enfants. Cela doit contribuer à la réduction des maladies et à l'amélioration de la santé publique. Nous le détaillerons dans le second chapitre et l'étudierons dans cette thèse.

L'amélioration progressive des conditions matérielles et le bon fonctionnement de plusieurs bâtiments hospitaliers comme des hôpitaux, des infirmeries communales, des cliniques centrales et locales ont beaucoup contribué à la consultation, aux soins médicaux, ainsi qu'à la lutte contre les maladies et à l'amélioration des conditions de vie des habitants.

Un autre succès est la création de la sécurité sociale (1975). Les aides sociales, les subventions fournies par la combinaison de plusieurs mesures et la mobilisation de l'investissement des secteurs publics et privés, des organisations sociales, doivent permettre aux personnes exposées aux risques sociaux et à celles en dehors de la société (les pauvres, les handicapés, les personnes âgées, les enfants des rues...) de se réadapter. Les assurances sociales et mutuelles contribuent à créer un équilibre social et deviennent un "talisman" pour les personnes en situation particulière ou gravement malades. Les plans d'action nationaux pour l'enfance sont lancés et doivent permettre à tous les enfants de bénéficier des services de santé de base et d'une éducation de qualité. La prise de conscience des autorités administratives, des collectivités et de la communauté de l'importance de la protection, des soins nécessaires et de l'éducation des enfants, se traduit par l'élaboration de modèles de prévention et de lutte contre des blessures chez les enfants, la lutte contre les violations des droits de l'enfant, les aides aux enfants handicapés.[72]

Enfin, la diffusion des informations joue toujours un rôle très important. Les activités de radiodiffusion, de presse, de publication sont régulières et diverses. La qualité de ces

[72] http://baohiemxahoi.gov.vn/?u=con&cid=129&t=0&p=142

dernières s'est améliorée et a exercé des effets positifs sur la diffusion des politiques de l'Etat, les missions des politiques régionales et l'acquisition des informations des habitants, particulièrement sur la vie culturelle des minorités ethniques. Particulièrement, l'apparition de l'internet a amélioré l'accès à l'information, favorisé l'intégration internationale du pays et renforcé sa collaboration avec des pays étrangers.
Ainsi, le processus de Đổi Mới a exercé des effets positifs non seulement sur la croissance économique, sur la vie économique, culturelle et sociale du Vietnam mais également sur la vie de chaque individu de la société. Le Đổi Mới a aidé le Vietnam à être progressivement respecté par le monde. Pourtant, il existe encore des problèmes à régler dans l'avenir[73] :

- Malgré les efforts, la croissance économique reste instable et manque encore de qualité et d'efficacité ; la restructuration de l'économie et du travail ne répond pas encore totalement aux demandes de développement du pays.
- Les taux des foyers qui retombent de nouveau dans la pauvreté et de ceux qui perdent un emploi stable restent élevés ; la restructuration du travail chez les pauvres et chez les foyers pauvres dans les zones en voie d'urbanisation n'est pas suffisamment efficace. L'écart entre d'une part le niveau de vie des zones urbaines et celui des zones rurales et d'autre part le niveau de vie des zones agricoles et celui des zones non agricoles s'accentue de plus en plus.
- Les conditions de base pour assurer la qualité de l'éducation telles que : le corps professoral, l'infrastructure des bâtiments scolaires, l'équipement pédagogique... manquent et sont hétérogènes. Le processus de scolarisation reste lent, l'exploitation des potentiels de ressources sociales pour l'éducation et la formation n'est pas encore à la hauteur.
- La qualité et la disponibilité des services de santé et des soins médicaux ne peuvent pas répondre aux besoins qui augmentent progressivement chez les

[73] NGUYEN Thi Uyen, *Op. cit*.

habitants. L'investissement insuffisant en matériel médical a exercé des effets négatifs sur la qualité de la consultation sanitaire et la réalisation des programmes nationaux de santé.

- La réalisation de certaines politiques, de programmes et de projets d'amélioration du niveau de vie des ethnies manque encore d'efficacité.

Malgré des résultats globalement encourageants, la transition vers une « économie de marché à orientation socialiste » exerce donc également des effets négatifs sur la vie des citoyens et la sécurité sociale se montre l'un des domaines les plus sensibles de ce point de vue. Il s'agit d'une réforme positive qui a pour but une universalisation de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie dans une perspective de réduction des inégalités sociales, mais d'une réforme très difficile à mettre en œuvre car la croissance économique n'est pas facilement profitable à tout le monde de la même matière.

À l'heure actuelle, la sécurité sociale constitue l'une des plus grandes préoccupations du Parti communiste du Vietnam (PCV) et de l'Etat vietnamien. C'est la raison pour laquelle les autorités centrales émettent et font exécuter un grand nombre de politiques de protection sociale relatives aux soins, aux soutiens accordés aux familles pauvres, aux invalides de guerre, aux chômeurs, aux personnes âgées… à ceux qui manquent de sources de revenus permanents. [74]

Ces politiques contribuent à la stabilisation de leur vie et en même temps au renforcement ou à l'amélioration de la résistance du peuple aux mauvaises surprises et enfin à la revalorisation du rôle du PCV et de l'Etat vietnamien. Cependant, le système de sécurité sociale du Vietnam se confronte toujours à de nombreux défis, en particulier dans le domaine des soins de santé aux personnes les plus démunies. En fait, nous pouvons toujours nous poser une question, à savoir si de nombreuses familles qui

[74] http://dangcongsan.vn/tu-lieu-van-kien/tu-lieu-ve-dang/sach-chinh-tri/books-2928201510064846/index-192820151000374665.html

doivent souffrir des charges de maladie pourraient avoir un meilleur accès aux services médicaux de base.

CHAPITRE 3

La formation et l'évolution du système d'assurance-maladie du Vietnam

Jusqu'en 1989, le système de l'assurance-maladie du Vietnam fut purement étatique, malgré la proclamation de la Réforme en 1986. Cela veut dire que l'État vietnamien fut « protecteur total » en la matière mais le système de soins était alors de faible qualité. A partir de cette année là et de l'introduction de l'exigence nouvelle de l'Etat de recouvrer une partie des frais d'hospitalisation, les centres médicaux publics durent se confronter à de nouveaux défis et à de nouvelles difficultés, l'État n'étant plus apte à tout assurer. D'énormes restrictions en investissements dans ce secteur entraînèrent une baisse considérable de la qualité des services et une phase de réflexion sur la mobilisation d'autres sources de financement du système.

La réponse à ce problème a été, sous la forme d'un ensemble de mesures relevant de la Sécurité sociale, la création du système de l'assurance-maladie du Vietnam[75] en 1992. L'origine en est la volonté de modifier et de perfectionner un certain nombre de règlementations précédentes en la matière qui constituaient dans le passé de premières ébauches et prémisses au service de l'élargissement et du développement de l'assurance-maladie du pays.

[75] Assemblée Nationale du Vietnam, *Loi sur l'assurance-maladie du Vietnam de 2009.*

I. Les préalables à la naissance de l'assurance maladie au Vietnam.

La période qui suit la guerre de libération est très difficile au Vietnam. L'Etat pilote tout le système de soins mais celui-ci crée beaucoup de contraintes et d'insatisfactions pour la population. A partir de 1989, dans la logique de l'ouverture et du Đổi Mới, le gouvernement cherche à répondre à ces limites. L'histoire de la formation et du développement de l'Assurance maladie du Vietnam connaît alors beaucoup de changements nets. La réforme et la formation de nouvelles règles ont complexifié le système de l'assurance maladie et l'ont amené à impliquer de plus en plus de citoyens.

I. 1. Le système de protecteur total

Dans la période qui suivit la guerre, dans un contexte où l'État n'avait pas beaucoup d'argent et où la production ne se développait pas, le système de santé au Vietnam avait beaucoup de difficultés. L'Etat joue alors théoriquement un rôle de protecteur total, ce qui signifie qu'il prend totalement en charge le coût des soins mais ceux-ci sont de faible qualité, rares en quantité et les citoyens n'ont pas le choix de leur médecin ou de leur lieu de traitement.

Lorsqu'ils avaient des maladies légères comme la grippe, le mal à la tête, à la gorge, les citoyens achetaient eux-mêmes des médicaments de base en dehors de l'hôpital. D'autres médicaments plus avancés devaient être commandés par les médecins. Le système sanitaire comprenait le centre sanitaire ; l'hôpital en ligne de district ; l'hôpital en ligne provinciale et centrale. Le centre sanitaire avait principalement un médecin

général, un médecin de pédiatrie et un médecin traditionnel. Il fallait souvent aller au niveau de district, dans les cas d'urgence et d'opération.

En cas de visite d'un fonctionnaire dans un hôpital ou une clinique quelconque, il fallait seulement remplir le formulaire d'admission, ce qui autorisait à acheter les médicaments et à recevoir une facture pour que son administration la rembourse. Ceux qui n'étaient pas fonctionnaires devaient demander ce formulaire à son arrondissement ou sa commune, et suivait la même procédure pour le remboursement auprès de son arrondissement ou de sa commune. Dans le cas où il devait être hospitalisé, il ne fallait que signer certaines pièces pour que l'hôpital fasse le compte définitif avec l'institution qui devait rembourser[76].

Photo 1 : Un centre sanitaire communal durant la période 1986 à 1992

Source : http://suckhoe.vnexpress.net/tin-tuc/suc-khoe/bao-cap-y-te-mot-thoi-dan-chua-benh-khong-mat-tien-3515164-p2.html

[76] http://suckhoe.vnexpress.net/tin-tuc/suc-khoe/bao-cap-y-te-mot-thoi-dan-chua-benh-khong-mat-tien-3515164.html

Chacun était affecté dans un centre hospitalier spécifique et devait y aller pour toutes les visites et les opérations de traitement des maladies. Par exemple, le peuple ne pouvait pas se faire examiner à l'hôpital de Viet Xo (l'hôpital soviétique du Vietnam) parce que c'était l'hôpital spécialisé pour les fonctionnaires de haut niveau, même en cas d'urgence, ce qui a causé parfois la mort de certains à cause de secours tardifs. Les soldats et policiers avaient leur propre hôpital.

Monsieur Hoang Trong Quang, Secrétaire du ministre Pham Song de 1988 à 1992, se rappelle des difficultés de la division de la Santé en ce temps-là : « Les médicaments, les équipements matériaux sanitaires… étaient presque entièrement subventionnés. Le ministère de la Santé et le service de la Planification, l'Office des Équipements avaient pour mission de tout distribuer aux hôpitaux selon des prescriptions. Par exemple, l'hôpital de Bach Mai était livré par an d'un certain nombre de nattes, de couvertures, d'une quantité de sucre, de lait, d'essence, de médicaments… Auparavant, les hôpitaux étaient petits, souvent dans des dépendances, le meilleur lieu avait trois étages. Les chambres étaient simples mais l'assemblage des lits en chambre simple ou double n'existait guère. »[77]

Photo 2 : Une chambre d'hôpital durant cette période

Source : http://suckhoe.vnexpress.net/tin-tuc/suc-khoe/bao-cap-y-te-mot-thoi-dan-chua-benh-khong-mat-tien-3515164-p2.html

[77] http://suckhoe.vnexpress.net/tin-tuc/suc-khoe/bao-cap-y-te-mot-thoi-dan-chua-benh-khong-mat-tien-3515164-p2.html

Les équipements sanitaires étaient anciens, rudimentaires, peu performants et encombrants. Les premiers ordinateurs étaient anciens, très grands. Le fait simple de compter le nombre des globules rouges était très artisanal, il s'opérait souvent par la vision normale, sans machine. Le médecin traitait les maladies essentiellement grâce à ses propres expériences.

Photo 3 : Des équipements sanitaires de base durant cette période

Source : https://vi.wikipedia.org/wiki/Thời_bao_cấp#cite_note-10

Les médicaments manquaient beaucoup. A cette époque, tout le monde connaissait l'antibiotique tétracycline qui était pris pour tout type de maladie… La conséquence en était une génération avec les dents ternes. D'autres spécialités pharmaceutiques comme l'amoxicilline, l'ampicilline, la pénicilline ou le lanhcosin (qui servait à traiter la blennorragie et la syphilis) étaient beaucoup plus rares.

Les médicaments occidentaux étaient rares. Dans chaque commune, les cadres sanitaires cultivaient, produisaient et utilisaient souvent les médicaments orientaux. La technique de production était très simple : prendre les plantes médicinales comme le basilic sacré, la menthe puis les réduire en poudre, les rouler en boule médicale pour que les patients les prennent. Ils pouvaient aussi les préparer en solution liquide à base d'eau salée ou sucrée.

Photo 4 : L'achat des matières médicales à Huong Khe, Ha Tinh en 1983

Source : http://suckhoe.vnexpress.net/tin-tuc/suc-khoe/bao-cap-y-te-mot-thoi-dan-chua-benh-khong-mat-tien-3515164-p2.html

I. 2. Les difficultés causées par la stratégie de l'ouverture (1986-1989)

Dans le contexte du Đổi Mới de valorisation de l'innovation, de lutte contre la bureaucratie et le système de subventions budgétaires et de promotion des mécanismes de marché, les difficultés que nous venons de décrire du secteur de la santé en général et des hôpitaux en particulier sont devenues encore plus graves et moins acceptables. Surtout que dans un premier temps, la situation s'est aggravée avec une hausse de la demande de soins due à l'accroissement de la population et à l'accès à de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques, alors que l'Etat n'était pas en mesure de répondre à cette demande croissante en quantité et en qualité.

La psychologie des patients a changé progressivement et est devenue plus pragmatique, ils ont exigé des soins de santé effectifs, rapides et efficaces, pour avoir plus de temps à investir dans l'activité économique. La plupart des hôpitaux du niveau central au provincial et du district étaient déclassés. Le paludisme s'est développé dans certains districts, dans certaines communes et dans les régions montagnardes. Les crédits budgétaires d'Etat n'étaient pas suffisants pour répondre aux besoins médicaux, mais il n'y avait pas encore de solutions alternatives appropriées pour compenser. L'hygiène d'environnement comme l'approvisionnement en eau propre, le traitement des déchets industriels, la protection de l'environnement étaient de grands problèmes restant à résoudre.

Les frais d'examens et de soins ont grossi de plus en plus en raison de l'application des progrès de la science technique médicale. Des équipements et des machines modernes de grand prix étaient utilisés dans le diagnostic et le traitement. L'utilisation des spécialités pharmaceutiques, de médicaments chers, diversifiés dans le traitement était aussi un des facteurs qui accroissaient rapidement les frais d'examens et de soins. Les centres d'examens et de soins de tout le pays étaient confrontés à de grandes difficultés

parce que le besoin d'examens et de soins grossissait de plus en plus, tandis que la croissance de la capacité financière de l'Etat pour le secteur de la santé n'avait pas suivi à temps la situation de hausse vertigineuse des prix et l'inflation. Le budget d'État pour la santé ne réussissait qu'à maintenir et à faire fonctionner l'appareil des centres de santé, pas à l'améliorer au rythme de la hausse de la demande. Les centres sanitaires continuaient à être déclassés, la vie des personnels et des cadres de santé était difficile.

Faute de frais pour les activités de santé, l'Etat a dû réduire le développement de la santé. Le nombre des lits d'hôpitaux n'a pas augmenté, le besoin d'examens et de soins a été freiné, ce qui a limité le développement de la médecine. Le travail des services s'est abaissé rapidement, menant certains patients à se soigner eux-mêmes, ce qui a provoqué des conséquences négatives dans la santé et la population, a démotivé des travailleurs sociaux et a conduit à une dégradation de la médecine rurale. Des secteurs médicaux ont été détruits, les patients se sont reportés sur le secteur supérieur, ce qui a rendu le fonctionnement de la médecine des secteurs supérieurs moins efficace, le système restant toujours passif en face des besoins immédiats. De plus, faute de crédits, l'actualisation des compétences professionnelles des médecins s'est développée lentement, ne pouvant servir efficacement les besoins d'examens et de soins de la population. L'état de santé, la maladie des citoyens, ont posé des problèmes inquiétants. Les côtés négatifs dans la santé ont érodé la conscience et la responsabilité d'une partie du corps médical. Dans certains endroits où les patients étaient discriminés, cela a créé une injustice sociale, abaissé la confiance des citoyens dans les centres d'examens et de soins.

Selon les statistiques des cinq années de 1986 à 1990[78], la demande moyenne d'examens et de soins d'un personnel était de 2,5 consultations médicales par an, en retraite la perte de puissance était de 16 fois par an, les frais d'examens et de soins moyens pour une

[78] http://tapchibaohiemxahoi.gov.vn/newsdetail/lyluan_nghiepvu/34840/-tham-gia-bhyt--su-dung-dich-vu-y-te--cua-nguoi-cao-tuoi-o-viet-nam-nhin-tu-cac-cuoc-dieu-tra-ho-gia-dinh.htm

personne par an en ce temps-là était d'environ 50.000 dongs (environ 2 euros d'aujourd'hui). Tout cela alors que le budget annuel de l'État contribuant au secteur de la santé était limité.

I. 3. L'adaptation à la logique du Đổi Mới

Pour compléter le budget et réduire la pression sur les centres d'examens et de soins, le 24 Avril 1989, le Conseil des ministres (aujourd'hui appelé le Gouvernement) a rendu la Décision numéro 45/HĐBT autorisant les centres d'examens et de soins à recouvrer une partie des charges. Cette décision avait pour buts de répartir les responsabilités en termes de dépenses à l'assurance-maladie et de réunir les trois sources de financements : le budget de l'État, les frais d'assurance-maladie obligatoire pour les salariés et les frais de soins directs attribués aux patients.

Cette décision marqua donc des transformations profondes pour des acteurs différents : du côté du peuple, on devrait apprendre à s'habituer au payement pour avoir accès aux soins médicaux ; de la part des hôpitaux, surtout des hôpitaux de district et de provinces, on devrait penser à l'amélioration de leurs services pour pouvoir attirer la clientèle ; et du côté de l'État central, on devrait penser à un autre mode de gouvernance moins centralisé pour pouvoir « mobiliser » d'autres sources financières tout en cherchant à garder son image « socialiste ».

Le 15 Juin 1989, le ministère de la Santé et celui des Finances ont publié la circulaire numéro 14 guidant la mise en œuvre de la Décision numéro 45/ HĐBT qui a précisé que : « dans des endroits réunissant les conditions, on peut essayer d'appliquer le mode d'assurance sanitaire ou signer le contrat d'examens et de soins médicaux avec les associations dans et hors de l'État, créer le fonds patronnant la santé locale ou les centres médicaux aident les patients non-susceptibles de payer une partie des frais d'hospitalisation ». C'était le premier signe important du processus de l'innovation, la

recherche de solutions appropriées pour fournir des soins et une protection de la santé du peuple.

La mise en œuvre de la Décision numéro 45 du Conseil des Ministres a permis aux hôpitaux de surmonter une partie de leurs difficultés. La solution de recouvrer une partie des frais d'hospitalisation a répondu au besoin d'examens et de soins de certains sujets, notamment ceux qui avaient des revenus élevés. Mais le fait que la majorité à faible revenu n'était pas subventionnée comme auparavant lors de la maladie, ne leur permettait pas de payer les examens et soins, en particulier dans les cas graves de frais élevés. Les acteurs de la révolution, les retraités en incapacité, à faible revenu, les pauvres, étaient dans une situation difficile s'ils étaient malades.

Certains comités, autorités et organes locaux de santé cherchèrent donc à surmonter les difficultés pour maintenir le fonctionnement de l'hôpital local, renforcer les ressources financières sanitaires bénéficiant aux besoins d'examens et de soins et réformer l'assurance maladie. En particulier, dans les zones résidentielles pauvres, ces solutions ont été expérimentées le plus tôt dans les districts de Song Thao (Vinh Phu), KrongBong (Dak Lak), Cau Ngang (Cuu Long) ... Vu la proposition du Ministre de la Santé, le 26 Octobre 1990, le Conseil des ministres a ainsi publié la circulaire numéro 3504/KG demandant au ministère de la Santé d'organiser l'assurance maladie de façon expérimentale avec les comités populaires de provinces et villes relevant immédiatement du gouvernement central puis de synthétiser et de tirer les leçons de cette expérimentation pour organiser une assurance maladie adaptée aux circonstances et aux conditions du Vietnam.

Les lacunes dues aux anciens mécanismes devaient être corrigées tandis que de nouveaux mécanismes n'étaient pas encore établis. Malgré les améliorations, les centres d'examens et de soins étaient encore dans une situation financière très difficile pour maintenir leur fonctionnement, sans possibilité de se renforcer et de se développer. À

cause des habitudes du système de subventions budgétaires par l'Etat, le secteur de la santé s'est même retrouvé déstabilisé en face de l'exigence nouvelle de recouvrer une partie des frais d'hospitalisation. L'indication la plus évidente était une basse utilisation des lits hospitaliers des lignes. À ce moment-là, en quelques lieux, cette dernière ne dépassait pas 30%, elle était par exemple en 1991 dans les lignes municipales à 50 - 60% du plan annuel[79].

Dès la décision du Conseil des ministres sur l'expérimentation de l'assurance maladie en 1990, des provinces et villes telles que Haiphong, Vinh Phu, Quang Tri, Ben Tre ont mis en œuvre l'assurance maladie. Après 3 ans d'essai, les résultats obtenus étaient très satisfaisants. Par exemple, à Haiphong, le taux de participation à l'assurance maladie était de 9,1% de la population locale[80].

A partir de 1991, d'une part pour remédier aux difficultés et d'autre part pour renforcer ces premiers résultats encourageant, l'investissement du budget de l'État s'est accru rapidement (de 130 milliards en 1991 à 650 milliards de dongs en 1992). En comparaison avec les besoins des frais réels du secteur de la santé, cela a toutefois répondu seulement à 50 - 54% des frais réels, provoquant un grand déficit du budget de la santé. Il fallait donc passer à une nouvelle étape.

II. La naissance de l'assurance-maladie (1992-1998)

Grâce à la préparation active du Comité du projet d'ordonnance sur l'assurance maladie sous l'égide du ministère de la Santé, à la lumière des résultats et des leçons après les deux années et plus d'essai dans certains lieux, le 15 août 1992, le Conseil des

79 http://iph.org.vn/index.php/qun-ly-sc-khe/861-30-nm-i-mi-h-thng-y-t-ti-vit-nam-thanh-tu-thach-thc-va-gii-phap
80 Ministère de la Santé, *Le rapport sur l'assurance-maladie,* Hanoi, 2002.

ministres (aujourd'hui appelé le Gouvernement) a publié le décret numéro 299/HĐBT contenant la Charte sur l'assurance maladie et créant la politique de l'assurance maladie au Vietnam. Ce décret lance une longue série de développements de cette politique dont une première étape dure jusqu'en 1998.

II. 1. Le décret fondateur de 1992

Le décret du 15 août 1992 stipulait que les participants obligatoires à l'assurance-maladie en étaient les cadres, les personnels en fonction et en retraite dans les unités du secteur administratif, les travailleurs du secteur de production et des affaires. Les autres y participeraient selon leur capacité et leurs besoins.

Le 1er septembre 1992, le ministère de la Santé a demandé aux directeurs des hôpitaux ayant des lits d'hôpitaux, dans les hôpitaux centraux, locaux et de secteurs, de déployer rapidement des actions pour que le 1er Novembre 1992 on puisse commencer à examiner et soigner des patients relevant de l'assurance maladie. Le 11 septembre 1992, le Ministre de la Santé a aussi publié la Décision numéro 958/BYT-QĐ créant l'assurance maladie du Vietnam relevant immédiatement du ministère de la Santé.

Le 17 septembre 1992, le ministère de la Santé a publié la circulaire numéro 11/BYT-TT guidant la mise en œuvre du décret numéro 299/HĐBT du 15 août 1992 du Conseil des Ministres sur le système d'organisation de l'assurance maladie du Vietnam, du niveau central au niveau local. Le ministère de la Santé a créé un Conseil d'Administration pour superviser toutes les opérations de l'assurance maladie du Vietnam. Sa présidence était assumée par un sous-ministre du ministère de la Santé et la vice-présidence par un sous-directeur du Département de gestion de la santé publique (du ministère de la Santé). Ses membres comprenaient le Directeur de l'assurance maladie du Vietnam, le Directeur du Département des Finances et de la comptabilité (du ministère de la Santé) et des représentants de la Confédération générale du Travail du Vietnam, du ministère des

Finances, du ministère du Travail - des Invalides et des Affaires sociales, des grands hôpitaux et des grandes entreprises.

Dans les provinces et villes où le Conseil d'Administration de l'assurance maladie avait été établi pour superviser les opérations de l'assurance maladie locale, le Vice-président des comités populaires des provinces et villes chargé du comité de la culture et des questions sociales était le président du Conseil, les autres membres venant des secteurs des Finances, du Travail, de la Santé, des Entreprises, de la Confédération du Travail.

En septembre 1992, le ministère de la Santé a également ouvert un cours de perfectionnement national en matière de techniques administratives à Hanoi pour les dirigeants et cadres professionnels des provinces et des villes afin de déployer le Décret sur l'assurance maladie.

Jusqu'au 31 Décembre 1992, 38 provinces, villes et secteurs industriels ont mis en œuvre l'assurance-maladie et 14 provinces, villes et secteurs ont lancé sa mise en œuvre. A la fin du quatrième trimestre de 1992, tout le pays n'avait cependant que 13 provinces et villes émettant la carte d'assurance-maladie avec un total d'environ 100.000 cartes recueillant au total plus de 4 milliards de dongs[81]. Au 2 Octobre 1993, 49 unités de l'assurance-santé provinciales et municipales avaient été créées et l'assurance maladie y avait ouvert des cours de formation professionnelle à court-terme sur le contenu des articles de l'assurance maladie, les techniques pour l'exploiter, s'inscrire et émettre la carte d'assurance-maladie. 5 provinces n'avaient pas encore créé l'assurance maladie : Hai Hung, Yen Bai, Gia Lai, Dak Lak et Long An[82].

[81] Thai Hung, « la politique d'assurance maladie a déployée officiellement dans tout le pays », *Revue d'assurance maladie du Vietnam*, Article 7, 2014.
[82] http://www.nhandan.com.vn/xahoi/bhxh-va-cuoc-song/item/31260402-day-manh-lo-trinh-bao-hiem-y-te-toan-dan.html

En Octobre 1993, il y avait 56 organismes d'assurance maladie dans les provinces et villes, y compris les 53 provinces et villes relevant directement du gouvernement central. 2 unités d'assurance maladie étaient dans le secteur du Chemin de fer et du Pétrole et une dernière pour l'Agence d'assurance maladie du Vietnam elle-même (ayant des branches à Ho Chi Minh-Ville)[83].

Après une année de mise en œuvre de l'assurance maladie, le système d'assurance-maladie du Vietnam avait créé plus de 3,79 millions de cartes de l'assurance maladie (dont 0,32 millions de participants dans les programmes d'assurance-maladie volontaire). Le fonds d'assurance-maladie avait recueilli plus de 111 milliards de dongs. Plus de 2 millions de personnes avaient été soignées et examinées en bénéficiant du paiement des frais d'hospitalisation de l'assurance-maladie[84]. Il y a donc eu des efforts considérables du système d'assurance-maladie du Vietnam pour déployer la mission de dépenses et de recettes du Fonds d'assurance maladie. Des millions de personnes avaient été soignées et examinées grâce au paiement de l'assurance-maladie[85].

II. 2. Les premiers développements (1992-1998)

Dans les faits, la mise en œuvre de l'assurance maladie a toutefois révélé quelques inconvénients et limites dans le travail de recouvrement et de dépôt de l'assurance maladie obligatoire. La politique de l'assurance-maladie était tout d'abord marquée par la restriction des bénéficiaires et son indépendance organisationnelle par rapport à la Sécurité sociale. De nombreux organismes n'ont en outre pas respecté strictement les décrets du gouvernement et se sont soustraits à la responsabilité de payer l'assurance maladie pour les travailleurs, causant des pertes au fonds de l'assurance maladie.

83 Thai Hung, « la politique d'assurance maladie déployée officiellement dans tout le pays », Revue d'assurance maladie au Vietnam, Article 7, 2014.

84 http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=829&id=9541

85 Ministère de la Santé, Le rapport sur l'assurance-maladie, Hanoi, 2002.

En 1994, le secteur des entreprises d'Etat avait encore près d'un million de personnes qui ne participaient pas à l'assurance maladie. Les unités des forces armées économiques n'avaient pas encore rejoint l'assurance maladie. La plupart des entreprises n'avaient pas déclaré exactement à l'assurance-maladie le revenu réel des travailleurs afin de payer une cotisation plus basse. Dans la seule zone d'Hanoi, y compris les organismes centraux et locaux, en 1993 on a recouvré environ 13 milliards de dongs, selon l'annonce de l'Agence fiscale d'Hanoi, tandis que le montant des pertes était de plus de 9 milliards de dongs[86].

On découvre alors que beaucoup de patients traités dans les hôpitaux, dont les soins ont été payés par l'assurance maladie, demandent lors de leur sortie des factures et des pièces justificatives qu'ils apportent à l'agence d'assurance maladie pour demander un remboursement de soins qu'ils n'ont en fait pas payés[87]. Le 7 Mai 1994, le Ministre de la Santé publie la Lettre officielle numéro 3029/KH-TC exigeant des directeurs d'hôpitaux qu'ils dirigent une lutte contre les abus des fonctionnaires et du personnel médical.

Pour promouvoir les aspects positifs et surmonter les limites dans le recouvrement partiel de frais d'hospitalisation, le 27 Août 1994, le gouvernement a publié le Décret numéro 95/CP sur le recouvrement partiel de frais d'hospitalisation. Il devait garantir que les patients pauvres soient exemptés de tout paiement partiel et assurer que les patients ayant la carte d'assurance maladie lors d'examen et de soins, obtiendraient le même traitement que ceux qui avaient payé afin d'encourager les citoyens à participer activement à l'assurance maladie.

Le 20 Septembre 1994, le ministère de la Santé a publié la décision numéro 810/BYT-QĐ émettant le nouveau modèle de cartes d'assurance maladie et de fiche d'examens et

[86] Ministère de la Santé, *Le rapport sur l'assurance-maladie,* Hanoi, 2002.
[87] Ibid.

de soins par l'assurance maladie. Il s'agissait de rendre le travail de gestion de l'organisme d'assurance maladie plus efficace, de réduire les inconvénients pour les participants et de faciliter l'action des centres de santé lors de la réception des patients venant pour se faire examiner et traiter.

En matière de lutte contre les abus, le gouvernement publie le 06 Août 1996 le Décret numéro 46/CP stipulant la sanction des violations administratives dans le domaine de la gestion de la santé de l'État. L'article 12 précise les règlements sanctionnant des violations sur l'assurance maladie comme une amende de 50.000 à 200.000 dongs pour l'utilisation de la carte d'assurance-maladie d'autrui ; de 500.000 à 2.000.000 de dongs pour le fait d'user de son autorité afin d'utiliser la carte d'assurance-maladie dans un but personnel ou lorsque l'employeur n'a pas acheté ou a triché dans le dossier d'achat de la carte d'assurance maladie obligatoire pour les salariés ; de 5.000.000 et 20.000.000 de dongs pour les actes malhonnêtes dans l'établissement des documents et du paiement des frais.

A la fin de 1996, il apparaît que 31 sections de l'assurance maladie ont des dépenses presque égales ou supérieures à leurs recettes, 14 unités ayant dépensé excessivement. Cette réalité a sonné comme une cloche d'alarme. Les résultats de l'inspection globale de la politique de l'assurance maladie[88] ont aussi précisé que les droits de l'assuré n'étaient pas garantis de façon uniforme dans tout le pays. Certaines provinces et villes avaient adopté différents modes de paiement de l'assurance maladie pour chaque localité. Quelques régions aux recettes insuffisantes avaient limité certains paiements des frais d'examens et de soins médicaux. Au deuxième trimestre de 1997, 5 nouvelles provinces dépensaient excessivement, ce qui a porté à 17 le nombre de provinces et de villes déficitaires par rapport à l'assurance maladie.

[88] http://baohiemxahoi.gov.vn/?u=con&cid=129&t=0&p=142

III. Les développements de l'assurance-maladie.

Face à toutes ces limites et difficultés, le gouvernement continue à publier dfes décrets pour renforcer la mise en place de l'assurance-maladie. Nous observons l'évolution de ces politiques à travers trois étapes principales[89].

III. 1. Le rattachement à la Sécurité sociale (1998-2005)

Le remplacement des deux Décrets n° 299/HDBT et n° 47/CP mentionnés ci-dessus par le Décret n° 58/1998/ND-CP en date du 13 Août 1998 marque une politique de rattachement de l'assurance-maladie à la Sécurité sociale, assurant mieux les intérêts des participants en appliquant le même régime d'assurance à toutes les régions socio-économiques du pays. Par la Décision n° 20/QD-TT en date du 20 janvier 2003, le système d'assurance-maladie du Vietnam devient une administration de la Sécurité sociale (qui prend aussi en charge la retraite, les accidents du travail, les coûts de la maternité et les coûts liés au décès) qui adopte un nouveau mode managérial unificateur et élargisseur.

Ce décret du 13 Août 1998 a élargi les droits pour les détenteurs de l'assurance maladie mais aussi institué le co-paiement. Ceux qui avaient contribué à la Révolution, les familles des martyrs, les invalides de guerre, les soldats malades, les résistants et ceux qui avaient contribué à aider la Révolution ont continué à bénéficier d'une prise en charge à 100% des frais d'hospitalisations, d'examens et de soins médicaux. Pour les autres, afin d'assurer la capacité de paiement et de bien proportionner le Fonds

[89] LE Quang, « L'assurance-maladie pour les quasi-pauvres », *Revue de l'assurance-maladie du Vietnam,* n° 05, 2009, pp.4-5.

d'assurance-maladie, la Charte de l'assurance maladie a stipulé que l'Agence d'assurance maladie paierait désormais 80% des frais d'examens et de soins médicaux conformément aux frais de l'hôpital tandis que le patient en assumerait 20%. Cependant, pour diminuer les difficultés pour les cas de frais d'examens et de soins élevés, lorsque le montant payé par les patients représentait plus de 6 mois du salaire minimum en vigueur, les frais d´examens et de soins médicaux seraient tous payés par le Fonds d'assurance maladie.

Contrairement à l'ancienne Charte, la nouvelle Charte de l'assurance maladie a stipulé précisément les responsabilités, le mode de paiement et la prime pour chaque groupe de patients participant à l'assurance maladie obligatoire. La prime était de 3% des salaires et des indemnités de subsistance. La prime pour les personnes qui avaient mérité de la révolution en vertu des dispositions de la loi était de 3% du salaire minimum en vigueur (selon les anciennes règles, la prime pour les personnes qui avaient un mérite lié à la révolution était de seulement 36.000 dongs par mois). Au 1er Janvier 1999, le mécanisme de facturer 20% des frais d'examens et de soins a été appliqué, malgré des protestations et la demande d'en exonérer les retraités.

Pour mettre en œuvre la politique de médecine socialisée et améliorer la qualité d'examens et de soins médicaux afin de répondre aux besoins croissants des patients bénéficiant de l'assurance maladie, l'assurance maladie du Vietnam a publié le 21 Août 2000 le Document numéro 808/NVGD. Il proposait à l'assurance-maladie des provinces et villes relevant directement du gouvernement central et celle du secteur de se baser sur des conditions réelles locales pour établir un projet d'essai d'organiser des examens et des soins dans des centres de santé privés.

Les 21 Février 2001 et 1er Mars 2001, à Ho Chi Minh-Ville et Hanoi, le ministère de la Santé a organisé une conférence sur l'élaboration de la Liste des médicaments essentiels utilisés dans les centres d'examens et de soins. Durant ces colloques, plusieurs interventions des représentants des hôpitaux, de l'assurance maladie et des acteurs privés

du secteur de la santé ont montré clairement la nécessité de publier rapidement la Liste des médicaments comme une base garantissait les droits des patients en général et ceux qui avaient la carte d'assurance maladie en particulier.

La promulgation du Décret numéro 63/2005/NĐ-CP a apporté plus d'avantages aux participants de l'assurance maladie, mais aussi provoqué un déficit du fonds d'examens et de soins de santé. En 2006, le Fonds d'assurance maladie a connu un déficit de plus de 1600 milliards de dongs[90].

III. 2. Le développement vers les territoires ruraux (2005-2009)

Le remplacement du Décret n° 58/ND-CP par le décret n° 63 en date du 16 Mai 2005 apporta de meilleurs soins de santé avec de meilleurs instruments et supports technologiques : de nouveaux services en médecine préventive et éducation fonctionnelle. Durant cette période, la très grande nouveauté en termes de politique de l'assurance-maladie est cependant la Circulaire interministérielle n° 06/2007/TTLB-BYT-BTC émise par Le ministère du Travail, des Invalides de guerre et des Affaires Sociales, Le ministère de la Santé et le ministère des Finances, selon laquelle le régime d' assurance-maladie volontaire est défini et s'oriente vers les communes rurales et les écoles dans l'objectif d'atteindre 10% de cette population.

III. 3. La tentative de l'universalisation (2009-)

Cette époque est marquée par l'adoption de la Loi sur l'assurance-maladie en date du 14 Novembre 2008 prenant ses effets à partir du 1er juillet 2009 (Décision numéro 823/QĐ-TTg du 16 Juin 2009), qui institue vraiment de nouveaux fondements au service

[90] http://tapchibaohiemxahoi.gov.vn/newscategory/252/bhxh_vn.htm

du développement de l'assurance-maladie du pays[91]. Nous en observons une première nouveauté selon laquelle tous les enfants de moins de 6 ans et les « quasi-pauvres » sont assurés par le régime de subvention de l'État. Cette loi fixe bien un calendrier d'universalisation de l'assurance-maladie, à commencer par les élèves, étudiants et apprentis à partir du 1er janvier 2010 en passant par les paysans, travailleurs ruraux, forestiers, sylviculteurs, aquaculteurs à compter du 1er janvier 2012 pour finir par les acteurs restants à partir du 1er janvier 2014. Ainsi, cette loi met l'accent sur la politique d'universalisation de l'assurance-maladie sur la base de la croissance soutenue du pays.

Actuellement, le Vietnam dispose de deux types d'assurance maladie : l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie volontaire.

- L'assurance maladie obligatoire vaut pour les salariés, y compris les fonctionnaires, les employés des entreprises, des organisations économiques ou des organisations politiques sociales (Front de la patrie…), les personnes en retraite, ayant perdu de la vigueur, les héros de la révolution, les personnes âgées, les officiers de l'armée ou de la police populaire du Vietnam et leurs parents, les pauvres selon les critères du ministère du Travail, des Invalides et des Affaires sociales (Assemblée nationale en 2008, ministère de la Santé - ministère des Finances en 2009, Gouvernement en 2009).

- L'assurance maladie volontaire s'applique au reste de la population ayant besoin de participer à l'assurance maladie, y compris les deux groupes de l'Assurance maladie volontaire des élèves, étudiants et de l'Assurance maladie volontaire populaire (Assemblée nationale en 2008, ministère de la Santé - ministère des Finances en 2009, Gouvernement en 2009).

[91] Le 27 juillet 2009, le Gouvernement a publié le Décret numéro 62/2009/NĐ-CP stipulant en détail et guidant la mise en œuvre de certains articles de la loi sur l'assurance maladie. Le 14 Août 2009, le Co-Ministère de la Santé et des Finances a diffusé le circulaire numéro 09/2009/ TTLT-BYT-BTC guidant la mise en œuvre de l'assurance maladie (Ministère de la Santé - Ministère des Finances 2009).

L'une des caractéristiques remarquables de la loi sur l'assurance maladie était l'option de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle en 2014 en transférant peu à peu les ayants-droit participant à l'assurance maladie volontaire à celle d'obligatoire. Tant qu'ils n'avaient pas encore appartenu à l'assurance maladie obligatoire, ils continuaient à participer à l'assurance maladie volontaire. L'assurance maladie volontaire était la période transitoire pour atteindre à l'assurance maladie universelle.

Cependant, la pratique réelle de la Loi sur l'assurance maladie a montré beaucoup de problèmes et des erreurs qu'on peut lister comme ci-dessous :

- Selon les catégories de participants :

    - La loi stipule 25 groupes initiaux participant à l'assurance maladie sous forme individuelle et gérés par différents organismes qui faisaient la liste autorisant l'émission de la carte d'assurance maladie. Il en résulta une « sélection inverse », puisque les autres patients ont préféré ne pas partager les risques de l'assurance maladie, ce qui a affecté la stabilité du Fonds d'assurance maladie.
    - La force militaire était chargée de participer à l'assurance maladie en vertu des dispositions de la Loi sur l'assurance maladie, mais en ce temps-là elle n'a pas encore participé.

- Selon les co-paiements et remboursements :

    - Les règlements de co-paiement à 5% pour certains groupes de citoyens tels que les pauvres, les minorités ethniques, les personnes relevant de la protection sociale (retraités, femmes enceintes, etc.) et de 20% pour les proches parents de ceux qui ont du mérite, les quasi pauvres ou

leurs proches, ont limité la capacité d'accès aux services d'examens et de soins médicaux de certains patients, notamment ceux qui souffrent d'une maladie grave, une maladie chronique (insuffisance rénale, cancer, maladies endocriniennes, chirurgie cardio-vasculaire ...) faute de capacité de paiement ainsi que du fait de la complexité dans l'organisation de la mise en œuvre.

- Pour les autres catégories de population, les règlements de co-paiement des frais d'examens et de soins sans limite ont restreint l'accès aux services des cas où les patients ont besoin de grands frais d'examens et de soins médicaux (cancer, insuffisance rénale ...).
- Les règlements du paiement direct des frais d'examens et de soins par le fonds d'assurance-maladie aux personnes ayant la carte d'assurance maladie ont compliqué le recours à d'autres hôpitaux que celui dont elles relevaient en matière de remboursement et même d'accès aux soins.

- Selon la gestion de l'État et l'organisation de la mise en œuvre de l'assurance maladie :

  - La loi sur l'assurance maladie a stipulé que des comités populaires à tous les niveaux étaient chargés d'effectuer au nom de l'État la gestion de l'assurance maladie locale. Mais en fait, les comités populaires à tous les niveaux, notamment au niveau du district et de la commune, n'ont pas bien perçu leurs responsabilités dans l'examen et la gestion des participants à l'assurance maladie dans leur région. Certaines autorités locales ne sont pas vraiment intéressées à la gestion de l'assurance maladie, au développement de celle-ci et à la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

Face aux difficultés et aux défis de la mise en œuvre de la Loi sur l'assurance maladie en 2008, les autorités de gestion à tout niveau ont reconnu la nécessité d'avoir des modifications et des ajouts pour certains articles. Après trois ans de mise en œuvre de la Loi sur l'assurance maladie, fut mise en œuvre le 12 Juin 2012 la Résolution numéro 23/2012/QH13 de l'Assemblée nationale sur le Programme de construction de la loi. Cette loi s'appelle la Loi 46 et a été officiellement publiée le 1er Janvier 2014 afin de parvenir à l'assurance maladie universelle peu à peu, en garantissant les intérêts des participants à l'assurance maladie. En outre, la promulgation de la Loi 46 a également répondu aux exigences du développement du marché économique dans le socialisme et aux exigences de l'intégration à l'économie mondiale.

Cette Loi a été élaborée dans un contexte de coopération avec l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale. Pour préciser cette politique, le 29 Mars 2013, le Premier ministre a publié la Décision numéro 538/QĐ-TTg fixant trois objectifs à l'assurance maladie universelle pour la période 2012-2015 et à l'horizon 2020 :

(1) Augmenter la proportion de la population participant à l'assurance maladie pour qu'en 2015 il y ait plus de 70% de la population participant à l'assurance maladie et en 2020 plus de 80%.
(2) Renforcer la qualité d'examens et de soins de santé, répondre aux besoins d'examens et de soins des participants à l'assurance maladie.
(3) Innover en matière de mécanismes financiers garantissant des améliorations aux bénéficiaires des services sanitaires, garantir l'équilibre entre les recettes et les dépenses du fonds d'assurance maladie, s'efforcer de réduire le taux des dépenses directes des ménages à moins de 40% en 2020.

Tableau 9 : Prévision des participants à l'assurance maladie (en milliers de personnes)

An / Index	2012	2013	2014	2015	2020
Population	88.756	89.681	90.614	91.557	96.403
Nombre de carte d'assurance maladie total	59.355	61.436	63.899	65.656	77.835
Proportion en % de la population ayant la carte d'assurance maladie	67%	69%	71%	72%	81%
1. L'employé et l'employeur paie	9.938	10.425	11.071	11.601	14.578
2. Le Fonds d'assurance maladie paie	2.054	2.246	2.454	2.694	4.067
3. Le budget de l'État subventionne	42.929	44.033	45.089	45.513	52.884
3.1. Le budget de l'État subventionne 100%	30.204	29.736	29.255	28.761	33.531
- Les pauvres, les minorités ethniques	15.771	15.140	14.493	13.831	17.665
- Les enfants moins de 6 ans	8.447	8.580	8.715	8.852	9.597
3.2. Le budget de l'État subventionne	12.725	14.297	15.834	16.752	19.353
- Proche – pauvres	1.230	2.096	2.739	2.839	3.488
- Élèves, étudiants	11.495	12.201	12.933	13.616	15.060
- Les agriculteurs ont le niveau de vie moyen	-	-	162	298	805
4. Le paiement individuel	4.434	4.732	5.286	5.847	6.307

Cette disposition était liée aux responsabilités du Comité populaire de la commune dans la collaboration avec les organisations d'assurance maladie de dresser une liste des participants à l'assurance maladie chez des ménages locaux pour renforcer la responsabilité de gestion des populations locales et éviter la répétition ou l'omission de citoyens. D'autre part, l'article 13 de la loi a aussi stipulé de diminuer peu à peu les primes d'assurance-maladie lorsque tous les membres de la famille y participaient afin d'encourager la participation de tous les membres du ménage.

IV. Analyse de la création de l'assurance-maladie au Vietnam

Cette histoire voit à la fois l'adoption d'un certain nombre de décrets et de décisions qui complètent et concrétisent la création de l'assurance-maladie et l'apparition de difficultés et de résistances. A ce titre, elle montre une volonté continue du gouvernement de mettre en place l'assurance-maladie, une continuelle extension de celle-ci à de nouveaux bénéficiaires et pourtant le maintien de nombreuses difficultés et résistances.

IV. 1. Une continuelle extension à de nouveaux bénéficiaires

Le Règlement 299/HĐBT (du 15 août 1992) a été modifié et complété par le Décret n° 47/CP en date du 6 juin 1994. En référence à ces textes normatifs, les bénéficiaires de l'assurance-maladie se composaient alors essentiellement des fonctionnaires, des cadres et employés des entreprises publiques, du patronat et du salariat des entreprises privées ayant plus de 10 personnes en contrat de travail, des retraités, des invalides de guerre et des employés des organisations internationales au Vietnam.

Commence alors un mouvement de progressive extension à d'autres catégories sociales dont le tableau suivant répertorie les principales étapes :

Tableau 10 : Les bénéficiaires de l'assurance-maladie

Date	Catégorie concernée	Texte juridique
19 Septembre 1994	Elèves	Circulaire 14/TTLB
29 Mai 1995	Martyrs de la révolution, familles des martyrs, invalides de guerre, soldats malades, participants à la résistance, acteurs de la révolution	Décret 28/CP
13 Août 1998	Fonctionnaires des communes, districts et cantons, députés, élus locaux, personnes reconnues pour leurs contributions au Régime révolutionnaire et socialiste, étudiants étrangers et instituteurs	Décret 58/1998/NĐ-CP
16 Mars 1999	Élèves étrangers étudiant au Vietnam	Circulaire 13/1999/TTLT
16 Mai 2005	Cadres de communes, enfants d'officiers, de policiers, d'anciens combattants, personnes âgées de plus de 85 ans, pauvres, minoritaires, salariés des entreprises privées	Décret 63/ND-CP
14 Novembre 2008	Processus d'universalisation par étapes entre 2010 et 2014	Loi sur l'assurance-maladie

Une priorité particulière est accordée à tous ceux qui ont contribué à la Révolution. A partir de 1995, ils sont soignés pour ce qui relève de leur santé primaire, bénéficient des examens et traitements ambulatoires, hospitalisés, sans avoir à payer d'argent. Parallèlement à émettre la carte d'assurance maladie à temps et complètement, l'assurance maladie du Vietnam a émis des textes guidant les provinces et villes pour déployer le système des services médicaux afin de servir directement ceux qui ont l'assurance maladie, notamment les bénéficiaires de la protection sociale. La mise en œuvre de l'assurance maladie pour ceux qui ont contribué à la Révolution n'est en outre qu'un aspect de la politique vietnamienne puisqu'ils bénéficient aussi de livrets d'épargne, de la construction de « maisons de gratitude » et de soins spécifiques pour les mères héroïques vietnamiennes.

En 1993, il y avait seulement 3,79 millions de personnes participant à l'assurance maladie. En 2005, le nombre d'assurés a atteint 23,7 millions, représentant 28% de la population. En 2008, le nombre total d'assurés était de plus de 39,3 millions représentant 46% de la population. Au 31 Décembre 2012, le nombre total des participants à l'assurance maladie est de 59,3 millions, ce qui représente une augmentation de 9 millions de personnes par rapport à 2009 et une couverture de 67% de la population.

IV. 2. Des difficultés persistantes

Pourtant, cette politique a rencontré de nombreuses difficultés et lacunes telles que :

(1) Le manque de reconnaissance des familles bénéficiant d'un soutien (foyer pauvre) et l'émission en retard de leurs cartes ou papiers de soin de santé gratuits
(2) Les procédures administratives compliquées et les pertes de temps occasionnées
(3) Le bas niveau de soutien financier

(4) La faible qualité d'examens et de soins médicaux au niveau des districts et des communes

(5) Le manque de moyens de communication pour fournir des informations sur ces politiques pour les pauvres

(6) Les habitudes de soins sanitaires de la population (auto médication, mauvaises habitudes de vie et de soins de santé) et en particulier des agriculteurs et des ruraux

À côté des résultats obtenus, le processus de mise en œuvre des politiques d'assurance maladie montrait encore quelques lacunes en termes de participation à l'assurance maladie, au fonds d'assurance-maladie et aux procédures d'assurance maladie. Bien que le nombre de bénéficiaires s'accroisse constamment, le nombre de participants n'était pas grand, le niveau de couverture d'assurance-maladie n'était pas très élevé dans la population (environ 46% de la population en 2008, 67% en 2012), les participants à l'assurance maladie à ce moment-là étaient essentiellement ceux qui relevaient du système obligatoire.

Certaines questions n'étaient toujours pas résolues, notamment la participation obligatoire complète des employeurs. En particulier, on a rencontré des difficultés dans la participation des volontaires. Les participants au programme volontaire étaient principalement les personnes âgées, qui devaient payer des frais d'hospitalisation en cas de grave incapacité et dont la majorité « avait expérimenté » la situation sans carte d'assurance maladie lors d'examens et de soins de santé dans les périodes antérieures. Les jeunes en bonne santé (c'est-à-dire les personnes représentant la plus grande part de la population) manquaient au contraire d'informations et de compréhension de l'assurance maladie volontaire et n'y participaient que rarement.

Les cotisations des obligatoires comme des volontaires se basent sur le salaire de base actuel mais sont en fait trop basses par rapport au prix des services médicaux sur le

marché actuel d'examens et de soins de la santé. Les citoyens utilisent les réglementations imposant de participer à l'assurance maladie comme une stratégie visant à réduire les frais des examens et des soins de santé, en particulier ceux qui souffrent de maladies incurables. Plusieurs personnes ont connu après leur examen une grave maladie qui devait entraîner un traitement à long terme et de grands frais, ils ont alors « planifié » l'enregistrement de l'assurance. Au début de l'année, ils achètent une assurance volontaire, choisissent le moment convenable à la chirurgie, puis guérissent de la maladie, sont payés par le système de remboursement et puis quittent le système immédiatement. Ces stratégies rendent le budget du système toujours en déficit et les revenus ne peuvent pas rembourser les frais qui continuent d'augmenter régulièrement.

En 2007, le déficit de l'assurance maladie volontaire a augmenté si rapidement que l'agence d'assurance sociale du Vietnam a dû arrêter le fonctionnement de ce programme. En 2007, pour la première fois, l'assurance sociale du Vietnam n'a plus eu la capacité de payer la totalité des frais de santé pour ses membres. En deux ans, les dépenses ont encore doublé et l'assurance maladie a entraîné un déficit pour l'Etat de 1200 milliards en 2006 et 2000 milliards de dongs en 2009. C'est seulement après le quasi doublement des frais de participation que l'émission des cartes d'assurance maladie a été autorisée à continuer.

Encore aujourd'hui, certains services sans couverture par les paiements d'assurance-maladie ne sont pas encore convenables, tels que : le fonds d'assurance-maladie ne paie pas pour les enfants atteints de myopie, une grave erreur de réfraction de l'œil ayant besoin d'intervention et de traitement ; certaines règles sont très difficiles à appliquer dans la pratique comme les règles sur le paiement de l'assurance maladie pour les accidents de la circulation en raison des procédures, le temps détermine les violations de la loi ou non qui affecte directement les intérêts des participants d'assurance maladie.

* *

*

Ce sont ces lacunes qui ont rendu très difficile d'avoir une plate-forme de l'assurance maladie universelle en 2014. Cela a conduit à la nécessité d'avoir un texte formel officiellement et complètement afin de stipuler, guider et déployer l'assurance maladie de manière claire et transparente. C'était le moment où la nouvelle loi sur l'assurance maladie était née. Sa présentation sera l'objet de notre troisième chapitre.

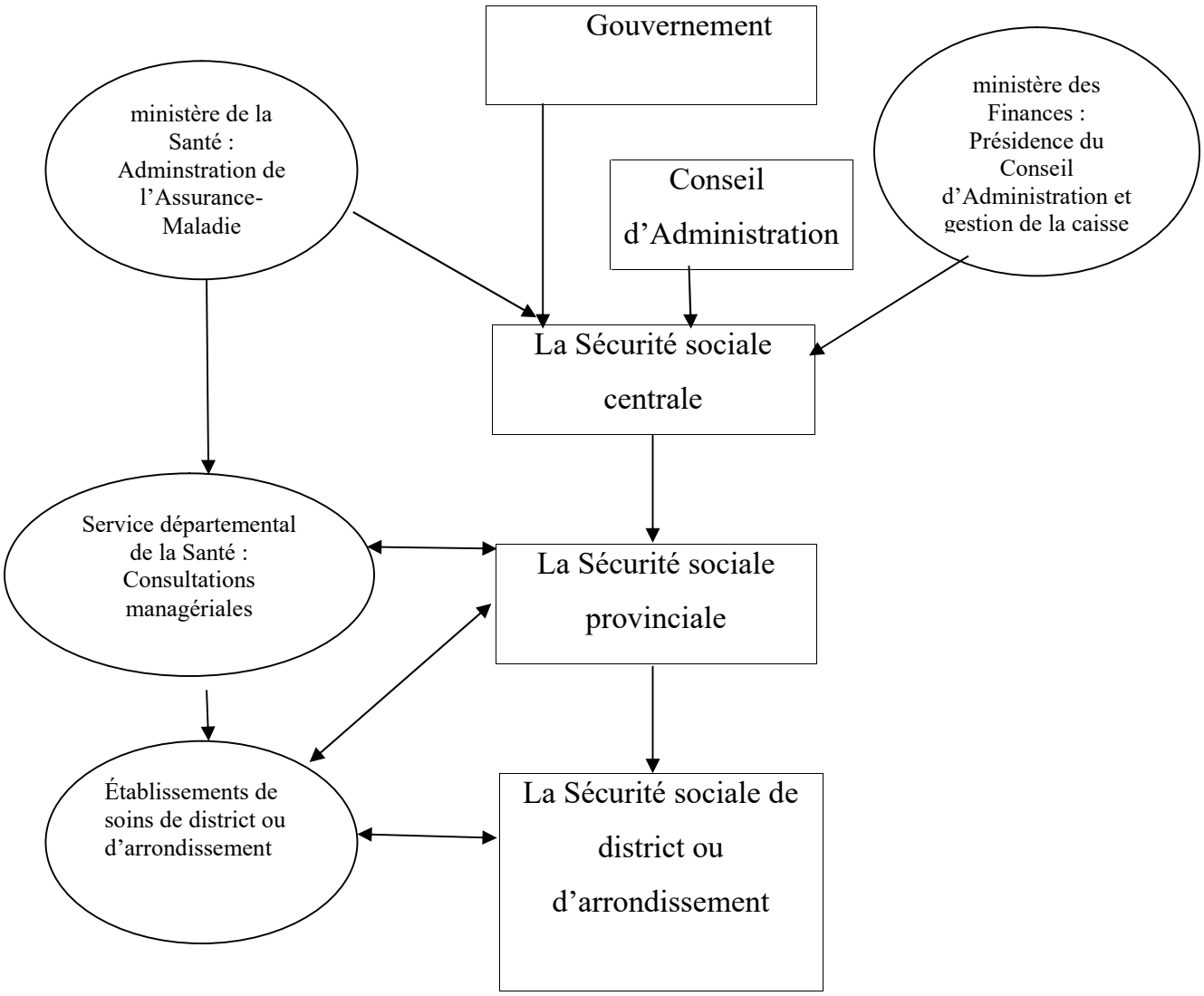
CHAPITRE 4
Le système d'assurance-maladie du Vietnam

En 1998, le décret numéro 59/1998/NĐ-CP du Gouvernement a créé l'assurance maladie du Vietnam d'une manière centralisée et unifiée dans tout le pays. Depuis le 1er janvier 2003, l'assurance maladie est intégrée dans la Sécurité sociale du Vietnam laquelle est chargée de mettre en œuvre les politiques d'assurance maladie. Le 8 août 2005, le gouvernement a décidé de créer le Département de l'assurance maladie relevant du ministère de la Santé qui exerce la fonction de gestion de l'Etat en termes d'assurance maladie. Ce chapitre vise à présenter le système d'assurance maladie ainsi mis progressivement en place, aussi bien en ce qui concerne les catégories de population, le système hospitalier, que les cotisations et les modes de remboursement.

I. L'organisation du système d'assurance-maladie du Vietnam

La Sécurité sociale du Vietnam, en qualité d'une Administration publique, a pour tâche la mise en place et en œuvre des politiques sociales relatives à l'assurance sociale et à l'assurance-maladie. Pour situer le système d'assurance-maladie du Vietnam, on peut s'appuyer sur son organigramme (figure 1), qui explique assez clairement les relations fonctionnelles entre les ministères concernés et les instances inférieures :

Schéma 4 : organigramme de la Sécurité sociale du Vietnam 87



À travers cet organigramme, nous retrouvons l'ambition des décideurs vietnamiens en la matière et un mode de régulation du système d'assurance-maladie très centralisé où est fortement ancré le rôle du Premier Ministre. Selon le règlement de l'assurance maladie qui a été promulgué avec l'entrée en vigueur du décret numéro 299/NĐ/CP du Gouvernement, l'assurance maladie du Vietnam relève du ministère de la Santé ;

l'assurance maladie provinciale relève de l'assurance maladie du Vietnam. On constate donc que l'assurance-maladie est organisée conformément au découpage en niveaux territoriaux que nous avons présenté dans le premier chapitre. Pour la présenter plus précisément, il nous faut d'abord décrire les catégories de populations que l'histoire a conduit à distinguer au Vietnam.

I. 1. Les catégories de populations

Hors les salariés, dont nous présenterons plus loin le système de cotisation, le système du Vietnam distingue quatre catégories spécifiques et assez typiques de ce pays qu'il est donc important de présenter de façon détaillée. La première est celle des « pauvres » et « quasi-pauvres », la seconde est celle des divers fonctionnaires, la troisième regroupe les citoyens subventionnés et la quatrième ceux qui ont contribué à la révolution ou ont un mérite particulier envers le régime.

I. 1. 1. Les pauvres et quasi-pauvres :

Les définitions de cette catégorie varient avec le temps et en fonction du développement économique et social du Vietnam. Historiquement, les définitions suivantes ont été en vigueur pour le seuil de pauvreté :

I. 1. 1. 1 Le seuil de pauvreté 1993-1995[92]

Les ménages victimes de la faim : revenu par personne prévu en riz / mois de moins de 8 kg pour les zones rurales et de moins de 13 kg pour les zones urbaines.
Les ménages pauvres : le revenu par personne prévu en riz / mois est de moins de 15 kg pour les zones rurales et de moins de 20 kg pour les zones urbaines.

[92] https://vandekinhte.wordpress.com/2016/03/12/chuan-ngheo-viet-nam-qua-cac-giai-doan/

I. 1. 1. 2. Le seuil de pauvreté 1995-1997[93]

Les ménages victimes de la faim : le revenu par personne prévu en riz/mois est de moins de 13 kg pour toutes les zones.
Les ménages pauvres : le revenu par personne prévu en riz/mois est de moins de 20 kg pour les zones rurales et de moins de 25 kg pour les zones urbaines.

I. 1. 1. 3. Le seuil de pauvreté 1997-2000[94]

Les ménages victimes de la famine : le revenu par personne prévu en riz/mois est de moins de 13 kg équivalent à 45.000 dongs pour toutes les zones.
Les ménages pauvres : le revenu par personne prévu en riz/mois est de moins de 20 kg équivalent à 70.000 dongs pour les zones rurales et de moins de 25 kg équivalent à 90.000 dongs pour les zones urbaines.

I. 1. 1. 4. Le seuil de pauvreté 2001-2005[95]

Le revenu par personne est de moins de 100.000 dongs par mois pour les zones rurales et de moins de 150.000 dongs pour les zones urbaines.

I. 1. 1. 5. Le seuil de pauvreté 2006-2010[96]

[93] *Ibid*.
[94] http://thuvienphapluat.vn/cong-van/Lao-dong-Tien-luong/Cong-van-1751-LDTBXH-TL-ap-dung-cac-che-do-phu-cap-12186.aspx
[95] http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Quyet-dinh-1143-2000-QD-LDTBXH-dieu-chinh-chuan-ho-ngheo-giai-doan-2001-2005-70166.aspx
[96] http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Quyet-dinh-170-2005-QD-TTg-chuan-ngheo-ap-dung-giai-doan-2006-2010-2337.aspx

Le revenu par personne est de moins de 200.000 dongs par mois pour les zones rurales et de moins de 260.000 dongs par mois pour les zones urbaines.

I. 1. 1. 6. Le seuil de pauvreté 2011-2015[97]

Les ménages pauvres : Le revenu par personne est de moins de 400.000 dongs par mois pour les zones rurales et de moins de 500.000 dongs par mois pour les zones urbaines.
Les ménages quasi-pauvres : Le revenu par personne est de 401.000 à 520.000 dongs par mois pour les zones rurales et de 501.000 à 650.000 dongs par mois pour les zones urbaines.

I. 1. 2 Les fonctionnaires

Diverses catégories de fonctionnaires ont également des droits et des obligations spécifiques.

I. 1. 2. 1. Les fonctionnaires titulaires au niveau de la commune ou de l'arrondissement

- Secrétaire et secrétaire adjoint du Comité du Parti, du Comité permanent du Parti du niveau de la commune (lorsqu'il n'y a pas un secrétaire adjoint responsable des affaires du Parti) ; Secrétaire et secrétaire adjoint de la cellule de la commune (lorsque le Comité du Parti du niveau de la commune n'est pas encore fondé)
- Président, Vice-Président du Conseil populaire
- Président du Comité du Front de la Patrie

[97] http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Quyet-dinh-09-2011-QD-TTg-chuan-ho-ngheo-can-ngheo-118397.aspx

- Secrétaire de l'Union de la jeunesse communiste Hô Chi Minh, Président de l'Union des femmes, Président de l'Union des agriculteurs et Président de l'Union des anciens combattants
- Chef de la police
- Commandant en chef militaire
- Bureau politique – Statistiques
- Cadastre – Construction
- Finance – Comptabilité
- Justice - État civil
- Culture - Société

I. 1. 2. 2. Les fonctionnaires non titulaires au niveau de la commune ou de l'arrondissement

Le Fonctionnaire non titulaire au niveau de la commune ou de l'arrondissement est un citoyen vietnamien élu à un poste ou sélectionné pour signer un contrat de travail afin de travailler à mi-temps dans le Comité du Parti, le Comité populaire ou des organismes politiques ou sociaux, des organisations au niveau de la commune. Il peut signer successivement plusieurs contrats de Fonctionnaire non titulaire au niveau de la commune ou de l'arrondissement[98]. Ces fonctionnaires non titulaires correspondent à[99]:

- Responsable de l'organisation locale du Parti, Gérant du Comité de Contrôle du Parti, Responsable de la Commission de la Propagande et de l'Éducation, cadre du bureau du Comité du Parti
- Chef adjoint de la police (lorsqu'il n'y a pas de force de police régulière sur la commune ou l'arrondissement)

98http://tcnn.vn/Plus.aspx/vi/News/125/0/1010067/0/7261/Xac_dinh_chuc_danh_cua_nhung_nguoi_hoat_dong_khong_chuyen_trach_o_cap_xa
99http://www.moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=20999

- Commandant militaire adjoint
- Cadre de planification - trafic - irrigation - agriculture, sylviculture, pêche et sel
- Cadre des Travailleurs - Invalides et des Affaires sociales
- Cadre de la Population - famille et enfant
- Trésorier - Gestion des papiers et documents – archives
- Responsable des stations de télévision, Cadre gérant la Maison de Culture
- Vice-président du Comité du Front de la Patrie, Chef adjoint des associations au niveau de la commune : Union de la jeunesse communiste Hô Chi Minh, Union des femmes, Union des agriculteurs, Union des anciens combattants
- Président de l'Union des personnes âgées ; Président de la Croix-Rouge du Vietnam

I. 1. 2. 3. Fonctionnaires retraités de la commune, de l'arrondissement ou du bourg en retrait

Cette sous-catégorie comprend les fonctionnaires retraités de la commune, de l'arrondissement ou du bourg. La loi de L'assurance sociale 2006 et la loi de Travail 2012 ont stipulé la retraite à 60 ans pour les hommes et 55 pour les femmes[100].

I. 1. 3. Les patients bénéficiant d'une allocation sociale [101]

Cette catégorie, qui bénéficie gratuitement de la carte d'assurance-maladie, regroupe toute une série de personnes qui reçoivent une allocation sociale pour une raison donnée :

- Enfant de moins de 16 ans sans source de nourriture et qui appartient à l'un des cas suivants : être abandonné et que personne ne l'adopte ; être orphelin de mère

[100] http://news.zing.vn/luong-va-tuoi-nghi-huu-se-thay-doi-tu-dau-2016-post532464.html
[101] http://baochinhphu.vn/Chinh-sach-moi/6-doi-tuong-duoc-tro-cap-xa-hoi-hang-thang/183859.vgp

et de père ; être orphelin de mère ou de père et la personne demeurant l'a abandonné

- Personne de 16 à 22 ans qui appartient à l'un des cas ci-dessus qui suit un enseignement général ou professionnel, un enseignement secondaire professionnel, un collège, ou un premier cycle universitaire
- Enfant infecté par le virus VIH qui appartient à une famille pauvre ; celui qui est atteint du VIH appartenant à une famille pauvre sans compétence de travailler ni retraite, subvention de l'assurance sociale mensuelle, pension prioritaire mensuelle liée au mérite ni d'autres subventions mensuelles
- Celui qui appartient à une famille pauvre sans époux ou épouse, qui est veuf ou veuve ; son époux ou épouse est perdu selon les règlements légaux et il s'occupe d'un enfant de moins de 16 ans ou de 16 à 22 ans mais qui est en train de suivre un enseignement général ou professionnel, un enseignement secondaire professionnel, un collège ou un premier cycle universitaire (le pauvre est seul à s'occuper de l'enfant)
- Personne âgée appartenant à l'un des cas suivants :
    - Personne âgée qui appartient à une famille pauvre que personne n'a la mission et le droit d'entretenir avec soin ou dont la personne qui a la mission et le droit d'entretenir cette famille avec soin est en train de bénéficier de la subvention sociale mensuelle
    - Personne d'au moins 80 ans qui n'appartient pas à ces cas mais est sans salaire, sans retraite, sans subvention de l'assurance sociale mensuelle, ni autre subvention sociale mensuelle
    - Personne âgée qui appartient à une famille pauvre que personne n'a la mission et le droit d'entretenir avec soin
- Personne handicapée

I. 1. 4. Les anciens combattants et personnes qui ont montré du mérite lors de la Révolution [102]

Cette catégorie regroupe ceux qui ont participé aux activités de la Révolution ou à d'autres activités de résistance avant 1975, qui ont mené des activités de résistance pour libérer le peuple, protéger la Patrie ou assuré des missions internationales et ceux qui ont participé aux activités de résistance et ont été décorés pour leur action de résistance par l'État.

II. Le système hospitalier au Vietnam.

Le système des hôpitaux joue un rôle important dans le système de soins de santé. Il comporte quatre niveaux adaptés au découpage territorial du pays, un système de formation développé et les services de santé privés se sont développés rapidement. Mais des inégalités demeurent.

II. 1. Un système à 4 niveaux

Le système de soins de santé vietnamien est un système décentralisé de base avec quatre niveaux : le niveau central (qui relève du ministère de la Santé), le niveau provincial, le niveau de district et le niveau de la commune. En 2010, Le Vietnam avait 1100 hôpitaux qui offraient globalement plus de 180.000 lits et en 2016 ce nombre a augmenté à 1300 hôpitaux avec plus de 200.000 lits divisés en trois lignes[103].

[102] http://chinhsachonline.chinhphu.vn/Chi-tiet-cau-hoi/Can-cu-nao-xac-nhan-nguoi-co-cong-voi-cach-mang/5778.vgp
[103] http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=398&id=14341

- Les hôpitaux centraux sont gérés par le ministère de la Santé. Ce sont 34 établissements souvent les mieux équipés et les plus à même de proposer des traitements spécialisés.
- Les hôpitaux provinciaux sont gérés par les services provinciaux du ministère de la Santé. Il y a près de 300 hôpitaux provinciaux au Vietnam.
- Les hôpitaux de district fournissent des soins moins spécialisés. Il y a près de 1000 hôpitaux de district.

S'ajoutent à ces hôpitaux les postes sanitaires communaux. Ils sont nombreux et fournissent des soins généralistes et les premiers secours. Ils ont aussi un rôle de formation et de sensibilisation des populations aux précautions sanitaires.

Ces quatre niveaux ont été construits pour répondre à tous les besoins de soin et de traitement des patients. Un malade décide d'aller dans les postes sanitaires communaux quand il a des maladies peu graves comme des maux de tête, la fièvre ou pour recevoir des médicaments de base ou la vaccination. Il décide d'aller dans les hôpitaux de plus haut niveau quand il a une maladie plus grave et que les postes sanitaires communaux ne peuvent pas la traiter.

Le travail de santé préventive comprend la prévention des épidémies, la mise en quarantaine sanitaire internationale, la santé environnementale, la santé au travail, la prévention des blessures et des accidents, la production et la fourniture de vaccins, les bio-produits médicaux, en particulier face à des épidémies dangereuses comme le SRAS, la grippe A H5N1 chez les humains et d'autres épidémies émergentes.

II. 2. Le système de formation

Le système de formation et de recherche compte actuellement environ 30 centres de recherche, 26 universités (dont une sera bientôt fondée), plus de 30 collèges et 100

établissements d'enseignement secondaire et de formation médicale. La formation au grade universitaire et post-universitaire y est assurée par 26 écoles[104].

Le nombre total des fonctionnaires servant dans le secteur de la santé publique est d'environ 300.000 personnes avec 80.000 employés au niveau universitaire et post-universitaire, et presque 200.000 cadres médicaux au niveau intermédiaire[105].

II. 3. Un rôle croissant du privé

Outre les services de soins médicaux publics, le secteur privé joue également un rôle très important. Sur tout le pays, il y a actuellement plus de 170 hôpitaux privés et plus de 30.000 cliniques privées. En général, le secteur sanitaire privé a pour mission de contribuer à réduire la charge pour les hôpitaux en ligne centrale et provinciale[106]. Il doit aussi constituer un premier pas et former un environnement concurrentiel entre l'hôpital public et privé, contribuer au développement de la profession sur le plan technique, améliorer l'attitude de service pour répondre aux besoins d'examens et de soins divers des citoyens.

Beaucoup d'établissements de santé privés ont investi dans des équipements modernes et ont appliqué de nombreuses avancées scientifiques et techniques dans le diagnostic et le traitement des maladies telles que la prise des radiographies, des IRM, l'échographie 4D, 5D, la chirurgie par phacoémulsification, la chirurgie à cœur ouvert, la fécondation in vitro ... Ils ont offert beaucoup de services et des soins de santé de qualité aux citoyens et leur ont fourni plus de possibilités d'avoir accès aux services d'examens et de soins médicaux, ont contribué à réduire la charge pour les hôpitaux publics et également

[104]http://jahr.org.vn/downloads/Nghien%20cuu/Thong%20tin%20y%20te/Ehealth.doc?phpMyAdmin=5b051da883f5a46f0982cec60527c597

[105]http://jahr.org.vn/downloads/Nghien%20cuu/Thong%20tin%20y%20te/Ehealth.doc?phpMyAdmin=5b051da883f5a46f0982cec60527c597

[106] http://cand.com.vn/y-te/Ca-nuoc-hien-co-hon-170-benh-vien-tu-nhan-386184/

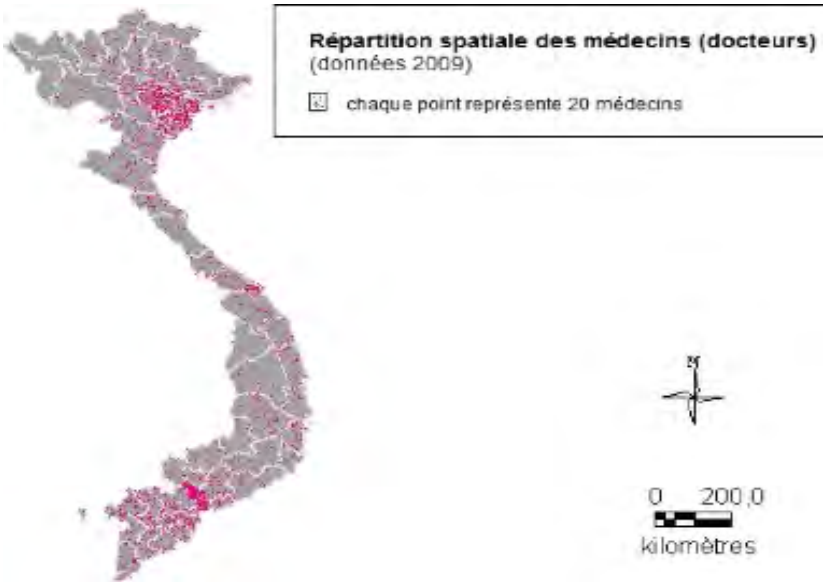
créé une pression concurrentielle pour les établissements d'examens et de soins médicaux de l'Etat dans l'amélioration de la qualité des services de soins sanitaires.

II. 4. Progrès et limites

Selon les évaluations, ce système a connu un certain succès en matière de soins de santé primaires et de médecine préventive. L'adoption en 2009 de la décision n° 930/2009 / QD-TTg a notamment conduit à la construction, la rénovation ou l'amélioration de 11 hôpitaux gérés par le ministère de la Santé et 155 hôpitaux provinciaux. Le projet 47 (date ?), a ensuite conduit à la construction, la rénovation ou l'amélioration de 598 hôpitaux de district.

Malgré ces améliorations, les examens et les soins médicaux des hôpitaux en ligne provinciale et centrale sont encore surchargés [107]. On note en outre une forte concentration des médecins dans les grandes villes :

Carte 6 : Concentration des médecins dans les plaines et les grandes villes



Source : http://www.memoireonline.com/12/11/5004/Vietnam-2009-les-facteurs-de-sante--acces-aux-services

[107] http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=7988

Avec « 5,6 médecins pour 10 000 habitants, 2,1 infirmiers pour 3000 habitants, 1,1 hôpital pour 100.000 habitants, 1,3 centres de santé pour 10.000 habitants, 2,1 pharmaciens pour 10.000 habitants »[12], le Vietnam bénéficie d'un meilleur encadrement en termes de personnels et de structures de soins que les recommandations minimales de l'OMS et plus élevé que le degré de développement économique du pays ne devrait le permettre.

Cependant, le secteur de la santé en général, et le réseau d'examens et de soins sanitaire en particulier, est face de nombreux défis et montre certaines limites. L'investissement dans la santé a augmenté, mais pas en rapport avec la demande de traitement des maladies des citoyens ; la capacité de la santé en ligne de base reste limitée, les infrastructures et les équipements de nombreux hôpitaux se sont détériorés. L'effet de l'économie de marché a intensifié le phénomène de l'abus de médicaments, des analyses, des imageries de diagnostic et des services de haute technologie. Alors que les besoins d'examens et de soins sanitaires s'accroissent, leurs demandes de qualité sont plus élevées. Les types de services sont de plus en plus divers et les différents types de spécialités pharmaceutiques appliqués dans le traitement créent une énorme quantité de données que les gestionnaires doivent traiter. Les dispositions de gestion des examens et des soins sanitaires et du paiement par la carte d'assurance maladie sont de plus en plus détaillées et complexes.

III. Les modalités de calcul des frais de soins

Depuis 1992, on note une tentative d'égaliser le taux des contributions des différents participants à l'assurance-maladie. La publication d'une loi en 2008 sur

l'assurance maladie a marqué une étape importante dans cette tentative. Cependant, à côté des résultats obtenus, il restait encore des difficultés et des problèmes se posaient en raison de quelques dispositions défavorables à la réalité. C'est pourquoi l'adoption en 2014 d'une loi modifiée et complétée par rapport à celle de 2008 s'est révélée absolument nécessaire afin d'universaliser l'assurance maladie et de garantir les droits des assurés.

III. 1. Le système de remboursement entre 1992 et 2008[108]

Le montant fixé pour la contribution à l'assurance-maladie variait de 3 à 10% du salaire minimum de 1992 à 1994. Il est à noter que les fonctionnaires et les retraités contribuaient alors pour 10% du salaire minimum, alors que la contribution des salariés des entreprises se limitait seulement à 3%. De 1994 jusqu'à 2008, pour éviter cette inégalité, le montant de contribution a été fixé à 3% du salaire minimum pour l'ensemble des participants.

D'après l'évaluation exprimée dans le rapport sur l'assurance-maladie de 2005 par la Sécurité sociale du Vietnam, on constate par ailleurs que la politique gouvernementale durant cette période permit à l'hôpital de résoudre la partie la plus dure qui était financière : cette instance commença à avoir plus de moyens d'action. Elle donna également des résultats « encourageants » en termes d'amélioration des services de soins permettant aux personnels hospitaliers de travailler « tranquillement », d'amélioration de l'accès aux services de soins par les citoyens aisés grâce à un meilleur accueil et d'amélioration de la gestion des institutions médicales[109]. Mais elle exerça des effets très néfastes sur les catégories socio-profesionnelles populaires qui commencèrent à voir que la croissance liée à la Reforme ne leur était pas profitable : Ils se sentirent moins « armés » face aux frais croissants des soins.

[108] Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam de 2009 à 2012,* Hanoï, 2013.
[109] *Ibid*.

En 2005, un nouveau règlement sur l'assurance maladie a donc été promulgué avec l'entrée en vigueur du décret numéro 63/2005/NĐ-CP qui avait pour but de fournir de meilleures prestations aux assurés. Les principaux éléments de changement en la matière sont les suivants :

- L'acquittement de 20% de frais médicaux des assurés est supprimé.
- Pour les services de santé de haute technologie coûteux, les assurés (sauf les prioritaires) bénéficient de prestations qui couvrent seulement une partie de leurs frais médicaux, le reste n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.
- Les frais médicaux et d'hospitalisation relatifs aux traumatismes résultant des accidents de la route sont en revanche totalement couverts par les prestations de l'assurance maladie.
- La plupart des examens cliniques et paracliniques effectués dans les établissements de santé sont réglés par la caisse d'assurance maladie. 50% du prix des médicaments figurant sur la liste dressée par le ministère de la Santé, y compris des médicaments équivalents à ceux utilisés dans les pays développés, des médicaments anticancéreux, des médicaments anti-rejet qui ne sont pas présents sur cette liste sont payés par l'assurance maladie pour ceux qui sont assurés depuis au moins 3 ans consécutifs.

Le budget de la santé est finalement en provenance de deux sources principales : la première est directement affectée par l'État aux fournisseurs de services de santé via le ministère de la Santé, le Service de la Santé et la Caisse de l'assurance-maladie ; la seconde provient des frais payés par les individus dans le secteur privé aux fournisseurs de services et de médicaments…Pour avoir une idée de la part des dépenses pour l'assurance-maladie entre 1998 et 2008 par rapport aux autres dépenses et/ou budgets nationaux annuels, nous la présentons dans le tableau 11 suivant.

Tableau 11 : la part des dépenses de l'assurance-maladie par rapport aux autres dépenses et/ou budgets de 1998 à 2008 (Unité : %)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses de l'assurance-maladie par rapport au PIB	4,9	4,9	5,2	5,6	5,1	5,2	5,5	5,9	6,2	6,2	6,4
Dépenses de l'assurance-maladie par rapport au total de dépenses pour la consommation	6,3	6,5	7,2	7,8	7,2	7,2	7,7	8,5	9,0	8,8	8,7
Dépenses de l'assurance-maladie par le gouvernement par rapport au total des dépenses gouvernementales	7,6	7,2	5,4	5,7	4,8	4,8	4,3	5,2	6,9	7,4	10,2
Dépenses gouvernementales de l'assurance-maladie par rapport au total des dépenses pour la santé	35,0	35,2	31,0	31,5	30,5	32,1	27,5	27,2	36,6	38,2	42,9
Dépenses privées pour la santé par rapport au total des dépenses pour la santé	65,0	64,8	69,0	68,5	69,5	67,9	72,6	72,9	63,4	61,9	57,1
Dépenses gouvernementales pour la Sécurité sociale par rapport au total des dépenses gouvernementales	6,1	5,6	6,1	5,5	6,0	7,0	7,9	8,8	12,5	14,2	17,6
Dépenses de sources extérieures pour la santé par rapport au total des dépenses pour la santé	2,8	3,3	2,6	2,7	3,3	2,6	2,0	2,3	1,5	1,3	1,9

Source : Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam de 2009 à 2012,* Hanoï, 2013

Lorsque nous observons le rapport entre les dépenses pour l'assurance-maladie et le PIB du pays, nous trouvons clairement que la croissance soutenue du Vietnam permet régulièrement une augmentation des dépenses de l'assurance-maladie. Le gouvernement vietnamien a aussi fait beaucoup d'efforts pour les dépenses de l'assurance-maladie en termes de comparaison avec le total de ses dépenses, surtout pour les trois années consécutives de 2006 à 2008. Ces efforts gouvernementaux s'expliquent par le fait que le Vietnam en ces trois années était en passe de devenir un pays intermédiaire qui avait de bonnes recettes.

III. 2. La loi de 2008

La Loi sur l'assurance-maladie de 2008 marque une nouvelle étape importante. Elle institue trois modalités de calcul et de paiement des frais de soins de santé : les frais à payer par activité (acte chirurgical…) ; les frais à payer par personne et les frais à payer par maladie, sachant que la première modalité est la plus répandue. Sont fixés par les autorités publiques centrales les critères généraux de tarification des soins de santé en fonction desquels les autorités locales et les établissements de soins sous leur administration calculent les tarifs pour les divers soins tout en prenant en compte les conditions technologiques des établissements de soins et les capacités financières réelles des populations.

En fonction du coût des médicaments, des équipements, des instruments médicaux et des services techniques, la première modalité de calcul des frais de soins de santé s'applique en grande partie aux services externes et internes selon les diagnostics. Les deux autres modalités de calcul des frais de soins qui reposent sur le montant fixé par personne ou par chaque cas de maladie s'appliquent essentiellement aux hôpitaux de districts ou aux centres de soins de la santé communautaire.

Les cotisations d'assurance maladie maximum fixées par cette loi sont de 6% sur les salaires, les pensions, les allocations d'assurance sociale, les bourses ou le salaire minimum général. Ces cotisations répondent aux dépenses de base des frais d'examens et de soins (les frais actuels des groupes de retraités, des personnes en perte de force, des citoyens bénéficiaires de préférences sociales et des cotisants volontaires n'atteignent qu'environ 50% des frais moyens). Ce niveau de paiement est assuré par des contributions des employeurs (qui payent 2/3 des cotisations) et des travailleurs (qui payent 1/3).

À compter du Décret n° 63/2009/ND-CP (2009), le montant de contribution fixé est de 4,5% du salaire minimum. Au total, les contributions des acteurs à la caisse d'assurance-maladie s'élèvent alors à 45% des dépenses réelles moyennes par personne par an. En chiffre absolu en 2009 par exemple, un Vietnamien dépense en moyenne 50 USD pour les soins de santé[110].

Le premier janvier 2010, selon le décret 63/2005/NĐ-CP, le montant de prestation d'assurance maladie a à nouveau changé : le règlement des frais médicaux des assurés est divisé en deux cas. Lorsque les soins médicaux sont conformes au décret : il y a alors 3 niveaux de règlement (100%, 95%, 80%) qui varient selon différents secteurs et les catégories de patients. Lorsque les soins médicaux ne sont pas conformes au décret : il y a 3 niveaux de règlement qui varient en fonction des différents types d'hôpitaux (en ligne centrale, etc.).

Les assurés ont droit à à la fois de choisir l'établissement de santé initial et de changer d'établissement selon son expertise technique et leur pathologie. Ces établissements comprennent tous les types d'établissements publics et de cliniques privées. Le fait de fournir les services de santé dans les infirmeries communales permet à la population d'accéder aux soins médicaux depuis le secteur primaire.

[110] *Ibid*.

En 2010, environ 106 millions de consultations sanitaires des assurés ont été enregistrées[111]. La fréquence de consultation moyenne était de 2,1 fois par habitant par an.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous la répartition des contributions de chacun de régimes d'assurance en 2010, qui montre bien à la fois l'effort d'uniformisation des contributions et celui de subventionner certaines catégories :

Tableau 12 : contributions à l'assurance-maladie selon les régimes en 2010

Les types d'acteurs participant à l'assurance-maladie	Le montant de contribution
1. Les groupes d'acteurs sous le régime « obligatoire »	
Les salariés du secteur formel, les fonctionnaires et les salariés en contrat de travail d'au moins trois mois	4,5% du salaire minimum dont 3% de contribution de l'employeur et 1,5% du salarié (Salaire minimum actuel : 1.050.000 VND/mois)
Retraités	4,5% du salaire minimum via le mode de prélèvement direct par la Sécurité sociale du Vietnam
Les acteurs auxquels le Régime est reconnaissant, les enfants de moins de 6 ans et les pauvres	4,5% du salaire minimum subventionné par l'État
Les « quasi-pauvres »	4,5% du salaire minimum dont 2,25% subventionné par l'État au premier membre du ménage ; 90%, 80% et 70% du montant fixé respectivement pour le deuxième, le troisième et le quatrième membre. À partir du 5ème membre, la contribution est à 50% du montant fixé
Élèves et étudiants	3% du salaire minimum dont 1% subventionné par l'État pour les élèves et étudiants issus des ménages classés « non-pauvres » et 1,5% pour ceux issus des ménages classés « quasi-pauvres ».
2. Les acteurs participant au régime « volontaire »	
Les parents et les proches des salariés	4,5% du salaire minimum

[111] Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie à Hanoi de 2009 à 2012*, Hanoï, 2013

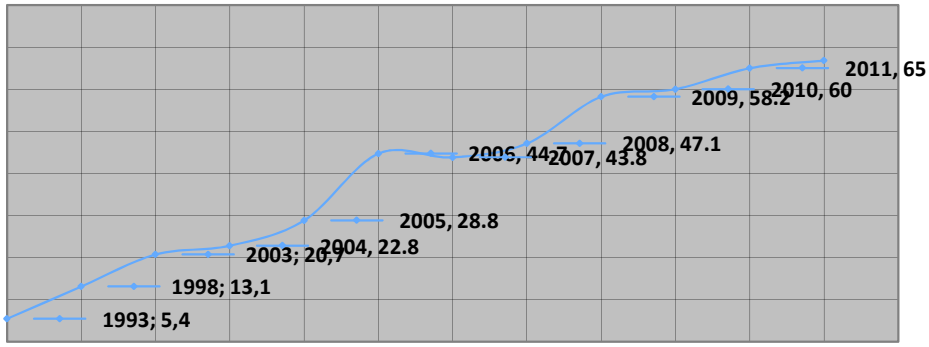
Les paysans, forestiers, sylviculteurs, aquaculteurs et producteurs de sel	4,5% du montant fixé dont 1,5% subventionné par l'État

Grâce à la loi de 2008, les assurés bénéficient aussi de façon relativement globale de plusieurs prestations liées aux soins médicaux (y compris les maladies congénitales, les soins médicaux pour les malades du VIH/SIDA…), aux rétablissements, aux examens cliniques lors de la grossesse et de l'accouchement, aux diagnostics précoces d'un certain nombre de maladies. Plusieurs services de santé de haute technologie coûteux figurant sur le répertoire du ministère de la Santé (la pose d'un stent, l'opération cardiaque…) sont réglés par la caisse d'assurance maladie pour un montant maximum égal à 40 fois le salaire minimum par utilisation du service. La plupart des médicaments, des équipements médicaux et des technologies utilisés au sein des hôpitaux sont pris en charge par le fonds d'assurance maladie.

III. 3. Un bilan mitigé

Le graphique n° 1 ci-dessous présente l'évolution de la couverture de l'assurance-maladie vietnamienne de 1992 à 2012.

Graphique 1 : Évolution de la couverture de l'assurance-maladie de 1993 à 2012 (en %)



Source : Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie à Hanoi de 2009 à 2012*, Hanoï, 2013

Au bout de plus de 20 ans de réalisation, le système d'assurance-maladie enregistre de très grands succès : augmentation rapide des assurés, accès plus facile à l'assurance-maladie pour les pauvres, amélioration nette des services de soins à l'intention des bénéficiaires, élargissement des intérêts des bénéficiaires, création de sources de financement consistant à apporter une justice sociale aux différentes catégories socio-professionnelles contribuant à l'assurance sociale.

En 2011, 2.303 établissements avaient en outre signé un contrat les engageant à fournir des soins médicaux aux assurés, dont 1.922 établissements publics et 381 cliniques privées. Le nombre d'infirmeries communales qui fournissent des services de santé remboursables par l'assurance maladie était de 8.656, une augmentation de 28% par rapport à 2010, soit environ 80% du nombre total d'infirmeries communales du pays. Il est vrai que le décret n° 85 (15/10/2012) donne une autonomie financière plus grande aux hôpitaux en leur permettant de réinvestir une partie des frais encaissés au service du renouvellement et de

l'amélioration des équipements. Sur cette base, ils peuvent améliorer la qualité des services[112] et leur insertion dans l'assurance-maladie leur est profitable.

Cependant, malgré ces aspects positifs, la couverture réelle de l'assurance-maladie ne répond pas totalement aux objectifs et attentes du Parti communiste vietnamien et de l'État vietnamien. Le prix des services médicaux est par exemple fixé par plusieurs organismes et diverses unités avec de nombreux prix différents, des moments d'application différents, y compris par des hôpitaux de même type ou situés dans la même zone. Cela causant des inégalités entre les patients, les hôpitaux et rend difficile pour les organismes d'assurance maladie la mise en œuvre de l'assurance-maladie.

Beaucoup de décideurs prévoient en outre des difficultés dans l'accès à une universalisation de l'assurance-maladie.

> « Notre objectif commun est d'atteindre à l'horizon de 2015 plus de 75% de la population couverte et en 2020 plus de 90%. Pour ce faire, nous allons prendre des mesures financières nouvelles consistant à baisser les contributions directes des citoyens à moins de 40% afin d'égaler le taux de contribution directe régionale (moins de 30%). Cela veut dire qu'à l'horizon de 2015, le système d'assurance-maladie devrait payer plus de 60% des frais de soins au peuple. Cependant, en réalité, la participation à l'assurance-maladie atteint seulement 67% environ à l'heure actuelle. Ce qui veut dire des difficultés énormes pour parvenir à l'objectif de plus de 75% de la population couverte en 2015 ». (Mme Nguyễn Thị Kim Tiến, Ministre de la Santé)[113].

[112] http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=28060

[113] http://dantri.com.vn/suc-khoe/phan-dau-75-dan-so-tham-gia-bao-hiem-y-te-trong-nam-2015-1426124964.htm

En fait, la couverture augmente pour l'essentiel avec l'évolution rapide des subventionnés par l'État (anciens combattants, personnes reconnues par le Régime, pauvres, personnes âgées, handicapés…). Il s'agit là des acteurs qui sont soutenus et subventionnés par l'État grâce à des ressources qui reposent essentiellement sur ses capacités réelles d'imposition, c'est-à-dire les contributions des entreprises. Cette caractéristique typiquement vietnamienne constitue bien un défi pour les décideurs en la matière au Vietnam.

Pour comprendre précisément qui participe à l'assurance-maladie, nous pouvons nous appuyer sur graphique n° 12 ci-dessous, sachant que jusqu'à 2010, seulement 69,8% de la population était couverte. Parmi les assurés comptent essentiellement 100% des fonctionnaires, retraités, personnes reconnues par le Régime, étudiants étrangers et plus de 95% des subventionnés. Au contraire, le taux de participation est nul chez les chômeurs, les élus locaux, les dépendants des personnes reconnues par le Régime. Cette nullité de participation des derniers à l'assurance-maladie s'explique par la faiblesse de la mise en œuvre de la politique et par le fait que la couverture pour les chômeurs n'est calculable qu'au bout de 12 mois de leur contribution. La couverture des pauvres n'atteint que 11% en 2010 et celle des volontaires que 21,1%.

Tableau 13 : différences entre objectifs et couvertures réelles en 2012[114]

Catégories socio-professionnelles	Objectifs (unité : 1000 pers.)	Personnes couvertes (unité : 1000 pers.)	Taux de participation (%)	Personnes non-couvertes (unité : 1000 pers.)	Taux de non-participation (%)
Total	86.886	50.771	69	36.095	31
Régime obligatoire	67.114	46.854	69,8	20.260	30,2
Salariés des entreprises	11.911	6.361	53,4	5.550	46,6
Fonctionnaires	3.142	3.142	100	0	0
Étudiants étrangers	3	3	10	0	0
Délégués des communes	182	0	0.0	182	100
Retraités	920	920	100	0	0
Régime subventionné	1.305	1.254	96,1	51	3,9
Chômeurs	80	0	0	80	100
Autorités locales (communes)	41	40	97,6	1	2,4
Personnes reconnues par/pour le Régime	2.113	2.113	100	0	0
Anciens combattants	374	350	93,6	24	6,4
Députés et élus locaux	123	119	96,7	4	3,3
Personnes spécialement prioritaires	843	384	45,5	459	54,4
Pauvres	13.945	13.511	96,9	434	3,1
Dépendants des personnes reconnues par/pour le Régime	869	0	0	869	100
Dépendants des officiers militaires, des policiers	1.281	297	23,2	984	76,8
Enfants de moins de 6 ans	10.103	8.183	8	1.920	19
Quasi-pauvres	6.081	692	11,4	5.389	88,6
Élèves, étudiants	13.798	9.807	71,1	3.991	28,9
Régime volontaire	18.552	3.917	21,1	14.635	78,9
Parents proches des salariés	6.820	0	0	6.820	10
Paysans, membres de coopératives	11.732	3.917	33,4	7.815	66,6

[114] Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie à Hanoi de 2009 à 2012,* Hanoï, 2013

III. 4. La loi complétée de 2013

Pour corriger ces limites, le gouvernement adopte en 2013 la loi 46. Elle contient 10 volumes, 52 articles stipulant les responsabilités, les devoirs, et les droits aussi bien de ceux qui contrôlent, réalisent et exécutent le système d'assurance maladie que des bénéficiaires de celui-ci. Elle calcule les primes d'assurance maladie en se basant sur :

a) Le nombre de participants de l'assurance maladie : le Projet de l'assurance maladie universelle approuvé par le Premier ministre (décision numéro 538/QĐ-TTg) le 29 Mars 2013, stipule qu'en 2015 plus de 70% de la population doit participer à l'assurance maladie et en 2020 plus de 80%.

b) Le salaire minimum. Il est à partir de juillet 2013 de 1.150.000 dongs par an et une augmentation de 10 à 30% par an est prévue de 2014 à 2020. Les pensions et les allocations représenteront de 2,7 à 3% du salaire.

c) La capacité budgétaire de l'Etat à assumer les cotisations à l'assurance maladie pour les citoyens bénéficiant d'une préférence sociale. En fait, en 2012, les citoyens dont le coût de l'assurance maladie est pris en charge par le budget de l'Etat ont représenté environ 50% des participants à l'assurance maladie. Cela représente un coût croissant pour le budget de l'Etat ces dernières années.

d) Des facteurs qui pèsent sur l'augmentation des frais d'examens et de soins de santé de l'assurance maladie :
- La vitesse d´augmentation des frais d'examens et des soins de santé de l'assurance maladie chaque année (augmentation du nombre des patients, augmentation du prix des médicaments, des fournitures médicales...)

- L'impact de la mise en œuvre du Décret 85 : selon des calculs préliminaires, en continuant à pratiquer le Décret numéro 85, le prix des services médicaux effectués dans les centres d'examens et de soins de santé a été accru par une augmentation en 2014 des frais de chirurgie d'environ 2.000 milliards de dongs, (dont la partie payée par le Fonds d'assurance-maladie a représenté 70%, correspondant à 1400 milliards de dongs). Entre 2014 et 2017 la dépense totale pour des examens et des soins de santé par l'assurance maladie devrait à nouveau augmenter de 1.870 milliards de dongs (équivalent à 70% de l'augmentation totale). Entre 2017 et 2020, l'augmentation totale des frais devrait être à nouveau de 8.900 milliards de dongs, dont la partie payée par l'assurance maladie serait de 80%, équivalent à 7.480 milliards.

La Loi sur l'assurance santé modifiée de 2013 a pour but de modifier le système de financement de la santé en augmentant son égalité et son efficacité, la transparence et la publicité. Elle stipule un prix unifié des services de santé de tous les hôpitaux dans le pays pour assurer l'égalité et la transparence dans le paiement ou la fourniture des services des centres de santé, améliorer les services médicaux fournis aux patients et limiter les stratégies des patients pour changer d'hôpital qui provoquent la surcharge des lignes supérieures.

Elle prévoit également que, dans l'avenir, le fonds d'assurance maladie assurera la plupart des services d'examens et de soins, tandis que le budget de l'Etat se concentrera sur le secteur de la médecine préventive, le renforcement de la santé, l'investissement dans la recherche scientifique et le développement de la technologie. Lorsque la participation à l'assurance maladie sera à grande échelle, le fonds d'assurance maladie garantira la plupart des besoins d'examens et de soins médicaux des gens, équilibrera les recettes et les dépenses, c'est la condition ainsi que le moyen pour régler la politique de frais d'hospitalisation, la politique de

financement à partir du budget de l'Etat, en fonction des objectifs. Cette réforme suppose de connaître exactement et précisément les coûts, d'assurer des conditions de fonctionnement satisfaisantes pour les centres de santé et d'atteindre ainsi une efficacité de performance qui dépend à la fois de la qualité des services et du nombre de patients ayant la carte d'assurance maladie.

Le Ministère de la Santé a dans ce but recommandé de créer un Conseil consultatif des politiques (2013), des droits sur l'assurance maladie relevant immédiatement du ministère de la Santé, qui sera chargé d'évaluer, de juger et de conseiller le gouvernement sur les grands problèmes liés à l'assurance maladie comme : le calcul du prix des services médicaux, l'application de nouvelles techniques, de nouveaux médicaments, l'efficacité économique, le financement professionnel de la santé ... dans le but d'assurer la transparence, la démocratie, la publicité dans la mise en œuvre des politiques d'assurance-maladie. C'est aussi une nouvelle expérience d'apprentissage de certains pays (la Corée du Sud, la Chine, le Japon ...).

Le tableau ci-dessous récapitule les cotisations et remboursements des adhérents à l'assurance-maladie selon leur statut social :

Tableau 14 : Les participants à l'assurance maladie, leur niveau de paiement et la responsabilité de paiement selon la Loi de l'assurance maladie de 2008 modifiée et complétée en 2013

Participants à l'assurance maladie	Niveau de paiement	Responsabilité de paiement	Niveau de remboursement

1. Groupe payé par l'employé et l'employeur a) Les employés qui travaillent sous le régime des contrats à durée indéterminée, les contrats de 3 mois ou plus en vertu des dispositions de la législation du travail ; les employés qui gèrent des entreprises et reçoivent des salaires en vertu des dispositions légales sur les salaires ; les fonctionnaires et cadres en vertu des dispositions légales (ci-après dénommé l'employé). b) Celui qui travaille non professionnellement dans les communes, arrondissements et villes en vertu des dispositions légales sur les fonctionnaires.	a) 6% échelon de solde mensuel maximum,	L'employeur paie 2/3 et l'employé paie 1/3	80%
	b) 6% échelon de solde de base maximum (162.000 VNĐ)	L'employeur paie 2/3 et l'employé paie 1/3	80%
2. Groupe payé par les associations de l'assurance maladie a) Ceux qui bénéficient des pensions, des prestations de perte de capacité de travail mensuelles. b) Ceux qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie mensuelles à cause d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'une maladie sur la liste des maladies ayant besoin d'un traitement à long terme ; ceux qui bénéficient des prestations des frais de funérailles mensuelles en vertu des dispositions de la loi sur l'assurance maladie. c) Les fonctionnaires des communes, des arrondissements et des bourgs qui ont pris leur retraite et bénéficient des prestations de l'assurance maladie mensuelle. d) Ceux qui bénéficient des prestations dues au chômage.	a) 6% échelon de pensions, prestations de perte de capacité de travail maximum	Payé par l'association de l'assurance maladie	95%
	b) et c) 6% échelon de solde de base maximum	Payé par l'association de l'assurance maladie	80%
	d) 6% échelon de prestations de perte de capacité de travail maximum	Payé par l'association de l'assurance maladie	0%

3. Groupe payé par le budget de l'État a) Les fonctionnaires des communes, des arrondissements et des bourgs qui ont pris leur retraite bénéficient des prestations mensuelles par le budget de l'État. b) Ceux qui ont cessé de bénéficier des prestations mensuelles de la perte de capacité de travail bénéficient des prestations mensuelles par le budget de l'État. c) Ceux qui ont contribué à la révolution. d) Les vétérans en vertu de la loi pour les anciens combattants. e) Ceux qui ont participé directement à la guerre contre l'Amérique ; Ceux qui ont participé à la guerre pour leur pays, assuré des missions internationales au Cambodge, aidé le Laos après le 30 Avril 1975 et sont démobilisés ; Les jeunes volontaires à l'époque de la guerre contre les Français et les Américains. e) Les membres de l'Assemblée nationale, les membres du Conseil populaire à tous les niveaux en fonction. g) Les enfants de moins de 6 ans. h) Ceux qui bénéficient des prestations de patronage	a), b), c) d), đ), e), g), h), i), k), l), m) et o) 6% échelon de solde de base maximum	Payé par le budget de l'État	c), g), h), i) : 100% k): 95% a), b), d), e) : 80%

social mensuelles en vertu de la loi. i) Ceux qui appartiennent à des familles pauvres ; les membres de minorités ethniques vivant dans les zones où les conditions économiques et sociales sont difficiles et particulièrement difficiles. k) Les proches parents de ceux qui ont contribué à la révolution en vertu des dispositions de la loi sur les privilèges pour ceux qui ont contribué à la révolution. l) Les proches parents officiers, militaires professionnels de l'Armée populaire qui sont sous les drapeaux ; les sous-officiers et soldats qui servent dans l'Armée populaire, en vertu des dispositions juridiques de l'Officier de l'Armée populaire, ceux qui assurent leur service militaire ; Les proches parents des officiers, sous-officiers professionnels et des officiers, sous-officiers spécialisés, techniques qui travaillent dans les forces de la Police populaire ; les sous-officiers ou soldats de la Police populaire qui servent avec un terme en vertu de la loi pour la Police ; Les proches parents de ceux qui font un travail important et secret, salarié selon la table de provisions au grade militaire de l'Officier de l'Armée populaire et la table de provisions des soldats professionnels de l'Armée populaire mais ceux qui ne sont pas soldats, policiers populaires en vertu de la loi de L'importance secrète. m) Ceux qui ont dédié des parties du corps en vertu de la loi sur le don, prélèvement et transplantation des tissus, des organes et le don et la prise des cadavres. n) L'étranger qui étudie au Vietnam et a obtenu une bourse du budget de l'Etat du Vietnam. o) D'autres personnes désignées par l'État.	n) 6% échelon de solde de base maximum	Payé par l'organe, l'association, l'unité donnant la bourse	l), n), o) : 80%
4. Groupe subventionné partiellement par le budget de l'État a) Ceux qui appartiennent aux ménages moins	6% échelon de solde de base maximum	L'usager paie lui même et est subventionné	a): 95%

pauvres. b) Élève, étudiant. c) D'autres personnes désignées par l'État.		partiellement par le budget de l'État	
5. Groupe prenant en charge l'assurance maladie a) Ceux qui appartiennent aux ménages, sauf les usagers stipulés aux clauses 1, 2, 3 et 4 de cet article. b) D'autres personnes désignées par l'État.	6% échelon de solde de base maximum Selon le ménage a 100% des membres participant à l'assurance maladie, les frais décroissent à partir du deuxième membre, sauf les objets des clauses 1, 2, 3. Le niveau de décroissance en ordre est de 80%, 70%, 60%, 50%, 40%…	Payé par l'usager	80%

IV. Bilans et évaluations de l'assurance maladie au Vietnam

Que nous disent les études menées au Vietnam du fonctionnement de ce système de l'assurance-maladie que nous venons de décrire ?

En référence à l'étude menée par le médecin HA Duc Anh[115] dans le cadre de l'évaluation du programme de l'assurance-maladie du Vietnam de 1992 à 2010, on peut résumer quelques grands résultats suivants : au bout d'une dizaine d'années de lancement de la politique de l'assurance-maladie (de 1992 à 2003), la

[115] HA Duc Anh, *L'évaluation du programme de l'assurance-maladie du Vietnam de 1992 à 2010, UNICEF,* 2011.

couverture atteignait un cinquième de la population et ce chiffre a rapidement presque doublé seulement en trois ans (2006). Cette augmentation fut bien liée au Décret n° 63 du Gouvernement selon lequel l'assurance-maladie devenait obligatoirement bénéfique pour les pauvres et les anciens combattants dont les frais étaient couverts par l'État et les salariés des PME dont les frais étaient conjointement payés par le patronat et les salariés.

Une autre étude[116] menée en 2010 par Vu Manh Loi et Nguyen Thanh Liem fait un état des lieux sur l'assurance-maladie des enfants issus des minorités dans les provinces pauvres du Vietnam. Elle explique les raisons pour lesquelles ces enfants ont des difficultés dans l'accès à l'assurance-maladie, malgré la mise en œuvre de la politique de subvention par l'État en leur faveur. Cette difficulté d'accès s'explique d'une part par de nombreuses et longues formalités à remplir, par la volonté de certains fonctionnaires de « ralentir ces formalités » en disant aux familles des bénéficiaires qu'on n'accorde la carte d'assurance-maladie aux enfants qu'en cas de rassemblement des naissances ; autrement dit, on n'accorde pas séparément de carte d'assurance-maladie à chaque naissance. Cette situation s'aggrave d'autant plus que les parents sont des pauvres. On observe par conséquent une perte de confiance dans la carte d'assurance-maladie des acteurs assurés.

La perte et/ou la diminution de cette confiance fut aussi un objet d'étude[117] mené par NGUYEN Thi Ngan Hoa en 2004 dans le delta du Mékong qui montre bien que les ruraux de cette région n'ont pas l'habitude d'utiliser la carte d'assurance-maladie pour leurs soins de santé, sauf à l'exception de la rencontre de maladies graves car ils voient des agents de santé adopter des conduites « négatives » envers

[116] VU Manh Loi et NGUYEN Thanh Liem, « l'assurance-maladie des enfants issus des minorités dans les provinces pauvres du Vietnam », *revue de sociologie,* n° 2, 2010, pp. 30-42.
[117] NGUYEN Thi Ngan Hoa, « L'utilisation de la carte d'assurance-maladie des habitants du delta de Mekong », *Revue d'assurance-maladie du Vietnam*, n° 3, 2004, pp. 32-35.

les usagers de la carte. Il en résulte que les acteurs qui ne l'ont pas encore font d'autres choix ou ont des hésitations. La perte et/ou la diminution de la confiance des usagers en la carte d'assurance-maladie publique exerce-t-elle des effets de rejet de la politique d'encouragement à l'achat volontaire de cette offre de l'État chez les groupes sociaux non-bénéficiaires ?

Le sociologue DANG Nguyen Anh mène en 2007 une étude sur l'utilisation de la carte d'assurance-maladie des travailleurs ruraux, des migrants de campagne en ville et des fonctionnaires urbains[118]. L'auteur montre bien que la majorité des frais des soins de santé sont payés par les patients eux-mêmes (63%). Le reste est attribué par l'État et l'aide extérieure (37%). Ainsi, les charges financières s'imposent d'une manière grave aux familles de revenu faible et moyen. Il semble bien que la politique de subvention de l'État cède aux règles du marché en cette occurrence. Du coup, le faible taux de participation volontaire à l'assurance-maladie s'explique par le calcul rationnel de ces acteurs qui ne l'achètent qu'en cas de maladie grave pour éviter de payer trop de charges de soins de la santé. Ce qui remet en cause la durabilité du fonds d'assurance-maladie.

Parlant des migrants de campagne à Hanoï, cet auteur met lui aussi l'accent sur leurs difficultés à avoir accès à l'assurance-maladie pour les raisons suivantes : en premier lieu, du fait du régime de titre de résidence provisoire en ville, les autorités publiques en la matière refusent souvent de leur vendre la carte car ils n'ont pas de résidence permanente, même si certains en ont la volonté ; en second lieu, la plupart des migrants prennent moins conscience de l'importance de l'assurance-maladie que les résidents urbains.

TRAN Huu Quang écrit deux articles à partir d'une enquête sur le système de la

[118] DANG Nguyen Anh, « Les éléments décisifs sur l'accès à l'assurance-maladie au Vietnam », *Revue de Sociologie*, n° 1, 2007, pp. 44-55.

protection sociale menée par l'Institut de recherche de développement de Hochiminh ville. Le premier[119] montre bien que le montant payé par des pauvres atteints de maladies graves est nettement supérieur à celui des citoyens plus fortunés, et que les charges octroyées aux soins de santé par les familles pauvres occupent une part beaucoup plus importante que celles par les familles riches. Cela veut dire que ces familles pauvres risquent de tomber dans un cercle vicieux de la pauvreté.

Le second [120] montre bien les avantages des acteurs du secteur formel en comparaison avec ceux qui travaillent dans le secteur informel, quelque soit le lieu de travail. À partir de ce résultat de recherche, l'auteur préconise l'élargissement de la vente prioritaire de l'assurance-maladie aux travailleurs dans le secteur informel tout en promouvant divers types d'assurance-maladie privés. De ces deux recherches, il ressort que les inégalités sociales risquent d'en engendrer d'autres à travers cette politique publique et que des conflits pourraient émerger entre les groupes sociaux rattachés aux divers régimes d'assurance-maladie différents.

Pour sa part, TRINH Hoa Binh mène en 2007 une étude[121] qui montre que la plupart des ruraux du Delta du Fleuve Rouge se soignent eux-mêmes des maladies faute de moyens financiers. En cas de maladies graves, ils décident d'aller dans un établissement de soins placé sous la gestion d'une instance supérieure, c'est-à-dire dans un hôpital provincial ou central à Hanoï car ils ne mettent pas leur confiance dans les instances de soins de commune ou de district qui n'ont pas de bons médecins ni de bons équipements. À partir de cette étude, l'auteur préconise une amélioration des services de soins et une diversification du montant pour favoriser

[119] TRAN Huu Quang, « Les dépenses aux soins de santé pèsent d'autant plus qu'on est pauvres », in *Saigon Times,* n°2, Hochiminh ville, 2009, pp. 23-27.
[120] TRAN Huu Quang, « Les écarts en termes de bénéfices de l'assurance-maladie », in *Saigon Times,* n°2, Hochiminh ville, 2009, pp. 20-24
[121] TRINH Hoa Binh, « L'assurance-maladie: les besoins et son développement à la campagne », *Revue de Sociologie*, n° 1 (97), Hanoï, 2007, pp. 56-65.

l'achat volontaire de l'assurance-maladie des ruraux conformément à leurs revenus très variables. Il s'agit là d'une forme de conflits de moyens à l'intérieur des groupes sociaux et des hôpitaux.

Toujours selon cette étude centrée sur l'assurance-maladie obligatoire, 77,3% de tous les assurés vietnamiens appartiennent au régime d'« assurance obligatoire », mais seulement 69,8% de ces derniers y participent dans la réalité. S'y ajoute un faible taux de participation des acteurs appartenant au titre de « volontaires », à savoir 21,1%. Cette participation faible des deux types d'acteurs, obligatoires et volontaires, aggrave encore les lacunes financières au fonds d'assurance-maladie qui continuent d'exercer des pressions sur le pouvoir public.

De toutes les études résumés ci-dessus, nous retrouvons les idées suivantes : en premier lieu, l'État a obtenu, à travers ses politiques d'élargissement de l'assurance-maladie, des résultats assez positifs en termes d'augmentation des personnes assurées ; en second lieu, les politiques de l'assurance-maladie ont réussi à définir trois types d'assurés au Vietnam, à savoir : les subventionnés, les acheteurs d'assurance-maladie volontaires et les acheteurs d'assurance-maladie obligatoires ; en troisième lieu, à travers cette définition de ces trois types d'assurés, le rôle de l'État se voit transformer sensiblement : de la fonction de « protecteur total » jusqu'à un conflit interne où il souhaitait montrer d'une part son rôle « socialiste » en continuant de subventionner ses bénéficiaires et d'autre part élargir le nombre de personnes aptes à acheter volontairement leurs cartes d'assurance-maladie et en dernier lieu, cette politique d'universalisation de la carte d'assurance-maladie semble être défavorable aux personnes défavorisées elles-mêmes et au contraire favorable aux personnes favorisées ; d'où le risque de voir les clivages entre les diverses catégories socio-profesionnelles devenir plus

aigu[122].

* *

*

Après 25 ans de lois visant à établir la politique sur l'Assurance-maladie (de 1989 à 2014), le Vietnam a établi une base juridique importante pour l'un des principaux piliers du système de sécurité sociale au Vietnam et permettre son évolution vers une assurance maladie universelle forte et égale. Cette base a-t-elle réellement permis de couvrir les besoins des Vietnamiens ou les difficultés révélées par les études et évaluations sont-elles encore importantes ? C'est ce que nous essaierons de déterminer dans notre seconde partie, consacrée aux usagers, puis dans la troisième, sur les membres du système de santé.

[122] NGUYEN Thi Uyen, *Op. cit.*

PARTIE II

Les usagers face à la carte d'assurance-maladie

Dans cette partie, nous voulons étudier en profondeur les possibilités offertes aux usagers de bénéficier de soins sanitaires adaptés et de qualité lors de visites médicales et du traitement des maladies grâce à leur participation à l'assurance-maladie. Le recueil des opinions chez les usagers, les cadres sanitaires et les fonctionnaires de l'assurance-maladie sur les deux zones de Hanoi et Hung Yen a pour premier but de dresser un état des lieux. Quelles sont les attentes et quels sont les besoins des usagers à Hanoi et à Hung Yen ? Quelle est aujourd'hui la situation en matière d'habitude de visiter et de traiter la maladie, le degré de possession et d'utilisation de la carte d'assurance-maladie ? Existe-t-il des distinctions entre les zones rurales et urbaines dans les conditions de soins sanitaires, la participation et l'utilisation de la carte d'assurance-maladie ?

La seconde question au coeur de cette partie porte sur les difficultés rencontrées par le gouvernement pour atteindre l'objectif de création d'une assurance-maladie universelle. En effet, comment expliquer qu'il reste plus de 20% de la population

qui ne participe pas à l'assurance-maladie[123] **?** Quelles sont les difficultés, les ostacles que les usagers rencontrent dans le processus des examens et des soins sanitaires par l'assurance-maladie ? Les règles de l'assurance-maladie ne seraient-elles pas (ou pas assez) favorables aux usagers ?

Pour répondre à ces questions, cette seconde partie se divise en trois chapitres. Le premier porte sur les besoins et les attentes des différentes catégories socio-professionnelles en matière de carte de l'assurance-maladie. Le second analyse les réticences des usagers face à la carte d'assurance-maladie. Le troisième décrit les pratiques réelles et les représentations des habitants sur l'utilisation de la carte d'assurance-maladie.

[123] Ministère de la Santé, *Rapport sur le travail de développement de l'assurance-maladie dans la période 2016 – 2020*, 2016 (http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=15132).

CHAPITRE 5

Les besoins et les attentes des différentes catégories socio-professionnelles en matière de carte de l'assurance-maladie

Ce chapitre a pour but de dresser l'état des lieux de l'application des textes normatifs sur l'assurance-maladie et de confronter ces textes à ce que révélent les premiers dépouillements de notre enquête sur les besoins et les attentes des différentes catégories socio-professionnelles dans l'accès à la carte de l'assurance-maladie et son utilisation. Il confronte en particulier la situation dans les zones urbaines, et dans notre cas à Hanoi, avec celle dans les zones rurales, dans notre cas à Hung Yen, puisque d'une part la population y est très différente et d'autre part parce que l'équipement médical est de meilleure qualité et plus accessible dans les zones urbaines.

En effet, bien que la loi sur l'assurance-maladie soit entrée en vigueur depuis 2009, quelques groupes classés en régime « obligatoire » refusent toujours d'y participer car les conditions d'accès leur semblent encore difficiles. Dans ce chapitre, nous voudrions comprendre leurs attentes en termes d'assurance-maladie pour avoir une vue globale des avantages et des limites de la carte et mieux évaluer cette phase de réalisation de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie.

I. Les habitudes d'examens et de soins de la population vietnamienne

Selon les données de l'enquête, 51,3% des interviewés déclarent actuellement ne pas être malades, 30,8% déclarent souffrir de maladies chroniques et 2,6% avoir contracté des blessures dues à la guerre ou souffrir d'autres anomalies congénitales. Ces chiffres ne sont bien sûr qu'indicatifs et insuffisants pour confirmer l'état de santé de la population, parce qu'il y a des maladies qui'on décèle seulement lors de l'examen de santé grâce au diagnostic du médecin épaulé par les derniers équipements médicaux.

Sans ce diagnostic, les chiffres relevés montrent surtout la perception des personnes elles-mêmes sur leur état sanitaire. Leurs habitudes d'examens et de soins médicaux pour elles-mêmes et leur famille sont reflétées par de nombreux aspects. Un des facteurs qu'il faut mentionner est le choix du lieu d'examens et de soins médicaux des personnes quand elles ou un membre de leur famille est malade.

Tableau 15 : lieu d'examens et de soins de santé choisi souvent par les habitants de Hanoi ou Hung Yen (%)

Nº	Lieu d'examens et de soins de santé	Hanoï	Hung Yen
1	Hôpital en ligne centrale	39.4	2.1
2	Hôpital en ligne provinciale	39.4	8.0
3	Hôpital en ligne districtuelle	5.1	39.8
4	Poste médical du district, de l'arrondissement	1.7	8.0
5	Hôpital privé	2.9	3.1
6	Bureau d'examens sanitaires privé	8.6	5.8
7	Achat de leurs médicaments sans ordonnance	2.9	31.2
8	Médecin traditionnel	0	0.9

Source : données du sondage de l'auteur en 2013

Le tableau des données ci-dessus montre une claire différence dans leur choix du lieu d'examens et de soins de santé. Hanoï, la capitale du pays, concentre beaucoup de grands hôpitaux et en première classe de la ligne centrale, qui regroupent des généralistes aussi bien que des spécialistes. Les conditions en ce qui concerne les examens et les soins de santé à Hanoï sont aussi très pratiques. 39,4% des interviewés à Hanoï ont répondu que l'hôpital en ligne centrale était le meilleur choix initial pour leurs examens et soins sanitaires et 39,4% ont indiqué l'hôpital en ligne provinciale. Ensuite, ce sont des bureaux de soins de santé privés (8,6%), les hôpitaux en ligne districtuelle (5,1%), le poste médical du district et de l'arrondissement (1,7%) et les cliniques (2,9%).

> *« Je me suis inscrite à l'assurance maladie à l'hôpital de Bach Mai. Heureusement, ma maison est distante seulement de quelques pas de l'hôpital, l'enregistrement d'ici est en vraie ligne. C'est très pratique, les membres de ma famille peuvent y aller pour s'en occuper et c'est beaucoup moins fastidieux que mes colocataires dans d'autres provinces venant d'ici pour se traiter, je trouve que c'est très pénible et embrouillé. »* (Femme, Bach Mai, Hanoï)

En revanche, dans la province de Hung Yen, en raison de ses caractéristiques rurales, les habitants ont de la peine à accéder aux hôpitaux en ligne centrale et provinciale. Le nombre de personnes qui choisissent de recourir à des examens et de se faire soigner y est donc très faible (environ 10%). Les hôpitaux en ligne districtuelle (39,8%) sont la première priorité dans cette zone. Cela est tout à fait compréhensible, puisque la qualité d'examens et de soins dans les établissements des hôpitaux districtuels ne peut pas rivaliser avec celle des hôpitaux en ligne provinciale et centrale, mais est supérieure à celle des hôpitaux en ligne communale. Alors, bien qu'ils soient très proches et pratiques, seulement 8% des personnes choisissent des examens et des soins de santé en ligne communale et dans les cas des maladies bénignes.

« Au poste médical communal, il n'y a pas de médecin, il n'y a que des infirmières, donc cela ne répond pas aux besoins de la population. Peu de médicaments de qualité sont fournis parce qu'ils sont fournis gratuitement. Les médicaments sont inappropriés, inefficaces lors du traitement. Les installations sont très pauvres. » (Entretien approfondi n° 12, Homme, 55 ans, agriculteur, diplômé du collège, Hung Yen)

« Honnêtement, à la commune, le chef du poste médical, il n'a réussi qu'un diplôme de l'école supérieure, et la majorité des infirmières sont diplômées de l'école du second degré. En effet, ils ne sont pas de haute qualité. Tandis qu'en ligne supérieure comme au centre de Pho Noi ou en ligne provinciale, bien sûr la qualité d'examens et de soins de santé est meilleure qu'en ligne communale. » (Entretien approfondi n° 2, Femme, 55 ans, femme d'affaires, achevé du collège, Hung Yen)

« Nous voulons aussi que cette commune investisse dans ce poste médical suffisamment pour que les gens y aillent parce qu'il est plus proche et parce qu'il n'y a pas de raison d'aller plus loin. Mais le poste médical de la commune est encore pauvrement équipé, il n'y a pas d'équipement d'acupuncture et d'ignipuncture, pas de bon docteur expérimenté. Après l'examen, ils nous donnent quelques pilules qui nous rendent atteints d'une infirmité. Nous allons donc à la ligne supérieure, où il y a les bons médicaments, des outils suffisants, même si le traitement coûte plus d'argent, car il permet d'être guéri plus vite tandis que le soin d'ici n'offre pas de garanties. » (Entretien approfondi n° 56, Femme, 80 ans, en retraite, diplômée de l'école primaire, Hung Yen)

Les frais d'examens et de soins sanitaire étant très élevés dans les cliniques privées et les hôpitaux privés, le nombre de personnes qui les choisissent n'est pas élevé.

Un autre point notable est que la solution d'acheter des médicaments sans ordonnance montre une grande différence entre les deux champs géographiques (Hanoï 2,9%, Hung Yen 31,2%). La distance géographique se traduit donc par des difficultés dans l'accès aux examens et aux soins de santé. Les moyens pèsent beaucoup sur le choix des méthodes d'examens et de soins à Hung Yen. Pour les maladies graves, l'arrivée au centre de santé au niveau du district ou de la province est une solution évidente, mais lors des maladies bénignes, les malades achéteront des médicaments sans ordonnance pour se guérir.

> *« La grave maladie est indiscutable mais normalement, peu de personnes vont au district pour prendre des médicaments. On achète souvent des médicaments à la pharmacie privée ou des herbes médicinales chinoises près de sa maison en cas de maladie. » (*Entretien *approfondi* n° *10, Femme, 19 ans, étudiante de l'Université, Hung* Yen*)*

Cela indique également une réalité que peut être l'achat des médicaments pour se guérir est assez facile et répandu au Vietnam sans ordonnance du médecin qu'il faudrait aller chercher dans des centres d'examens et de soins prestigieux :

> *« Je vois les enseignes des magasins portant : « médicaments à vendre ». Je pense que c'est prêt à les acheter, je ne fais pas attention parfois à leurs licences d'affaires. Lors de la maladie, on ne s'intéresse guère au niveau des vendeurs de médicaments. On prend les médicaments qu'ils vendent. »* (Entretien approfondi n° 11, Femme, 45 ans, agricultrice, diplômée de l'école primaire, Hung Yen)

Cela nous indique que la nécessité de planifier l'équipement d'équipes de médecins, d'infirmières et de construire des installations pour l'hôpital, les cliniques locales, est très importante. Cela contribuerait fortement à décharger la pression pour les hôpitaux centraux et provinciaux, et à assurer la qualité des

examens et des soins de santé pour les personnes dans les zones rurales, quand elles ne sont pas en mesure de s'approcher des installations d'examens et de soins de santé publique dans les principaux établissements de soins de santé dans les grands centres urbains et les centres d'examens et de soins privés qui sont en outre trop chers pour elles.

II. Les causes du niveau de propriété et d'utilisation de la carte d'assurance maladie

Afin d'aller vers une assurance maladie universelle en 2020, le Vietnam a organisé de nombreuses activités, fait de la propagande, mené une campagne pour inciter la population à participer à l'assurance maladie. En 2012, le Vietnam avait 69,0% de personnes participant à l'assurance maladie[124]. L'enquête dans les deux zones de Hanoï et Hung Yen a montré une différence dans le nombre des participants à l'assurance maladie (Hanoï 88,0%, Hung Yen 65,7%). La commune de Yen My de la province de Hung Yen n'est pas une zone où le nombre de personnes participant à l'assurance maladie atteint le standard demandé. La prise en compte de la structure de sexe, de profession et de niveau d'instruction avec le taux de la population participant à l'assurance maladie nous aide à avoir une vue globale et plus claire sur l'état actuel de la participation à l'assurance maladie dans les deux champs représentant les zones rurales et urbaines.

Tableau 16 : Relation entre le sexe et la participation à l'assurance maladie dans les deux zones (%)

Zone	Homme	Femme
Hanoï	69,6	63,2

[124] Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam de 2009 à 2012*, Hanoï, 2013. (Http://duthaoonline.quochoi.vn/DuThao/Lists/DT_TAILIEU_COBAN/Attachments/1150/3.bc_tom_tat_kqua_gsat_BHYT.pdf)

Hung Yen	70,1	62,6

Par rapport à ce tableau ci-dessus, on peut constater que le taux des hommes participant à l'assurance maladie est plus élevé que des femmes dans les deux zones. On note également que la différence de participation entre les deux sexes est à peu près la même dans les deux zones, alors qu'on aurait pu penser que la différence serait plus importante dans les zones rurales. Les hommes ont-ils plus d'occasions de participer à l'assurance maladie ?

Le degré de participation à l'assurance maladie diffère aussi en fonction du niveau d'instruction et de profession. Là, il existe de nettes différences entre les zones urbaines et rurales.

Tableau 17 : Relation entre le niveau d'instruction et la participation à l'assurance-maladie dans les deux zones

Niveau d'instruction	**Zone de recherche**	
	Hanoï	**Hung Yen**
Analphabète	33.3	100.0
Primaire	80.5	82.4
Collège	80.0	57.7
Lycée	50.0	59.8
Au degré secondaire, École supérieure	83.1	84.1
Université, Supérieur universitaire	52.9	78.6

Le résultat de ces données montre une différence entre le niveau d'instruction et la participation à l'assurance maladie pour les niveaux « Analphabète », « Collège »

et « Université », « Supérieure universitaire ». Compte tenu du faible nombre d'interviewés, et du risque de voir ainsi n'importe quelle conclusion et comparaison entre les deux zones devenir forcée, nous avons utilisé la régression multivariée pour étalonner la relation et les impacts entre les variables « profession », « niveau d'instruction » et « participation à l'assurance maladie », nous avons obtenu des résultats statistiques significatifs :

Dans la province de Hung Yen, la variable « niveau d'instruction » n'influe pas sur la participation à l'assurance maladie, alors que celle de « profession » nous a montré une différence. En détail, par rapport à « les cadres des entreprises hors de l'État » et « agriculteurs », les « ouvriers », « cadres de l'État » achètent plus l'assurance maladie. En particulier ceux qui sont « en retraite » sont les plus nombreux à posséder la carte d'assurance maladie. Mais cela n'est vrai que dans la province de Hung Yen. A Hanoï, les variables « niveau d'instruction » et « profession » n'influent pas sur la particpation à l'assurance maladie.

En expliquant cela, on peut dire qu'à Hung Yen « les cadres des entreprises hors de l'État » et les « agriculteurs » ont pour obligation de participer à l'assurance maladie, et la carte d'assurance maladie est fournie de manière privilégiée à ceux qui sont « en retraite », le nombre de participants dominant est donc facile à comprendre. À Hanoï, en raison de sa caractéristique urbaine particulière, il n'y a pas de variable de profession « agriculteurs », de plus, l'accès à la carte d'assurance maladie est assez facile, donc le facteur professionnel n'influe pas sur la participation à l'assurance maladie. La clé spécifique entre « urbain-rural » montre donc une différence entre la participation à l'assurance maladie dans les deux zones d'Hanoï et de Hung Yen et une moindre capacité de participer à l'assurance maladie des « agriculteurs » que d'autres professions dans la société. On voit en outre que la non-participation a beaucoup de causes différentes.

Le tableau ci-dessous montre clairement les raisons pour lesquelles les habitants des deux zones ne participent pas à l'assurance maladie.

Tableau 18 : raison de refus d'adhésion à l'assurance maladie

No	Raison de refus d'adhésion	Hanoï	Hung Yen
1	Ne pas croire à la qualité d'examens / de soins de santé par la carte d'assurance maladie	20.0	6.2
2	Complexe procédure d'examens et de soins par la carte d'assurance maladie	20.0	12.8
3	Perdre beaucoup de temps lors de l'examen et du soin par la carte d'assurance maladie	30.0	11.6
4	Prix trop élevé de la carte	15.0	12.5
5	Mauvaise attitude de service des fonctionnaires sanitaires avec les utilisateurs de la carte d'assurance maladie	15.0	6.4
6	Ne pas comprendre la carte d'assurance maladie	25.0	16.0
7	Ne pas connaître le lieu de vente de la carte d'assurance maladie	15.0	3.4
8	Être atteint par une maladie hors de la liste payée par l'assurance maladie	0.7	0.6
9	Complexe procédure de transfert entre les lignes	20.0	13.1
10	Contingence	15.0	10.4

Source : données du sondage de l'auteur en 2014

Plusieurs raisons font que les personnes ne participent pas à l'assurance maladie. A Hanoï, le taux de personnes qui choisissent de ne pas adhérer est toujours plus élevé qu'à Hung Yen quelque soit la raison mise en avant. Le critère « Perdre beaucoup de temps lors de l'examen et du soin par la carte d'assurance maladie »

est le plus choisi (30,0%). Cela nous invitera tout d'abord à vérifier si les procédures et les travaux que les patients doivent faire lors de l'examen et du soin par carte d'assurance maladie sont vraiment faciles. Par rapport à l'analyse des entretiens approfondis, nous constaterons que les patients sont exposés à de fortes pressions quand ils utilisent l'assurance maladie pour visiter un médecin et traiter des maladies ; l'Etat demande plusieurs signatures, plusieurs sceaux et de passer plusieurs portes qui rendent partiellement les patients mécontents et pressurés.

> *« Je trouve « Procès-verbal de diagnostic collectif », « Livre de diagnostic collectif ». Ensuite, les pièces des registres ont été données à une employée pour demander la signature de quelques médecins, pour compléter les procédures de « diagnostic collectif ». On prend cette pile de documents signés, tamponnés pour faire le paiement. Ce jour-là, je dois faire un examen d'Imagerie par Résonance Magnétique très cher, mais l'assurance maladie ne paye qu'une partie tandis que je dois courir plusieurs fois. La procédure est vraiment trop gênante ».* (Entretien approfondi n° 8, Femme, 40 ans, licence, professeur, Hanoï)

A côté de « perdre beaucoup de temps lors de l'examen et du soin par la carte d'assurance maladie », la raison « Ne pas comprendre l'assurance maladie » est aussi choisie par beaucoup de personnes dans les deux zones (25% et 16%). En enquêtant effectivement dans la région, nous avons aussi trouvé qu'aucune propagande ou promotion large sur l'assurance maladie du gouvernement n'a été réalisée selon les personnes interrogées.

> *« J'écoute parfois la radio faisant de la propagande sur l'assurance maladie, peut-être c'est la modification de la loi, les gens doivent obligatoirement acheter l'assurance maladie. Mais je ne vois pas de mouvements. Ceux qui veulent acheter vont chercher les vendeurs, personne n'oblige à acheter. On ne la veut pas si on n'est pas malade,*

il ne faut pas l'acheter pour lutter contre le gaspillage. » (Entretien *approfondi* n° 96, Femme, 80 ans, diplômée de l'école primaire, agricultrice, Hung Yen)

Ou voire on connait vaguement comme dans ce cas-là :

« *Non. Je ne sais pas. Je sais seulement qu'en tenant la carte d'assurance maladie, on m'exonérera en partie des frais de visite médicale, c'est avantageux. La police sur l'assurance maladie, on ne l'entend pas.* » (Entretien approfondi n° 6, Femme, 56 ans, diplômée de l'école primaire, agricultrice, Hung Yen)

À côté de ces deux raisons choisies le plus ci-dessus, nous trouvons des sujets auxquels l'Etat devrait porter une grande attention tels que : « Ne pas croire à la qualité d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance maladie », « Complexe procédure de transfert entre les lignes », « Prix trop élevé de la carte » et « Mauvaise attitude de service des fonctionnaires sanitaires avec les utilisateurs de la carte d'assurance maladie ». Nous allons faire une analyse plus approfondie sur ces questions dans la partie suivante de la thèse.

Par rapport à l'analyse, nous trouvons donc une différence entre le taux de participation à l'assurance maladie dans les deux zones. Il y a plusieurs raisons provoquant la non-inscription à l'assurance maladie, mais une réalité alarmante est plus les plaintes en matière de manque de connaissances, de lourdeur des procédures, de qualité d'examens et de soins par carte... à Hanoï. Cela conduit à la question de savoir si l'administration de l'assurance maladie et les individus concernés ont bien rempli leurs devoirs. Le système d'assurance maladie a-t-il vraiment répondu aux besoins de soins et de sécurité sanitaire des patients ? Si la réponse à ces questions n'est pas encore positive, l'accès à une assurance maladie

universelle est encore un avenir lointain pour le système d'assurance maladie du Vietnam.

À côté de la participation à l'assurance maladie, le niveau d'utilisation de la carte d'assurance maladie est aussi un aspect auquel on fait attention. L'assurance maladie est peut-être un outil efficace pour aider les citoyens à ignorer en partie l'inquiétude lors des examens et des soins sanitaires. L'utilisation régulière ou non de la carte d'assurance maladie dépend du niveau des besoins de chaque patient. Mais cela a montré aussi l'image et la valeur que l'assurance maladie leur a données. Le paiement de l'assurance maladie des citoyens est très important, mais le plus important est comment ils l'utilisent et perçoivent ses avantages.

Tableau 19 : le niveau d'utilisation de la carte d'assurance maladie à Hanoï et Hung Yen (%)

Niveau d'utilisation	Hanoï	Hung Yen
Très régulier	4.0	11.6
Régulier	30.3	14.7
Pas régulier	30.3	25.7
Très peu régulier	8.0	6.7
Pas encore	7.4	3.7
Jamais	8.0	3.7
Ne connaît pas	12.0	33.9
Total	100.0	100.0

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

Les données statistiques nous montrent que le niveau d'utilisation de la carte reste encore modeste dans les deux zones. Seulement 34,3% des Hanoïens interviewés répondent qu'ils l'utilisent régulièrement ou très régulièrement pour 26,3% à

Hung Yen. Ainsi, seulement un tiers des personnes ayant la carte d'assurance maladie l'ont utilisée fréquemment. Comme nous l'avons vu, l'avantage de la carte d'assurance maladie est d'assurer des soins sanitaires et d'examens et des soins initiaux, c'est-à-dire que ceux qui possèdent une carte d'assurance maladie peuvent entièrement l'utiliser pour prendre des médicaments, faire le diagnostic, effectuer des visites de santé périodiques dans le lieu où ils se sont inscrits pour être examinés et traités par la carte d'assurance maladie. Alors pourquoi 38,3% des personnes interrogées à Hanoï et 32,4% à Hung Yen ont-ils utilisé irrégulièrement et très irrégulièrement la carte dont une mission est de « protéger et soigner la santé » ? Nous aurons une réponse plus claire dans la section suivante sur la perception en termes de qualité des citoyens sur l'assurance maladie.

III. Les attentes des citoyens sur la carte d'assurance-maladie

Dans cette rubrique, nous voulons savoir quelles sont les attentes des citoyens en ce qui concerne la carte d'assurance-maladie. L'un des avantages essentiels et pratiques que l'assurance maladie apporte à toutes les couches populaires est de rembourser les frais d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance maladie. Pourquoi alors autant de citoyens se refusent-ils à l'acheter ou en sont-ils incapables ?

III. 1. Les attentes des citoyens envers le système d'assurance-maladie

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, le nombre de participants à l'assurance-maladie dans les deux localités en question et au Vietnam reste limité.

Malgré une augmentation annuellement rythmée de la participation à l'assurance-maladie et l'application de la loi concernée, son universalisation constitue toujours un grand défi à lever.

À côté des efforts déployés par les décideurs politiques, les dirigeants de l'assurance-maladie et les gestionnaires sur les terrains, il est nécessaire de bien comprendre les attentes des citoyens sur la carte d'assurance-maladie en choisissant une approche qui s'adapte mieux à leurs besoins. Le tableau suivant consiste à récapituler leurs attentes

Tableau 20 : les attentes des citoyens envers le système d'assurance-maladie

Les attentes des citoyens envers le système de l'assurance-maladie	Hanoi	Hung Yen
Renforcer les communications sur les intérêts de la carte d'assurance-maladie	72	59,9
Réduire et simplifier les procédures administratives	74,9	68,5
Améliorer la qualité d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance-maladie	63,4	68,5
Améliorer la qualité des installations techniques au service des examens et des soins de santé	33,7	57,5
Augmenter le taux de remboursement pour certaines maladies	20,6	45,6
Ajouter quelques maladies à la couverture par l'assurance-maladie	50,3	38,5

Source : données de l'auteur en 2014

En référence aux données présentées dans ce tableau, nous constatons que les attentes les plus importantes des citoyens sont de réduire et de simplifier les procédures administratives et de renforcer les communications sur les intérêts de la carte d'assurance-maladie (respectivement de 74,9% et 72% à Hanoï contre 68,5% et 59,9% à Hung Yen). Ces données confirment les contenus des entretiens dont les extraits mentionnés ci-dessus expliquaient en partie les causes des mauvaises compréhensions des avantages de la carte d'assurance-maladie. Vient ensuite l'envie de renforcer le nombre des maladies couvertes par l'assurance-maladie (respectivement 50,3% à Hanoï contre 38,5% à Hung Yen). Enfin, les citoyens ont envie d'améliorer la qualité des installations physiques d'examens et de soins de santé et le montant de remboursement pour certains types d'usagers. Ces données sont intéressantes dans la mesure où subjectivement beaucoup de citoyens pensent que le taux de remboursement joue un rôle très important. Cependant, il semble que les citoyens sont prêts à partager les difficultés et/ou des risques d'éclatement de la caisse (respectivement de 63,4% et 20,6% à Hanoï contre 68,5% et 45,6% à Hung Yen). Les données recueillies dans cette rubrique consistent à confirmer de nouveau les explications sur le non-usage intentionnel des détenteurs de la carte d'assurance-maladie.

> *« Premièrement, il faut améliorer la qualité des examens et des soins de santé des centres médicaux, des hôpitaux du district et des provinces. Acheter plus d'équipements d'examens et de soins médicaux modernes pour que les patients comme moi puissent être bien traités, sans aller en ligne supérieure, ce serait moins fatiguant. Et le plus important est de réduire et de simplifier des procédures adminstratives étouffantes. La prise de tant de signatures me ferait mourir de fatigue. L'heure est bien venue de faire cela. »* (Entretien approfondi n° 100, Agricultrice, 43 ans, brevet de collège, Hung Yen).

Il est clair que les procédures administratives deviennent une sorte de hantise et de fardeau pour les agents, qui devrait disparaître le plus tôt possible.

> *« Je souhaite que l'État examine la réduction des types de frais d'examens et de soins de santé et le remboursement partiel des dépenses d'achat de médicaments parce que ceux-ci sont très coûteux. Je souhaite aussi que les pauvres comme moi soient traités de façon plus juste et égale dans l'examen et les soins de santé. D'ailleurs, je voudrais qu'on efface tous les frais de traitement pour les personnes atteintes de maladies graves. »* (Entretien approfondi n° 96, Retraitée 80 ans, Baccalauréat, Hanoi)

> *« Je souhaite également une meilleure qualité de soins par l'assurance maladie, que les médecins soient dévoués, plus enthousiastes pour les soins des patients. De son côté, l'Etat devrait veiller aux effets exercés par ses politiques sur les usagers de l'assurance-maladie. »* (Entretien approfondi n° 7, chauffeur, 31 ans, brevet de collège, Hanoi).

> *« Je voudrais que que l'État réduise les procédures d'examens et de soins de santé lors qu'on utilise l'assurance-maladie. Je souhaite aussi une réduction des frais des visites médicales pour qu'il y ait plus de participants à l'assurance-maladie. Tout le monde a les mêmes droits de bénéficier de ses avantages sans discrimination entre les usagers de la carte et les payants directs. »* (Entretien approfondi n° 8, professeure, 40 ans, diplômée universitaire, Hanoi)

> *« Je voudrais une meilleure qualité des examens et des soins de santé, que les médecins et infirmiers créent toutes les meilleures conditions pour traiter les patients et que tout le monde soit traité de manière égale dans les examens et les soins de santé. »* (Entretien approfondi n° 9, agriculteur, 60 ans, brevet primaire, Hung Yen)

« Premièrement, le gouvernement devrait renforcer des communications auprès des citoyens sur les avantages que l'assurance-maladie leur apporte. Chaque citoyen doit avoir une carte d'assurance-maladie pour se protéger. Deuxièmement il faut réduire les procédures pour qu'elles soient moins complexes. Troisièmement, on devrait améliorer la qualité des médicaments couverts. » (Entretien approfondi n° 14, femme cadre, baccalauréat, Hung Yen)

« Nous voudrions que les hôpitaux de proximité, de provinces possèdent des installations modernes, que les procédures de transfert des lignes soient moins complexes, que la distribution de la carte d'assurance-maladie soit plus rapide et que toutes les maladies soient couvertes par l'assurance. » (Entretien approfondi n° 15, agricultrice, 51 ans, brevet de collège, Hung Yen)

« Selon moi, il faut élargir la couverture des maladies et faire comprendre à tout le monde les intérêts de la participation à l'assurance-maladie. » (Entretien approfondi n° 26, professeur, 38 ans, diplômé universitaire, Hanoi)

À travers les premiers dépouillements des entretiens, nous pouvons retenir les souhaits essentiels des citoyens de la manière suivante :

En premier lieu, il s'agit d'une amélioration des services d'examen et de soins offerts par les médecins et infirmiers qui semblent faire une discrimination entre les usagers de la carte d'assurance-maladie et les payants directs. Du coup, à l'intérieur même d'un établissement médical public, il existe deux attitudes : l'une à l'encontre des usagers de la carte d'assurance-maladie et l'autre au profit des payants directs. C'est-à-dire que cette interface ou plutôt cette interaction public-privé consiste à créer une sorte d'inégalité apparente.

En deuxième lieu, les usagers de la carte d'assurance-maladie souhaitent une amélioration des procédures administratives au sein d'un établissement médical et de l'assurance-maladie. Ces procédures administratives les mettent en danger en cas de maladie : d'un côté, ces procédures peuvent provoquer une sorte d'indifférence sociale envers les malades ; de l'autre, le retard de remise de la carte d'assurance-maladie (souvent au milieu de l'année civile) leur crée trop de difficultés en cas de maladie.

En troisième lieu, les usagers souhaitent un meilleur investissement des centres médicaux de proximité pour soutenir d'abord les corps médicaux qui pourraient avoir de meilleures conditions d'examens et de soins.

En quatrième lieu, les procédures de transfert sont aussi leur préoccupation car souvent ells sont longues et trop difficiles. En cas de maladie grave et d'incapacité des centres médicaux de proximité, les procédures de transfert devraient être améliorées pour que les vies soient sauvées à temps.

En cinquième lieu, les usagers souhaitent supprimer une discrimination entre les patients qui payent des médicaments sur leur portefeuille qui sont souvent meilleurs et les bénéficiaires de la couverture de l'assurance-maladie.

En dernier lieu, ils souhaient élargir la couverture des maladies par l'assurance-maladie…

En effet, si la carte d'assurance-maladie se diffuse de plus en plus, le gouvernement rencontre malgré tout des difficultés à atteindre son objectif de l'universalisation et les utilisations concrètes des usagers ne correspondent pas

toujours aux espoirs. Nous allons tout d'abord préciser le niveau de satisfaction des citoyens quant au prix, au niveau de remboursement et aux installations médicales ouvertes par la carte d'assurance-maladie. Nous verrons ensuite que les citoyens ont des réticences qui portent sur la qualité des examens et des soins permis par la carte d'assurance-maladie, sur la qualité et le nombre de médicaments fournis par elle, sur la qualité des installations médicales auxquelles elle donne accès et enfin sur les transferts entre hôpitaux lorsque le cas médical dépasse les compétences de l'hôpital qui a d'abord recueilli le patient.

IV. La perception de la carte d'assurance-maladie elle-même

Les Vietnamiens ont une perception de la carte d'assurance-maladie qui porte tout d'abord sur ses variables essentielles : son prix, les remboursements qu'elle permet et les installations médicales dont elle ouvre l'accès. À quel niveau de prix et de remboursements sont-ils satisfaits ? Quels sont leurs attentes et leurs voeux ?

IV. 1. Le taux de remboursement des frais d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie permet non seulement de réduire les dépenses des familles et le fardeau économique causé par la maladie, mais aussi d'attirer les citoyens vers la participation à l'assurance maladie. Comme on l'a mentionné ci-dessus, dans les textes légaux, le niveau de remboursement par l'assurance maladie est stipulé d'une manière cohérente et claire.

Alors, nous allons dépouiller les résultats à travers le tableau suivant :

Tableau 21 : le niveau de paiement des frais par la carte d'assurance maladie

Zone	Taux de remboursement					
	Très raisonnavble	Raisonnable	Déraisonnable	Très déraisonnable	Méconnaissance	Pas de réponse
Hanoi	7.7	49.7	12.3	5.1	11.4	13.7
Hung Yen	6.4	43.7	6.1	0.3	9.2	33.9

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

57,4% des informateurs à Hanoï estiment le taux de remboursement « très raisonnable » et « raisonnable » contre 50,1% à Hung Yen. Il n'y a donc pas de grande différence dans les réponses des personnes entre ces deux localités. Cela montre leur satisfaction et leur acceptation par rapport à la politique de paiement de l'assurance maladie.

La plupart des personnes interrogées ont dit que l'assurance maladie consitait à réduire les frais d'hospitalisation et le fardeau économique.

> *« L'utilisation de l'assurance maladie nous aide, moi et ma famille, à payer une partie des frais d'hospitalisation et ceux d'examens et de soins de santé. Elle nous donne une bonne quiétude en cas d'atteinte d'une maladie grave. Face à cette situation, il faut trouver une grande somme d'argent pour se faire traiter, l'assurance maladie contribue à réduire des pertes économiques énormes. »* (Entretien approfondi n° 8, Femme, 40 ans, diplômée universitaire, professeur, Hanoi)

« Les politiques d'assurance-maladie adoptées par l'État sont vraiment justes, elles contribuent à résoudre des problèmes économiques. Par exemple, si vous étiez hospitalisé dans n'importe quel établissement avec une grave maladie très coûteuse, si vous aviez la carte d'assurance maladie, elle vous aiderait beaucoup dans le règlement de ces frais, une fois que les procédures auraient été bien remplies. » (Entretien approfondi n° 148, Homme, 65 ans, diplômé de la sixième année, agriculteur, Hung Yen)

« Heureusement, 80% des frais d'hospitalisation sont remboursés. Sinon ma famille ne saurait plus comment faire. Je devais aller à l'hôpital tous les mois. Sans carte d'assurance maladie, dites-moi comment je pourrais gagner de l'argent pour payer des frais d'hospitalisation ? » (Entretien approfondi n° 27, Femme, 40 ans, diplômée du collège, agricultrice, Hung Yen)

Le niveau de soutien appliqué est également évalué de façon raisonnable et juste.

« Selon moi, le niveau de remboursement des frais d'hospitalisation est raisonnable. L'assurance-maladie me rembourse 85%, c'est très acceptable. » (Entretien approfondi n° 18, Femme, 60 ans, en retraite, Hung Yen)

« Selon mon opinion, c'est convenable, la participation à l'assurance maladie n'est qu'un remboursement partiel dans mon traitement de santé car l'assurance ne peut pas tout rembourser. C'est une motivation pour que j'essaye de travailler. Heureusement, je suis remboursé à 70% des frais, certains frais des services de haute technologie ne sont remboursés qu'à 50%. » (Entretien approfondi n° 26 ans, Homme, 38 ans, diplômé universitaire, professeur, Hanoi)

« Pour chaque visite et chaque prise des médicaments, je dois payer environ plus d'un million de dongs, puis on leur a présenté la carte d'assurance maladie et on m'a rendu de l'argent. Enfin, en fin de compte, ça m'a coûté seulement de 300 à 400 mille dongs, cette assurance-maladie a également atteint 70 à 80% de remboursements. »
(Entretien approfondi n° 156, Homme, 47 ans, agriculteur, Hung Yen)

Pourtant, il reste une partie des usagers de la carte d'assurance-maladie qui estiment que le niveau de support est « déraisonnable » : 17,4% à Hanoi contre 6,4% à Hung Yen. Cela peut être expliqué par certaines insuffisances comme suit :

Les frais des services sanitaires remboursés par l'assurance-maladie étaient trop faibles car les rentrées de la caisse l'étaient aussi. Auparavant, les usagers de la carte d'assurance-maladie étaient habitués à payer plus de médicaments et de services techniques à partir de leur portefeuille. Par exemple, l'amygdalectomie était remboursée par l'assurance-maladie seulement à 40.000 dongs, mais les frais réels étaient de 11 à 15 fois supérieurs, soit 450 à 600 mille dongs. Le médecin a dû prescrire l'ordonnance de cette différence pour que les patients achètent eux-mêmes des médicaments supplémentaires.

En outre, selon la Sécurité sociale du Vietnam, pour qu'une technologie soit appliquée à un patient, l'hôpital devait en demander l'approbation à l'autorité compétente après avoir passé un long processus d'évaluation des équipements et du personnel professionnel. Ainsi, la procédure était longue, coûteuse, mais peu efficace. L'hôpital a subi un long processus de fixation du prix des soins et des services. S'il s'agissait des hôpitaux centraux et privés, ces procédures d'approbation devaient aller jusqu'au ministère de la Santé. C'était un cercle vicieux dont les mauvaises conséquences retombaient sur les épaules des usagers de la carte d'assurance-maladie.

M. Son Luong Pham, chef du secteur de la polique d'assurance maladie a ajouté :

> *« En ce moment, nous recevons beaucoup de demandes de stents des patients pour la chirurgie cardiaque, la tomoscintigraphie par émission de positons (TEP) ou la tomodensitométrie dans certains hôpitaux*[125] *appartenant à certains ministères, qui ne sont pas couverts par le fonds d'assurance maladie. Ces hôpitaux ont souvent l'habitude d'acheter des équipements de haute technologie dont le privilège est donné à leurs officiers. Le ministère de la Santé a du mal à évaluer tous ces équipements, donc il n'a pas de base pour fixer le taux de remboursement. Le meilleur choix est donc de fixer approximativement un taux de remboursement très faible ou nul au cas où les usagers viendraient s'y faire soigner. Plusieurs de ceux-ci étaient choqués. Ainsi, on observe une réalité selon laquelle une même technique appliquée dans un hôpital ou dans un autre serait acceptée ou refusée par l'assurance-maladie. »*[126]

Les règles stipulent le niveau de co-paiement, à 50% ou 20% selon les techniques, mais ces limites ne s'appliquent pas à certains groupes de patients tels que les pauvres, ceux qui sont patronnés par la societé, les proches parents de ceux qui ont du mérite... elles ont en revanche limité la capacité d'accéder aux services d'examens et de soins médicaux, notamment pour ceux qui sont contaminés par des graves maladies, les maladies chroniques.

> *« L'assurance ne rembourse que les frais d'hospitalisation pour une durée donnée et les médicaments réglementaires, mais l'hôpital*

[125] Au Vietnam, beaucoup de ministères font construire leurs hôpitaux qui consistent essentiellement à fournir des services de soins et d'examens à leurs officiers et employés : par exemple, on peut voir les hôpitaux militaires, de la police, du chemin de fer…

[126] http://thanhnien.vn/suc-khoe/giao-luu-truc-tuyen-bao-hiem-y-te-toan-dan-va-quyen-loi-nguoi-benh-717408.html

prolonge souvent le temps de traitement et les soignants font durer des services de sorte à supprimer les primes d'assurance-maladie. Ils cherchent en même temps à augmenter les frais que l'assurance maladie doit rembourser pour prendre plus de primes de services… L'hôpital va inventer les services à l'extérieur. Beaucoup de services sont doublés, voire "fictifs" pour demander des remboursements à l'assurance-maladie. Ce prolongement de temps rend le traitement plus coûteux pour ma famille. L'assurance maladie ne rembourse que le temps d'hospitalisation réglementaire, alors que les autres frais comme les pots-de-vin aux médecins (4-5 millions de dongs), la chirurgie et des frais clandestins aux infirmières, sage-femmes, tombent sur nous. L'assurance-maladie deviendrait très insignifiante car les frais réels sont trop élevés. Pour la prochaine fois en cas de maladie, jamais je ne consulterai avec ma carte d'assurance-maladie. Par exemple, pour reprendre 100 mille dongs de l'assurance-maladie, je devrais perdre un million pour d'autres frais inexplicables à l'extérieur : le seul loyer d'une chambre à l'extérieur était de 700.000 dongs par nuit. Sinon, je devrais me coucher dans une chambre qui ressemble au camp de concentration cambodgien des Khmers Rouge. » (Entretien approfondi n° 118, Homme, 41 ans, diplômé universitaire, homme d'affaires, Hung Yen)

Certaines personnes pensent que l'évaluation du montant de remboursement « raisonnable » ou « déraisonnable » dépend de la capacité économique du patient :

« La satisfaction parfois dépend si l'on a de l'argent ou non. Si on a de l'argent, on trouve que le remboursement de l'assurance-maladie est significatif pour les pauvres qui ont besoin d'un taux de remboursement plus élevé par l'assurance-maladie. Ils veulent toujours que l'assurance

maladie rembourse un peu plus. Eux, ils ont tendance à évaluer le taux de remboursement comme "déraisonnable". Donc pour moi ça dépend de chaque patient. » (Entretien approfondi n° 153, Homme, 60 ans, diplômé du lycée, en retraite, Hung Yen).

Cette idée est validée par la plupart des pauvres qui souffrent malheureusement de maladies chroniques.

« Je veux que le niveau de soutien augmente à 100%. Chaque mois, je dois accompagner ma femme pour faire une dialyse 2 fois, chacune me prend plus de 500.000 dongs. Après le remboursement par l'assurance maladie, le montant que je dois payer demeure de près de 200.000 dongs. Bien sûr, il s'agit d'une somme acceptable aux yeux des autres familles, mais la mienne ne peut plus le supporter. » (Entretien approfondi n° 165, Homme, agriculteur, Hung Yen)

« Je trouve que le niveau de soutien de 50% est déraisonnable pour mes voisins si pauvres et malades qui ne font que vivoter jour à jour. Il vaut mieux que l'assurance-maladie leur rembourse de 90% à 100% des frais d'examens et de soins de santé. » (Entretien approfondi n° *114, Femme, 57 ans, fonctionnaire, Hung Yen)*

A travers des données quantitatives et qualitatives, nous pouvons voir que le niveau de remboursement pour des examens et des soins de santé par l'assurance maladie est généralement évalué comme « raisonnable » par les citoyens d'une certaine capacité économique, mais « déraisonnable » par les pauvres. Cependant, les autorités compétentes devraient veiller à ce que les usagers de la carte d'assurance-maladie ne doivent plus payer de frais supplémentaires en dehors de la liste de la couverture par l'assurance maladie. La confiance des usagers de la carte d'assurance-maladie ne pourrait être regagnée que si ces frais supplémentaires étaient supprimés.

IV. 2. Le prix de la carte d'assurance maladie

Le niveau de participation à l'assurance-maladie est étroitement lié au prix de la carte d'assurance-maladie. Il s'agit d'un indice très important. Dans cette rubrique, nous voulons comprendre les évaluations des citoyens sur le prix de la carte.

Tableau 22 : évaluations des citoyens sur le prix de la carte d'assurance-maladie (%)

Zone	Prix de la carte d'assurance-maladie (%)				
	Très élevé	Élevé	Normal	Bas	Sans opinion
Hanoi	1.9	15.4	42.9	1.3	38.5
Hung Yen	6.1	30.0	41.0	0.3	22.6

Source : données de l'auteur en 2014

À la lecture de ces données comparatives entre les deux zones, nous trouvons une appréciation différente sur le prix de la carte d'assurance-maladie. À Hanoi, 17,3% des informateurs le trouvent élevé ou très élevé contre 36,1% à Hung Yen. D'où viennent ces différences ? Pour les comprendre, nous allons analyser quelques entretiens suivants.

La première explication de cette différente evaluation est en provenance des professions et du secteur d'activités :

> *« Comme je suis fonctionnaire, mensuellement j'ai un salaire stable et des primes. En général, l'État a fait des calculs bien raisonnables, alors je ne m'intéresserais plus au prix de la carte d'assurance-maladie. »*

(Entretien approfondi n° 75, Homme, 26 ans, fonctionnaire, diplômé universitaire, Hanoi)

« Dans cette commune, la plupart des détenteurs de la carte d'assurance- maladie sont essentiellement salariés, cadres ou retraités. Les pauvres ou quasi-pauvres n'ont pas d'argent pour l'achat de la carte d'assurance-maladie car le prix est trop élevé à leurs yeux. Beaucoup de pauvres, surtout des paysans, pensent que l'achat de l'assurance maladie fait perdre une somme d'argent et ils le considèrent comme un gaspillage. » (Entretien approfondi n° 62, Homme, 47 ans, agriculteur, diplômé de l'école primaire, Hung Yen)

« C'est trop élevé parce que les agriculteurs n'ont pas beaucoup de revenus. Si mes fils ne m'aidaient pas alors qu'ils n'ont pas beaucoup d'argent, d'où pourrais-je tirer l'argent de l'achat de la carte d'assurance-maladie ? Je suis un simple paysan. » (Entretien approfondi n° 114, Femme, 57 ans, agricultrice, diplômée de l'école primaire, Hung Yen)

« Ça dépend, pour les pauvres ménages "immatriculés", l'assurance-maladie leur donne une carte gratuitement et un remboursement à 100%, alors que pour les quasi-pauvres, handicapés, les autres catégories socio-professionnelles on fait moins attention. À leurs yeux, comme le prix de la carte d'assurance-maladie est élevé, ils ne l'achètent pas. Ce prix est peut-être normal pour d'autres, mais avec ma famille, c'est trop élevé ; comment trouve-t-on de l'argent pour l'acheter » (Entretien approfondi n° 134, Homme, 49 ans, ouvrier, diplômé de l'école primaire, Hung Yen)

Ces différentes évaluations du prix de la carte d'assurance-maladie sont directement liées aux revenus, situations économiques et strategies des citoyens concernés.

> *« Comme mon fils doit acheter lui-même la carte d'assurance-maladie, hein, je trouve que ce tarif est normal pour les ménages à revenus plus moyens. Pour les ménages les plus pauvres c'est élevé. Maintenant les frais d'achat de la carte sont de plus de 500.000 dongs par an. C'est une somme d'argent »* (Entretien approfondi n° 56, Homme, 60 ans, en retraite, diplômé du collège, Hanoi)

> *« Pendant les années précédentes, je l'ai achetée sans l'utiliser, cela a gaspillé de l'argent, je ne l'achète plus cette année. Le prix de la carte d'assurance-maladie est trop élevé par rapport aux revenus de ma famille. »* (Entretien approfondi n° 84, Homme, 66 ans, en retraite, diplômé universitaire, Hung Yen)

Il existe donc différentes evaluations sur le prix de la carte d'assurance-maladie en function des localités, de Hanoï ou de Hung Yen. Elles sont liées en premier lieu aux professions et secteur d'activités. On le trouve d'autant plus élevé que l'on est dans le secteur de l'agriculture et paysan. En second lieu, le prix de la carte d'assurance-maladie est d'autant plus élevé que l'on s'estime pauvre et que le revenu est faible. En troisième lieu, certains le trouvent élevé parce que l'on n'a pas d'occasions de l'utiliser et qu'on croit qu'il s'agit d'un gaspillage.

IV. 3. Les lieux d'examens et de soins de santé ouverts par la carte d'assurance maladie

Un autre critère très important est relatif au choix des lieux d'examens médicaux et de soins de santé et à la participation à l'assurance maladie qui est

étroitement liée aux installations des centres médicaux. Elles sont concernées par deux décisions n° 08/2007/QH12 [127] et n° 18/2008/QH12 [128] de l'Assemblée nationale qui permettent d'utiliser le capital en provenance des obligations gouvernementales dans l'investissement en matière d'installations pour les soins de la santé. Ces décisions expriment une volonté de réponse à une grande préoccupation de l'Assemblée nationale qui souhaite voir un bon investissement dans les meilleures installations d'examens et de soins. Ce sont les bases juridiques importantes pour que le Premier Ministre prenne la décision n° 47/2008/QD-TTg[129] et la Décision n° 930/QD-TTg dont la liste d'investissements comprend : (1) la construction, l'innovation, l'amélioration des infractructures (2) l'achat des équipements et (3) l'amélioration des compétences professionnelles du personnel des hôpitaux, des centres médicaux pour s'adapter aux nouvelles installations modernes (4) la création des conditions technologiques favorables aux pauvres, aux citoyens qui vivent dans les régions montagneuses et lointaines des villes, pour que ceux-ci puissent avoir accès aux meilleurs services médicaux. Tout cela vise à réduire la situation de surcharge des hôpitaux en catégorie supérieure.

Selon le rapport de synthèse des localités, pendant la période de 2008 à 2012, il y a eu 760 projets médicaux qui ont bénéficié du capital des obligations gouvernementales dont les détails sont les suivants :

594 hôpitaux/centres médicaux de districts et certains centres de consultations généralistes régionaux ont obtenu des constructions nouvelles ; des innovations dans les hôpitaux actuels et l'achat de nouveaux équipements. Cependant, en

---

127 Assemblée Nationale, *L'utilisation du capital des obligations du Gouvernement,* 12/11/2007.

128 Assemblée Nationale, *L'utilisation du capital des obligations du Gouvernement*, 3/6/2008.

129 Le Premier Ministre, *Le Projet d'investissement dans la construction, l'innovation des installations des hôpitaux généralistes de districts pour l'utilisation du capital des obligations gouvernementales et d'autres sources de capitalisation légales dans la période de 2008-2010*, 2/4/2008.

référence à la liste des centres/établissements approuvés pour l'innovation, il en reste 51 qui n'ont pas été concernés car le montant du capital n'était pas à la hauteur de leurs besoins réels. Ces retards d'investissements exigeaient un réexamen du capital et que ces centres/établissements médicaux fassent un choix des installations prioritaires.

166 projets d'innovation conformes à la décision n^0 930 ont concerné 51 hôpitaux généralistes de province, 48 hôpitaux spécialistes en tuberculose, 35 hôpitaux spécialisés en psychiatrie, 23 hôpitaux spécialisés en pédiatrie/obstétrique, 5 hôpitaux, centres des goitres et cancers et 3 hôpitaux et l'Université Médicale et Pharmaceutique de Can Tho appartenant au ministère de la Santé. En bref, 11 de ces 166 projets sont placés sous la gestion directe du Ministre de la Santé et 155 projets sont contrôlés par les autorités locales.

Afin de réduire la surcharge pour les hôpitaux en ligne supérieure, le Premier Ministre a pris la Décision n° 92/QD-TTg[130] qui mentionne en détail les nouveaux investissements en augmentation des lits, les innovations d'infrastructures dans les départements des cancérologies, les services de consultation externe, de traumatisme, cardio-vasculaires, de pédiatrie et d'obstétrique jusqu'à ce que l'on obtienne en 2015 au minimum 7.150 lits. Les innovations et les nouvelles installations de lits dans les hôpitaux en ligne supérieure doivent être accentuées et jusqu'en 2020, il est nécessaire de perfectionner le plan d'aménagement des réseaux d'hôpitaux dans les régions et provinces afin d'assurer une bonne structure et une quantité de lits convenable à chaque département et clinique. La priorité d'augmentation de lits est donnée aux hôpitaux de province pour 5 départements : cancers, externes, traumatisme, cardio-vasculaire, pédiatrie et

[130] Le Premier Ministre, *le Projet de réduction de la surcharge des hôpitaux dans la période 2013-2020,* 09/01/2013.
(Http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=2&mode=detail&document_id=165302)

obstétrique. À présent, le ministère de la Santé est en étroite coopération avec d'autres ministéres concernés et les comités populaires des collectivités locales pour exécuter ce projet.

Dans le but de réduire la surcharge des hôpitaux en ligne supérieure, et en considération de la demande du ministère de la Santé, le Premier Ministre a pris la Décision n° 125/QD-TTg [131] afin *d'« investir dans la construction de cinq hôpitaux centraux à Ho Chi Minh ville à l'intention des installations de haute technologie, à la hauteur de celles des pays développés dans la région, d'offrir de meilleurs services d'examens et de soins médicaux, de transfert technique et de formation des ressources humaines de haute qualité, de réduire la surcharge des hôpitaux centraux »*. Le montant de capital investi dans ce projet s'élève à 20.000 milliards de dongs. En ligne centrale, les établissements suivants bénéficient d'une augmentation de lits conformément à ce projet : 1000 lits pour chacun des hôpitaux de Bach Mai et vietnamo-allemand (Viet – Duc) à Hanoï, 1000 lits pour l'hôpital de pédiatrie, 500 lits pour chacun des hôpitaux des Goitres, de Cancérologie et de Traumastisme orthopédique (sous couvert de l'hôpital 175 du ministère de la Défense).

À la lecture de ces projets, nous constatons la grande préoccupation du gouvernement et des autorités compétentes du Viet Nam dans l'augmentation des installations modernes et dans l'amélioration de la qualité des examens et soins médicaux afin d'essayer de répondre aux besoins croissants des Vietnamiens en la matière. Mais nous pouvons nous demander si ces projets sont bien mis en oeuvre et quel est le niveau de satisfaction des citoyens. Le prochain chapitre cherche à répondre à cette question en analysant les réticences des usagers face à la carte d'assurance-maladie et les obstacles qu'ils rencontrent pour l'utiliser.

[131] Le Premier Ministre, *le Projet de construction et de renouveau de cinq hôpitaux centraux*, 16/01/2014. (Http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Dau-tu/Quyet-dinh-125-QD-TTg-nam-2014-De-an-Dau-tu-xay-dung-benh-vien-vien-tuyen-TW-Ho-Chi-Minh-219841.aspx).

Chapitre 6

Les réticences des usagers face à la carte d'assurance-maladie

Il est clair que l'approche des besoins et des attentes des usagers de la carte d'assurance-maladie exerce des pressions énormes sur l'assurance-maladie dont la caisse se trouve toujours en situation de risque d'éclatement. Nous allons explorer dans ce chapitre suivant si ces attentes sont satisfaites par la carte de l'assurance-maladie et préciser quelles sont les limites à cette satisfaction qui expliquent les difficultés.

I. La qualité des examens et des soins offerts par la carte d'assurance maladie

L'assurance maladie a été déployée afin d'apporter à tous des avantages dans les travaux d'examen et de soins de la santé. Alors, une exacte remarque sur la qualité des services fournis par l'assurance maladie devrait être basée sur le jugement des personnes utilisant la carte d'assurance-maladie.

Ce tableau montre que la recherche sur la qualité d'examens et de soins de santé fournis par la carte d'assurance maladie par rapport à des indicateurs tels que

« niveau des compétences du médecin », « attitude de servir des patients », « qualité des médicaments alloués », « nombre des médicaments alloués », « qualité des services et techniques » nous aide à connaître les représentations sur le système d'examens et de soins ouvert par l'assurance maladie et les remarques de ceux qui bénéficient directement de ces services.

Tableau 23 : opinions des assurés sur la qualité d'examens et de soins

Service d'examens et de soins par l'assurance maladie	**Niveau de qualité**				
	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise	Nulle
Niveau des compétences du médecin					
Hanoï	3,9	70,8	7,8	1,3	16,2
Hung Yen	2,1	34,6	18.7	6,7	41,2
Attitude de service du personnel médical					
Hanoï	2,9	45,7	20,6	18,9	12
Hung Yen	1,2	28,1	26,0	6,7	37,9
Qualité des médicaments alloués					
Hanoï	2,6	20,8	25,3	0,6	50,6
Hung Yen	0,6	19,3	27,5	12,5	40
Nombre des médicaments alloués					
Hanoï	2,3	23,4	16,6	12	45,7
Hung Yen	0,9	18,4	28,5	9,5	42,6
Qualité des services et techniques					

Hanoï	1,1	20	20	12	46,9
Hung Yen	4	24.2	25,2	4,3	42,3

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

I. 1. Niveau des compétences du médecin

En ce qui concerne le « niveau des compétences du médecin », 74,7% des interviewés à Hanoï le considèrent comme « très bien » et « bien », contre 36,7% à Hung Yen. À Hanoï, les patients sont souvent traités dans les grands hôpitaux centraux, tandis qu'à Hung Yen l'hôpital de district est leur choix prioritaire.

> *« En général, le niveau des compétences du médecin est maintenant bon, ils sont formés sur les textes ad hoc. »* (Entretien approfondi n° 116, Homme, 61 ans, licence, cadre en retraite)

> « Le niveau des médecins maintenant répond bien aux examens et aux soins médicaux dont les patients ont besoin. » (Entretien approfondi n° 1, Homme, 50 ans, médecin)

Cependant, les entretiens approfondis montrent également que les plaintes sur la qualité des médecins sont vraiment marquées. Hanoï est une grande zone urbaine où se trouvent beaucoup de grands hôpitaux, avec une forte concentration d'équipes de médecins de haute qualité professionnelle. La différence de niveau des compétences de médecins entre Hanoï et Hung Yen est tout à fait compréhensible bien que les autorités aient essayé d'améliorer ce problème. Le 26 Mai 2008, le Ministre de la Santé Nguyen Quoc Trieu a ainsi signé la décision numéro 1816/QĐ-BYT approuvant le projet : *« Désigner des spécialistes en alternance de l'hôpital en ligne supérieure en soutien aux spécialistes des niveaux inférieurs afin d'améliorer la qualité d'examens et de soins médicaux »*.

L’objectif de ce projet est de :

- Améliorer la qualité d'examens et de soins médicaux des hôpitaux en ligne inférieure, en particulier dans les régions montagneuses, lointaines et isolées qui manquent de cadres sanitaires.
- Réduire la surcharge dans les hôpitaux supérieurs, en particulier les hôpitaux centraux.
- Transférer des technologies et former les cadres en place pour renforcer les compétences des cadres de santé en ligne inférieure.

Mais en réalité, on ne peut nier la différence entre le niveau et les compétences des médecins dans les lignes d'examens et de soins médicaux. Les lignes supérieures possèdent souvent plus de médecins de bon niveau pour plusieurs raisons, notamment les différences entre les caractéristiques des hôpitaux à toutes les lignes et l'expérience de travail des médecins :

> *« Entre les lignes, les compétences des médecins sont bien sûr différentes. Tout d'abord, le meilleur docteur travaille souvent en ligne supérieure. Deuxièmement le docteur en ligne supérieure a de meilleures conditions pour s’améliorer lui-même. Par exemple, un même jour, le médecin central ou provincial peut communiquer avec 10 patients contaminés par une maladie, alors que le médecin districtuel ne sera en contact qu’avec 2 ou 3 patients. Plus le médecin guérit, plus il est expérimenté, plus il est meilleur. C’est une chose indiscutable. »* (Entretien approfondi n° 116, homme, 61 ans, licence, en retraite, Hung Yen)

Ou ce sont les médecins qui font la même remarque :

« Normalement, ça dépend de la ligne. Celle du centre, c'est sûr que l'équipe de médecins sera de haute qualité. En plus ils ont plus d'expérience et d'ancienneté de travail. En ligne centrale, il y a tous les meilleurs médecins des divisions. » (Entretien approfondi n° 2, Homme, 44 ans, médecin).

Cela a également causé une perte de la confiance chez les patients sur la qualité d'examens et de soins en ligne inférieure et ceux-ci cherchent toujours des solutions afin de se faire transférer en ligne supérieure lors d'un traitement.

« En psychologie, quand quelqu'un tombe malade, il fait la visite à l'hôpital central parce qu'il ne croit pas les médecins de la ligne inférieure. » (Entretien approfondi n° 7, Homme, 31 ans, diplômé du collège, conducteur, Hung Yen)

*« Le poste médical de la commune, il n'y a pas de médecin, seulement les infirmières. En ligne districtuelle, aucun médecin ne peut traiter ma maladie. Voilà c'est la raison pour laquelle je dois passer en ligne supérieure, hein, en subissa*nt de grands frais tandis que je ne suis pas riche. » (Entretien approfondi n° 18, Femme, 60 ans, en retraite, Hung Yen)

« La remarque sur le niveau des médecins est difficile, parce qu'on n'a pas de compétence. On ne peut pas savoir comment ils font la visite. On ne connaît que leur dire, c'est tout. Serait-t-il raisonnable de ne pas prendre de médicaments alors que le médecin dit qu'on est malade ? Mais la qualité des médecins au district n'est jamais égale à celle du niveau central. » (Entretien approfondi n° 20, Homme, 44 ans, agriculteur, Hung Yen)

À côté de la différence entre le niveau de ligne, on peut aussi distinguer les compétences des médecins dans une même ligne, selon le caractère généralisé ou spécialiste de l'hôpital.

> *« Le niveau des médecins qualifiés dépend aussi de l'Hôpital, général ou spécialiste. Les grands hôpitaux sont parfois généralistes. Dans les hôpitaux spécialisés en ligne inférieure, il arrive au contraire que le patient qui y fait sa visite ait affaire à de très bons médecins, tandis que dans les hôpitaux plus grands, mais pas spécialistes, leur qualité de traitement peut n'être pas égale. Les hôpitaux en ligne supérieure ont aussi des hôpitaux spécialisés. Par exemple, si l'on prend le cas des ophtalmologistes, l'Hôpital Central des Yeux est un hôpital spécialisé en ligne centrale, tandis que l'hôpital de Bach Mai est aussi central, mais pas spécialiste. Sa division ophtalmologique n'est pas aussi bonne que celle de l'Hôpital Central des Yeux. Alors, il existe non seulement des différences de compétences des médecins entre les lignes, mais aussi entre les hôpitaux généralistes et spécialistes dans une même ligne. » (Entretien approfondi* n° *1, Homme, 50 ans, médecin).*

En résumé, la majorité des citadins apprécient positivement les qualifications et des compétences des médecins. En revanche, dans les zones rurales, les citoyens remarquent que l'équipe des cadres médicaux manque de quantité, est restreinte en qualité. La structure est irrationnelle, en particulier le manque de médecins dans les hôpitaux du rang le plus bas. La raison en est que le travail de planification, de construction d'une équipe de gestionnaires et de médecins, comporte des lacunes. Il faut accentuer la nouvelle politique qui consiste à encourager les équipes de médecins de haute qualité à servir les centres sanitaires locaux. Cela va contribuer à créer l'égalité dans les examens et soins de santé et accroître le nombre des personnes examinées et traitées dans les centres sanitaires en ligne inférieure, afin

de réduire la pression sur ceux d'en ligne supérieure. Les citoyens pourront donc plus croire et participer à l'assurance maladie.

I. 2. Attitude de service des médecins et des infirmières

À côté du niveau et des compétences du médecin, l'attitude de service des cadres sanitaires est également un facteur important qui affecte la qualité des services d'examens et de soins médicaux par la carte d'assurance maladie. En recherchant et analysant les remarques des participants à l'assurance maladie sur « l'attitude de service des médecins et des infirmières par la carte d'assurance maladie », un résultat positif est que beaucoup des personnes interrogées trouvent que l'attitude de service du personnel médical est « très bonne » et « bonne » (Hanoï : 48,6%, Hung Yen : 29,3%) (Tableau 22).

> *« En général, l'attitude de service est bonne. En fait, maintenant la plupart de la négation est due aux patients eux-mêmes, ils provoquent des affaires ennuyeuses, les médecins sont généralement bien. »* (Entretien approfondi n° 126, Femme, 52 ans, agricultrice, diplômée du lycée, Hung Yen)

Certains pensent que, bien que l'hôpital en ligne supérieure ait plus de patients, l'attitude des cadres médicaux est plus enthousiaste.

> *« Le personnel médical en ligne supérieure est encore enthousiaste. Plus on est en haute ligne, plus ils doivent s'investir parce que normalement en ligne supérieure, il y a plus de graves patients, il faut les motiver, les guider sérieusement. »* (Entretien approfondi n° 16, Homme, 61 ans, cadre en retraite, Hanoï)

À côté des remarques positives, le pourcentage des répondants qui ont jugé « mauvaise » et « très mauvaise » l'attitude de service des personnels médicaux

par la carte d'assurance maladie est élevé et comparable dans les deux régions (Hanoï : 39,5% et Hung Yen : 32,7%) :

> *« Je fais la visite à l'hôpital de district et trouve que l'attitude de certains médecins et infirmières est très indifférente. Ils ont fait le dédaigneux, eu un ton hautain, autoritaire et arrogant et crié très fort. Ils ne disent rien aux patients, il faut demander encore une fois aux médecins, c'est évident. De nombreuses procédures demandent qu'on accoure en toute hâte. Aucun ne me parle avec enthousiasme. Je suis très mécontent de l'attitude des soins des patients comme ça. »* (Entretien approfondi n° 137, Homme, 42 ans, homme d'affaires, diplômé du collège, Hung Yen)

> *« Le niveau des médecins en ligne du district, je ne peux pas me prononcer sur leur expertise, mais l'attitude n'est pas celle qu'on pourrait attendre. Il y a une distinction selon qu'on est utilisateur ou non de la carte d'assurance maladie. Sans la carte, on attend moins, l'accueil est plus souriant. La visite se concentre sur les questions, la prescription de médicaments par rapport aux symptômes, selon la norme. Sans même parler de l'examen, j'ai craint d'être incorrect rien qu'en demandant à ce qu'on me donne des médicaments. » (Entretien approfondi* n° *80, Femme, 22 ans, étudiante, Hanoï)*

L'attitude du personnel médical (« indifférent », « autoritaire », « crier ») est souvent évoquée à travers le processus de l'entretien approfondi. Indépendamment de leur effort pour mesurer le niveau de compétence, les patients se sentent en mesure de qualifier avec exactitude l'attitude d'examens et de soins. L'expression « le médecin est comme les parents » n'est-elle plus présente avec la carte d'assurance maladie ? Nous en rechercherons la cause dans la partie suivante.

Les entretiens approfondis sur les deux localités montrent qu'il existe toujours une distinction entre ceux qui sont examinés et traités par l'assurance maladie et les autres. Peu de patients ont eu le sentiment de rencontrer des médecins affables et enthousiastes lors d'examens et de soins par la carte d'assurance maladie. La plupart ont signalé des difficultés dans l'utilisation de l'assurance maladie.

> *« Lors des examens et des soins, ceux qui n'utilisent pas de carte d'assurance maladie sont toujours visités en priorité. Ce qui est examiné par service, tout est en priorité. Vous n'avez pas encore visité, donc vous ne savez pas comment aller, il faut faire la visite pour mieux connaître. Mais en entendant les procédures compliquées et l'attitude de soins des médecins comme ci-dessus, personne ne veut utiliser la carte d'assurance maladie. »* (Entretien approfondi n° 7, Homme, 31 ans, diplômé du collège, conducteur),

> *« En général, il y a aussi une distinction entre les utilisateurs et les non-utilisateurs de l'assurance maladie. Il m'est arrivé de faire des visites au titre du service ou par la carte d'assurance maladie. J'ai trouvé que l'attitude de service était complètement différente. La visite par service est enthousiaste, je suis appelée vite, l'achat de médicaments est rapide sans attendre personne. Si on fait la comparaison, je trouve que la qualité des soins médicaux par l'assurance maladie est moins élevée. »* (Entretien approfondi n° 8, Femme, 40 ans, diplômée universitaire, professeur, Hanoï)

> « Les médecins ne font pas la visite de façon enthousiaste, c'est totalement différent de celle du service. Pour peu qu'il ne soit pas content, il va crier, je le crains. La qualité d'examens est : « comme ça, voulez-vous encore être examiné par l'assurance maladie, hein ? » »

(Entretien approfondi n° 43, Homme, 40 ans, diplômé du collège, agriculteur, Hung Yen)

« Leur attitude est très désagréable, tout en colère, hautaine avec les patients. Il a le même âge que mes enfants mais il m'a crié dessus fréquemment. Vieux, j'ai demandé ce que je n'ai pas encore connu, mais... Bref, il a bien travaillé comme il faut pourtant, la réalité est comme ça. » (Entretien approfondi n° 44, Homme, diplômé du lycée, fonctionnaire, Hanoï)

« Les infirmières sont très jeunes, comme mes enfants mais crient contre moi. Si je ne sais pas, il faut qu'elles me donnent des renseignements doucement, mais, à l'inverse. Cette attitude est inacceptable, je ne veux plus utiliser la carte d'assurance-maladie. » (Femme, 41 ans, patiente à l'hôpital central de Bach Mai)

« Les soins de santé liés à ma carte d'assurance-maladie auraient dû être de l'ordre évident de mes intérêts car je l'ai achetée, mais ici on fait comme si je devais leur faire des prières pour l'obtention des services normaux. » (Homme, 35 ans, patient à l'hôpital central de Bach Mai).

Une autre patiente se livre de la manière suivante :

« J'ai amené mon enfant à l'hôpital, il avait une forte fièvre, le médecin m'a demandé si j'avais sa carte d'assurance-maladie, la réponse était oui, alors il m'a demandé d'attendre après la consultation des autres qui étaient pourtant peu urgents. » (Femme, 35 ans, mère d'un enfant patient à l'hôpital central de Viet Duc)

L'utilisation de l'assurance-maladie de chaque type d'acteur dépend beaucoup de l'attitude des médecins qui la regardent. À travers des entretiens réalisés, nous

découvrons que l'utilisation de la carte d'assurance-maladie entraîne une mauvaise qualité des soins de santé par les personnels médicaux qui ne se montrent pas disponibles pour ne pas dire qu'ils sont désagréables. Ces entretiens montrent bien des insatisfactions, voire des mécontentements des usagers de la carte d'assurance-maladie vis-à-vis de l'attitude des personnels médicaux.

En fait, certains patients clients des services de santé fournis par ces hôpitaux publics constatent que *« les soins directement payés ou à travers des services volontaires sont plus rapides* » et d'autres ont tendance à venir chercher des services purement privés, malgré des équipements de moyenne qualité, pour avoir au moins un bon accueil qui consiste à rehausser leur mental avant de se faire soigner médicalement.

À côté de la distinction ci-dessus, l'opinion publique est très préoccupée du problème de « l'enveloppe », qui suscite beaucoup de critiques, tout en estimant que tout changement prendra beaucoup de temps. Le ministre de la Santé du Vietnam l'a déjà confirmé :

> *« En raison du développement de l'économie, de la société, le revenu des citoyens s'est élevé mais celui des cadres médicaux a moins crû que le revenu total des secteurs. Ils ne peuvent pas assurer les besoins fondamentaux de leur vie individuelle et familiale, les conditions du bureau sont étroites. Le fait que des médecins aient reçu des enveloppes est une réalité. »*[132]

Lors d'une interpellation à l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé a cité le témoignage d'un chef de division d'un grand hôpital de Hanoi qui lui avait dit : *« Les patients pauvres manquent des repas pour économiser l'argent afin de le*

[132] Assemblée Nationale, « Le Ministre de la Santé Mme Kim Tien Nguyen Thi a répondu à une interpellation de L'assemblée Nationale.le 14 Novembre 2012 »

donner au médecin. Dans plusieurs cas, les frais d'hospitalisation sont égaux à une moitié de ceux-ci lors de l'arrivée à l'hôpital. »[133]

Même si beaucoup de beaucoup de sanctions ont été prononcées contre des médecins à cause de leurs demandes de paiements supplémentaires, ce phénomène continue encore et voire devient « une loi » que n'importe quel patient est obligé d'observer. Seulement très peu de personnes pensent que les médecins et les infirmières se fortifient par l'enveloppe, la plupart du reste doit payer avec une attitude mécontente.

> *« H : Alors, doit-on fortifier les médecins, les infirmières là-bas ?*
>
> *D : Non. Comment a-t-on de l'argent pour le faire ? (rire)*
>
> *H : Alors, le médecin, est-il enthousiaste avec nous ?*
>
> *D : Oui. Je pense que son comportement est normal. Probablement ces dernières années, ils sont différents et changent. Peut-être les supérieurs ont fait strictement. »* (Entretien approfondi n° 1, Femme, 44 ans, diplômée du lycée, agricultrice, Hung Yen)
>
> *« D : Le médecin doit-il être encouragé par l'enveloppe ?*
>
> *R : Cela est indispensable. Beaucoup ou peu. On ne peut l'éviter si on veut qu'ils s'occupent mieux de nous ou de nos proches.*
>
> *D : C'est-à-dire il faut se concilier les infirmières, les médecins individuellement.*
>
> *R : Chaque opération doit être encouragée, pour une somme variable selon chacune. Ils ont dit franchement qu'après la chirurgie il faut leur donner un supplément. Lorsqu'un membre de votre famille entre dans la salle d'opération, ils vous appellent en le disant franchement.*
>
> *D : C'est-à-dire sans compter les frais de l'opération, c'est un supplément d'encouragement ?*

[133] *Ibid*.

R : Oui. 1 million pour chacune. Si la chirurgie est plus complexe, ça fait 1,5 millions. Ça dépend. Après, il faut payer 4 millions par chirurgie à l'hôpital. » (Entretien approfondi n° 5, Femme, 39 ans, diplômée du lycée, agricultrice, Hung Yen)

« *Non, l'assurance maladie ne prend en charge que la partie payée à l'hôpital, et pas les frais externes tels que pour le médecin, puis les enveloppes, plusieurs choses. Au total, l'opération prend 4-5 millions d'enveloppe pour les médecins, même les infirmières, sinon ils ont maltraité beaucoup de patients. La fois suivante, on se promet de ne jamais suivre la visite par l'assurance maladie.* » (Entretien approfondi n° 16, Femme, 64 ans, fonctionnaire, Hanoi)

« Je ne dis pas de mal du tout. Je vous dis toujours qu'ils ne différent pas des fascistes actuels. Je le dis comme ça en colère, respecter l'hygiène lors des blessures des patients, ça prend beaucoup d'argent, sinon ils font si mal que vos enfants pleurent. C'est réel. Mon enfant n'est pas encore atteint mais en voyant les autres, j'ai pitié. C'est très cruel, il est obligatoire de donner de l'argent. » (Entretien approfondi n° 17, Homme, 41 ans, homme d'affaires, Hung Yen)

« En particulier, dans un cas urgent, un cas d'intervention chirurgicale par exemple, il faut remettre l'enveloppe de 20 millions à l'avance, tandis que les procédures je ne connais pas. Mes yeux ont vu que des gens plient l'enveloppe en demandant tout de suite combien on doit de supplément. C'est le supplément externe. Qui a de l'argent a des pirouettes, c'est mieux, en revanche, ceux qui vivent dans les zones montagneuses, lointaines, doivent en dernière extrémité vendre la maison. Pour un cas d'intervention chirurgicale cardiaque de 60-70 millions auquel il faut ajouter le paiement d'enveloppe, les frais de

bouche et de logement, il n'y a pas d'autre solution que de vendre la maison. » (Entretien approfondi n° 17, Homme, 41 ans, homme d'affaires, Hung Yen)

« Les frais de traitement sont moins élevés mais ceux d'enveloppe pour les médecins le sont plus. Si on ne le leur donne pas, ils se désintéressent tout de suite. J'ai une nièce qui a enfanté, elle a utilisé la carte d'assurance-maladie et pensé qu'une personne pouvait cotiser pour deux vies sans donner de l'argent. Ils les ont laissés, mais quand son mari leur a donné de l'argent, leur attitude a été complètement différente, ils ont fait plusieurs visites par jour. Je ne comprends pas vraiment où est leur éthique médicale. » (Entretien approfondi n° 27, Femme, 40 ans, diplômée du collège, agricultrice, Hung Yen).

« L'enveloppe » pour le médecin est une réalité que nous devons reconnaître franchement. En raison de la pensée perfectionniste et de la pyschologie « Argent comptant porte médecine » (plus on le donne tôt, mieux on est traité), ce sont les patients et les membres de leur famille qui ont parfois agi de connivence avec ce comportement.

« Maintenant, seul l'argent est important. Si on a l'argent, les médecins et infirmières nous traitent avec enthousiasme et gentillesse. Sinon vous n'avez que des médicaments, sans voir ni soins ni enthousiasme chez l'équipe de médecins. Si on dit que toutes les équipes de médecins sont comme ça, c'est exagéré. Mais il est exact que certains médecins et infirmières ne sont pas enthousiastes avec des patients. Si on ne leur donne pas « l'enveloppe », on sera plus inquiète. En général, aujourd'hui l'argent fait rage, amour, mariage. » (Entretien approfondi n° 26, Homme, 38 ans, diplômé universitaire, professeur, Hanoi)

« Non, cela est dû à nous-même, personne ne nous demande. Mais les graves maladies ont besoin d'être opérées, les médecins doivent aussi se fortifier. Il prend l'argent qu'on nous donne, on se sent plus calme. N'est-ce pas ? » (Entretien approfondi n° 66, Homme, 26 ans, diplômé universitaire, employé d'affaires, Hanoi)

Bien que les leçons morales d'Hippocrate se livrent suffisamment aux personnels médicaux, ce genre d'attitude vis-à-vis des ayants-droit de la carte d'assurance-maladie ne fait qu'accélérer la perte totale de confiance dans le système de soins. Ce qui ferait perdre par la suite l'image des services publics en faveur d'une privatisation ou d'une libéralisation de ces services. Tout cela causerait des conséquences extrêmement difficiles à prévoir. Si le ministère de la Santé n'adopte pas suffisamment de mesures efficaces en termes de contrôle du processus d'utilisation de la carte publique d'assurance-maladie à l'hôpital, on aura du mal à reconquérir cette confiance, une fois qu'elle se sera totalement perdue et la politique d'universalisation de l'assurance-maladie à l'horizon de 2020 connaîtra un grand échec.

II. Les problèmes des médicaments fournis par la carte d'assurance maladie

La réglementation sur la liste des médicaments et la fourniture des médicaments a été stipulée précisément dans la Loi sur l'assurance maladie en 2008 et la Loi modifiée et complétée en 2014 de la façon suivante : *« Le ministère de la Santé est chargé de promulguer la liste des médicaments, équipements médicaux, services et techniques qui peuvent bénéficier aux participants à l'assurance maladie et les réglementations de spécialité technique liées à des*

examens et à des soins par l'assurance maladie. » [134]. La fourniture des médicaments a été aussi stipulée strictement sur la qualité, le nombre, la méthode de paiement. Alors la question s'est posée de savoir pourquoi il reste encore un grand taux des personnes interviewées dans ces deux zones qui ont pensé que la qualité et le nombre de médicaments étaient « mauvaise » et « très mauvaise » (25,9% et 28,6% à Hanoi ; 40% et 38% à Hung Yen). Reste-t-il des lacunes que la Loi, elle-même et ceux qui l'ont mise en oeuvre, n'ont pas encore « atteintes » ?

> *« J'ai consulté à l'hôpital du district de Yen My. Les médicaments fournis par l'assurance-maladie étaient normaux. Il fallait les prendre longtemps pour que ma maladie soit en rémission. Bien sûr, ils sont différents de ceux de l'hôpital de Bach Mai. Cet hôpital central fournit des médicaments un peu meilleurs mais jamais on ne vous donne de bons médicaments. »* (Entretien approfondi n° 1, Femme, 44 ans, diplômée du lycée, agricultrice, Hung Yen).

> « S'enrhumer, avoir mal à la tête, pourquoi doit-on utiliser la carte alors que ça perd plus de temps ? Il vaut mieux aller dans les pharmacies privées pour acheter des médicaments, c'est tout. Lors d'un rhume, il faut acheter des médicaments comme le montrent les publicités sur la télévision, pour un semblable mal à la tête. Les médicaments du centre de santé sont simples et ne traitent que la grippe. Ils ne sont pas très différents de ceux qu'on achète à l'extérieur. » (Entretien approfondi n° 141, Homme, 46 ans, diplômé universitaire, professeur, Hung Yen)

> « Les médicaments fournis, on les prenait depuis longtemps mais la maladie n'était pas en rémission. J'avais aussi acheté des médicaments en dehors mais il n'y a pas eu de gros changements. Ma maladie s'était

134 Assemblée Nationale. *Loi modifiée et complétée sur quelques articles de la Loi de l'assurance maladie en 2008*, 2014. (Http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=29011)

réduite un peu. Après, lorsqu'on m'a transféré en ligne supérieure à Bach Mai, le médecin a prescrit des médicaments actuels. Maintenant, je suis en train de les prendre et ma santé est plus stable. » (Entretien approfondi n° 2, Femme, 55 ans, diplômée du lycée, femme d'affaires, Hung Yen).

« Les médicaments fournis par la carte d'assurance-maladie ne sont pas de qualité, ils sont moins bons que ceux de l'extérieur. Souvent, les médicaments contre le rhume simple, je les achète à la pharmacie privée au lieu d'aller à l'hôpital. En entrant dans l'hôpital, de nombreuses procédures prennent du temps. En cas de maladie grave, on va utiliser la carte d'assurance maladie tamdis que pour une maladie légère, il vaut mieux consulter le médecin privé pour qu'il prescrive des médicaments, il n'est pas nécessaire d'aller à l'hôpital. » (Entretien approfondi n° 12, Homme, 55 ans, agriculteur, diplômé du collège, Hanoi)

« Honnêtement, j'ai mal à l'estomac, je suis allé à l'hôpital en prenant des médicaments mais ma maladie n'est pas en rémission. J'ai dû acheter des médicaments à l'extérieur, ils coûtaient 50 à 60 mille dongs la boîte, celle de Tieu Lam comme dans la publicité, j'ai acheté 5 boîtes à chaque fois. Cela coûte peut-être des millions de dongs d'acheter des médicaments à l'extérieur. Mais mes maladies peuvent être arrêtées alors que ce n'est pas le cas si j'attends les médicaments fournis par l'hôpital. Généralement, les médicaments fournis par la carte d'assurance maladie ne sont pas de bonne qualité. Lors de la visite par l'assurance maladie, on m'a dit que ces types de médicaments n'existaient pas, qu'il y avait seulement ceux qui traitent les maux d'estomac normaux. » (Entretien approfondi n° 13, Homme, 51 ans, diplômé du collège, agriculteur, Hung Yen)

« Oh mon Dieu, les médicaments sont très simples, comme celui qui renforce et nourrit le sang ou qui soigne un mal de tête. Les médicaments sont en général tout à fait normaux, pas coûteux ou précieux. » (Entretien approfondi n° 23, Homme, 49 ans, agriculteur, Hung Yen)

« Je pense que la plus grande difficulté est la qualité des médicaments dans la liste de l'assurance maladie qui ne peuvent pas répondre à ma maladie. Il y a une bonne renommée de la carte d'assurance maladie mais je dois toujours acheter les médicaments à l'extérieur. Elle paye 100% des frais de visite, mais ceux-ci ne coûtent pas beaucoup, les frais sont essentiellement liés à des médicaments. » (Entretien approfondi n° 94, Homme, 44 ans, agriculteur, diplômé du lycée, Hung Yen)

Par rapport aux extraits d'entretien approfondi mentionnés ci-dessus, on retrouve que la majorité des personnes se plaignent de la qualité des médicaments disponibles fournis par l'assurance maladie. Ils l'estiment moins bonne que celle des médicaments qu'ils achètent directement dans les pharmacies privées à l'extérieur. De nombreux cas de maladie supposent de meilleurs médicaments pour parvenir à guérison tandis que ceux de l'assurance maladie n'ont d'autre valeur que de stabiliser la situation. Les entretiens approfondis des chefs de postes de santé et des médecins montrent qu'ils pensent également pour la plupart que les médicaments fournis par l'assurance maladie ne répondent qu'aux maladies courantes.

« Bien sûr, les médicaments minimums ne répondent qu'aux besoins de base, tandis que les médicaments plus spécialisés ou ceux qui sont relativement chers ne sont pas toujours dans la liste de la couverture payée par l'assurance-maladie. La plupart des patients doivent acheter

des médicaments supplémentaires, en dehors de la norme de l'assurance maladie. » (Entretien approfondi n° 1, Homme, 50 ans, médecin)

« En général, ils répondent à certaines maladies courantes, mais pour des graves maladies, il est plus sûr d'acheter des médicaments supplémentaires à l'extérieur, ceux-ci sont très efficaces. » (Entretien approfondi n° 2, Homme, 44 ans, médecin)

« Les médicaments fournis par la carte d'assurance maladie sont comme les installations de base ici. Comment des installations de base défectueuses pourraient-elles avoir des médicaments coûteux ? Il faut aller en ligne supérieure pour les obtenir. Et si certains bons médicaments ne sont pas disponibles en ligne supérieure, comment pourrait-on les avoir ici ? » (Entretien approfondi n° 3, Homme, 45 ans, médecin)

« La majorité des médicaments d'ici sont seulement ceux pour les cas d'analgésie, de maux de tête, de ventre, des douleurs antipyrétiques, ou hémostatiques. Si les gens y vont pour demander des médicaments ou des vitamines spéciales, comment en a-t-on ? La plupart ne le savent pas. Ils ont dit que j'ai gardé pour moi le gain d'un autre, caché les médicaments, mais le fait est qu'il n'y a pas de médicaments à distribuer. » (Entretien approfondi, Homme, 54 ans, chef de poste sanitaire)

Ensuite c'est le problème du nombre de médicaments. Il arrive souvent que les médicaments, quelque soit leur qualité, soient disponibles en quantité très réduite et qu'il soit très difficile pour les patients de les obtenir :

« Oui, je vais au poste de santé pour prendre des médicaments, mais cela a marché seulement la première fois. La deuxième fois ils m'ont dit que les médicaments n'étaient pas encore arrivés ou qu'il n'y en avait pas. C'est ennuyeux si je dois y retourner plusieurs fois comme ça. En fait, la carte d'assurance maladie paye seulement les frais d'hôpitalisation. Elle ne permet pas vraiment de prendre les médicaments au poste de santé. » (Entretien approfondi n° 13, Homme, 51 ans, diplômé du collège, agriculteur, Hung Yen)

« Selon moi, il y a peu de médicaments. Principalement il m'a donné des médicaments supplémentaires. J'ai voulu consulter, demander des médicaments, mais le médecin m'a toujours dit qu'il n'y avait pas ou plus de médicaments. On est ennuyé une ou deux fois et on n'y retourne pas. » (Entretien approfondi n° 62, Homme, 47 ans, diplômé du cours moyen première année, agriculteur, Hung Yen)

« Toute la commune a une seule armoire à pharmacie. La norme d'une personne par an est de 50.000 dongs de médicament. Maintenant, celui qui a des problèmes de santé, qui a besoin de recevoir des médicaments et ne peut excéder ce montant, serait-il raisonnable que nous ne les ayons pas donnés ? Mais si on distribue à l'un, les médicaments manquent pour founir à l'autre. Nous ne savons pas comment résoudre ce problème. » (Entretien approfondi, Homme, 47 ans, chef de poste sanitaire)

« Au début de cette année, il y a eu une épidémie, les gens ont pris des médicaments impétueusement et en foule. Malheureusement, le nombre en est si limité ; si on les fournit tous à ce moment-là, on n'en aura plus de ce type de toute l'année. Devant cette situation, nous avons vraiment perdu contenance mais on nous aurait insultés si on ne les leur avait

pas donnés. Alors, à ce stade de l'année, l'armoire à pharmacie est vide. » (Entretien approfondi, Homme, 54 ans, chef de poste sanitaire)

Le ministère de la Santé a publié le 7 juin 2013 une liste d'assurance-maladie étendue avec une variété plus grande de medicaments couverts et des services de haute technologie dans le diagnostic et le traitement. Cela contribue à accroître les avantages pour les usagers. Par exemple, les malades du cancer dont les coûts de traitement sont élevés peuvent bénéficier de 56 catégories de médicaments couverts. De même, les malades cardio-vasculaires ont une centaine de médicaments couverts par l'assurance[135]…

Selon le projet de loi sur l'assurance-maladie modifié, plusieurs médicaments contre le cancer, l'arthrite, l'hépatite, l'empoisonnement ... ne sont cependant plus couverts à 100% par l'assurance-maladie. Le ministère de la Santé est en train de réélaborer la nomenclature des médicaments couverts par l'assurance maladie qui ont tendance à s'élargir, y compris pour les cancers, arthrite, hépatite... mais le montant de la couverture n'atteint pas 100%[136].

Cette liste diminue à 1052 médicaments en comparaison avec 1143 médicaments couverts jusqu'à présent conformément à la réglementation en vigueur[137]. Pour expliquer ce changement, Mme Song Huong Tong Thi, Directrice du Département de l'Assurance-maladie, ministère de la Santé, a noté que plusieurs experts estimaient la liste des médicaments couverts actuelle trop large, tandis que des medicaments précieux et génériques étaient très limités. Par conséquent, les élaborateurs du projet de loi en question ont rayé beaucoup de médicaments coûteux ou ont proposé d'arrêter la couverture des medicaments dont les propriétés sont similaires :

[135] Assemblée Nationale. *Loi modifiée et complétée sur quelques articles de la Loi de l'assurance maladie en 2008*, 2014. (Http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=29011)
[136] *Ibid*.
[137] *Ibid*.

« Auparavant, nous avons élaboré la liste des médicaments en réponse aux besoins des usagers, alors qu'à présent, elle est conçue sur la base des dépenses des usagers et de l'efficacité des traitements. C'est-à-dire que l'on rend compte de la capacité de dépenses des patients et de la couverture par la caisse d'assurance-maladie. »[138]

Toujours selon ce projet de loi, de nombreux médicaments coûteux contre le cancer, les maladies cardiaques, l'arthrose ... couverts jusqu'à présent de 50 à 100%, seront classés dans le groupe de médicaments dont la prescription doit être limitée. D'après cette Directrice, cette mesure ne devrait pas exercer de mauvais effets sur le traitement des maladies. Elle en donne un exemple relatif au résultat du traitement du cancer : 57 médicaments couverts à présent peuvent répondre aux besoins de traitements des cancers ordinaires. Les médicaments qui ont été retirés de la liste ou qui ont connu une baisse du montant de leur couverture sont nouveaux et très coûteux au traitement (de 40 à 100 millions de dongs par mois pour un traitement, soit de 1600 à 4000 euros). Si on laissait la caisse d'assurance-maladie couvrir à 100% comme avant, il serait difficile d'en assurer l'équilibre[139]. Il est clair qu'à l'intérieur de la caisse nationale d'assurance-maladie, il existe une tension ou plutôt une pression d'équilibrage.

Cependant, 41 médicaments complètement nouveaux sont introduits dans la liste de couverture, qui consistent à traiter les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrose. Ces médicaments sont aussi relativement coûteux et relèvent de la prescription répandue des médecins. En particulier, la caisse d'assurance-maladie couvre jusqu'à 50% des nouveaux médicaments pour traiter le cancer du sein, du colon (intestins) au stade précoce, la polyarthrite rhumatoïde dont les dépenses s'élèvent de 200 à 800 millions par an, soit de 8.000 à 32.000 euros par an. Cette

[138] http://baohiemxahoi.gov.vn/Index.aspx?u=faq&su=d&cid=544&id=10380
[139] L'assurance maladie du Vietnam, *La liste de nouveaux médicaments : mieux assurer les intérêts des participants à l'assurance maladie*, 2013.

liste de couverture a pris effet à partir de 2015 dès l'entrée en vigueur de la Loi concernée modifiée[140].

On observe une autre réalité selon laquelle un certain nombre d'établissements d'examens médicaux et de soins par carte d'assurance-maladie de première catégorie n'ont pas suffisamment de médicaments pour le traitement. Par conséquent, malgré la carte d'assurance-maladie et la couverture théorique inscrite dans la liste, les usagers doivent subir des dépenses pour ces médicaments sur leurs portefeuilles. S'ils doivent se faire examiner et soigner à l'hôpital de deuxième catégorie, les usagers doivent aussi payer des médicaments. Ainsi, s'en plaint un usager :

> « Malgré ma carte d'assurance-maladie et malgré l'inscription des médicaments dans la liste à couvrir par l'assurance, je dois payer moi-même des médicaments car à l'infirmerie, on n'en a pas pas suffisamment. » (Homme, 35 ans, patient à l'hôpital central de Viet Duc)

Il est clair que la carte d'assurance-maladie ne peut pas prendre ses effets en ce cas : son existence n'a pas de sens dans la mesure où l'infirmerie de commune ne peut fournir des médicaments, donc doit pousser ses usagers à aller dans un établissement de catégorie plus élevée. Il s'agit là d'une réalité partagée par les soignants :

> *« Nous n'avons pas suffisamment de médicaments inscrits dans la liste couverte en théorie par l'assurance, alors, les patients doivent sauver ce qu'ils peuvent en en achetant sur notre ordonnance. »* (Entretien approfondi n° 4, homme, 25 ans, médecin, Hanoi)

[140] Assemblée Nationale. *Loi modifiée et complétée sur quelques articles de la Loi de l'assurance maladie en 2008*, 2014. (Http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=29011)

Les difficultés observées de part et d'autre montrent bien une faiblesse organisationnelle des établissements de soins de base du Vietnam, alors que la ratification de la Déclaration d'Alma-Alta par notre pays a été très précoce[141]. Rappelons que l'un des objectifs centraux de cette Déclaration est de fournir aux usagers des services de soins des examens médicaux et des médicaments de proximité à un coût raisonnable pour éviter une congruence vers les autres catégories d'établissements.

Abordant le sujet des médicaments, le médecin NGUYEN Thi Kim Lien – Chef du Département des maladies cérébro-vasculaires, de l'Hôpital Populaire n^0 115 à Ho Chi Minh ville, évoque un autre aspect du problème en donnant l'exemple du traitement des patients ayant un infarctus et/ou plutôt une crise cardiarque. En cas de crise cardiaque ou d'infarctus, pour sauver les patients, il faut « dissiper » les thromboses provoquant la congestion par l'injection en voie intraveineuse (trois heures avant d'être hospitalisé), dans l'artère (six heures avant d'être hospitalisé), par l'absorption de caillots de sang congelables ou encore par l'injection en voie intraveineuse. Ces modes de traitement doivent avoir recours à un seul type de médicaments fibrinolytiques du sang (médicaments Actilyse 50 mg) au prix de 10 millions de dongs la bouteille que doivent payer totalement les patients sur leurs deniers :

> « C'est le seul choix de médicaments pour traiter les patients d'ictus, de crise cardiarque, une dose de médicaments pourrait sauver une vie. Mais, de nombreux cas de patients ayant la carte d'assurance-maladie qui ne couvre pas du tout ces médicaments, doivent retourner chez eux pour attendre la mort ou préparer les funérailles car ils n'ont pas de moyens financiers pour les payer. À mon sens, je pense que si

[141] https://www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC09-Encadres-2.2-FR.pdf

l'assrance-maladie pouvait couvrir 50% des dépenses, beaucoup de patients seraient sauvés. »[142]

En poussant cette réflexion, un autre médecin du nom de Thanh Huyen d'un établissement de deuxième catégorie se plaint non pas du manque de médicaments, mais plutôt de la procédure trop longue pour pouvoir faire inscrire un médicament dans la liste des couvertures, malgré son efficacité. Le temps écoulé devient un autre fardeau pour les usagers.

Bref, toutes les descriptions et analyses faites ci-dessus montrent bien plusieurs réalités.

En premier lieu, malgré la qualité des soins et des examens primaires offerts par les établissements de première catégorie où les soignants s'efforcent de les assumer, il manque des médicaments et le montant de couverture reste trop faible. Il en résulte que les services de soins et d'examens de proximité sont « piégés », c'est-à-dire qu'il devient difficile pour eux de réaliser ces soins car la confiance des usagers se perd au fil du temps lorsque leurs cartes perdent vraiment leur signification.

En deuxième lieu, des soignants des établissements de première catégorie se plaignent du manque de médicaments à fournir aux usagers, tandis que ceux de deuxième catégorie parlent de la couverture trop faible des médicaments efficaces.

En troisième lieu, le coût de dépenses pour des médicaments inscrits ou non dans la liste devient un fardeau pour les usagers, surtout ceux des classes populaires qui doivent souffrir de voir leurs proches « mourir ».

[142] http://phunuonline.com.vn/xa-hoi//bac-si-kho-xu-benh-nhan-kho-nbsp-/a38234.html

En dernier lieu, la qualité des médicaments inscrits dans la liste des couvertures, fournis aux usagers, est mal évaluée par ces derniers. Il en résulte que leur confiance baisse au fil du temps et qu'ainsi la carte perd ses valeurs.

III. Les problèmes liés à la qualité des services techniques fournis par la carte d'assurance maladie

Ci-dessus se montre bien l'évaluation du niveau professionnel des médecins, des qualités, quantité des médicaments, essentiellement par des usagers de la carte d'assurance-maladie. Maintenant, nous nous intéressons à une autre variable : celle des services techniques assumés par les établissements. Pour les comprendre, nous essayons de répondre aux questions suivantes : (1) comment les usagers dans les deux localités en question évaluent-ils la qualité des services techniques ? Y a-t-il des différences dans l'évaluation des ayants-droit de la carte d'assurance-maladie et des usagers qui les payent directement ?

III. 1. Évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur la qualité des examens et soins de santé

En réponse à la première question, la Loi sur l'assurance-maladie de 2008 et la Loi modifiée n° 46 de 2014 disposent très clairement les services techniques dont peuvent bénéficier les usagers de la carte d'assurance-maladie. Toujours selon cette loi modifiée, la liste se compose de 144 services techniques par rapport à 177 services techniques inscrits dans l'autre. Nous observons ainsi une baisse

assez grande. Ils sont classés en deux catégories : services techniques ordinaires et services avancés. Le niveau de couverture varie en fonction des services.

Malgré la baisse de la nomenclature des services techniques, nous observons quand-même une inscription de nombreux services techniques coûteux comme la collecte et l'extraction de cellules souches à partir de la moelle osseuse, les greffes de cornées artificielles, l'imagerie et la fermeture de vaisseaux pour traiter le cancer du foie, l'imagerie et la fermeture de vaisseaux pour traiter le cancer des fibromes utérins, l'endométriose, les malformations des organes vasculaires, l'imagerie et l'intervention de retrait des thromboses veineuses d'encéphale, le traitement des tumeurs viscérales en ultrasonothérapie par radiofréquence, le traitement des tumeurs hépatiques par radiofréquence sous la direction de la machine de tomographie assistée par ordinateur, etc.

Du point de vue d'un représentant du ministère de la Santé, pendant ces dernières années, les intérêts des participants à l'assurance-maladie ont été sans cesse élargis tandis que les autorités doivent toujours veiller à la balance du fonds de l'assurance-maladie qui risquerait d'éclater à cause des mauvaises rentrées. Tous ces efforts consistent à offrir ces nouveaux services techniques de haute technologie à l'intention des usagers. Pour le justifier, M. TRAN Nghiem Dung, Directeur adjoint du Département de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé, cite de nombreux nouveaux services techniques de haute technologie dans l'ancienne liste qui sont à présent assurés car ils ne sont plus considérés que comme des services techniques ordinaires dans la nouvelle liste. Ainsi, l'Assurance-maladie ne cherche plus à en contrôler le plafond de dépenses[143]. Toujours selon ce représentant du ministère de la Santé, le système des établissements d'examens et de soins sanitaires est renforcé, étendu et développé

[143] Assemblée Nationale. *Loi modifiée et complétée sur quelques articles de la Loi de l'assurance maladie en 2008*, 2014. (Http://moj.gov.vn/vbpq/lists/vn%20bn%20php%20lut/view_detail.aspx?itemid=29011)

en nombre, aussi bien pour les infrastructures, les équipements médicaux et le personnel médical.

Pour vérifier ce qui est dit par ce représentant, à Hanoï comme à Hung Yen, et pour rappeler les premières évaluations des ayants-droit de la carte d'assurance-maladie sur les services techniques, il est important de faire ici une extraction des données du tableau 24 présenté ci-dessous.

Tableau 24 : opinions des usagers de la carte d'assurance-maladie

Service d'examens et de soins par l'assurance maladie	**Qualité**				
	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise	Sans opinion
Qualité des services et techniques					
Hanoï	1,1	20	20	12	46,9
Hung Yen	4	24,2	25,2	4,3	42,3

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

Les données recueillies montrent bien que 21,1% des interrogés à Hanoï et 28,2% de ceux de Hung Yen évaluent comme « très bonne » et « bonne » la qualité des services techniques offerts à l'issue de l'application de la Loi modifiée de 2014. Pour cela, certains bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie se trouvent chanceux : grâce aux nouveaux services techniques de haute technologie, leurs maladies sont bien traitées :

> *« Je suis en toute tranquilité. Ça fait 5 ans que j'ai attrapé une maladie grave et elle est traitée avec des hautes technologies sans lesquelles, et faute d'assurance, je n'aurais plus aucune chance de survie. Ma maladie chronique doit être traitée coûteusement en tout, en temps*

inclus. Heureusement, l'assurance-maladie m'a assurée, la qualité est aussi très bonne. J'espère que l'assurance-maladie aidera plus de gens qui sont dans la même situation que moi. » (Entretien approfondi n° 19, Femme, 44 ans, agricultrice, Hung Yen).

Il est clair que face aux maladies incurables, les services de haute technologie aident beaucoup les médecins dans le diagnostic et dans le traitement.

« Ma maladie est d'un type rare, mais heureusement le traitement a été encore payé par l'assurance. Je sens que depuis le traitement, elle est beaucoup en rémission. Avec les services de haute technologie, je ne dois pas beaucoup demander. Sincèrement, je n'ose pas penser qu'elle ne soit guérie, mais dans la réalité je suis très tranquille. Je trouve que l'assurance maladie a donné des grands avantages aux pauvres comme moi. » (Entretien approfondi n° 48, Femme, 32 ans, lycéenne, ouvrière, Ha Noi)

Cependant, outre le taux de réponses positives assez faible et le taux de refus d'expression très élevé dont nous ne connaissons pas de causes (peut-être, il s'agit d'une question sensible pour eux), nous constatons un assez grand nombre de personnes dans les deux localités qui estiment « mauvaise » et « très mauvaise », la qualité des services techniques fournis par les établissements de soins et d'examens médicaux, respectivement de 32% à Hanoi et 29,5% à Hung Yen.

A côté des commentaires positifs, nous recueillons de fait aussi beaucoup de commentaires critiquant les services techniques d'examens et de soins par la carte d'assurance maladie.

« J'ai demandé une analyse de sang en utilisant ma carte d'assurance maladie, l'infirmière a injecté si longtemps que mes bras étaient gonflés, tandis que les veines ne sont pas encore retrouvées. Il paraît

qu'elle a vu que nous avons utilisé la carte d'assurance maladie, et qu'elle pense donc que, quels que soient les traitements, de quelle manière que ce soit, Il n'y aurait pas de problème. » (Entretien approfondi n° 53, Homme, 57 ans, service primaire, ancien combattant, Hanoi).

Cette expérience de cet homme est bien partagée par plusieurs personnes, La bonne attitude montrée aux soins techniques est quelque chose à désirer par les usagers de la carte d'assurance-maladie. Malgré son existence, comme les soins techniques ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils en attendent, ils se comportent de plusieurs manières différentes. Mais la plainte est quelque chose de commun lors de l'utilisation de ladite carte. En comparaison entre un usager de la carte d'assurance-maladie et quelqu'un qui paye directement ses services techniques, nous observons une nette différence :

« J'ai vu que, mon père avec la carte d'assurance-maladie, installé dans la même salle qu'un autre qui avait d'ailleurs presque le même problème et donc le même traitement, devait subir des supports techniques différenciés car l'autre payait directement ces services. Il était mieux accueilli et des gens du corps soignant s'occupaient des analyses et d'autres supports techniques. Par conséquent, il est sorti de l'hôpital très tôt tandis que mon père y a longtemps végété. J'en ai demandé des raisons à l'infirmière, elle m'a dit qu'elle le suivait par rapport à l'ordonnance du médecin. Je ne savais vraiment pas quoi faire. » (Entretien approfondi n° 124, Femme, 52 ans, diplômée du lycée, agricultrice, Hung Yen).

À travers cette expérience de la parente d'un usager de la carte d'assurance-maladie, nous voyons clairement une sorte de différenciation voire de discrimination ou d'injustice installée au sein d'une même salle. Un autre motif de

plainte des usagers de la carte d'assurance-maladie porte sur l'attente face aux soins techniques :

> *« J'ai participé à l'assurance maladie auparavant. Je trouvais qu'avec la carte d'assurance-maladie, aux services techniques, je devais avoir une très longue attente avant mon tour dans les hôpitaux publics que je visitais. Cela me faisait vraiment perdre trop de temps tandis que dans les hôpitaux privés, il y avait des machines, des supports techniques très modernes et leurs services étaient bien meilleurs. A partir de là, j'ai arrêté de participer à l'assurance-maladie. De toute façon, on dépensait un peu plus pour des visites dans les établissements privés, mais c'était beaucoup plus rapide, plus efficace tout en assurant notre santé. »* (Entretien approfondi n° 163, Homme, cadre, Hanoi)

Il est clair que les plaintes des usagers sont compréhensibles et explicables car les soins techniques attribués à leur intention n'étaient pas rentables directement pour les soignants qui préféraient de l'argent liquide payé directement à leurs services techniques. Il s'agit là d'un usage privé des biens publics et/ou plutôt des supports techniques publics par les soignants dans les hôpitaux publics en faveur de leurs intérêts individualisés. D'ailleurs, nous pensons devoir faire une étude sur le rapport physique entre l'argent liquide et les soignants qui y sont habitués. Beaucoup d'usagers de la carte d'assurance ont tentance à confirmer la qualité moins bonne des services techniques à leur détriment par rapport aux patients qui payent directement sans carte d'assurance. Nous trouvons une nette différence dans les attitudes et les comportements des soignants envers les usagers de la carte d'assurance-maladie et envers les patients qui payent directement ces services techniques dans le secteur public.

Une autre découverte concerne aussi une nette distinction entre les services techniques fournis par le secteur public et le secteur privé. Dans le premier

secteur, les soignants adoptent une transmutation ou un détournement des supports techniques en leur faveur. Cela est confirmé aussi par une étude de master portant sur la trajectoire des infirmières qui passaient de l'hôpital central de Bach Mai à l'hôpital vietnamo-français de Hanoï. Lors de l'entretien fait auprès de celles-ci, elles disaient qu'apparemment, le revenu des infirmières de l'hôpital vietnamo-français de Hanoï était plus élevé que celui de l'hôpital de Bach Mai, mais dans la réalité, c'était l'inverse car celles qui travaillaient à l'hôpital de Bach Mai avaient d'autres revenus en provenance de l'usage des supports techniques publics[144] qu'elles utilisaient pour des consultations privées.

Dans cette rubrique, nous avons abordé une première évaluation sur les services techniques utilisés par les usagers de la carte d'assurance-maladie. Il est normal qu'il y ait une certaine division des commentaires, des opinions et des évaluations. Cependant, une tendance plus claire qui est observée ici nous a fait dire qu'avec un taux de « sans réponse » très élevé et un taux de non satisfaction aussi importante, les usagers de la carte d'assurance-maladie n'étaient pas favorables aux services techniques fournis à leur intention. L'image du secteur public était en difficulté dans la mesure où elle provoquait une discrimination entre les usagers de la carte d'assurance-maladie et ceux qui payaient directement les services et une différence de services entre le secteur public et celui privé.
Un autre aspect qui mérite d'être critiqué était une sorte de « privatisation illégitime » des biens publics. Dans la rubrique suivante, nous essayons de comprendre les évaluations des usagers de la carte d'assurance-maladie sur les procédures de soins et d'examens médicaux.

[144] LE Hong Anh, *Mémoire de master en management des organisations (MADO)*, Hanoï, 2010.

III. 2. Évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur les procédures d'examens et de soins de santé

Comme ce qui était brièvement abordé ci-dessus, l'une des raisons pour laquelle les citoyens ne voulaient pas participer à l'assurance-maladie était la complexité des procédures d'examens et de soins, faisant perdre du temps.

En termes de texte définissant les conditions et les procédures de soins et d'examens médicaux, il faudrait reconnaître une évolution assez positive : les textes en vigueur sont nettement améliorés. Par exemple, selon la circulaire interministérielle des ministères de la Santé et des Finances n° 09/2009/TTLT-BYT-BTC, les participants à l'assurance-maladie lors des visites médicales, de l'examen et des soins doivent présenter leur carte d'assurance-maladie avec photo. Au cas où leur carte d'assurance-maladie n'aurait pas de photo, il faudrait présenter leur carte d'assurance maladie et certains autres papiers personnels justificatifs dotés de photo, comme la carte d'identité, le passeport et/ou le permis de conduire. Les enfants de moins de 6 ans lors de l'examen et des soins, doivent aussi présenter leur carte d'assurance-maladie ; en cas d'absence de celle-ci, il faut présenter l'acte de naissance ou un certificat de naissance. Au cas où il faudrait être traité dès la naissance, mais sans certificat de naissance, le chef du centre de santé et le père ou la mère ou le tuteur de l'enfant doivent certifier les dossiers médicaux pour payer avec son assurance sociale et être responsable devant la loi de cette certification.

En cas d'urgence, les participants à l'assurance-maladie peuvent être examinés et soignés dans tous les centres médicaux sous contrat avec l'assurance-maladie et doivent présenter les pièces justificatives stipulées ci-dessus avant de sortir de l'hôpital pour bénéficier des avantages de l'assurance-maladie. En cas d'urgence de traitement dans un centre médical non contractualisé, un contrat de visite

devrait être établi entre un usager de la carte d'assurance-maladie et cet établissement qui doit fournir ensuite suffisamment de papiers justificatifs sur l'état de maladie et les documents validés sur les frais d'examens et de soins pour que les patients soient remboursés par l'assurance sociale.

La Décision n° 1313/QD - BYT du 22 Avril 2013 du Ministre de la Santé sur les procédures de visites médicales, d'examens et de soins dans les hôpitaux, guide mieux la mise en œuvre et prescrit des pratiques des soignants pour améliorer les procédures de visites et raccourcir le temps d'attente : en effet, le temps d'attente a été réduit de 5 à 7 heures en moyenne dans le passé à 3-4 heures[145] à présent en fonction des formes et types de services médicaux. Elle vise également à simplifier des questions compliquées par les anciens textes et à augmenter la satisfaction des patients. Sans s'y limiter, le Ministre de la Santé a pris une nouvelle Décision n° 3455/QD-BYT le 16 septembre 2013 en ajoutant à sa Décision n^0 517/QD-BYT du 23 février 2011 qui fixe bien clairement un tableau récapitulatif des frais d'examens et de soins couverts dans les centres d'examens et de soins sanitaires en simplifiant de nouveau ces procédures : par exemple, plusieurs attestations et justifications sont abolies afin de réduire le problème des files d'attente dans les établissements de santé[146].

De plus, pour favoriser les visites médicales des usagers de la carte d'assurance-maladie en particulier et du peuple en général, le ministère de la Santé a mis très vite en application la Loi modifiée de 2014 sur l'assurance-maladie qui comporte de nouvelles règles afin de réformer des procédures administratives relatives aux examens médicaux et soins par l'assurance-maladie.

---

[145] Le ministère de la Santé, *Décision* n° *1313/QD - BYT du 22 Avril 2013*. (Http://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-1313-QD-BYT-nam-2013-huong-dan-quy-trinh-kham-benh-tai-Khoa-Kham-benh-184515.aspx)

[146] Le ministère de la Santé, *Décision numéro 3455/QD-BYT*, 2013. (Http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Thue-Phi-Le-Phi/Quyet-dinh-3455-QD-BYT-nam-2013-chi-phi-kham-chua-benh-tai-co-so-208830.aspx)

Bref, au cours des dernières années, la multiplication des textes normatifs émis par le Ministre de la Santé en application de la Loi modifiée de l'assurance-maladie de 2014 consiste à renforcer la qualité d'examens et de soins par l'assurance maladie, à perfectionner les procédures d'examens et de soins sanitaires. Le Ministre de la Santé a eu le courage d'affronter des problèmes très concrets comme les files d'attente trop longues, la mauvaise qualité des soins et des examens médicaux, et la complexité des procédures.

Les pratiques concrètes peuvent se résumer de la manière suivante :

- Faire comprendre, saisir à fond et mettre en œuvre des textes normatifs qui guident l'assurance-maladie par tous les employés du secteur : par exemple, le programme n° 527/CTr-BYT du 18 juin 2009 proposé par le ministre de la Santé pour l'amélioration des procedures d'examens et de soins sanitaires satisfait un nombre croissant de patients.
- Faire réviser les procédures d'examens et de soins par l'assurance maladie par les chefs d'unités et/ou de départements en mettant à la disposition des usagers de la carte d'assurance-maladie un système d'inscriptions simplifié en renforçant l'organisation des visites médicales de façon mieux adaptée aux conditions réelles de chacun(e) des départements/unités.
- Perfectionner les procédures administratives lors des visites médicales en schématisant les indicateurs précis dans les départements et salles en fournissant des informations exhaustives sur des examens et des soins par l'assurance-maladie.
- Ouvrir plus de points d'informations, de renseignements et de réception des patients en distribuant un numéro électronique ou un rendez-vous de visite.

- Mettre à la disposition des patients en général et des usagers de la carte d'assurance-maladie en particulier un système d'accueil de proximité : par exemple, la prise du sang est très rapide pour éviter les files d'attente et les infirmières ramènent les échantillons dans les laboratoires pour en demander des analyses.
- Mettre en application un logiciel de gestion de l'hôpital en général et de l'assurance-maladie en particulier pour renforcer la transparence dans les examens et soins en s'affrontant à la discrimination des patients assurés et non-assurés et pour éviter que les détenteurs de la carte d'assurance-maladie payent des frais d'hospitalisation illégaux.
- Faire publier la liste des frais d'hospitalisation selon les règles ; mettre en évidence de façon publique, transparente, les frais que le patient doit payer et ceux qui sont payés par l'assurance-maladie. Surtout, après la circulaire n° 04/2012/TTLT-BYT-BTC du 29 février 2012, mettre les usagers de la carte d'assurance-maladie au courant du prix maximal de certains services d'examens et de soins de santé dont ils bénéficient dans les centres d'examens et de soins de l'Etat. Le ministère de la Santé a publié la directive n° 05/CT-BYT le 9 octobre 2012 sur le renforcement de la mise en œuvre des mesures qui visent à améliorer la qualité d'examens et de soins médicaux après y avoir rajusté le prix des services de santé. Cette directive donne des responsabilités spécifiques aux chefs de cabinet du ministère de la Santé et aux directeurs des hôpitaux dans l'amélioration de la qualité d'examens et de soins médicaux qui sont associés à l'ajustement des frais d'hospitalisation.

Le ministère de la Santé a également émis un texte disposant que l'assurance-sociale du Vietnam ne promulgue plus de règlements ni de procédures relatives à l'assurance-maladie afin d'éviter de voir s'emcombrer les procédures administratives et l'empiétement de travail des parties concernées.

Actuellement, le ministère de la Santé est en étroite liaison avec l'assurance-sociale du Vietnam pour modifier des règlements peu adaptés et complexes. Pour remédier à ces problèmes, ils cherchent à : 1) ajouter des règlements sur l'enregistrement d'examens et de soins initiaux en les réorganisant d'une manière commode et simple, en application de nouvelles méthodes de paiement et procédures d'expertise de l'assurance maladie, 2) améliorer les processus d'examens, de soins, d'inspection et de surveillance de la gestion de la qualité de l'hôpital pour assurer la qualité d'examens et de soins et éviter des questions compliquées pour le patient, créer la confiance pour que les personnes participent activement à l'assurance maladie universelle.

Les procédures d'examens et de soins que nous mentionnons ici doivent être respectées par les patients lorsqu'ils font des visites médicales en usant de la carte d'assurance-maladie. Dans la section suivante, en nous interrogeant sur les expériences et/ou pratiques réelles des usagers de cette carte, nous allons voir en détail quelles sont les lacunes et imperfections dans les procédures d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance maladie. Quelle en est la gravité ?

Tableau 25 : évaluation des usagers de la carte d'assurance-maladie sur les procédures d'examens et de soins de santé

Zone	Procédure					
	Très commode	Commode	Incommode	Très incommode	Méconnue	Pas de réponse
Hanoi	4	40,6	26,3	4,6	12,6	12
Hung Yen	4	33,3	19,3	4,9	4,6	33,9

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

Ces données statistiques montrent bien que les usagers évaluent les procédures d'examens et de soins par carte d'assurance-maladie d'une manière différente à Hanoï et à Hung Yen. 44,6% des usagers de la carte d'assurance-maladie de Hanoï trouvent les procédures administratives « très commodes » et « commodes » contre 37,3% à Hung Yen. Respectivement, à l'autre bout de l'échelle, 30,9% des premiers les trouvent « très incommodes » et « incommodes » contre 24,2% des deuxièmes. Il existe un taux de « méconnaissance » et de « sans réponse » assez élevé dans les deux lieux, soit respectivement 12,6% et 12% à Hanoi contre 4,6% et 33,9% à Hung Yen. D'ailleurs, les usagers qui choisissent les entrées « méconnaissance » et/ou « sans réponse » utilisent très peu leur carte d'assurance-maladie après des premières visites médicales décevantes. Nous allons apprendre davantage sur la mise en exercice des procédures administratives de l'assurance-maladie par carte en analysant de plus près des entretiens aprofondis realisés dans les deux localités. Il est vrai que les évaluations des usagers sont aussi partagées.

> *« La procédure est maintenant presque entièrement commode. Si quelqu'un dit "incommode", c'est simplement parce que sa maladie n'est pas très grave et que le médecin ne voit pas la nécessité de le faire passer en ligne supérieure dans l'assurance, alors que les usagers insistent pour y aller. Une fois que les cadres médicaux sont en désaccord, on dit qu'ils les entravent, qu'ils font improprement leur travail. C'est-à-dire qu'à leurs yeux, ils n'ont pas de pratiques médicales commodes. Par exemple à Pho Noi, en faisant normalement la queue de façon très civilisée, on m'a toujours distribué un numéro pour les procédures administratives. C'est beaucoup plus commode qu'avant. »* (Entretien approfondi n° 116, Homme, 61 ans, diplômé universitaire, en retraite)

D’après cet homme, la compréhension des procédures et de l’état réel de la maladie joue un rôle très important car elle permet aux usagers de la carte d’assurance-maladie d’avoir une confiance dans le corps soignant, surtout les médecins. Voici un extrait d’un autre entretien realisé auprès de quelqu’un qui bénéficie de 100% de remboursement des frais d’examens, de soins et de médicaments dans la liste :

> *« Je ne vois pas beaucoup de difficultés dans l'accès et l'utilisation de la carte d'assurance maladie. Les médecins et infirmières font les procédures de visite et de paiement des frais d'hospitalisation par carte d'assurance maladie rapidement et d’une manière satisfaisante. Comme je faisais souvent des visites médicales, le corps médical reconnaissait mon visage. Mais sincèrement, je ne sais pas comment il traite d’autres usagers de la carte d’assurance-maladie. Du moins, je n’ai pas de problème. »* (Entretien approfondi n° 61, homme, 61 ans, brevet d’études primaires, soldat en retraite, Hung Yen).

Évidemment, par régime de compensation, les anciens combattants peuvent bénéficier à 100% des frais d’examens, de soins, d’hospitalisation et de medicaments couverts…

> *« Les procédures administratives sont normales. L'hôpital nous demande de présenter notre carte d'identité, on la lui présente, on passe par les services d’information de l'hôpital, selon la demande et/ou les conseils du médecin. J´ai une certaine connaissance des procédures, donc, je suis tranquille. Sinon, je pourrais toujours me renseigner auprès du corps soignant ou d’autres usagers plus expérimentés. »* (Entretien approfondi n° 79, homme, 31 ans, licencié, cadre à Hung Yen).

Il est à remarquer que toutes les idées positives exprimées sur les procédures d'examens et de soins de santé par carte d'assurance maladie relèvent d'usagers des catégories socio-professionnelles assez « encadrées ». Mais en passant aux autres, les évaluations des procédures administratives lors de l'usage de la carte d'assurance-maladie commencent à être nuancées, voire opposées.

> *« Il y a le livret d'assurance maladie, c'est bon, on le remplace chaque année, si on l'achète en fin d'année, au début de la suivante, il faudrait l'avoir dès le mois de janvier. Mais dans la réalité, on l'a souvent en mai ou en juin. C'est lent, voire trop tard. Si quelqu'un était malade avant cette date de réception, ce serait "fini". La carte d'assurance-maladie n'aurait plus de sens à cause des procèdures trop lentes. »* (Entretien approfondi n° 15, 51 ans, femme, agricultrice, brevet de collège, Hung Yen)

> « Je pense que le temps pour faire la carte doit être plus court, être réduit à un mois et ensuite qu'elle soit remise à temps aux bénéficiaires pour qu'on puisse faire des visites. Mais dans bien des cas, elle n'est pas disponible et on est d'autant plus en difficulté que l'on n'a pas notre carte. D'ailleurs, les procédures doivent être brèves. » (Entretien approfondi n° 24, femme, agricultrice, 67 ans, Hung Yen)

De nombreux usagers se plaignent de la lenteur lors du renouvellement de la carte d'assurance-maladie. Au cas où ils tomberaient malades sans carte, ils auraient des difficultés dans les examens, les soins de santé et le remboursement des frais.

Selon un récent sondage réalisé par l'Institut des Études sur la Stratégie et les Politiques, sous couvert du ministère de la Santé[147], les usagers de la carte

[147] Ministère de la Santé, *Examens et soins de santé par la carte d'assurance maladie*, Institut des Etudes sur la Stratégie et la Politique, Hanoi, 2013.

d'assurance-maladie doivent attendre en moyenne de 5 à 7 heures lors des visites médicales. Exceptionnellement, certains attendent leur tour toute la journée. Pourtant, d'après cet institut, la procédure d'examen et de traitement selon le régime d'assurance maladie aux hôpitaux « se conforme aux dispositions » de l'assurance sociale du Vietnam. Dans ce cadre, les organes de l'assurance maladie signent des contrats avec les centres d'examens et de soins de santé qui organisent des visites médicales et des traitements pour les détenteurs de la carte d'assurance-maladie en vertu des règlements en vigueur.

Un autre aspect dont se plaignent beaucoup d'usagers de la carte d'assurance-maladie concerne la procédure de paiement à la sortie des hôpitaux. Souvent, pour pouvoir payer des frais d'examens, de soins et d'hospitalisation, il y a beaucoup de papiers à faire et à présenter (dossier medical, papiers à l'hospitalisation). Le centre d'examens et de soins doit faire des tableaux récapitulatifs sur les frais, les dépenses subies par le patient et demander toutes sortes de signatures de nombreuses personnes (cadres d'expertise de l'assurance maladie, du département de traitement concerné, de la chambre où ils étaient pendant l'hospitalisation, du centre médical...). Ces dispositions prennent beaucoup de temps à ces membres du corps médical et aux patients et excercent des pressions sur eux. Ce qui a une mauvaise infuence sur le temps d'examens et de soins de santé des cadres médicaux.

> *« L'attente de visite médicale est trop longue. Quelquefois, des gens en provenance d'ailleurs doivent se présenter à l'hôpital à 4 heures 30 du matin pour des heures d'attente, ça perd beaucoup de temps. En comparaison avec des gens qui payent directement leurs visites médicales sans avoir recours à la carte d'assurance-maladie, comme on ne doit pas faire la queue, les examens et soins sont très rapides. »*

(Entretien approfondi n° 31, homme, 45 ans, baccalauréat, conducteur de taxi, Hanoi)

« En général, c'est trop lourd car il y a trop de procédures administratives, ça perd beaucoup de temps, tels que la prise d'un numéro, la prise d'un ticket de visite, d'un tampon et une longue attente pour l'approbation de l'assurance-maladie avant de prendre des médicaments. Il y a trop d'étapes, il faut des va-et-vient incessants et fatiguants. Malgré mon âge, on monte et on descend des escaliers et des personnes plus âgées que moi doivent souvent être accompagnées des enfants, petits enfants et/ou des neveux… C'est extrêmement compliqué. » (Entretien approfondi n° 71, Homme, 67 ans, diplômé de cinquième, en retraite, Hanoi)

À travers cet entretien, outre la plainte sur l'attente et la complexité des procédures, nous pouvons aussi lire un manque organisationnel des hôpitaux de telle sorte que le temps social se perd beaucoup. Lors des examens et des soins par carte d'assurance-maladie, le patient doit présenter plusieurs documents, y compris le certificat de participation à l'assurance-maladie valable six mois ou de participation à l'assurance maladie depuis trois ans, pour bénéficier des services de haute technologie, la carte d'identité, la carte d'assurance maladie et toutes sortes de papiers justificatifs... En cas de perte ou d'oubli de la carte d'assurance-maladie, malgré la maladie, le patient rencontre tellement de difficultés dans les examens et soins. Alors ils doivent passer au régime « volontaire » et bien des fois, ils perdent totalement ou partiellement leurs droits de couverture et de remboursement car respectivement la perte ou l'oubli de la carte fait perdre ou ralentir l'inscription. Avec les patients atteints de maladies chroniques, selon le règlement en vigueur, la carte leur est attribuée en une fois au début de l'année. Cela provoque un énorme encombrement dans les hôpitaux centraux souvent associés aux services de l'assurance. Lors des visites, bien que les patients

viennent avec la carte, il faut en outre qu'ils se présentent aux bureaux de l'assurance maladie et qu'ils fassent la queue.

Un autre aspect de plainte concerne l'organisation relative aux priorités. Dans les bureaux de l'assurance sociale, les employés n'ont pas l'habitude de donner des priorités aux personnes âgées, aux femmes enceintes, aux femmes accompagnant des bébés et/ou aux handicapés. L'attente est d'autant plus grave que ces derniers rencontrent quoitidiennement des problèmes de santé. Pour les salariés qui n'ont par ailleurs presque pas le temps d'aller se faire examiner et soigner, la procédure est trop complexe et longue.

> *« J'accompagne souvent mon enfant pour des visites médicales et on me dit souvent de passer par les services volontaires, c'est-à-dire payants car c'est plus rapide. Sinon, je perdrais beaucoup de temps et je ne sais pas quand arriverait mon tour. Moi, je suis aussi occupée, car salariée. Et souvent je choisis de passer par les services payants en oubliant ma carte. Mes droits à l'examen ou aux soins sont alors réservés à la retraite et vieillesse ou au pire des cas à l'hospitalisation. »* (Femme, 36 ans, patiente de l hôpital Bach Mai, Hanoi)

Une autre personne fait savoir sa perception sur la complication des procédures :

> *« Je vous partage une expérience comme suit : avant été hospitalisée pour une grave arthralgie, j'ai voulu des examens et des soins par la carte. Une fois hospitalisée, j'étais installée dans une chambre où les usagers de la carte d'assurance-maladie n'étaient pas bien traités. Du moins il s'agit de ma sensation et de ma perception. Les procédures étaient même compliquées. »* (Entretien approfondi n° 67, femme, 62 ans, brevet de collège, en retraite, de Hung Yen)

Les procédures d'hospitalisation exigent de passer trop d'étapes, par plusieurs départements, d'approbation des papiers. En comparaison avec des services volontairement payants où les procédures sont très simplifiées, il est clair qu'il existe une inégalité et une injustice trop tangibles au sein des mêmes centres médicaux publics.

> *« L'hospitalisation est déjà compliquée avec les usagers de la carte d'assurance-maladie, mais la sortie est d'autant plus compliquée que l'attente d'approbation des papiers justificatifs peut durer en moyenne plus d'une semaine. Je suis âgée et faible, je dois aussi faire des va-et-vient tandis que le chemin est si loin, c'est très fatiguant et dur. Pour que l'assurance rembourse, on me demande d'être présente. Cela veut dire qu'on n'accepte pas que les membres de ma famille le fassent à ma place. Bien que l'employé de l'assurance et moi soyons face à face, on ne me regarde pas. »* (Homme, 70 ans, patient de l'hôpital Viet Duc, Hanoi)

Les procédures de sorties des hôpitaux constituent un objet de pression, de mécontentement et de critique pour les usagers de la carte d'assurance-maladie. La vérification des papiers justificatifs est trop lente et donc l'approbation trop difficile, les procédures durent et durent. À côté de cela, certains usagers de la carte ont le sentiment qu'il existe une différence nette entre les procédures appliquées aux usagers de la carte d'assurance-maladie et aux payants volontaires des examens et des soins.

> *« Je trouve que les procédures d'examen par l'assurance-maladie font perdre beaucoup plus de temps que les visites volontaires, parce qu'en fait, souvent les usagers de la carte d'assurance maladie sont très nombreux, mais surtout parce qu'elles sont compliquées et*

désagréables. » (Entretien approfondi n° 64, femme, 37 ans, baccalauréat, cadre, Hung Yen)

D'autres personnes ont des opinions similaires :

« Parce qu'on fait des examens et des soins par carte d'assurance maladie, que le nombre de détenteurs est élevé et surtout que les procédures sont tellement surchargées, compliquées, les attentes deviennent une hantise. » (Entretien approfondi n° 65, femme, 36 ans, diplômée de cinquième, agricultrice, Hung Yen)

En particulier, certains montrent également que l'examen par l'assurance maladie passe souvent après celui offert aux payants volontaires :

« Je me suis fait examiner par la carte d'assurance-maladie et ai trouvé que c'était trop désavantageux. On a privilégié des gens qui optaient pour les services volontaires payants, surtout la simplification de toutes les procédures. » (Entretien approfondi n° 118, 41 ans, diplômé universitaire, homme d'affaires, Hanoi).

Une autre expérience est partagée de cette manière :

« Ce jour-là, pour se faire examiner, il fallait faire une très longue queue. A paru une infirmière qui a dit aux usagers de la carte d'assurance-maladie de rester immobiles, c'est-à-dire de la continuer, et aux payants volontaires de s'installer dans une autre salle où les examens étaient mieux organisés et les examens vite faits. Le temps du déjeuner est arrivé et les usagers ont dû retourner refaire la queue dans l'après-midi. » (Entretien approfondi n° 120, femme, 61 ans, baccalauréat, en retraite, Hung Yen).

En outre, certains réglements sont difficiles à mettre en œuvre. Par exemple celui sur le paiement de l'assurance-maladie pour les accidents de la circulation, car il faut en vérifier exactement les circonstances pour attribuer la faute aux personnes concernées. Par conséquent, si la faute était attribuée aux victimes d'accident, les frais de soins ne seraient pas remboursés. Nous en avons aussi reçu une très bonne idée.

> *« Je trouve qu'il faut maintenant changer, réformer, faire une carte à bande magnétique avec un code, maintenant la technologie de l'information se développe bien, alors, ce qu'on dépense, on l'enregistre dans le dossier médical, puis on dispose de cette carte, comme un DAB (Distributeur Automatique de Billets). C'est très simple si on fait comme ça tout en contrôlant bien, en évitant les cas où on ferait perdre quelques sceaux, en l'accompagnant du dossier, on ne doit plus faire la queue. Il faut qu'on dispose de cette carte, puis on y a toutes les informations et données nécessaires, et l'hôpital les enregistre à sa disposition. C'est tout simple. »* (Entretien approfondi n° 118, homme, 41 ans, diplômé universitaire, homme d'affaires, Hanoi)

Il s'agit là d'une bonne suggestion car la carte magnétique qui contient toutes les informations et données nécessaires des usagers des soins et d'examens médicaux leur évite bien et à l'hôpital des procédures complexes, des erreurs regrettables, un temps énorme d'attente. Pour en parler plus en détail, ce type de carte d'assurance maladie magnétique est indispensable, afin que le patient ne doive plus apporter beaucoup de documents. Peut-être il ne doit plus avoir qu'à lire exactement le code de sa carte et toutes les informations et données le concernant se présentent complètement sur l'ordinateur. Ce système de codage est bien appliqué dans le système de l'assurance-maladie de plusieurs pays. Cette pratique éventuelle aiderait à économiser le temps, les procédures complexes pour tout le monde, tous les secteurs. Par conséquent, le patient serait examiné et traité à temps, car les

procédures d'examens et de soins par la carte d'assurance maladie seraient tellement simplifiées.

Une autre personne fait partager franchement ses avis :

> *« Je trouve que cette mesure de codage de la carte est pratique, sans problème. Mais maintenant, pour beaucoup de détenteurs de la carte d'assurance-maladie, ils ont peur des examens et des soins à l'hôpital. Comme les procédures sont très compliquées, si on ne les comprend pas, on ne sait pas comment faire, certaines procédures sont trop difficiles à réaliser. Par exemple, des patients doivent toujours recommencer à remplir des papiers même s'il s'agit d'une erreur minime. Les jeunes font les procédures sans problème, ils trouvent cela tout à fait normal, mais pour les personnes âgées, c'est très fatiguant, pénible, elles sont vieilles, avec leurs yeux mauvais ou leurs membres faibles. Dans bien des cas aucun membre de leur famille ne les accompagne, tandis que l'hôpital est si grand, leur santé est bien faible, elles ne savent même pas l'organisation des divisions et/ou départements, alors elles se perdraient. Je pense que chaque hôpital doit avoir des points d'information forts pour les guider dans les examens et soins... Maintenant il faut changer, réformer. La technologie permet de faire à chacun une carte magnétique qui remplacerait la présente, les procédures doivent être organisées d'une manière plus fluide. Si on le réalise, elles deviendraient plus simples à contrôler, tout en évitant le temps de la queue. »* (Entretien approfondi n° 118, homme, 41 ans, diplômé universitaire, homme d'affaires, Hanoi)

Alors, à travers les évaluations faites sur les procédures d'examens et de soins par les usagers de la carte d'assurance-maladie, nous trouvons une nécessité de les

réviser et les modifier pour leur simplification qui facilite les examens et soins de la santé à ces usagers. Des conditions plus favorables, une fois créées, redonneraient de la confiance aux citoyens en matière de transparence dans le paiement et dans le remboursement des frais de l'assurance maladie. La participation active des citoyens à l'assurance-maladie exprimerait non seulement la crédibilité du fonds d'assurance, mais surtout une bonne santé de la communauté et une harmonisation sociale.

IV. Les problèmes liés aux transferts de patients couverts par la carte d'assurance maladie

Les procédures de transfert des patients usagers de la carte d'assurance-maladie sont aussi problématiques et constituent l'une des raisons pour lesquelles les citoyens ne participent pas à l'assurance maladie. La décision du transfert d'un patient vers un établissement médical d'une catégorie supérieure est très souvent difficile à leurs yeux. Citons ici une disposition sur le transfert des patients bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie :

> *« En cas de dépassement de leurs compétences professionnelles, les établissements de santé ont la responsabilité de transférer les patients à un autre établissement de soins couvert par l'assurance-maladie conformément aux règlements. »* (La loi de l'assurance-maladie de 2014, article 32)

En référence à ce document juridique, le transfert d'un hôpital à l'autre des patients utilisant la carte d'assurance-maladie est géré en cas de reconnaissance du dépassement des capacités de l'hôpital initial. Dans la réalité, comme le maintien

des patients permet aux établissements de fonctionner grâce au refinancement par la Sécurité sociale, peu de médecins reconnaissent leurs faiblesses en termes de compétences et de capacités et le transfert de patients devient de plus en plus difficile. Pour eux, le maintien des patients contribue à résoudre en partie le problème d'encombrement des établissements médicaux d'une catégorie supérieure. Mais la réalité montre bien des décès inexplicables et/ou des cas qui se dégradent dans les établissements inférieurs. A travers quelques entretiens, on reconnaît le mécontentement des habitants vis-à-vis de ce problème :

> *« Bien sûr dans la ligne supérieure, le niveau et la compétence des médecins sont meilleurs. L'hôpital en ligne supérieure les a embauchés strictement. Tout est plus moderne, meilleur, c'est la raison pour laquelle on demande impétueusement et en foule à se transférer en ligne supérieure. »* (Entretien approfondi n° 4, homme, 25 ans, médecin, Hanoi)

Nous venons de citer des propos d'un médecin qui le reconnaît. En voici l'idée d'une autre personne :

> *« Ma difficulté dans l'utilisation de l'assurance-maladie concerne bien les procédures de transfert en ligne supérieure. Au fond, je ne veux pas passer des centaines de kilomètres pour me faire examiner, traiter en payant très coûteusement pour les frais de transport, déplacement, logement et nourriture. Mais en raison de ma vie, de ma santé, je suis dans l'obligation de passer en catégorie supérieure. Sincèrement, j'aurais du mal à croire aux compétences et qualité des médecins en ligne inférieure, même si les services sont de proximité. Attendrais-je la mort ? Bien sûr que non, personne n'ose parier sa vie lorsqu'on est malade, n'est-ce pas ? Tout le monde va choisir le meilleur lieu de traitement. Certains services en ligne supérieure ne sont pas couverts*

du tout ou en partie par l'assurance-maladie, comme l'imagerie, la tomographie par émission de positrons, ou des médicaments, mais on préfère y aller car cela assure notre vie. De plus, les soignants ne sont pas attentifs aux usagers de la carte d'assurance-maladie : ils ne pensent qu'à finir leur tâche le plus tôt possible. Pour me faire transférer en ligne supérieure, ma famille doit avoir recours à un proche des cadres soignants à l'hôpital communal qui m'a aidée à faire des procédures nécessaires. » (Entretien approfondi n° 6, Femme, 56 ans, agricultrice, diplômée de l'école primaire, Hung Yen)

À travers cet entretien, nous pouvons voir d'abord une perte de confiance en des établissements médicaux au niveau de la commune, ensuite un souci exaspéré des patients, faute de connaisances et une volonté de maintien des patients à ce niveau.

« En ligne communale, les soignants sont très indifférents, on leur demandait des choses mais bien des fois, ils ne répondaient pas. Une fois, j'ai demandé à me faire transférer dans un hôpital d'une catégorie supérieure à Hanoi, ils m'ont répliqué en disant que mon vœu de transfert n'était pas un ordre à suivre. Je vous le dis ouvertement car si on était gravement malade, et s'il arrivait par malchance que le traitement d'ici ne soit pas fourni à temps, on mourrait. Alors, qui en serait responsable ? Le bas peuple reste en tout cas toujours misérable. » (Entretien approfondi n° 117, Femme, 60 ans, en retraite, diplômée universitaire, Hung Yen)

Une autre expérience est partagée de la manière suivante :

« Mon mari avait mal à l'estomac. Il était traité à l'hôpital de la commune mais rien n'a changé. Ce jour-là, il semblait que sa maladie devienne plus sérieuse, mon mari a été transféré de facto à l'hôpital central de Viet Duc. Quand j'ai présenté la carte d'assurance-maladie

à une infirmière, elle l'a refusée en me demandant le papier d'autorisation du transfert. De plus, elle m'a demandé encore des fiches de consultations. Finalement, j'ai perdu trop de temps pour un papier en cas d'urgence. C'est trop compliqué ! » (Entretien approfondi n° 112, Femme, 51 ans, patiente à l'hôpital central de Viet Duc)

Pour avoir l'autorisation de transfert, les patients doivent suivre plusieurs étapes et perdre beaucoup de temps. Le lien entre le système des hôpitaux de la commune et celui du district n'est pas étroit en termes de la gestion des patients. En cas d'atteinte de telle ou telle maladie grave, la demande du papier de transfert est mainte fois compliquée. Dans beaucoup de cas, on doit se livrer à la corruption des agents d'assurance-maladie pour obtenir le transfert.

« Le patient est enregistré à l'hôpital local, puis transféré à l'hôpital central pour le traitement. Quand le patient retourne à l'hôpital central pour la reconsultation, le médecin demande encore une fois le papier de transfert. C'est trop compliqué et coûteux ! » (Entretien approfondi n° 176, Femme, 42 ans, patiente à l'hôpital central de Bach Mai)

« Je trouve que le transfert de patients vers un centre médical supérieur est complexe parce qu'on doit demander l'attestation pour être transmis en ligne supérieure, on n'accepte pas les papiers initiaux que nous conservions. Parfois lorsqu'on voulait y aller, même les procédures d'hospitalisation, parce qu'elles sont liées à l'assurance, sont très complexes. » (Entretien approfondi n° 14, Femme, 44 ans, cadre, diplômée du lycée, Hanoi)

Pour bénéficier de l'assurance-maladie à l'hôpital central, le patient doit présenter son papier d'autorisation de transfert de l'établissement initial. Donc, s'il veut être traité dans l'hôpital central, il doit suivre beaucoup d'étapes pour accomplir les procédures différentes.

« Le temps d'attente est trop long. Afin d'être consulté plus rapidement, les patients doivent payer une somme supplémentaire au corps soignant. L'hôpital central de Viet Duc ne permet que 12 jours d'hospitalisation au maximum. Si je veux y rester pour le traitement, je dois demander un autre papier. C'est-à-dire que les procédures de transfert recommencent. » (Entretien approfondi n° 177, Homme, 28 ans, patient à l'hôpital central de Viet Duc)

Si les patients sont hospitalisés sans ce type d'autorisation de transfert, ils perdent presque leurs droits liés à la carte d'assurance-maladie. Autrement dit, le taux de remboursement est très faible ou nul :

« Mon père appartient au groupe social prioritaire. S'il est consulté dans sa commune, l'assurance va rembourser 70% de ses dépenses. Pourtant, il n'apporte pas cette carte quand il va à cet hôpital central donc seulement 30% de sa dépense sera remboursé. Nous ne comprenons rien à ce règlement. » (Entretien approfondi n° 159, Femme, 42 ans, patiente à l'hôpital central de cancérologie de K)

Le dernier aspect de plainte n'est pas directement lié aux procédures de transfert, mais plutôt au taux de remboursement en cas d'absence de l'autorisation du transfert. Dans la réalité, comme les procédures de transfert sont trop difficiles, beaucoup d'usagers de la carte d'assurance-maladie décident d'aller directement dans un centre de soins d'une catégorie supérieure en acceptant des dépenses plus élevées.

La question du transfert d'un hôpital à l'autre cause trop de mécontentements aux citoyens car d'une part, ils n'en comprennent pas bien la procédure, d'autre part, cette dernière s'avère complexe, voire compliquée, entraînant ainsi des perturbations et des difficultés aux ayants-droit de la carte d'assurance-maladie.

V. Évaluations des usagers de la carte d'assurance-maladie sur la qualité des installations

En comparant les deux localités, on a trouvé une différence très claire dans les évaluations des personnes interrogées sur les centres d'examens et de soins de santé selon leur classe de la catégorie inférieure à celle supérieure. À la lecture du tableau suivant, nous avons quelques premières réponses :

Tableau 26: évaluation des usagers sur la qualité des installations des centres d'examens et de soins médicaux à Hanoi et Hung Yen.

Centre d'examens et de soins médicaux	Hanoi					Hung Yen				
	Bonne	Normale	Pas bonne	Sans opinion	Sans réponse	Bonne	Normale	Pas bonne	Sans opinion	Sans réponse
Poste médical de la commune	44,6	29,1	4,6	18,9	2,9	4,3	29,7	45,9	18,3	1,8
Centre médical/ Hôpital de l'arrondissement/district	15,4	25,1	5,7	49,7	4	16,8	56,3	10,7	15,3	0,9
Hôpital de la province, de la ville	50,9	26,3	4,6	14,9	3,4	53,8	28,1	0,9	16,5	0,6
Hôpital central	46,3	18,3	1,7	30,3	3,4	74,6	7,6	0,6	16,5	0,6

Source : données d'enquête de l'auteur en 2014

En première catégorie inférieure, les évaluations positives sur des installations dans les points médicaux de la commune à Hanoï sont 10 fois meilleures que celles à Hung Yen, soit respectivement 44,6% contre 4,3%. À l'inverse de l'échelle, les chiffres expriment presque la même chose : seulement 4,6% des interrogés à Hanoï ne trouvent pas bonnes les installations dans les centres médicaux de leurs communes contre 45,9% à Hung Yen. Les entrées « sans opinion » ou « sans réponse » sont données par ceux qui n'avaient aucune

expérience de visite médicale dans les centres d'examens et de soins de santé ci-dessus, tandis que les estimations « normales » des installations dans les points médicaux communaux sont légèrement différentes entre les deux localités, respectivement à 18,9% à Hanoï contre 29,7% à Hung Yen. Il est clair que cela repose sur une inégalité en termes d'installations dans les centres médicaux de commune entre villes et campagnes : précisément, les citadins bénéficient de meilleures installations que les ruraux.

En deuxième catégorie des centres médicaux de district/arrondissement, les évaluations « bonnes » par des informateurs sur les installations sont quasiment identiques, soit 15,4% à Hanoï contre 16,8% à Hung Yen. Mais la différence nette se trouve dans leurs evaluations « normales », soit 25,1% à Hanoï contre 56,3% à Hung Yen. Les choix « sans opinion » et « sans réponse » sont beaucoup plus élevés à Hanoï qu'à Hung Yen, soit respectivement 49,7% et 4% à Hanoï contre 15,3% et 0,9% à Hung Yen. À ce niveau, cette différence est la plus significative car à Hanoï, les usagers ont un grand choix d'établissements médicaux tandis qu'à la campagne, aller dans un centre medical de district a déjà un effet de distance pour de nombreux patients.

En troisième catégorie des établissements médicaux de ville/province, les évaluations « bonnes » des installations sont quasiment les mêmes entre la ville et la campagne, soit 50,9% à Hanoï contre 53,8% à Hung Yen. De même, les évaluations « normales » de ces dispositifs sont d'ordre de 26,3% à Hanoï contre 28,1% à Hung Yen. Il existe aussi un taux de « sans opinion » et « sans réponse » assez comparable entre ces deux localités, respectivement 14,9% et 3,4% à Hanoï contre 16,5% et 0,9% à Hung Yen.

Dans la catégorie des établissements centraux, les évaluations « bonnes » des installations faites par des informateurs de Hanoï sont nettement inférieures à

celles faites par des informateurs de Hung Yen : 46,3% à Hanoï contre 74,6% à Hung Yen. Il est clair que les citoyens des grandes villes en général, de la capitale en particulier, sont beaucoup plus exigeants que ceux des campagnes : les premiers bénéficient plus de meilleures installations dans les hôpitaux centraux de proximité, mais en évaluent les installations de façon plus rigoureuse, alors que les seconds les considèrent comme de grande qualité :

> *« Aller dans un hôpital central de Hanoï est pour nous quelque chose de très important car on ne voit jamais de telles installations dans l'hôpital de ma province. »* (Femme, 42 ans, patiente de l'hôpital Bach Mai)

Pourtant, au cours d'autres entretiens approfondis, nous retenons une plainte sur le manque de lits et la surcharge de patients dans les hôpitaux en ligne supérieure.

> *« L'hôpital central vietnamo-allemand avait l'air propre et était assez bien équipé. Mais quand j'ai rendu visite à mon neveu qui s'est fait opérer le nombil, j'ai entendu quelques proches des patients se plaindre sur le manque de lits de telle sorte que deux ou trois patients étaient installés dans un même lit, alors que leurs proches dormaient dans le couloir ou sur le plancher. »* (Entretien approfondi n° 57, Femme, 53 ans, ouvrière, Hung Yen)

> *« La qualité des installations, ça dépend de chaque ligne, de chaque hôpital. Je fais la visite souvent en ligne centrale, comme dans l'hôpital de Bach Mai. J'ai vu plusieurs jours que des patients devaient encore s'étendre et dormir dans une natte, d'autres s'étalaient en grand nombre et pêle-mêle dans le couloir. »* (Entretien approfondi n° 57, Femme, 56 ans, femme d'affaires, diplômée du collège, Hanoi*)*

De toutes les évaluations des installations dans les quatre catégories d'établissements médicaux, seules les évaluations des hôpitaux au niveau de la province et de la ville sont quasiment similaires pour les informateurs de Hanoï et de Hung Yen. Les autres évaluations représentent une inégalité nette entre les citadins et les ruraux : les premiers bénéficient de meilleures installations que les seconds. Un des points importants qui retient notre attention concerne les installations dans les points médicaux de commune : malgré la proximité des établissements médicaux de toutes catégories, les citadins bénéficient de bien meilleures installations dans les points médicaux de communes que les ruraux. Il s'agit là d'un mauvais investissement pour les services de base qui sont beaucoup plus nécessaires à la campagne qu'en ville :

> *« À Hanoï, les gens ont toutes les catégories d'établissements toute proches de chez eux tandis qu'à Hung Yen, dans les points médicaux de communes, nous n'avons presque rien. Alors, en cas de maladie, il nous faut aller tout de suite vers un autre centre medical plus important en termes d'installations. »* (Entretien approfondi n° 149, agriculteur, 72 ans, brevet primaire, Hung Yen)

Ces inégalités en termes d'installations sont bien confirmées dans la confrontation des opinions des usagers de Hanoï à ceux de Hung Yen.

> *« En général, depuis quelques années, les installations dans les centres médicaux de Hanoï sont bien meilleures qu'avant. Les autorités compétentes font de très grands investissements dans la construction des infrastructures, dans les installations de dispositifs techniques… »* (Entretien approfondi n° 3, femme d'affaire, 55 ans, baccalauréat, Hanoi)

Ou bien, voici un autre extrait d'entretien sur les installations dans les communes à Hanoï :

« Je les trouve très bonnes, mais elles ne sont pas beaucoup utilisées car j'ai beaucoup d'autres meilleurs choix dans d'autres centres médicaux. » (Entretien approfondi n° 162, officier en retraite, 57 ans, brevet de collège, Hanoi)

Mais les opinions mentionnées ci-dessus ne concernent que les citadins, alors que les ruraux évaluent en général comme beaucoup moins bonnes les installations dans les centres médicaux de diverses catégories de provinces. Souvent, ils les qualifient de « pauvres », « insuffisantes » ou « pas bonnes ».

« Les postes médicaux de province sont très ennuyeux et pauvres. Je demande seulement une vaccination pour mes enfants aux sages-femmes. Mais en général, peu de gens y rendent visite. Si oui, on ne fait que la perfusion ou l'injection. Ici, les installations, les machines et les équipements sont très limités, d'autant plus que le niveau de compétence des médecins et des infirmières n'est pas bon pour ne pas dire faible. » (Entretien approfondi n° 82, ouvrière, 34 ans, ouvrière, brevet de collège, Hanoi)

« Les installations d'ici ne répondent pas du tout aux besoins d'examens et de soins de santé, les médecins veulent parfois mieux servir, mais d'une part, il leur manque de bonnes installations, d'autre part, ils en sont déçus, ils perdent donc leur motivation. Dans les postes médicaux, les herbes pousssent partout, il y a peu de personnel médical, la clinique est pauvre, si misérable, qui peut faire confiance au corps soignant qui reçoit rarement des patients ? Alors je souhaite sincèrement que les autorités s'occupent des installations des postes médicaux dans les collectivités locales pour que les gens aient une bonne adresse de services. » (Entretien approfondi n° 149, agriculteur, 72 ans, brevet primaire, Hung Yen)

Ces quelques extraits d'entretiens s'ajoutant aux mesures exhaustives représentées dans le dernier tableau expliquent en grande partie un refus quasi-généralisé des patients d'aller dans les centres médicaux de collectivités locales, surtout de communes, c'est-à-dire une congruence vers les établissements qui ont de meilleures installations et dont la surcharge continue de s'accentuer dans les catégories supérieures.

Même s'il partage les evaluations faites par les usagers sur les installations dans les centres médicaux de collectivités locales, un médecin fait savoir aussi son opinion en donnant des explications :

> *« Un hôpital de district a fait des photocopies des résultats d'analyses aux patients. Les machines en elles-mêmes ne font pas de fautes, c'est plutôt l'homme. Des machines d'ici sont de mauvaise qualité comme cela été mentionné dans la presse. La direction de cet hôpital a acheté ces machines en pensant qu'elles venaient d'Allemagne, mais en fait, elles sont fabriquées en Chine. »* (Entretien approfondi n° 1, Docteur, Homme, 50 ans, Hanoi)

Voilà un autre aspect de la mauvaise qualité des installations dans les centres médicaux à Hanoï ou à Hung Yen. Cette opinion s'attaque au non-respect des réglementations très belles édictées par le gouvernement et les autorités compétentes. La mise en œuvre du projet d'installations est en réalité d'autant plus problématique qu'au Vietnam la corruption atteint un certain niveau d'alarme. En fin de compte, les catégories socio-professionnelles populaires en sont le plus défavorisées car non seulement elles n'ont pas accès aux installations et services médicaux de qualité, mais elles subissent des dettes publiques en provenance des obligations gouvernementales.

Photo 5 : la surcharge des patients de l'hôpital central de Viet Duc

Photo 6 : devant le lieu de paiement et remboursement pour les assurés de l'hôpital central de cancérologie de K.

Photo 7 : dans une chambre de l'Hôpital Bach Mai

Photo 8 : le manque des lits est très répandu

Photo 9 : lieu des procédures d'enregistrement d'admission

Source : Photos prises par l'auteur du présent mémoire le 20 mars 2013

VI. La prise de conscience des usagers des avantages de la carte d'assurance-maladie et la communication en la matière au niveau communautaire

Lorsque nous interrogeons des usagers sur leur connaissance des avantages de la carte d'assurance-maladie définis dans les politiques d'universalisation de l'assurance-maladie, nous trouvons d'une manière surprenante qu'elles demeurent très limitées voire faussées. Pour une bonne mesure, nous avons choisi de piéger quelques entrées du contenu d'évaluation ou plutôt d'en proposer des confusions. Voici le tableau qui résume l'état de leur prise de conscience ou plutôt de leur compréhension sur les intérêts de l'assurance-maladie.

La première entrée du contenu d'évaluation des connaissances des personnes interrogées a été d'une manière consciente piégée car dans la réalité, l'assurance-maladie donne en théorie des avantages à tous ses participants. Cependant, 33% des informateurs l'ignorent et 61,8% des interrogés sont piégés en la trouvant « vraie ». C'est une donnée alarmante. Quant à la deuxième entrée, à savoir *« l'assurance-maladie aide à diminuer les frais d'examens et de soins médicaux »*, malgré sa clarté et malgré 95,1% de bonnes réponses, il reste 3,4% des interrogés qui la trouvent « fausse » et 1,5% qui l'ignorent.

Tableau 27 : connaissances des citoyens sur les avantages de la carte d'assurance-maladie

Contenus	Vrai	Faux	Je ne sais pas
1. L'assurance-maladie ne donne des avantages qu'à ceux/celles qui approuvent le régime politique présent (les pauvres, les personnes âgées, les héros de la révolution, les enfants de moins de 6 ans…)	61,8	33,3	4,6
2. L'assurance maladie aide à diminuer les frais d'examens et de soins médicaux	95,1	3,4	1,5
3. L'assurance-maladie a été créée dans un but lucratif par l'État	45,1	42,3	12,5
4. L'assurance-maladie rembourse tous les frais pour tous les services d'examens et de soins médicaux	31,1	56,6	12
5. L'assurance-maladie assure l'égalité dans l'examen et le traitement médical, le soin sanitaire en diminuant le budget de l'État	63,3	21,4	15,3
6. L'assurance-maladie ne rembourse pas des cas comme les maladies incurables et les infirmités dues aux violations de la loi	48	28,4	23,5
7. À partir du premier janvier 2015, la participation à l'assurance-maladie est obligatoire pour tous	40,4	19	40,7

Dans la troisième proposition, 45,1% des informateurs sont piégés en la trouvant « vraie ». Si l'assurance-maladie était créée pour un but lucratif par l'État, nous parions que le chiffre de 70% des Vietnamiens qui participent à l'assurance-maladie serait une pure imagination[148]. Et puis, pour la quatrième proposition qui était aussi un piège *« l'assurance-maladie rembourse tous les frais pour tous les services d'examens et de soins médicaux »*. 31,1% des interrogés la trouvent quand-même « vraie ». Et pour les trois dernières propositions qui sont vraies, les pourcentages les confirmant demeurent modestes, respectivement 63,3% de bonnes réponses pour la cinquième, 48% pour la sixième et seulement 40,4% pour la septième. À côté des personnes « piégées », il existe donc un assez important pourcentage des interrogés qui ne savent que répondre.

Ce test consistait à mesurer non seulement les vraies compréhensions des citoyens sur les avantages de la participation à l'assurance-maladie, mais aussi et surtout à expliquer en partie le refus de participation voire la perte de confiance dans les établissements médicaux des collectivités locales. Cela explique aussi une ruée vers les villes en cas de maladie.

Nous pouvons nous interroger sur les causes de ces mauvaises compréhensions ou connaissances des citoyens sur les avantages de la participation à l'assurance-maladie. Nous rappelons dans une rubrique ci-dessus une évidence selon laquelle ceux qui n'ont pas participé à l'assurance-maladie pouvaient facilement se méprendre sur ses avantages. Mais en référence aux données statistiques, sur le plan national, 70% des Vietnamiens participent à l'assurance-maladie et ce taux est d'autant plus élevé que l'on est de Hanoï. Or, le taux de mauvaise compréhension sur les avantages de la carte d'assurance-maladie est beaucoup plus élevé que celui de la non-participation à l'assurance. On peut en déduire que beaucoup de détenteurs de la carte d'assurance-maladie ne l'utilisent pas parce qu'ils perdent leur confiance. D'ailleurs, les mauvaises compréhensions des avantages de la carte d'assurance-maladie sont peut-être dues au manque de la communication. Lorsque nous procédons à l'interrogation sur la matière, voici quelques réponses retenues :

[148] Il s'agit des statistiques de 2013.

« Je ne le sais pas très bien, habituellement ici on achète la carte selon ses besoins et calculs. Personne ne parle des avantages dont on peut bénéficier. » (Entretien approfondi n° 70, agricultrice, 54 ans, brevet primaire, Hung Yen).

Ou bien, une autre personne fait connaître son avis de la manière suivante :

« Non. Très peu, c'est plutôt mon fils qui en parle. Souvent, en cas de maladie, quand on en a besoin, on l'achète et à ce moment là, on nous dit un peu comment la carte est utilisée. » (Entretien approfondi n° 49, Agricultrice, 49 ans, brevet de collège, Hung Yen)

Il est clair que les communications sur les avantages de la carte d'assurance-maladie sont soit absentes sur le terrrain soit faites tant bien que mal car à travers les derniers propos des informateurs les citoyens se débrouillent avec leurs besoins et leurs calculs. Pourtant, lors de l'interview des cadres de l'assurance-maladie d'ici, nous avons obtenu cette réponse :

« Chaque année, nous organisons des propagandes sur les avantages de la carte d'assurance-maladie à travers des haut-parleurs dans les quartiers et districts. Ou bien, des représentants des ménages sont invités au comité populaire de l'arrondissement, du district, pour écouter des propagandes. Mais seulement les représentants des ménages qui ont des malades sont intéressés alors que d'autres ne le sont pas car ils sont trop occupés. » (Entretien approfondi n° 2, Cadre de l'assurance-maladie, 51 ans, Hung Yen)

À la lecture de cette réponse, nous trouvons deux nuances : la première concerne la méthode de communication des cadres de l'assurance-maladie qui semble n'être plus adaptée à la situation nouvelle des citoyens ; la seconde consiste à montrer des stratégies de certains qui choisissent d'acheter la carte d'assurance-maladie justement pour les malades.

Jusqu'aux villages et/ou hameaux, ces nuances sont confirmées :

> « Oui, le chef de mon hameau annonce les avantages de la carte d'assurance-maladie dans le haut-parleur et cette activité de propagande est complétée par l'Association des Femmes. Mais peu de personnes sont intéressées. » (Entretien approfondi n° 57, Femme, 53 ans, ouvrière, Hung Yen)

> *« Je ne suis pas vraiment intéressée par des propagandes par haut-parleur de mon hameau. Des représentantes de l'Association des Femmes viennent aussi expliquer les intérêts de la carte d'assurance-maladie. Mais entre ce que j'écoute et ce qu'ils font, il y a toujours des écarts. »* (Entretien approfondi n° 37, Retraitée, 69 ans, en retraite, Hung Yen)

Il est à noter que les modalités de communication ne sont plus intéressantes car la logique d'achat de la carte d'assurance-maladie est liée aux expériences vécues de chacun(e) :

> « Je pense que si l'on continuait ce travail de propagande à travers les haut-parleurs, les gens ne seraient jamais intéressés car ils sont trop pris. D'après moi, il faudrait avoir recours à des usagers permanents de la carte d'assurance-maladie et laisser discuter des gens là-dessus. » *(Entretien approfondi n° 101, Retraité, 61 ans, baccalauréat, Hung Yen)*

De tous les entretiens menés sur le rôle de la communication sur les avantages de la carte d'assurance-maladie, nous retenons 4 opinions essentielles :

En premier lieu, les mauvaises compréhensions des citoyens sur la carte d'assurance-maladie sont dues en partie à l'absence de communications dans bien des cas, surtout à Hanoï où les hauts-parleurs se fondent totalement dans les bruits de rues.

En second lieu, beaucoup de citoyens ne connaissent pas bien les intérêts de la carte d'assurance-maladie parce que les modalités de « propagande » ne sont plus adaptées

au nouveau contexte de vie. Les citoyens souhaitent être témoins des expériences des usagers permanents de ladite carte.

En troisième lieu, bien que des citoyens comprennent les avantages de la carte d'assurance-maladie, influencés par leurs calculs et stratégies, ils choisissent de l'acheter seulement pour les malades.

En dernier lieu, ce qui est décisif pour l'achat de la carte d'assurance-maladie vient de la confiance des usagers qui la font partager aux autres.

Entre les réponses et les pratiques réelles des citoyens, il existe toujours des écarts. C'est pourquoi, pour mieux comprendre s'ils prennent bien conscience de l'importance de la carte d'assurance-maladie, nous allons dans le chapitre suivant faire une analyse sur les pratiques réelles des usagers de la carte.

Chapitre 7

Les pratiques réelles et les représentations des habitants sur l'utilisation de la carte d'assurance-maladie

Il existe des différences dans l'utilisation et dans la réponse sur l'assurance-maladie des habitants de Hanoi, entre les besoins et l'utilisation réelle de la carte d'assurance-maladie. Dans ce chapitre, nous faisons une exploration de la façon dont les acteurs utilisent la carte d'assurance-maladie dans la réalité, s'agissant des salariés du secteur privé, des élèves, des étudiants, des enfants de moins de 6 ans, des quasi-pauvres et des assurés volontaires.

I. Pratiques réelles chez les salariés du secteur privé

Le groupe des travailleurs des entreprises privées connaît un taux de couverture assez faible (54%). Faute d'informations sur les avantages ou sur les politiques de l'assurance-maladie, ils ne savent pas comment défendre leurs intérêts ou comment posséder une carte d'assurance-maladie de peur qu'elle baisse leur salaire. C'est ici que nous pouvons parler du rôle des syndicats dont certains n'accomplissent pas leur tâche qui consiste à protéger les droits légitimes des travailleurs en vertu des dispositions inscrites dans la Loi sur l'assurance-maladie.

« Mes collègues et moi, nous demandons toujours pourquoi l'entreprise n'achète ni ne paie l'assurance-maladie pour nous. Mais je pense que ce n'est pas de ma responsabilité d'avoir une carte car son obtention diminue également mon salaire, donc elle ne m'intéresse plus. Je ne connais ses avantages qu'en emmenant mon enfant à l'hôpital. Dès lors, je ne m'intéresse plus à l'assurance-maladie. » (Femme de 41 ans, patiente à l'hôpital central de Bach Mai)

Malgré la carte d'assurance-maladie achetée en leur faveur par les entreprises, beaucoup de salariés de ce secteur montrent toujours leur indifférence et ne l'utilisent pas dans la réalité car ils méconnaissent ses intérêts en renforçant leur pensée selon laquelle la carte d'assurance-maladie n'est valable qu'en cas de grave maladie.

« Je ne m'intéresse pas beaucoup à l'assurance-maladie. L'entreprise nous aide à nous y inscrire mais on ne l'utilise presque jamais. On ne trouve pas encore ses avantages dans l'utilisation et on n'a aucune sanction en cas de refus d'inscription. En fait, ce n'est pas nécessaire, on peut acheter des médicaments ou aller directement à l'hôpital en cas d'atteinte d'une maladie. » (Homme, 37 ans, patient à l'hôpital central de Bach Mai)

Il est clair que ces salariés ne placent pas leur confiance en la carte d'assurance-maladie, ni ne prennent conscience de ses avantages. Ils ont des dispositions au refus de l'utilisation de la carte, autrement dit au paiement des frais de soins en cas de maladie. Se cache derrière cette pratique une habitude de privatisation des frais de soins de santé au Vietnam jusqu'à ce que les citoyens perdent éventuellement leur réflexe vis-à-vis de la carte d'assurance-maladie.

Le refus des salariés de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie contribue en effet à une baisse importante des coûts productifs pour les entreprises et facilite la « commercialisation » de leurs produits et/ou services. Beaucoup d'entreprises ne font donc qu'en profiter en semblant ignorer les politiques et les mesures prises par le gouvernement à l'intention des salariés qui, pour leur part, ne prennent pas conscience

de l'importance de la carte d'assurance-maladie. C'est pourquoi, il existe des cas où la carte émise n'est pas utilisée :

> *« Notre bureau nous fait inscrire tous à l'assurance-maladie. On nous demande d'aller prendre notre carte d'assurance-maladie mais personne ne le fait. Pour ma part, je vais à l'hôpital payer mes soins de santé, si j'attrape telle ou telle maladie. Et comme je ne suis pas prioritaire, alors je me demande pourquoi on doit la prendre. »* (Femme, 46 ans, patiente à l'hôpital central de Bach Mai)

Il est clair qu'aux yeux des usagers, la carte d'assurance-maladie n'a pas encore de valeur ni d'image en termes d'assurance : il s'agit d'une sorte de carte « décorative » qui n'est pas utilisée dans la réalité des soins offerts par les hôpitaux et/ou cliniques. Il semble qu'ils nourissent une logique assez simple, à savoir : de toute façon, on paye directement par son portefeuille les soins de santé reçus une fois qu'on est malade.

Tant que les salariés ne prennent pas conscience de l'importance de la carte d'assurance-maladie, que les employeurs n'assument pas pleinement leur responsabilité sociale, les premiers continuent de perdre leur confiance en la carte d'assurance-maladie et les frais de soins continuent de devenir des fardeaux sur leurs épaules.

II. Les pratiques réelles dans l'utilisation de la carte d'assurance-maladie et son image aux yeux des élèves et des étudiants

Le taux d'inscription très élevé (81,03%) à l'assurance-maladie chez les élèves et étudiants noté au 31 décembre 2012 s'explique par la couverture à 100% des élèves

du niveau primaire au lycée. Le taux de non-inscription concerne essentiellement les étudiants issus des familles pauvres ou des régions rurales[149].

A travers les entretiens approfondis, ce fait s'explique peut-être par le manque d'informations qui leur a été données. L'inscription actuelle des étudiants à l'assurance-maladie ne cherche à répondre qu'aux critères de « compétition » entre les établissements académiques. Autrement dit, il ne s'agit pas de réelles communications sur l'importance de l'utilisation de la carte d'assurance.

> *« Je me suis inscrite à l'assurance-maladie depuis ma première année universitaire, mais jusqu'à maintenant en troisième, je l'utilise très rarement. Mes parents la maintiennent donc pour acheter des médicaments d'assurance-maladie, je n'en ai pas besoin. L'inscription, c'est pour ne pas perdre mes notes d'émulation scolaire. »* (Étudiante, 21 ans, patiente à l'hôpital central de Viet Duc)

À travers cette réponse, nous pouvons comprendre en partie la faible motivation des étudiants dans l'achat d'une carte d'assurance-maladie. En outre, l'inscription à plusieurs autres assurances-maladies commerciales offertes par le secteur privé limite le nombre d'inscriptions des étudiants à l'assurance-maladie publique. Ils peuvent toujours s'inscrire en assurance-maladie dès leur établissement, mais nous observons une même attitude chez ces jeunes : ils ne trouvent ni nécessaire ni utile l'assurance-maladie. Cette étudiante continue de s'exprimer sur ses déceptions de la valeur de la carte d'assurance-maladie de la manière suivante :

> *« A mon université et aussi ailleurs, en principe, il doit exister une infirmerie pour les étudiants mais jusqu'à maintenant, en troisième année, je ne la trouve nulle part. Chaque année, nous devons payer 300.000 VND pour l'assurance-maladie mais ne recevons aucun médicament d'assurance-maladie. Ce n'est pas une petite somme d'argent pour les étudiants pauvres. En réalité, si on tombe malade, il nous faut aller à*

[149] Ministère de la Santé, *Rapport final sur l'inscription à l'assurance-maladie de Hanoi de 2009 à 2012*.

l'hôpital et on n'attend rien de l'infirmerie de l'université ou du quartier près de la résidence universitaire. Sans parler des frais d'assurance-maladie de santé payés annuellement, les infirmiers, s'ils existent, ne font que quelques gestes comme mesurer seulement le poids et la taille au lieu de faire vraiment leur travail. Je souhaite que le gouvernement promulgue une meilleure politique sur l'assurance-maladie pour les étudiants. C'est absolument un grand gaspillage pour dépenser une grande somme d'argent sans en recevoir aucun intérêt en retour. »

Ainsi, beaucoup d'étudiants ayant la carte d'assurance-maladie continuent de rencontrer des difficultés dans son utilisation parce qu'ils n'ont pas confiance eux-mêmes en elle, tandis que d'autres issus des familles pauvres ont du mal à y avoir accès malgré leurs besoins. En même temps, les organismes d'assurance-maladie privés émettent des programmes de forfaits en matière d'assurance-maladie qui dépendent de leur capacité financière. De plus, les établissements universitaires, n'organisent pas des activités de mobilisation qui permettent aux étudiants de comprendre le sens réel de la carte d'assurance-maladie.

III. L'utilisation de la carte d'assurance-maladie et son image chez les tuteurs des enfants de moins de 6 ans

Les enfants de moins de 6 ans constituent un des cas particulièrement prioritaires de la politique de l'assurance-maladie. L'inscription à l'assurance-maladie leur permet d'avoir des soins et des traitements gratuits. Pourtant, ce type d'usagers éprouve des difficultés dans l'inscription et l'utilisation de ladite carte parce que la décision est prise par leurs parents. Par conséquent, en cas de négligence ou d'ignorance des procédures ou des règles sur l'assurance-maladie réservée aux enfants de moins de six ans, les parents choisissent de ne pas l'utiliser.

« La déclaration tardive de la naissance de leur enfant ou la non-conformité de la date de déclaration de la naissance au calendrier de l'émission de la carte d'assurance-maladie fixé par les autorités en la matière retardent l'inscription des enfants de moins de 6 ans à l'assurance-maladie et les empêchent de bénéficier des subventions et des soutiens prioritaires. »[150]

Les cadres distributeurs des cartes d'assurance-maladie qui jouent également un rôle majeur n'accomplissent pas bien leur travail. Leur retard et leur bureaucratie influent négativement sur la distribution de la carte aux enfants de moins de 6 ans.

« J'ai déposé le dossier de demande d'inscription à l'assurance-maladie pour mes enfants : l'un de 12 mois, l'autre de 3,5 ans au Comité populaire. On m'a demandé de remplir certaines formalités administratives et de donner les photocopies certifiées conformes des actes de naissance. Pourtant, depuis le mois de septembre 2010 jusqu'ici, je n'en ai aucune nouvelle. Je les ai appelés quelquefois mais la réponse était toujours la même : « Il faut attendre ». » (Femme, 33 ans, mère d'un enfant patient à l'hôpital central de Bach Mai)

Les difficultés ne se présentent pas seulement dans l'inscription à l'assurance-maladie des enfants mais aussi dans l'utilisation de cette carte pour ceux qui la possèdent.

« J'ai emmené mon enfant chez le docteur, il m'a demandé aussi l'acte de naissance pour prouver son âge malgré sa carte d'assurance-maladie. Ce n'est pas nécessaire et j'étais pressée donc j'ai commencé à la faire traiter sans avoir besoin de sa carte d'assurance-maladie. » (Femme, 33 ans, mère d'un enfant patient à l'hôpital central de Viet Duc)

L'ambiguïté et la complication entre l'acte de naissance et l'inscription à la carte d'assurance-maladie font ainsi perdre du temps et retardent le traitement des enfants

150 Ministère de la Santé, *Rapport sur l'inscription à l'assurance-maladie de 2009 à 2012.* (http://duthaoonline.quochoi.vn/DuThao/Lists/DT_TAILIEU_COBAN/Attachments/1150/3.bc_tom_tat_kqua_gsat_BHYT.pdf)

malades, alors que soucieux de leur maladie, les parents choisissent de ne pas l'utiliser, c'est-à-dire de payer les frais de soins pour leurs enfants.

> *« J'ai fait inscrire mon enfant à l'assurance-maladie mais n'ai pris que certains médicaments futiles quelquefois et ne l'ai pas utilisée à l'hôpital. Pour les adultes, c'est acceptable. Mais pour les enfants, si le docteur ne travaille pas sérieusement avec l'examen dans le cadre de l'assurance-maladie, nous, les parents nous sommes très inquiets. »* (Femme, 42 ans, mère d'un enfant patient à l'hôpital central de Bach Mai)

Ainsi, outre les améliorations à apporter au niveau de la mise en place des procédures d'octroi de la carte d'assurance-maladie et de la qualité des examens médicaux, du traitement des enfants, l'efficacité de l'assurance-maladie réservée aux enfants de moins de six ans n'est manifeste que si les parents y mettent plus de confiance, sans que la carte d'assurance-maladie ne soit superficielle.

IV. Les pratiques d'utilisation de la carte d'assurance-maladie et son image chez les assurés volontaires

A travers les entretiens approfondis, il apparaît que les personnes qui s'inscrivent à l'assurance-maladie volontaire l'utilisent en général efficacement et sont très contents des examens ou traitements.

> *« Je suis en toute tranquillité dans l'utilisation de ma carte d'assurance-maladie. Les charges de traitement du rein seraient très élevées et ma famille rencontrerait plus de difficultés si je n'avais pas cette carte d'assurance-maladie. En plus, la qualité de l'examen avec l'assurance-maladie est bonne, donc je suis très contente. »* (Femme, 39 ans, patiente à l'hôpital central de Bach Mai)

« Je me suis inscrit à l'assurance-maladie volontaire depuis longtemps et c'était très facile. On nous donne gratuitement des médicaments pour les maladies bénignes et organise des examens périodiques. Je suis heureux d'utiliser la carte d'assurance-maladie qui réduit les frais en cas d'hospitalisation. » (Homme, 61 ans, patient à l'hôpital central de cancérologie de K)

Pourtant, rappelons ici les données que nous avons dégagées, la couverture des volontaires n'atteint que 16,9% de cette population. La question qui se pose est de savoir pourquoi, malgré des appréciations positives des assurés volontaires, le nombre d'inscrits à ce régime d'assurance-maladie reste modeste. Nous pouvons en donner ici quelques raisons économiques :

« Ma famille vit de l'agriculture, mais a bien des membres, l'inscription devient alors trop coûteuse. Bien que je connaisse les politiques de subventions partielles croissantes adoptées par l'État aux familles nombreuses comme la mienne, ce n'est pas suffisant pour toute ma famille. Nous sommes en bonne santé, alors offrons cette occasion à nos enfants. Si l'État avait plus de subventions ou un programme gratuit pour les pauvres, nous pourrions participer à cette assurance. » (Homme, 42 ans, patient à l'hôpital central de Bach Mai)

A travers cet entretien, nous trouvons une sorte de sacrifice parental dans l'achat de la carte d'assurance-maladie : la priorité est donnée aux enfants. De plus, beaucoup de familles ne semblent pas encore aptes à y participer volontairement car les dépenses à l'achat de la carte d'assurance-maladie restent toujours chères pour elles. Un autre aspect qui consiste à expliquer le refus d'achat volontaire de la carte d'assurance-maladie se voit aussi dans le manque de confiance dans la qualité des services de santé offerts par la carte :

« Ma famille et moi ne trouvons pas vraiment d'intérêt à la carte d'assurance-maladie en laquelle nous ne croyons vraiment pas. Comme je fais des affaires et que la finance n'est pas mon problème, en cas

d'hospitalisations, de consultations et de traitements, c'est mieux que je paie des primes au médecin pour obtenir de bons services. Je crois que la carte d'assurance-maladie n'est valable et utile qu'en cas de maladie peu sérieuse, mais à l'inverse, on n'en attend rien. » (Femme, 54 ans, patiente à l'hôpital central de cancérologie de K)

Il est clair qu'il existe des portraits sociaux très différents au sein du groupe des assurés volontaires : en premier lieu, des assurés sont contents des services fournis aux ayants-droit de la carte ; en second lieu, des assurés qui, malgré leurs besoins réels, continuent de rencontrer des difficultés dans son accès ; en troisième lieu, des non-assurés riches qui sont prêts à payer des frais de soins directement comme dans le système privé n'y placent pas du tout leur confiance. Un autre aspect très particulier qui révèle une compétition très nette entre les services de santé fournis dans le secteur public aux assurés volontaires et ceux fournis par le secteur privé se voit bien clairement dans l'entretien suivant :

« Je me suis inscrit à l'assurance-maladie de Liberty depuis deux ans. La majorité des hôpitaux internationaux au Vietnam sont associés à ce fonds d'assurance. Malgré la haute cotisation, les conditions de remboursement sont plus élevées que celles fournies par l'État, la qualité des soins est nettement meilleure. » (Femme, 33 ans, patiente à l'hôpital central de Viet Duc)

Il est clair que la compétition entre le secteur public et le secteur privé en la matière donne aux patients plusieurs choix et contribue à l'amélioration des services de soins de santé. Une fois que cette confiance dans la qualité de soins de santé sera assurée, la couverture des acteurs au régime « volontaire » sera sûrement améliorée.

V. Les pratiques d'utilisation de la carte d'assurance-maladie et son image chez les quasi-pauvres

Selon les normes des quasi-pauvres appliquées dans la période de 2011 à 2015, le revenu mensuel moyen des personnes appartenant à cette campagne atteint de 401.000 minimum dont 70% de soutien financier par l'Etat, ces acteurs doivent ajouter de 170.000 VND à 250.000 VND, soit 7 à 9 Euros de plus pour avoir une assurance-maladie. Sachant que le salaire minimum vietnamien au 31 décembre 2012 est de l'ordre de 40 euros mensuel. Ainsi, les ménages quasi-pauvres de 3 à 4 membres doivent payer de l'ordre de 25 à 30 euros par mois. Ce qui dépasse excessivement leur capacité financière, malgré cette aide publique. Par conséquent, les quasi-pauvres refusent de participer à l'assurance-maladie volontaire pour réserver leurs dépenses aux besoins « nécessaires » à leur sens.

> *« J'espère que l'État changera la politique. Ma famille est quasi-pauvre mais avec le soutien actuel, on ne peut toujours pas se payer une assurance-maladie car notre revenu est réservé à la nourriture et à l'éducation pour les enfants. Eh bon, nous en achéterons une lors de l'atteinte d'une maladie. »* (Femme, 40 ans, patiente à l'hôpital central de Viet Duc)

Un autre facteur qui freine la participation à l'assurance-maladie des quasi-pauvres concerne le montant de co-paiement qui s'élève à 20% des coûts de soins comme ce qui est inscrit dans les réglementations actuelles. Alors, si l'on utilise des services de soins liés à la haute technologie, le coût final devient extrêmement cher.

> *« L'assurance-maladie de ma femme fait partie du régime « volontaire » d'une quasi-pauvre. Quand elle est malade, ça coûte trop cher, 2-3 fois par semaine pour la réalimentation des reins, ça fait des millions de dongs par mois. En fait, l'assurance-maladie nous aide dans ce traitement, mais on ne peut quand-même plus le supporter. Parfois, je souhaiterais devenir*

pauvre, ce serait le mieux pour le régime d'assurance-maladie. » (Homme, 47 ans, hôpital central de Bach Mai).

Par conséquent, de nombreux ménages quasi-pauvres choisissent d'acheter une assurance-maladie lors de l'atteinte de telle ou telle maladie. Il s'agit d'une manière de calculer leur vie et de gérer leurs risques. En référence à la Loi sur l'assurance-maladie en vigueur, la carte achetée dans ces conditions n'est valable qu'au bout d'un mois et ne permet à ses ayants-droit que des services de soins très ordinaires, voire médiocres. Et pour avoir accès aux soins de santé de qualité liés aux services de haute technologie, l'application de ce genre de carte d'assurance-maladie n'est valable qu'à partir de 180 jours après son émission.

Ainsi, face à cette politique appliquée aux quasi-pauvres, les derniers deviennent des acteurs extrêmement rationnels, c'est-à-dire qu'ils cherchent à faire des calculs très précis pour choisir le moment décisif de l'achat d'une carte d'assurance-maladie. Nous pouvons rappeler ici un proverbe disant que « la nuit porte conseil » pour s'appliquer eux conduites de ces acteurs. À travers ce genre de pratiques, nous pouvons aussi prévoir que la couverture de ces acteurs prendra une certaine lenteur en cas de maintien des mesures actuelles prises par le gouvernement à leur intention.

PARTIE III

Les difficultés de mise en œuvre de la politique de l'assurance-maladie

Dans la deuxième partie, nous avons présenté les difficultés rencontrées par la population pour rendre universelle l'assurance maladie. Chaque catégorie de population a un choix ou une stratégie particulière pour participer ou non à l'assurance maladie. Dans cette troisième partie, le chapitre 7 porte plus spécifiquement sur les difficultés rencontrées par le gouvernement vietnamien dans la mise en œuvre de l'assurance-maladie. La loi sur l'assurance-maladie manque en effet de dissuasions et est difficile à pratiquer et à appliquer dans certains cas. Nous voulons analyser profondément les tensions sociales dues aux relations entre les parties, comme l'État, les citoyens, le personnel d'assurance maladie et les médecins, le personnel médical. Chaque partie a son choix, ses règles et sa logique dans ses propres actions. Quand ces choix ne peuvent pas être conciliés, immédiatement les tensions sociales naissent et influencent le processus de mise en œuvre des politiques d'assurance-maladie.

Tout d'abord, nous abordons les difficultés dues à la politique avec des populations spécifiques comme les entreprises, les élèves et les étudiants ; les enfants de moins de 6 ans, les quasi-pauvres et les participants volontaires. Ensuite, c'est la relation inéquitable entre le secteur public et le secteur privé dont les représentants sont les hôpitaux toujours existants. La section suivante présente les faiblesses dans la gestion et l'utilisation du fonds d'assurance-maladie qui ont conduit à des déficits et au risque de rupture de fonds toujours permanent. Par ailleurs, nous analysons la relation entre la partie d'expertise de l'assurance maladie, des médecinset des personnels médicaux qui ne marche pas bien lorsque la logique économique est opposée à celle de la qualité des soins et des examens sanitaires et de l'éthique médicale des médecins. Enfin, un problème qui existe depuis longtemps et influence appréciablement l'environnement des soins et des examens sanitaires est celui de « l'enveloppe », il montre non seulement la faiblesse dans la gestion, mais représente aussi la tension d'un système de soins sanitaires. Outre l'observation dans les grands hôpitaux à Hanoi et Hung Yen, la méthode d'entretiens approfondis est la principale méthode fournissant des données pour que nous fassions l'analyse. La méthode d'entretiens approfondis se fait sur les

cadres de l’assurance maladie et les médecins aux centres médicaux à Hanoi et Hung Yen.

Chapitre 8

Difficultés dans la mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie au regard des catégories socio-professionnelles

L'assurance maladie est une politique sociale importante, qui apporte un sens humanitaire profond pour la communauté, joue un rôle important dans la mise en œuvre de la justice sociale dans les soins et la protection de la santé des citoyens. L'assurance maladie a connu et est en train de connaître des changements positifs en contribuant à l'œuvre de protection et de soin de la santé du peuple et est vraiment devenue un pilier de la sécurité sociale.

En fait, au cours des 6 premiers mois de 2016, 78,3% de la population vietnamienne participent à l'assurance-maladie[151]. Cela pourrait être un signe positif lorsque la proportion des participants à l'assurance-maladie dépasse de 0,3 point l'objectif indiqué par le Premier ministre du gouvernement pour 2016[152]. Cependant, l'objectif d'atteindre en 2020 un taux plus élevé, soit plus de 90% de la population participant à l'assurance maladie, qui est préalable à l'accès à l'assurance maladie universelle, n'est pas une cible facile. Nous voulons ici mentionner des difficultés que les cadres de l'assurance maladie ont rencontrées pendant le processus de mise en œuvre de la politique d'assurance-maladie. Nous avons effectué des entretiens approfondis avec les personnels de l'assurance maladie à Hanoi et Hung Yen afin de comprendre les difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre des politiques d'assurance-maladie pour les différentes catégories de population comme l'entreprise, les élèves, les

[151] http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=11715.
[152] Le Gouvernement Décision n° 1584 / QD-TTg du 14 Septembre 2015, Hanoi.

étudiants, les quasi-pauvres, les enfants de moins de 6 ans et les participants bénévoles. Chaque individu dans le système d'assurance-maladie agit selon sa propre logique et les défauts de gestion et de réglementation ont causé de grandes tensions sociales à plusieurs niveaux.

I. Dette et refus de cotisation à l'assurance maladie des entreprises

Près de 200 délégués représentant les comités de direction des ministères et des organismes centraux, des scientifiques, des gestionnaires, des experts représentant des organisations internationales (Banque Mondiale, Bureau de l'Association de Coopération et de Développement allemande, Organisme de sécurité sociale et de la santé internationale française, Ambassade de France au Vietnam, Comités du peuple et de l'assurance sociale dans certaines provinces et villes) ont discuté de l'endettement et des pratiques d'évasion de l'assurance-maladie des entreprises lors de la conférence *« Problème de créance, de dette de l'assurance sociale, de l'assurance maladie – pratique au Vietnam et l'expérience internationale »* organisée par la coopération entre le Comité central du Front de la Patrie du Vietnam et l'assurance sociale du Vietnam, à Hanoi, le 15 Octobre 2014.

Le Directeur général adjoint de l'assurance sociale du Vietnam, M. Do Van Sinh, a déclaré à cette occasion que la dette de l'assurance sociale avait tendance à augmenter d'une année à l'autre aussi bien en termes relatifs, par rapport au nombre d'emprunteurs, qu'en ce qui concerne son montant absolu. De façon plus détaillée, selon le rapport de l'assurance sociale des provinces et des villes, à la fin du mois d'Août 2014, 47.315 unités (soit environ 18% du total des participants à l'assurance sociale), près de 674.000 employés (soit environ 6,7% des travailleurs participant à l'assurance sociale) seraient en dette vis-à-vis de l'assurance-maladie pour un montant

total de 11.562 milliards de dongs, soit 6,49% de la recette théorique totale[153]. Notamment, parmi les unités en dette vis-à-vis de l'assurance-maladie, plus de 8.000 ont interrompu leur action et plus de 30.000 travailleurs relevant de ces unités risquent de perdre les droits fondamentaux de l'assurance sociale et de l'assurance maladie.

En 2015, dans tout le pays, le nombre de ceux qui participent théoriquement à l'assurance sociale obligatoire est de 16 millions, mais seulement près de 11 millions de travailleurs y ont réellement participé. Environ 5 millions ne participent pas encore à l'assurance sociale, l'assurance maladie, ce qui représente un manque à gagner d'environ 56.000 milliards de dongs par an pour l'assurance-maladie. C'est une grande perte qui influence directement le fonds d'assurance sociale et les intérêts des travailleurs.

M. Do Van Sinh a souligné que plus de 300.000 entreprises opèrent maintenant, mais que seulement environ la moitié s'incrivent à l'assurance sociale dont l'assurance-maladie. Ces entreprises pratiquent donc une stratégie d'éviction face à l'assurance-maladie. Cette dette impayée due à l'éviction de l'assurance maladie a rendu très difficile la situation de l'assurance sociale dans les années récentes. Les employeurs ne remplissent pas leur devoir envers les travailleurs, ne coopèrent pas avec les organes de l'assurance sociale pour régler correctement leur régime en vertu de la loi et laissent quasiment les salariés sans protection. Ces actes ont influé non seulement profondément sur l'ordre social, la sécurité sociale, mais ont aussi directement violé les intérêts de base de la sécurité sociale des travailleurs. Quelles sont les causes de cet état ? Est-il dû à la conscience relâchée des entreprises, à la politique de l'assurance sociale, de l'assurance maladie, au manque de mesures de sanction, d'amende fortes ?

Rappelons ici le taux de participation (54%)[154] à l'assurance-maladie des salariés des entreprises privées, alors que ces derniers sont théoriquement en régime

[153] www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=10123
[154] Décision gouvernementale 1584/QĐ-TTg sur la mise en place de l'assurance-maladie, 2015. (http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Quyet-dinh-1584-QD-TTg-thanh-lap-Ban-chi-dao-Trung-uong-chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia-2016-2020-319569.aspx)

« obligatoire ». En comparaison avec le taux de couverture des salariés des entreprises publiques (100%)[155], nous constatons que celui des assurés du secteur privé reste loin de l'objectif. Cette faiblesse de la couverture s'explique en partie par le manque de prise de conscience des acteurs au sommet en la matière. Mais aux yeux des professionnels de santé, le problème se trouve aussi dans l'absence de prise de conscience et de responsabilité chez les patrons de l'importance que revêt l'assurance-maladie pour leurs salariés.

> *« En mettant trop d'accent sur leurs intérêts commerciaux, beaucoup trop d'employeurs du secteur privé évitent de prendre leur responsabilité sociale en refusant d'acheter l'assurance-maladie à leurs salariés. Autrement dit, ils cherchent à éviter de payer ces charges à la Sécurité sociale »* (M. Le Bach Hong, Directeur général de la Sécurité sociale du Vietnam)[156]

Les sanctions contre les entreprises qui évitent de payer les charges d'assurance-maladie à l'intention de leurs salariés ne sont vraiment pas effectives. S'y ajoute une autre explication relative au taux d'intérêt très peu élevé (9% par an) appliqué à la dette d'assurance-maladie des entreprises, sachant que les dernières subissent normalement un taux d'intérêt de 15 à 20% dans le cas des créances des banques commerciales[157]. Cela les « motive » à retarder l'achat de l'assurance-maladie à l'intention des salariés.

> *« En raison de la faible sanction administrative et du taux d'intérêt peu élevé pour la dette d'assurance-maladie, les entreprises cherchent à retarder le paiement de ces charges en faveur des salariés. Leur budget est destiné en priorité aux affaires et aux salaires au lieu de l'assurance-maladie »* (Un cadre de l'assurance-maladie du district de Tay Ho, 36 ans, Hanoi)

[155] Ministère de la Santé, *Rapport sur la mise en œuvre de l'assurance maladie*, 2015. (http://moh.gov.vn:8086/news/Documents/1.%20BC_BHYT%206%20tháng%20đầu%20năm%202015-(29.6_cuoi).doc)
[156] www.qdnd.vn/xa-hoi/nhieu-doanh-nghiep-no-dong-bao-hiem-xa-hoi-483712.
[157] Assurance sociale du Vietnam, *Rapport sur la mise en œuvre de l'assurance sociale*, 2015.

En outre, nous devons aussi reconsidérer la compréhension de la politique des travailleurs. L'obligation de participer à l'assurance maladie fait partie de leurs droits et obligations, mais il semble que les travailleurs eux-mêmes ne les comprennent pas. Vice-président permanent de la Chambre de Commerce et d'Industrie du Vietnam, M. Hoang Van Dung a ainsi déclaré que la connaissance sur les droits et obligations de participer à l'assurance sociale, l'assurance maladie obligatoire des employeurs, reste limitée, notamment dans le secteur privé, de telle sorte que le paiement lent, insuffisant ou l'évasion se passent de façon permanente[158]. Il y a aussi le cas où les employeurs comprennent très clairement leurs responsabilités et intérêts lorsqu'ils participent à l'assurance maladie pour les employés, mais ils n'en paient pas sciemment les primes ou paient seulement pour certains dans l'entreprise afin de réduire les coûts, de réaliser plus de profits ou d'abuser du taux d'intérêt de pénalité de retard inférieur à celui de la banque. Les procédures d'emprunt des banques étant complexes et coûteuses, ils s'endettent vis-à-vis de l'assurance maladie de propos délibéré. Si aucune mesure n'assujettit les employeurs à la loi de l'assurance-maladie, l'objectif en 2020 de voire plus de 50% de la force de travailleurs participer à l'assurance sociale sera difficile à atteindre.

> *« En parlant ouvertement, je n'y fais pas attention, je fais mon travail seulement. Chaque mois, l'entreprise me rémunère régulièrement, je ne m'en soucie pas. Quels sont les avantages que l'assurance maladie me donne ? »* (Entretien approfondi n° 171, ouvrière, 40 ans, niveau de bac, Hung Yen)

> *« J'ai entendu mon directeur en parler, mais une fois que j'ai demandé, il* m'a dit qu'il n'y avait aucun problème si l'*on ne payait pas l'assurance-maladie, que cela ne m'affectait pas ni la société, j'ai donc laissé. Dans cette entreprise, outre mon salaire, parfois on a d'autres primes* liées aux résultats positifs du travail, *donc on ne fait pas attention à cette question. »* (Entretien approfondi n° 85, ouvrier, 33 ans, niveau de bac, Hung Yen)

158 http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=10123.

Il est à noter qu'au regard de ces deux derniers entretiens, les travailleurs eux-mêmes ne prennent pas très bien conscience de l'importance de l'assurance-maladie. Ce qui aggrave l'abus des entrepreneurs qui évitent aussi assez souvent de payer les frais d'assurance-maladie à l'intention de leurs salariés.

Pour remédier à ces opinions faussées, des mesures de communication devraient être prises auprès des travailleurs de manière à les aider à mieux connaître leurs droits et obligations liés à l'assurance-maladie. On peut en effet faire l'hypothèse qu'une fois que les salariés en prennent bien conscience, ils en payent volontairement les cotisations en réclamant à leurs entrepreneurs de payer aussi une partie dans leur intérêt. Ainsi, le taux de participation à l'assurance-maladie devrait augmenter de façon efficace.

Pour remédier aux pratiques d'éviction des frais d'assurance-maladie des entreprises, de nombreuses mesures ont été adoptées par le gouvernement en 2008 :

- renforcer la fonction d'inspection des recettes au sein de l'organe d'assurance sociale ;
- ajouter au droit pénal les sanctions sur l'évasion de paiement des frais de l'assurance sociale dont l'assurance-maladie et surtout le détournement de ces frais au détriment des travailleurs ;
- permettre aux salariés d'informer l'organe de l'assurance sociale de l'état de leur contrat de travail qui aboutit à une assurance-maladie obligatoire dont la cotisation doit être partagée entre eux et leurs entreprises ;
- améliorer l'environnement d'investissement et d'affaires pour aider les entreprises à fonctionner plus efficacement.[159]

Malgré ces nouvelles mesures, les comportements d'évasion des entreprises ont persisté et la faiblesse de la participation à l'assurance-maladie a même été aggravée

[159] Le gouvernement, La loi de l'assurance-maladie n° 25/2008/QH12, Hanoi. (http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Luat-bao-hiem-y-te-2008-25-2008-QH12-82196.aspx)

ces dernières années par une conjoncture économique difficile : baisse de la consommation ; stockage de marchandises ; paie tardive des clients ; manque de capital ; augmentation du chômage….Prenons un exemple : pendant les neuf premiers mois de 2014 seulement 53.000 nouvelles entreprises se sont fait enregistrer alors que 48.000 établissements ont déposé leur bilan[160].

Bref, dans la mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie, l'entreprenariat vietnamien actuel rencontre de nombreuses difficultés qui se résument de la manière suivante :

En premier lieu, la confoncture économique difficile provoque en même temps des difficultés de paiement des frais d'assurance-maladie à l'intention des salariés. En l'occurrence, le mainten de leurs activités s'avère plus important que la participation à l'assurance-maladie de leur salariat qui est sacrifié, semble-t-il.

En second lieu, le manque de conscience de l'importance de l'assurance-maladie des salariés est bien majoré par leurs entrepreneurs qui préfèrent les rémunérer directement en leur ajoutant des récompenses occasionnelles.

En troisième lieu, de nombreuses entreprises adoptent des pratiques d'évasion des frais de cotisation de l'assurance-maladie au détriment de leur salariat car leur logique d'action est de « recourir à la corruption » au lieu de payer une grande somme d'argent à l'organe de l'assurance sociale.

Tout cela nous amène à mieux comprendre d'une part la faiblesse de participation à l'assurance-maladie des salariés de nombreuses entreprises et à constater d'autre part la position faible des salariés vietnamiens qui ne bénéficient pas pleinement de leurs droits d'assurance-maladie, bien que ceux-ci soient inscrits dans la loi. Ces difficultés conduisent à des tensions sociales entre les entrepreneurs qui ont pour souci majeur de maintenir leurs affaires et les responsables de l'assurance-maladie qui cherchent, de

[160] http://www.baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=10123.

leur part, à voir une augmentation de leurs recettes dans le but de fournir de meilleurs services de soins aux patients. De leur côté, les salariés adoptent des pratiques à court terme en recevant des rémunérations directes et dans le cas où ils tomberaient malades, eux ou leurs dépendants, ils auraient des tensions voire des conflits internes faute de la carte d'assurance-maladie et à cause de l'augmentation graduelle des frais de soins de santé.

* *
*

Même dans le secteur formel, les entreprises vietnamiennes ne respectent donc pas totalement leurs obligations de participation à l'assurance-maladie. C'est un point d'autant plus préoccupant que le secteur informel est très développé au Vietnam, ce qui entraîne des défauts de cotisation encore plus importants. L'Etat envisage donc de prendre des sanctions plus fortes contre les violations et les atteintes aux réglementations de l'assurance-maladie. En particulier, le système de gestion de l'assurance-maladie pourrait bientôt reposer sur un code d'identification personnel, un système de base des données et une intégration de l'informatique dans toutes les opérations.

II. Difficultés auprès des élèves et étudiants

Cette sous-partie a pour but de montrer à quel point la mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie rencontre des difficultés auprès des élèves et des étudiants et à en comprendre les raisons et/ou plutôt les causes. À travers l'étude des pratiques d'achat de la carte d'assurance-maladie, qui est obligatoire pour tous les étudiants et élèves, elle essaie de montrer aussi comment le ministère de

l'Éducation et de la Formation et l'administration de l'Assurance Sociale coordonnent leurs actions dans ce processus.

La Circulaire interministérielle n^0 2458/HDLT-SGD&DT-BHXH du 3 Août 2015 stipule ainsi que les institutions scolaires doivent communiquer des informations à leurs élèves et étudiants sur la Loi de l'assurance-maladie. La vente de la carte d'assurance-maladie leur est confiée en disposant que 100% des élèves et étudiants doivent se l'approprier et que le taux de couverture chez les derniers devient un indicateur d'évaluation à l'intention de chaque établissement. Ainsi, les institutions scolaires doivent établir les listes des enregistrés et les communiquer à l'administration de l'assurance sociale en recevant en contrepartie une commission de 4% des droits versés.

Pourtant, malgré l'objectif de couverture à 100% des élèves et étudiants à la fin de 2015, 20% des étudiants ne participent toujours pas actuellement à l'assurance-maladie. Ci-dessus en ont été évoquées des causes comme le manque de confiance ou l'absence de motifs des usagers de la carte d'assurance-maladie auxquelles s'ajoutent maintenant des lacunes en matière de la politique et de la coordination entre les institutions. Aux yeux des cadres de santé, le travail de coordination entre les institutions doit être pensé d'une manière plus concrète.

> *« La coordination entre Le ministère de l'Éducation et de la Formation et la Sécurité sociale du Vietnam dans la communication et les renseignements dans la mise en oeuvre des politiques de l'assurance-maladie n'est ni étroite ni efficace, en particulier dans les écoles à option. D'ailleurs, les services de soins de base aux institutions scolaires sont encore très faibles, à partir de notre observation sur la mise en œuvre de la Loi sur l'assurance-maladie. Seulement 51,5% des institutions scolaires ont ce service qui est géré par ailleurs non pas par un professionnel de santé, mais par quelqu'un qui a d'autres tâches. »* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoi)

Ce dernier entretien nous parle de deux choses très concrètes : d'une part, les étudiants manquent d'informations sur les cotisations à payer à l'assurance-maladie une fois qu'ils reçoivent leurs convocations aux inscriptions dans leur établissement ; d'autre part, l'existence des services de santé de base dans les établissements d'enseignement supérieur au Vietnam reste très superficielle. D'autres opinions et préoccupations des personnes impliquées peuvent éclairer cette faiblesse de coordination :

> *« Au cours des années, notre établissement doit payer, pour répondre aux indicateurs formels, l'assurance-maladie dans l'intérêt des étudiants qui n'y participent pas tandis que leurs familles ne sont pas au courant de ce qu'elles doivent payer pour l'assurance-maladie de leurs enfants. De plus, le prélèvement d'un taux de commissions délégué par l'organe d'assurance sociale n'encourage apparemment pas l'établissement à faire ce travail de réception des frais d'assurance-maladie des étudiants. C'est pourquoi, l'achat de la carte d'assurance-maladie pour les étudiants est toujours tardif »* (Professeure, 54 ans, Université Nationale du Vietnam à Hanoï).

De leur côté, des représentants de l'organe de l'assurance sociale se plaignent du manque de coopération et de coordination des établissements de l'enseignement supérieur :

> *« Des professeurs pensent que le travail des gens du secteur de l'assurance sociale comme nous est d'aller directement dans les établissements d'enseignement pour la vente de la carte d'assurance-maladie et que ce n'est pas le leur. »* (Cadre de l'assurance- *maladie,* Hung Yen*)*

Il est à noter que certaines institutions scolaires n'assument pas leurs responsabilités. Par conséquent, il manque aux parents des élèves et étudiants des informations et communications exhaustives alors qu'ils sont les détenteurs de portefeuilles familiaux. Il reste à la fin de 2015 20% (soit 3,2 millions) d'étudiants et d'élèves qui ne participent pas à l'assurance-maladie. Ce taux de couverture faible, aux niveaux des étudiants et des élèves, montre bien un paradoxe car c'est un groupe très important numériquement où le potentiel d'achat d'une carte d'assurance-maladie est très élevé.

Cela revient à aggraver la moyenne de la couverture. À la conférence sur *« la mise en œuvre de la politique de l'assurance-maladie pendant la première moitié de 2015 »*, la vice-Ministre de l'Éducation et de la Formation NGUYEN Thi Nghia souligne l'insatisfaction et en explique ainsi les causes :

> *« La non-atteinte des objectifs fixés est principalement due à la non-conscience des parents d'élèves et étudiants de la signification de l'assurance-maladie. La difficulté de la vente de la carte d'assurance-maladie aux étudiants vient aussi de l'organisation des crédits à la fac d'où les derniers s'éparpillent un peu partout. Il y a aussi des familles défavorisées qui n'ont pas de moyens pour l'achat de l'assurance-maladie de leurs enfants auxquelles s'ajoute l'absence de responsabilité de certaines institutions scolaires. »*

Toujours dans cette conférence, le Vice-Premier ministre Vu Duc Dam a mis en évidence un autre paradoxe : *« Même les étudiants issus des catégories socio-professionnelles aisées ne participent pas à l'assurance-maladie »*. Il s'agit là des étudiants qui adoptent des pratiques assez opportunistes : certains sont prêts à payer plus cher les services de soins de qualité en cas de maladie ; d'autres optent pour l'achat d'une assurance-maladie privée dont les frais se montrent proches de ceux proposés par le secteur public en assurant d'obtenir de meilleurs services. D'ailleurs, le montant des droits d'assurance-maladie est pareillement appliqué dans les zones rurales et urbaines, les élèves ruraux sentent une certaine injustice car ils sont habitués à un niveau de vie moins élevé qu'en ville :

> *« D'après la Loi sur l'assurance-maladie, tous les élèves et étudiants doivent s'y joindre à partir du premier Janvier 2010. Cependant, il reste environ 20% des élèves et étudiants non inscrits à la fin de 2015, surtout dans les zones rurales. Comme il n'existe aucune sanction pour les écoles, les élèves, les étudiants, et que les zones urbaines et rurales subissent le même montant de contribution, ajustée par des commissions intéressantes proposées aux institutions scolaires par les agences d'assurance-maladie*

privées, le taux de non-couverture de ces acteurs est compréhensible. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

Il semble que les mesures de sanction soient difficiles à prendre en cas de « refus » et/ou de retard de l'achat de la carte d'assurance-maladie chez des élèves et étudiants. Cet inconvénient exerce vraiment des pressions très grandes sur le fonds de l'Assurance sociale dont l'assurance-maladie et en fin de compte, cela influe négativement sur les soins à apporter aux patients en cas de maladie :

« En qualité de détenteurs de fonds d'assurance-maladie de la province, nous avons un souci permanent sur l'éclatement de notre caisse. » (Directeur adjoint du Service du Travail, des Invalides et des Affaires Sociales de Khanh Hoa, 8 ans d'expérience).

Du côté des familles peu aisées, elles se plaignent du soutien peu approprié en termes de réduction des droits sur l'assurance-maladie à payer. Autrement dit, malgré ce soutien, elles trouvent que le nouveau montant à payer reste élevé : 434.700 VND en 2016 contre 289.800 VND les années précédentes.

« Ce même nouveau montant de paiement à la ville est très élevé, mais il l'est encore plus quand il est appliqué aux zones lointaines, rurales et montagneuses, alors que les niveaux de vie ne sont pas du tout les mêmes. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Le Chef du Comité exécutif de la politique de l'assurance-maladie PHAM Luong Son commente ainsi cette situation :

« Le niveau de subvention et de soutien budgétaire égal à 30% n'est pas efficace. L'Assurance sociale du Vietnam réclame en vain une différentiation de montants de soutien en fonction des catégories socio-professionnelles et des lieux d'habitat, par exemple de 50% pour les étudiants et élèves en difficultés issus des zones rurales »

Les difficultés financières des élèves et étudiants sont toujours un obstacle à l'achat de l'assurance-maladie par des foyers fiscaux peu aisés. Malgré l'existence du soutien de l'État, les derniers le trouvent inapproprié car la logique de subvention à ces catégories socio-professionnelles repose bien sur leurs revenus, alors que la logique d'achat de la carte d'assurance-maladie des familles peu aisées dépend de leur choix « stratégique ». C'est-à-dire qu'elles n'achètent la carte d'assurance-maladie qu'aux membres en état de mauvaise santé.

Bref, l'étude sur la participation des élèves et étudiants à l'assurance-maladie nous montre bien des tensions sociales diverses comme suit :

La première prend sa source dans la mauvaise coordination entre les institutions scolaires et l'organisme d'assurance sociale. La coordination peu harmonieuse entre ces deux instances vient en fait de la mauvaise interprétation par les institutions scolaires de leur responsabilité : elles considèrent que leur responsabilité unique est d'instruire et de former leurs élèves et étudiants. Ce qui les rend un peu indifférentes envers la gestion et l'exhortation de participation à l'assurance-maladie chez des élèves et étudiants. Précisément, les établissements scolaires sentent bien, malgré la circulaire interministérielle, une certaine pression exercée par l'organe de l'assurance sociale qui fonctionne d'après la logique de l'efficacité liée à la totalité des effectifs inscrits en assurance-maladie. Cette tension sociale risque de conduire les uns à se plaindre des autres.

La deuxième tension sociale est en provenance des élèves et étudiants pauvres qui trouvent les droits de participation à l'assurance-maladie de plus en plus élevés. Ces frais à payer deviennent pour eux, malgré la subvention et l'aide de l'État, un grand obstacle à la décision de l'achat de la carte d'assurance-maladie. Cette tension sociale se reconvertit en un choix stratégique dans les pratiques d'achat de la carte d'assurance-maladie, à savoir : on ne l'offre qu'aux personnes en mauvais état de santé. Ainsi, beaucoup d'élèves et d'étudiants qui sont considérés par leurs parents comme en bon état de santé perdent par les pratiques parentales leurs droits de

participation à l'assurance-maladie. Il s'agit d'un type de tension sociale intériorisée chez beaucoup d'élèves et étudiants lorsqu'ils voient une certaine injustice dès le banc des établissements scolaires. Autrement dit, les opportunités et les conditions d'études ne sont pas les mêmes pour ne pas en dire qu'elles sont différenciées.

La troisième tension sociale provient de la concurrence nette entre le secteur public et le privé. Pour le premier, la participation à l'assurance-maladie de la totalité des élèves et étudiants exprime en grande partie l'image et l'esprit socialistes de cette politique d'universalisation de l'assurance-maladie en dépit de la qualité des soins et services de santé offerts par le secteur public. Pour le second, malgré une hausse légère des frais de participation à l'assurance-maladie, il voit qu'attirer l'attention des élèves et étudiants vers l'achat volontaire de la carte d'assurance-maladie constitue pour lui de grandes opportunités de prise des « parts de marché ». Du coup, les élèves et étudiants issus des familles aisées préfèrent les offres d'assurance-maladie privées à celles publiques.

La dernière tension sociale se découvre au sein même de l'organe de l'assurance sociale qui voit souvent un risque d'éclatement de son fonds faute de participation exhaustive des catégories socio-professionnelles obligatoires en la matière.

* *
*

Ainsi, il est difficile d'atteindre l'objectif d'universalisation de l'assurance-maladie chez les élèves et étudiants pour les raisons évoquées ci-dessus. On peut ici se demander s'il ne faudrait pas continuer à donner une plus grande subvention à ces acteurs pour les faire participer totalement à l'assurance-maladie.

III. Difficultés auprès des enfants de moins de 6 ans

Cette sous-partie consiste à montrer une division et une différentiation même au sein des enfants de moins de 6 ans bénéficiaires de faveur d'une carte d'assurance-maladie gratuite. Pourquoi y a-t-il cette situation ?

Les textes juridiques vietnamiens confirment que les enfants de moins de 6 ans sont spécialement prioritaires en termes d'assurance-maladie. En 2008, le ministère du Travail, des Invalides et des Affaires sociales publia la circulaire n^0 29/2008/TT-BLDTBXH en date du 28 novembre 2008 qui dispose les responsabilités de gestion et d'utilisation de la carte d'assurance-maladie dans les services hospitaliers publics en faveur des enfants de moins de 6 ans. S'y ajoutent les textes normatifs qui disposent que le comité populaire des districts et des arrondissements est responsable de leur fournir des cartes de soins gratuits dans leur champ administratif, malgré leur régime de résidence, permanent ou temporaire. En 2010, la Sécurité sociale du Vietnam publia un autre texte n° 2147/BHXH-CSYT qui sert à résoudre les problèmes des enfants de moins de 6 ans non-assurés et à renseigner la Sécurité sociale au niveau local sur leur droit d'obtenir des soins gratuits sans avoir besoin des actes de naissance qui étaient souvent demandés par les établissements de soins : en cas d'absence de l'acte de naissance, la certification du comité populaire local (de district) suffit pour se faire soigner.

> *« Le texte n^0 29/2008/TT-BLĐ-TB&XH a été publié avant la Loi sur l'assurance-maladie, tandis que le texte n0 2147/BHXH-CSYT a été émis après l'effet de cette loi. Ces deux textes ne sont pas compatibles l'un avec l'autre, n'exerçant vraiment pas leurs effets : le texte émis en 2008 attribue un rôle très important au comité populaire du district dans l'octroi de la carte d'assurance-maladie aux enfants de moins de 6 ans, alors que celui de 2010 attribue essentiellement ce rôle à la Sécurité sociale de district.*

Par conséquent, l'absence de la coordination entre ces deux organismes devient un grand obstacle dans la mise en œuvre de la politique d'assurance-maladie en faveur des enfants de moins de 6 ans » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Il est clair qu'une tension en termes de règles de jeu, de rôle et de fonction entre ces deux instances est observée malgré cette Loi modifiée sur l'assurance-maladie de 2013. Cette situation confuse en termes de responsabilités dans l'octroi de la carte d'assurance-maladie aux enfants de moins de 6 ans provoque une sorte de « piétinement » entre les deux organismes : le comité populaire du district/arrondissement et la Sécurité sociale. Une mauvaise conséquence de cette gestion est la suivante : certains enfants issus des familles pauvres n'ont pas la carte d'assurance-maladie alors que d'autres en obtiennent deux. Cette inégalité sociale est provoquée par l'obscurité des règles formelles elles-mêmes.

Même dans d'autres textes juridiques précédents, la prise en charge des soins par l'assurance-maladie pour les enfants de moins de 6 ans, définie par la Loi sur la Protection, le Soin et l'Education des enfants en 2005 et par celle sur l'Assurance-maladie en 2009 n'est pas définie de façon uniforme non plus. Selon la première, « les enfants de moins de 6 ans sont soignés et traités gratuitement dans les services hospitaliers publics » alors que d'après la seconde, « L'assuré a le droit de s'inscrire en soins et traitement médical initial au service du district, de l'arrondissement ou des instances correspondantes ... ». En référence au second texte de 2009, les enfants de moins de 6 ans doivent aussi faire enregistrer leur lieu de soin et de traitement initial. En cas de consultations ou de traitements médicaux hors lieu réglementaire, leurs parents devraient payer les frais à l'hôpital, qui varient de 30%, 50% à 70% du coût réel en fonction du classement du dernier.

« Nous avons bien compris ce problème sans savoir vraiment comment le résoudre. Des parents ne comprennent rien à ce dont leurs enfants peuvent bénéficier à cause de la confusion des textes réglementaires. Dans la réalité, ils ne pensent à la demander d'une manière urgente que lors de

l'atteinte de telle ou telle maladie de leurs enfants. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi).

Dans certains cas, des parents ignorent la procédure d'enregistrement de l'acte de naissance liée aux conditions d'obtention de l'assurance-maladie pour les enfants de moins de 6 ans, laissant ainsi un grand nombre de ces derniers en situation non-assurée pour des mois :

« Des enfants qui sont nés entre Janvier et Août, en passant 6 ans, subissent souvent des mois non-assurés car ils dépassent l'âge réglementaire pour pouvoir en bénéficier alors que le régime « volontaire » réservé aux élèves primaires ne peut commencer que lors qu'ils vont à l'école en septembre. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Quant aux managers de l'utilisation de la carte d'assurance-maladie par les parents des enfants de moins de 6 ans, ils rencontrent une autre difficulté causée par ces usagers qui oublient souvent de l'apporter lors des consultations faites à leurs enfants car ils pensent simplement que l'acte de naissance est suffisant pour le règlement des frais de soins.

« Dans de nombreux cas, les parents emmènent leurs enfants aux soins en oubliant la carte d'assurance-maladie et en apportant seulement un acte de naissance. Au bout des consultations et/ou traitements, ils exigent quand même des remboursements. Même si nous prenons conscience des priorités réservées à ces enfants, nous avons tant de difficultés à gérer ces cas » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

Ainsi, aux yeux des professionnels de santé qui travaillent à la Sécurité sociale, la couverture de ces enfants dépend en premier lieu de la prise de conscience et des connaissances parentales sur la procédure d'émission et d'utilisation de la carte d'assurance-maladie ; en second lieu, la coordination entre les autorités locales (dans les communes), l'instance compétente du Service du Travail, des Invalides et des Affaires sociales, et la Sécurité sociale dans l'établissement de la liste des enfants

bénéficiaires reste encore très peu étroite et efficace : beaucoup de cartes d'assurance-maladie émises par la Sécurité sociale ne sont pas remises par les autorités locales aux enfants concernés.

* *
*

Ainsi, ces difficultés nous rappellent bien un cycle vicieux bureaucratique évoqué par Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) dans *l'Acteur et le Système* : divers acteurs qui se confrontent à une énorme diversité de textes juridiques émis depuis 2005 jusqu'à 2013 sur l'assurance-maladie réservée à la catégorie d'enfants de moins de 6 ans ne savent plus leur rôle ni leur responsabilité tout en laissant des enfants non-assurés pendant des mois. La floraison des textes juridiques provoque des tensions entre des familles ayant leurs enfants de moins de 6 ans qui n'ont pas la carte d'assurance-maladie et les instances dites responsables.

IV. Difficultés auprès des ménages quasi-pauvres

Dans cette sous-partie, nous allons essayer de comprendre les diverses difficultés des ménages quasi-pauvres à se faire couvrir par l'assurance-maladie malgré des politiques dites prioritaires prises par les autorités centrales et locales. À partir de cette analyse, nous allons aussi mettre en lumière des tensions au sein de ces ménages.

Pour aider les ménages quasi-pauvres dans la participation à l'assurance-maladie, en un temps bref a été émis un ensemble de textes normatifs visant la création de meilleures conditions à leur service. D'abord, la Loi sur l'assurance maladie de 2008 précise un taux de subvention de 50% par le Budget de l'Etat. Ensuite, la Décision n°

797/QĐ-TTg du 26 juin 2012 prise par le Premier Ministre permet une augmentation du niveau de soutien pour les droits d'assurance maladie à 70% pour ces ménages. Et puis, le Projet d'Assistance médicale des villes du Centre-Nord les soutient supplémentairement de 10 à 20%. En particulier, en Mai 2013, une autre Décision du Premier Ministre n° 705/QĐ-TTg autorise l'amélioration du niveau de soutien des droits d'assurance maladie pour les nouveaux ménages quasi-pauvres qui viennent de se dépêtrer de la pauvreté, et qui vivent dans les zones pauvres : l'État soutient à 100% les droits de l'assurance maladie... Ces politiques préférentielles de l'Etat sur l'assurance maladie concernent des milliers de ménages quasi-pauvres ruraux qui bénéficient au bout du compte de 100% des droits d'assurance-maladie. Nous observons ainsi, en application de ces textes normatifs, une augmentation légère de la couverture des ménages quasi-pauvres autour de l'année 2013[161].

Au niveau local, pour aider des ménages quasi-pauvres à participer à l'assurance maladie, beaucoup de politiques de soutien ont été créées à leur intention. Bien que l'État encourage les comités populaires provinciaux à utiliser des crédits locaux pour leur aporter un soutien de 30% des droits restants, seulement la moitié des localités, soit 32 sur 63 provinces, le leur accorde. Sur l'échelle nationale, beaucoup de ménages quasi-pauvres ne sont tout de même pas couverts par l'assurance-maladie. Ce qui entraîne un taux de couverture total assez faible car la plupart des ménages quasi-pauvres qui représentent près de 5% de la population vietnamienne, habitent essentiellement à la campagne.

Pourquoi existe-t-il ce paradoxe malgré une multiplication des politiques d'aide aux ménages quasi-pauvres ? Ecoutons ici quelques commentaires :

> *«* Malgré une aide locale de 20% des droits d'assurance-maladie plus 70% en provenance de l'État, on observe dans notre province de Hung Yen seulement 47% des ménages quasi-pauvres couverts par l'assurance-maladie parce qu'ils voient une grande discrimination dans ces politiques

[161] Premier Ministre, Décision n° 705/QĐ-TTg, 08/05/2013, Hanoi.

au travers de la comparaison des niveaux de vie réel des pauvres et des quasi-pauvres[162]. Dans la réalité, ces deux catégories ont presque le même niveau de vie. » (Cadre du Bureau du Travail, des Invalides et des Affaires sociales de district Yen My, province Hung Yen)

En termes de mode de vente de la carte d'assurance-maladie, en comparant les pratiques appliquées aux ménages dits « ordinaires » et les ménages quasi-pauvres, le premier membre paie au maximum 6% du salaire de base ; le deuxième, troisième, quatrième, paie tour à tour 70%, 60%, 50% du premier ; à partir du cinquième, il faut payer seulement 40% du premier, alors que pour les ménages quasi-pauvres, une réduction de 70% des droits est appliquée malgré le nombre d'acheteurs :

« C'est vraiment un grand désavantage contre les catégories classées quasi-pauvres qui optent pour l'achat de la carte d'assurance-maladie au service de la personne en mauvaise santé dans leurs ménages. » (*Cadre du Bureau du Travail, des Invalides et des Affaires sociales du district Yen My, province Hung Yen)*

Ainsi, à première vue, ces politiques semblaient être favorables aux ménages quasi-pauvres, mais dans la réalité, elles sont plutôt « discriminatoires » à deux niveaux : au premier, le classement de ces catégories socio-professionnelles reposant sur la seule variable de revenu ne leur permet pas de bénéficier de 100% de subvention comme des pauvres ; au second, le mode de réduction graduel des droits d'assurance-maladie est appliqué seulement aux ménages ordinaires au détriment des ménages quasi-pauvres qui en subiraient des coûts élevés d'autant plus que tous les membres souhaitaient se faire couvrir par l'assurance-maladie. Ces tensions sociales externes observées à travers les politiques de mise en œuvre de la vente de cartes d'assurance-maladie aux catégories quasi-pauvres sont intériorisées par les dernières au sein de leurs familles

[162] Jusqu'au 19 novembre 2015, la pauvreté au Vietnam se mesurait sur le seul aspect économique grâce à trois variables : (1) revenu/personne/mois ; (2) couverture des dépenses minimales/personne/mois et (3) épargne/personne/mois. Le classement des catégories « pauvres » ou « quasi-pauvres » par les autorités reposait le plus souvent sur la seule variable de revenu. Compte tenu de la non-couverture des dépenses minimales, tous les ménages classés « quasi-pauvres » se considèrent en fait comme des pauvres.

qui doivent en ce cas faire des choix difficiles d'un(e) bénéficiaire de la carte d'assurance-maladie, ou plutôt du sacrifice des autres membres.

V. Difficultés auprès des catégories socio-professionnelles qualifiées de « volontaires »

Cette sous-partie vise à montrer à quel point la mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie rencontre des difficultés auprès des catégories socio-professionnelles qualifiées de « volontaires ».

Jusqu'à la fin 2014, ces acteurs qui s'y inscrivent volontairement ne représentent que 16,95% de leur population[163], c'est-à-dire un taux très faible. Une des causes de cette faible couverture se trouve bien dans les critères d'inscription à l'assurance-maladie :

> « Jusqu'ici, on applique un critère purement individuel pour encourager ces catégories socio-professionnelles à participer volontairement à l'assurance-maladie. Alors, beaucoup de ménages choisissent d'acheter l'assurance-maladie en faveur de celui ou de celle qui est vraiment malade. Ce qui est à l'encontre du principe de partage des risques de l'assurance en général et de l'assurance-maladie en particulier qui est bien défini à l'article 3 de la Loi sur l'assurance-maladie de 2014. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Face à cette situation, la Loi sur l'assurance-maladie de 2014 doit être modifiée et ajustée : de nouveaux règlements disposant l'achat de cartes d'assurance-maladie conformément au statut de ménage en supprimant le régime individuel. En effet, à partir du 1er Janvier 2015, le montant des droits d'inscription à l'assurance-maladie

163 L'Assurance sociale du Vietnam, *Rapport sur la mise en œuvre de l'assurance-maladie,* 2015. (http://moh.gov.vn:8086/news/Documents/1.%20BC_BHYT%206%20tháng%20đầu%20năm%202015-(29.6_cuoi).doc)

diminue conformément au régime de ménage, d'autant plus que le dernier possède beaucoup de personnes enregistrées.

En cette matière le Responsable du Département d'Exécution de la Politique de l'assurance-maladie fait savoir ceci :

> *« Pour encourager ces catégories socio-professionnelles à participer à l'assurance-maladie, il faudrait en légaliser le régime de ménage. Sinon, on continuerait de les voir choisir d'acheter la carte à l'intention des malades chroniques. Ce qui provoquerait des risques d'effondrement de la caisse, faute de partage. »*

Dans la réalité, depuis le 1er Janvier 2015, cette mesure de vente de l'assurance-maladie selon le régime de ménage est obligatoirement appliquée. Ces règles se résument ainsi : ceux qui sont inscrits dans le livret de famille ou dans le livret de résidence provisoire doivent participer à l'assurance-maladie par le régime de ménage ; le comité populaire de la commune est chargé d'en établir la liste ; malgré l'inscription du dossier de participation à l'assurance-maladiepar ménage, la carte est délivrée à chaque membre pour garantir le confort lors de l'examen et du traitement de la santé. Pour soutenir les participants massifs à l'assurance-maladie par ménage, la loi prévoit une réduction graduelle très encourageante, à savoir : le premier membre paie 6% du salaire de base, le deuxième de 4,2%, le troisième de 3,6%, le quatrième de 3,0%, le cinquième de 2,4%, le sixième de 1,8% et ainsi de suite[164].

Malgré ces obligations à participer à l'assurance-maladie appliquées depuis le premier janvier 2015, le taux de couverture de ces catégories socio-professionnelles anciennement qualifiées de « volontaires » demeure modeste, voire en diminution en comparaison avec l'année de 2014, soit de 10% de leur population[165].

---

[164] Assemblée Nationale du Vietnam, Loi sur l'assurance-maladie de 2014, 13/06/2014. (http://www.moj.gov.vn/vbpq/Lists/Vn%20bn%20php%20lut/View_Detail.aspx?ItemID=29011)

[165] http://baochinhphu.vn/Doi-song/Ty-le-tham-gia-BHYT-theo-ho-gia-dinh-tang-cham/255678.vgp.

Pour mettre en œuvre cette nouvelle règlementation, les ministères de de la Santé et des Finances ont publié une circulaire interministérielle qui sert de guide aux cadres concerés. De son côté, la Sécurité sociale se dépêche de former des cadres de communes, d'arrondissements dans l'examen, l'établissement des listes de ces catégories socio-professionnelles. Malgré ces efforts, plusieurs difficultés existent en matière de promotion de l'assurance-maladie volontaire par ménage.

> *« Depuis quelques années, bien que ma province mobilise toutes les associations des agriculteurs, des femmes et que les comités populaires de communes mènent des campganes de communication jusqu'à chaque ménage, seulement 10% des catégories socio-professionnelles qualifiées de « volontaires » y participent, à cause de leurs difficultés économiques. On craint également une augmentation volumineuse du montant à payer, lorsqu'on achète l'assurance-maladie en une seule fois pour tous les membres du ménage. »* (Un cadre de l'assurance-maladie au district de Yen My, province de Hung Yen)

Cependant, du point de vue des cadres expérimentés en la matière, il ne s'agit pas vraiment de problèmes économiques, mais du manque de conscience de ces catégories d'acteurs :

> *« Ces catégories socio-professionnelles ne connaissent pas dans la réalité de difficultés économiques. D'après moi, seul le manque de conscience de l'importance de l'assurance-maladie les empêche de l'acheter volontairement. »* (Directeur adjoint de l'assurance-maladie de Hanoi)

Il semble *que le cadre de l'assurance-maladie, qui est face quotidiennement aux activités de ces catégories socio-professionnelles les comprend mieux d'après ceci :*

> *« Le nombre des assurés volontaires demeure faible, alors qu'un non-assuré développant une maladie grave aurait à subir des coûts très élevés. Cette faible couverture de ces catégories socio-professionnelles est liée à l'organisation de la vente et à la communication sur le sens de la carte*

d'assurance-maladie. Dans certaines communes de mon district, les autorités locales ne font pas suffisamment attention à ces activités. Par conséquent, les gens manquent d'informations sur l'importance de l'assurance-maladie. S'y ajoutent les imperfections dans l'organisation des agences d'assurance-maladie et les limites des conditions qui permettent aux citoyens de comprendre les politiques et les réglementations en la matière. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

À la différence du commentaire prononcé par le directeur adjoint de l'assurance-maladie de Hanoi, son homologue de la province de Hung Yen partage plutôt des avis du cadre d'assurance-maladie du district de Hoang Mai en insistant sur une autre raison :

« Il ne s'agit pas du problème de revenu ou de difficultés économiques, mais de la faible communication sur les droits dont peuvent bénéficier ces catégories socio-professionnelles. De plus, les services forfaits doivent être concrétisés de manière à leur faire comprendre la conformité des services au montant à payer. Bref, il faudrait renforcer leur confiance. » (Cadre de l'assurance-maladie de Hung Yen)

Ainsi, la communication constitue, semble-t-il, une des meilleures mesures pour faire accéder ces catégories socio-professionnelles à l'assurance-maladie volontaire. Par exemple, depuis un certain temps, la ville de Hanoï prend une autre mesure qui consiste à fournir des services de proximité de communication et de vente de l'assurance-maladie aux personnes qui sont installées dans les institutions scolaires, les comités populaires de communes ou les hauts lieux publics... Ce qui commence à changer la donne et qui permet une augmentation des participations volontaires à l'assurance-maladie.

« Actuellement, il y a 2293 agences d'assurance-maladie dans la ville de Hanoï, y compris les agences installées dans les écoles ou dans les comités populaires de communes. Elles font bien leurs missions en favorisant les

conditions d'accès aux gens concernés. Jusqu'ici, seules Hanoï et Ho Chi Minh ville développent ce modèle. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoi)

Du point de vue structurel, c'est-à-dire des cadres expérimentés en matière d'assurance-maladie, une tension s'installe par conséquent entre ces politiques toujours nombreuses, la mise en œuvre des dernières et les avantages flous perçus par ces catégories.

* *
*

Ce chapitre nous montre donc que la mise en place de la carte d'assurance-maladie rencontre de grandes difficultés. Chaque catégorie de bénéficiaires manifeste des résistances ou développe des stratégies pour ne pas cotiser ou diminuer ses cotisations. Il y a aussi des limites administratives et juridiques auxquelles se heurtent les acteurs de l'assurance-maladie. Malgré de multiples règlementations qui consistent à favoriser en termes théoriques la participation à l'assurance-maladie volontaire des catégories socio-professionnelles bien ciblées, dans la réalité, le taux de couverture de ces acteurs demeure modeste et connaît parfois des hauts et des bas capricieux.

CHAPITRE 9

UNE GOUVERNANCE DES SERVICES DE SOINS CONFRONTEE A DE NOMBREUX DEFIS

La gouvernance des services de soins à l'intérieur des établissements de santé public et privé constitue bien un thème à aborder lorsqu'on discute des tensions sociales liées à l'utilisation de la carte d'assurance-maladie. En effet, les lois actuelles installent au Vietnam une cohabitation difficile entre les hôpitaux publics et privés. On note aussi que le Fonds d'assurance-maladie est victime de nombreux détournements, issus aussi bien du secteur public que du secteur privé. Or, le contrôle des remboursements pose lui aussi de nombreux problèmes. Enfin, la tradition de « l'enveloppe », c'est-à-dire d'un versement monétaire aux médecins et aux infirmiers rend elle aussi très délicate la gouvernance des systèmes de soins.

En fait, l'explication des pratiques de soins nous permet de comprendre non seulement l'image réelle de l'État, mais aussi et surtout les relations difficiles entre les deux secteurs. Ce chapitre a donc pour objet la compréhension du mode de gouvernance de l'État vietnamien dans le processus de mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie.

I. Une cohabitation problématique entre le public et le privé

Une bonne gestion de la carte d'assurance-maladie signifie le renforcement de la confiance des assurés en elle et contribue, comme nous le savons bien, au succès de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie. Avant de parler des politiques

en la matière, nous devrions donc d'abord analyser la gestion de l'assurance-maladie et voir s'il existe des pistes pour la réformer. Dans cette sous-partie, nous analysons à cette fin la gestion des relations entre le secteur public et le secteur privé en termes de pratiques de soins et de politiques appliquées à ces deux types d'établissement.

La relation entre le secteur public et le secteur privé dans l'assurance-maladie est toujours une préoccupation de premier plan pour les chercheurs, parce qu'elle exerce des effets directs sur la qualité des services de soins de santé des assurés. Analysons d'abord l'organisation des services de soins à l'intérieur même d'un hôpital public. Un établissement public est autorisé à fournir des « services de soins de santé aux volontaires payants »[166].

I. 1. Une utilisation des ressources publiques par le privé

Autrement dit, il s'agit d'une sorte de privatisation partielle des services publics au sein même d'un établissement dit public. Or, cette organisation conduit selon nos observations les professionnels de soins à préférer ces « services aux volontaires payants » qui subissent la totalité des coûts en contrepartie de services rapides, proches et de qualité. Ces professionnels de soins montrent souvent une autre image lorsqu'ils sont face aux usagers de la carte d'assurance-maladie comme ce qui est montré ci-dessous.

> *« D'ailleurs, les équipements publics sont du coup à usage privé et jusqu'ici on ne peut savoir si la qualité des services de soins est vraiment à la hauteur des coûts d'équipements qui devraient bénéficier aux assurés de la même manière qu'à des non-assurés qui payent volontairement des services. »* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoi)

[166] http://bhxhbrvt.gov.vn/index.php/tin-chuyen-nghanh/642-di-u-ch-nh-gia-d-ch-v-y-t-theo-l-trinh-ngu-i-dan-nen-tham-gia-bhyt

En termes organisationnels, nous savons bien qu'il s'agit de deux visages dans un même haut lieu symboliquement public. Depuis l'installation de ces « services de soins et de traitement aux volontaires payants » à l'intérieur d'un hôpital public, des interfaces ou souvent une division nette de ce milieu en deux environnements sont observées ; par exemple dans un même hôpital central à Hanoï, un lit doit être partagé par deux à trois patients assurés, et il y a même des patients couchés par terre, alors que dans une autre chambre étiquetée « services de soins et de traitements aux payants volontaires », un patient seul se détend dans son lit bien payé en bénéficiant des services de sa propre infirmière et de son climatiseur. Le prix des deux lits est incomparable l'un à l'autre.

Source : photos prises par l'auteur de la thèse

La même discrimination peut être observée dans les services de soins et de traitement d'un hôpital public et d'une clinique : dans la dernière, même si les patients doivent s'y inscrire à un montant beaucoup plus élevé, ils en reçoivent en contrepartie une très bonne attitude et de très bons services de la part des personnels médicaux. Il est toujours vrai que l'argent fait la différence. Rappelons ici peut-être le proverbe « il ne faut pas compter de l'argent devant les pauvres » pour mieux comprendre les

impressions et affections des assurés qui étaient analysées ci-dessus. D'ailleurs, la stratification sociale se voit très nettement dans la société vietnamienne actuelle.

Il est clair que les patients avec de meilleurs revenus ont nettement plus d'opportunités d'accéder aux services de santé de haute qualité en laissant se débrouiller tant bien que mal les démunis et/ou les défavorisés du système d'assurance-maladie. À côté des acteurs qui ont un besoin permanent d'une carte d'assurance-maladie au montant de contribution minimal, les détenteurs de la carte d'assurance-maladie sont considérés comme les « dépossédés » car ils n'osent pas dans bien des cas l'utiliser. Alors, où se trouveraient vraiment le partage et l'équilibre social dans le secteur de santé ? En référence aux systèmes d'assurance-maladie de France ou d'Allemagne, même s'ils connaissent d'autres problèmes, ils expriment quand-même bien l'esprit et/ou l'idéal-type d'un État capable de faire partager les risques sociaux en termes de santé à travers un système qui est souvent qualifié de « mi-subventionniste », « mi-protectionniste ». Grâce à un système de contribution différentiel en fonction essentiellement du revenu, c'est-à-dire des catégories socio-professionnelles, les pauvres peuvent obtenir des soins de qualité avec l'assurance-maladie. Bien sûr, il nous est impossible de comparer les choses incomparables, mais partout, l'égalité des droits au traitement est la même. Alors, le rôle de l'État et des autorités publiques en la manière dans la protection de l'égalité devrait se remettre en cause à travers l'installation actuelle de ce que nous appelons au Vietnam « une mobilisation des ressources du peuple » qui signifie plutôt une privatisation plus forte des services de santé.

> *« Nous sommes très embarrassés par ce problème, d'autant plus que plus de 50 entreprises d'assurance-vie privées accroissent d'un jour à l'autre leur offre en fournissant des services de soins et des assurances de santé aux gens. Plusieurs types d'assurance peuvent convenir à chaque catégorie socio-professionnelle, et certaines entreprises proposent même un prix moins cher que celui de l'État. Alors, des gens tournent le dos à l'assurance-maladie de l'État pour en arriver au secteur privé. »* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

On peut en outre estimer que le secteur privé s'élargit en fournissant des services de traitement diversifiés qui peuvent fortement concurrencer ceux de l'Etat en les rendant plus transparents. Si l'État n'adoptait pas de politiques de changement pour l'amélioration des services qui symbolisent son image, il perdrait de nombreux « clients » au bénéfice du secteur privé.

En termes de gestion, la concurrence du secteur de la santé à travers la carte d'assurance-maladie liée aux droits attribués pourrait continuer de mettre l'État en péril, mais donne plus de choix aux catégories socio-professionnelles plus aisées. Dès lors, l'image de l'État dans un hôpital dit « public » devrait absolument être améliorée.

Comment la concurrence et la gestion des soins de santé offerts par le secteur privé est-elle considérée par un cadre de santé public ? À ses yeux, l'État adopte déjà « une politique très ouverte » en donnant aux établissements de soins privés qui réunissent de bonnes conditions de fonctionnement l'autorisation d'apporter des soins aux détenteurs de la carte d'assurance-maladie publique :

> *« Les centres de soins privés partagent la « situation d'alerte » de la surcharge des hôpitaux publics. Pour les détenteurs de la carte d'assurance-maladie publique, une fois qu'ils ont recours aux établissements de soins privés autorisés, ils doivent presque payer les mêmes frais de soins pour les services de haute technologie, mais un peu plus pour les frais de consultations, de chambres, de lits. »* (Un cadre de l'assurance-maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

Selon ce regard, la concurrence du secteur privé apporte essentiellement des avantages aux usagers des services d'examen médical, de soins et de traitement. Pourtant, il y a quelques points faibles car généralement, un même personnel médical capable de travailler à travers ce modèle d'interface public/privé dans un même hôpital public, ayant une double qualité, publique et privée, dans un lieu affiché « public », montre bien deux types d'attitudes, de comportements et de pratiques : en qualité de « public », il est généralement « désagréable », cherchant à mettre les patients dans le

secteur « privé » où il montre au contraire une « personalité douce comme maternelle »[167] :

> *« Des corps médicaux publics qui mettent le premier pied dans le secteur public et le second dans le privé, quelle que soit la manière, et qui montrent deux attitudes contraires l'une à l'autre exercent vraiment des effets très négatifs sur l'hôpital public et l'image de la carte d'assurance-maladie. »*
> (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

La participation dans les deux secteurs des corps médicaux n'est pas quelque chose de neuf au Vietnam car cela existe depuis l'acceptation des « services de soins et de traitements aux payants volontaires au sein même d'un hôpital public. Mais une fois « imprégnée », cette personnalité « privée » commence à mettre en péril les valeurs publiques affichées, en faisant oublier aux acteurs publics à quelle instance ils appartiennent et en cherchant à replacer les patients dans les cliniques avec lesquelles le secteur public est en « convention ». Il en résulte que la gestion de cette personnalité « confuse » ou « floue » devient extrêmement difficile pour les managers.

À côté des différences dans les installations et la qualité de services entre les deux secteurs, public et privé, analysés ci-dessus, l'inégalité et la partialité se manifestent profondément à travers les difficultés managériales des relations entre ces deux secteurs. Par conséquent, les droits des catégories « souches » de la société ont du mal à être assumés. Cela pourrait entraîner facilement des désordres sociaux.

I. 2. Une concurrence « déloyale » du public pour le privé

Mais cette utilisation des ressources du public par le privé ne pose pas des problèmes qu'au secteur public. Elle correspond aussi à une concurrence « déloyale » puisque les cliniques privées ont du coup du mal à proposer des services compétitifs par rapport à ces services privés inclus dans le public.

[167] Le code déontologique vietnamien de la médecine considère le médecin, occidental et/ou traditionnel, comme la mère douce. D'où vient le proverbe : "le médecin doit paraître comme une douce mère".

La loi sur l'assurance-maladie modifiée de 2013 dispose plus clairement l'organisation des activités de soins et de traitements liés à la carte d'assurance-maladie dans ces deux secteurs et le mode de paiement de l'assurance-maladie pour les hôpitaux privés. Cette loi dispose clairement que les assurés peuvent être remboursés à 30% des droits s'ils se font examiner, soigner et traiter dans un hôpital privé conventionné à son niveau de classement, mais qu'ils ne bénéficient pas de ce taux en cas de transfert direct non-autorisé à un hôpital privé de classe supérieure. Cette limite empêche les citoyens d'acheter volontairement la carte d'assurance-maladie car ils ont le plus souvent confiance dans les hôpitaux supérieurs ou centraux.

> *« Avant la loi modifiée de 2014, les assurés pouvaient se faire rembourser à 30% des frais réglementaires lorsqu'ils allaient dans les cliniques privées, quel que soit le niveau de classement de ces dernières. Cette disposition permettait aux établissements médicaux privés d'attirer beaucoup de clients car ils leur fournissaient de meilleurs services. Mais depuis le premier janvier 2015 où la loi modifiée sur l'assurance-maladie est entrée en vigueur, la règlementation plus stricte sur le transfert des patients des hôpitaux privés d'un niveau inférieur à un niveau supérieur est appliquée et le secteur privé voit une nette réduction des patients qui y viennent. Cela crée une propension des assurés, surtout des pauvres et quasi-pauvres, à venir plus nombreux dans les hôpitaux publics car ils peuvent toujours bénéficier de remboursements intéressants même s'ils n'obtiennent pas l'autorisation de transfert. »* (Médecin, 39 ans, Hôpital de cancer K, Hanoi)

Ainsi, on constate une tension très nette entre ces deux secteurs, public et privé, à cause de la concurrence qui permet tout de même de fournir de meilleurs services à la clientèle. Cette tension est due à une sorte de reprise de l'image de l'État qui donne plus de priorité aux hôpitaux publics au détriment des établissements privés. Dans la réalité, la privatisation partielle des services d'examens, de soins et de traitements au sein des hôpitaux publics l'emporte en quelque sorte sur la privatisation pure. Une reprise de pouvoir par l'État à travers l'installation de la politique de transfert plus

favorable aux assurés à l'intérieur du secteur public résout-elle une tension ou une pression sur les hôpitaux publics centraux ? En voici la réponse :

> *« Depuis l'application de la réglementaion sur le transfert « discriminatoire » entre les deux secteurs, on a du mal à maintenir dans le secteur privé ses clients car la plupart des derniers sont des pauvres et quasi-pauvres. Tant qu'ils ne peuvent pas se faire rembourser dans un hôpital privé supérieur sans autorisation à y être transférés, ils vont tout de suite dans un hôpital public supérieur et/ou central qui subit des pressions énormes. »* (Médecin, 52 ans, Hôpital Central des Yeux à Hanoi)

Cette diminution de la clientèle réduit non seulement les revenus de nombreux hôpitaux privés, mais élimine aussi les opportunités des patients de se faire examiner, soigner et traiter à temps dans ces établissements à cause de leur situation économique difficile. Donc les mauvais effets dus à la discrimination entre le secteur public et celui privé se voient d'une manière très nette.

Au travers des entretiens approfondis, nous avons également recueilli de nombreux commentaires se rapportant aux retards dans l'évaluation et dans la catégorisation des hôpitaux et cliniques privés. Ce qui laisse un encombrement dans le choix des patients :

> *« La loi de l'assurance maladie modifiée stipule de payer par groupe d'examens et de soins selon les catégories d'hôpitaux. Les normes de remboursement des frais d'examens et de soins par l'assurance-maladie connaissent une différence entre les hôpitaux central, provincial et de district. Dans le secteur public, le travail de catégorisation s'est achevé en 2012, alors que les hôpitaux privés demandent en vain leur classement depuis longtemps. Le non-classement des hôpitaux privés entraîne des conséquences. Tous les patients qui font des examens et des soins sanitaires dans ces établissements peuvent se faire rembourser seulement au niveau du district. »* (Médecin, 52 ans, Hôpital Saint-Paul, Hanoï)

Il est paradoxal que dans tout le pays, 170 hôpitaux privés dont plus de la moitié ont des équipements et conditions qui équivalent à ceux des hôpitaux centraux publics n'aient pas encore été admis[168] faute de classement :

> *« La non-classification des hôpitaux privés mène au même traitement administratif pour tous. Par exemple, les frais d'une même chirurgie qui a lieu dans un hôpital privé de niveau provincial non-classé par les autorités compétentes peuvent être remboursés seulement à 20% du niveau de district au lieu de 30% s'ils étaient classés. L'absence de catégorisation met les hôpitaux privés en situation financièrement difficile, car ils doivent compenser les pertes par l'achat de machines et d'équipements de qualité inférieure. Plus dangereusement, la politique de remboursement de l'assurance-maladie entraîne une concurrence déloyale, conduisant à diminuer la qualité des soins et des examens dans les hôpitaux et cliniques privés. »* (Médecin, 44 ans, Hôpital Bach Mai, Hanoi)

Si cette situation durait longtemps, les patients tourneraient le dos aux hôpitaux privés et se restreindraient aux établissements publics, laissant ainsi les premiers en difficulté et dans l'incapacité de faire des réinvestissements. Au lieu d'investir dans des installations modernes, ils devraient baisser leur rang à celui des hôpitaux de district. Les machines ou installations sanitaires de mauvaise qualité pourraient même présenter des risques d'accident à l'encontre des patients. La qualité des soins et des examens sanitaires est en tout cas réduite, faute de ressources humaines de haute qualité qui ne veulent pas y travailler[169].

Une autre disposition au détriment du secteur privé est la suivante : les prescriptions sur les services techniques d'un médecin public qui effectue des heures supplémentaires dans le secteur privé ne sont pas remboursables.

[168] http://cand.com.vn/y-te/Ca-nuoc-hien-co-hon-170-benh-vien-tu-nhan-386184/
[169] http://thoibaotaichinhvietnam.vn/pages/tien-te-bao-hiem/2016-03-11/kham-chua-benh-bhyt-benh-vien-tu-gap-kho-vi-su-phan-biet-cong-tu-29518.aspx

> *« Le refus de remboursement pour les services techniques prescrits par les médecins publics qui travaillent en heures supplémentaires dans les centres d'examens et de soins privés provoque dans ces derniers un manque de ressources humaines de haute qualité. »* (Médecin, Homme, 50 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

Ainsi, empêcher les médecins publics de travailler en heures supplémentaires dans les milieux privés revient non seulement à les empêcher de développer leurs compétences, mais aussi à exercer d'énormes pressions sur les hôpitaux privés. En outre, cette disposition rend trop chers des services de soins spécialisés dans des hôpitaux privés si les clients les acceptent. En fin de compte, les usagers de la carte d'assurance-maladie ne bénéficient pas des servives sanitaires de qualité dans les deux secteurs.

* *
*

Bref, des dispositions à caractère « discriminatoire » en faveur du secteur public et au détriment de celui privé provoquent en même temps deux types de tensions : d'un côté, le taux de remboursement très bas en cas d'examens et de soins dans les hôpitaux privés non-classés pousse les usagers de la carte d'assurance-maladie à venir dans le secteur public qui subit d'énormes pressions. En fin de compte, ce sont les patients qui doivent payer trop cher des services sanitaires privés ou qui acceptent de mauvais services dans le secteur public ou qui achètent dans ce dernier des « services dits volontairement payants ». Ce qu'au Vietnam on appelle d'une autre manière les « services d'examens et de soins socialisés » qui pèsent en fait sur les citoyens à bas revenus. Il s'agit ici d'une mauvaise politique de traitement entre les deux secteurs, public et privé, qui est liée à une mauvaise gestion de leurs relations. Les catégories socio-professionnelles « souches » en subissent donc de mauvaises conséquences.

II. Le fonds d'assurance-maladie face aux abus

Dans cette partie, nous allons essayer de comprendre les difficultés dans la gestion du fonds d'assurance-maladie à travers des entretiens approfondis menés auprès du corps professionnel en la matière. À partir de cette analyse, nous allons aussi mettre en évidence les difficultés liées à la gestion du fonds d'assurance-maladie et les abus dont il est victime.

II. 1. Les difficultés dans la gestion du Fonds d'assurance-maladie

Rappelons d'abord les avis recueillis à travers un entretien :

> *« L'article 34 de la Loi sur l'assurance-maladie de 2008 présente toujours des difficultés dans la gestion de la caisse d'assurance-maladie : par exemple, on ne sait pas comment sa gestion est répartie entre les autorités centrales de la Sécurité sociale et celles de provinces qui auraient une certaine autonomie en la matière en cas de déficit ou d'excédent budgétaire ; telle serait la chose la plus importante à définir clairement pour que les parties (centrale et provinciales) y comprennent leur compétence en matière de gestion financière. D'ailleurs, la définition claire de la compétence en gestion budgétaire de chaque instance éviterait d'autres problèmes relatifs au détournement ou à la fuite de fonds…»* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoï)

Ainsi, nous voyons une imperfection de la Loi sur l'assurance-maladie qui laisse des « zones d'incertitude » aux managers, centraux et/ou provinciaux. Par conséquent, ces zones opaques provoqueraient du retard dans le règlement des remboursements aux patients qui devraient souvent faire de nombreuses avances. De plus, elles créeraient

de bonnes opportunités pour une corruption car les managers seraient considérés comme « irresponsables » s'ils adoptaient une sorte de comportement « opportuniste ». Rappelons alors un proverbe vietnamien selon lequel on dit que « les pélicans trouvent bien leur proie en eaux troubles ». Pour résoudre ce problème, l'interviewé avance son avis :

> *« Je pense que l'encaissement des contributions de l'assurance-maladie doit être transféré à la Sécurité sociale du Vietnam qui, sur la base de la programmation trimestrielle, fait des avances aux autorités provinciales qui règlent ensuite les remboursements aux établissements de soins et aux patients. »* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, 46 ans, Hanoï)

En termes de gestion des avances aux établissements de soins,

> *« L'article 32 de cette loi permet des avances au service de l'organisation des services de santé corrects par les établissements de soins aux assurés. À présent, sur la base des remboursements faits au dernier semestre, malgré un manque des chiffres pour le règlement, la Sécurité sociale de Hanoï fait quand-même des avances pour que les établissements de soins puissent assumer leurs tâches aux assurés. Telle est la preuve de la bonne gestion ! »* (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi).

Il est clair que les usagers de la carte d'assurance-maladie ont un besoin en matière de règlement à temps de leurs avances. À travers cette mesure, nous pouvons apprécier une flexibilité dans l'utilisation de la caisse de la Sécurité sociale de la ville. Si les assurés ne doivent pas attendre trop longtemps pour recevoir des remboursements, ils auront confiance en l'assurance-maladie et par effet de « boule de neige », les acteurs classés sous le régime « volontaire » pourraient y contribuer volontairement. Cependant, quant aux établissements de soins, ils devraient améliorer leur temps de règlement auprès de la Sécurité sociale en lui fournissant à temps et en quantité suffisante des justificatifs :

« La loi sur l'assurance-maladie dispose que le règlement des avances du semestre précédent par la Sécurité sociale doit se faire en 75 jours à partir du premier jour du semestre suivant. Cependant, la plupart des établissements de soins prennent du retard sur l'établissement du dossier de règlement des frais de services de santé. Ce retard provoque des difficultés dans la gestion du fonds et dans le règlement annuel. Malgré la flexibilité que nous pouvons voir dans les « avances » faites par la Sécurité sociale aux établissements de soins, nous ne pouvons pas considérer cette mesure comme optimale car ce type de gestion ne nous permet pas de bonnes prévisions et nous ne pouvons pas toujours les suivre. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Ainsi, l'avance des moyens financiers faite par la Sécurité sociale aux établissements de soins compétents de Hanoï crée à la fois des avantages et inconvénients : en termes d'avantage, les établissements de soins ont de bonnes conditions de fonctionnement pour fournir de bons services de santé aux assurés qui se réconfortent en termes de confiance en leur carte ; en termes d'inconvénient, ils adoptent une attitude passive en établissant tardivement leurs dossiers de demande des remboursements ; encore une fois, la Sécurité sociale et les assurés se trouvent en situation « défavorable » en comparaison avec les établissements de soins.

Une des dernières difficultés dans la gestion de la caisse d'assurance-maladie au niveau des établissements de soins consiste à résoudre leurs problèmes de déficit ou d'excédent budgétaire. D'abord, le déficit enregistré par les établissements de soins entraîne un travail d'expertise parfois colossal pour en connaître les causes. Si celles-ci sont explicables, la Sécurité sociale procède à un remboursement :

« Pour résoudre le problème de déficit des établissements de soins, la Sécurité sociale en étroite collaboration avec eux cherche à en identifier des causes. Si elles sont compréhensibles, on procèdera aux remboursements. Mais il est souvent très difficile de détecter de vraies

causes. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoï)

II. 2. Le Fonds d'assurance-maladie face aux abus

Chaque année, 1.900 cadres experts de l'assurance sociale du Vietnam doivent s'occuper de plus de 100 millions de dossiers des maladies. Leur plus grande difficulté est de découvrir toutes les manières de détournement et/ou d'abus du fonds d'assurance-maladie. Récemment, l'assurance sociale du Vietnam a identifié de nombreux abus de fonds d'assurance-maladie dans 13 provinces et villes dont Hanoï et Hung Yen. Donc, elle a refusé de rembourser aux centres sanitaires, public et privés, et mis en cause plus de 58 milliards de dongs. Cependant, ce chiffre est probablement la partie visible de « l'iceberg immergé »[170].

On identife un gros problème d'abus et de détournement avec les services de « diagnostic d'imagerie » car ils sont coûteux (imagerie par résonance magnétique (IRM), CT - scanner, types d'analyse...) :

« L'équipe d'inspection de l'assurance sociale est « choquée » par l'abus de prescription des services d'imagerie de haute technique aux hôpitaux. Beaucoup de patients ont ainsi avoué qu'ils étaient réveillés même à minuit par les personnels hospitaliers pour l'imagerie IRM, par exemple qui était aussi proposée à une mère qui a bien accouché sous la menace qu'en l'absence de cette imagerie et dans le cas où elle contracterait une métrorrhagie, l'hôpital ne la prendrait pas en charge [...] La mère en question doit absolument accepter ce service technique qui sera ensuite remboursé par l'assurance. » (Un cadre de l'assurance-maladie, 36 ans, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)

[170] http://baohiemxahoi.gov.vn/?u=nws&su=d&cid=384&id=5395

Ces abus et détournements de fonds d'assurance-maladie sont aussi observés dans la province de Hung Yen :

> *« L'inspection à Hung Yen montre une exagération de prescription des services d'imagerie IRM aussi bien dans la médecine occidentale que dans la médecine traditionnelle. Les factures de ce service s'élèvent jusqu'à 49% des frais de visite, soit 29% des frais de soins médicaux, alors que le taux national moyen ne représente que 10-12%. » (Un cadre de l'assurance maladie, Hung Yen)*

Ce problème est vraiment préoccupant d'autant plus que beaucoup de services offerts par les centres sanitaires publics sont pris en charge par l'assurance-maladie dont l'abus et/ou l'exagération d'usage exerce de trop fortes pressions sur sa caisse. L'application délibérée de l'IRM pour diagnostiquer des maladies ne vise vraiment pas des droits des patients qui en sont bien souvent mal à l'aise.

Outre les pressions exercées sur le fonds de l'assurance-maladie et les mauvaises impressions causées aux patients qui subissent bien des fois des diagnostics divers, l'excès de ce service d'imagerie représente aussi une sorte de gaspillage qui n'est financièrement profitable qu'au corps technique des hôpitaux. Cela accentue la perte de la confiance des usagers de la carte d'assurance-maladie. Souvent, le remboursement par l'assurance-maladie à ce service technique coûteux s'élève à 75-80% alors que le reste fait partie des dépenses des usagers de la carte d'assurance-maladie[171].

> *« Comparativement au service d'IRM, l'échographie des hôpitaux généralistes est en usage excessif : il y a bien des jours où une machine d'échographie est utilisée pour diagnostiquer 250 patients. Par conséquent, on observe une réduction de la durée de ce service, par exemple, de 5-7 minutes réglementaires pour une échographie abdominale à 1-2 minutes réelles, pour une échocardiographie, de 25-30 minutes réglementaires à 3-*

[171] http://bhxhdanang.gov.vn/news.aspx?NewsID=Nhung-"chieu-rut-ruot"-quy-Bao-hiem-y-te

4 minutes réelles. Les résultats deviennent donc douteux et se pose le problème de la déontologie médicale. » (Un cadre de l'assurance-maladie, arrondissement de Dong Da, Hanoi)

Le manque du temps de diagnostic rend les patients désagréables et laisse ignorer des maladies :

« En 5 minutes, on fait à un patient une échographie abdominale, une échocardiographie et une échographie endoscopique. Ce diagnostic ne lui apporte que de mauvais résultats. Pour notre part, nous devons lutter contre des abus de services techniques en indiquant aux hôpitaux concernés des pratiques non raisonnables et en leur demandant d'être conformes aux règles. » (Un cadre de l'assurance maladie, Hung Yen)

Dans la médecine traditionnelle qui a normalement peu de recours aux services techniques, l'abus de ceux-ci est aussi observé en matière de réhabilitation :

« À hôpital généraliste [172] de la province de Thai Binh, le montant remboursé par l'assurance-maladie pour la « rééducation[173] » pendant les jours fériés est de 63,4 millions de dongs, soit 314 cas, c'est-à-dire très élevé. Malgré la panne de la machine, le détournement de fonds est observé à travers le nombre de patients bénéficiaires de ce service (soit 31 cas). » (Un cadre d'assurance maladie, Hung Yen)

« Ces abus et détournements sont aussi observés dans un hôpital généraliste de Hanoï où les frais remboursés par l'assurance-maladie à la réhabilitation qui utilise des services techniques représentent 50% de la totalité des frais médicaux de l'établissement. Ces activités ne correspondent pas du tout aux effectifs soignants ni aux équipements

[172] Dans beaucoup d'hôpitaux généralistes vietnamiens, des services de la médecine traditionnelle se combinent avec la médecine occidentale.

[173] Lorsque la rééducation s'adresse à l'appareil locomoteur, on parle en général de « rééducation fonctionnelle ». Il s'agit essentiellement de la kinésithérapie (*physiotherapy* en anglais) et de l'ergothérapie. Mais on peut aussi rééduquer d'autres fonctions, comme le langage, grâce à l'orthophonie, ou la vision, avec l'orthoptie (https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/087-readaptation-recuperation-reeducation-rehabilitation/)

limités. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)

Il est très difficile pour les cadres de l'assurance-maladie de contrôler ces abus et détournements à travers l'usage des services techniques car le corps soignant a sa logique d'action qui repose théoriquement sur l'intérêt des patients.

« En faisant des calculs, on trouve que le temps de travail théorique du corps soignant dans les services techniques bénéficiaire du remboursement par l'assurance-maladie dépasse largement leur temps de travail réel. » (*Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)*

L'abus et le détournement concernent aussi les prescriptions de médicaments, surtout des antibiotiques.

« La prescription des médicaments chers pour les traitements préventifs dans de nombreux centres médicaux est très peu raisonnable et abusive, violant les règles fixées par le ministère de la Santé. » (Un cadre de l'assurance-maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoi)

Le type d'abus à travers les prescriptions de médicaments devient « familier » au détriment du fonds d'assurance-maladie. Il s'agit vraiment d'un « casse-tête » pour les autorités compétentes en matière d'assurance-maladie :

« Dans un hôpital généraliste de Hanoï, le montant remboursé pour les médicaments s'élève jusqu'à 70% de tous les frais de traitement. Il s'agit ici d'une consommation excessive et abusive des antibiotiques prescrits pour les patients. Au lieu de prescrire des médicaments ordinaires et efficaces, on donne des antibiotiques très chers. » (Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Tay Ho, Hanoi)

Cet abus de médicaments peut être analysé sous deux aspects, économique et éthique. En termes économiques, ces pratiques exercent des pressions énormes sur l'effondrement du fonds d'assurance-maladie. En matière éthique, l'abus des

médicaments rend les patients plus résistants aux antibiotiques qui deviennent moins efficaces.

Apparemment, les managers de l'assurance-maladie font face à cette réalité d'abus et de détournement des hôpitaux publics dont la direction cherche à tirer profit de ses liens étroits avec celle qui gère le fonds. Il s'agit en fait d'une sorte de corruption.

Quant aux hôpitaux privés qui poussent comme des champignons au Vietnam, les cadres d'assurance-maladie rencontrent aussi de grosses difficultés dans leur travail managérial :

> *« Les abus des fonds d'assurance-maladie dans les hôpitaux privés sont d'autant plus difficile à contrôler qu'il y en a une grande diversité. » (Cadre d'assurance-maladie, arrondissement de Ba Dinh, Hanoi)*

Quelles y sont les formes d'abus et quelles sont les différences en comparaison avec les hôpitaux publics ?

> *« L'hôpital privé propose aux usagers de la carte d'assurance-maladie des promotions en les encourageant à utiliser excessivement l'échographie. » (Un cadre de l'assurance-maladie, arrondissement de Dong Da, Hanoi)*

> *« Les maladies courantes sont traitées avec des médicaments courants, mais les médecins des hôpitaux privés prescrivent des analyses très chères dont le coût occupe jusqu'à 70% de la totalité des soins et traitements. L'assurance sociale du Vietnam en est bien au courant. »* (*Un cadre de l'assurance maladie, arrondissement de Hoang Mai, Hanoi)*

Outre les formes d'abus du fonds d'assurance-maladie, comparables aux hôpitaux publics, ceux du secteur privé cherchent à faire des promotions et des remises aux patients en les encourageant à demander des analyses chères. Pour eux, en fin de comptes, ces pratiques ne sont au détriment que du fonds d'assurance-maladie. Ainsi,

est observée une complicité entre les hôpitaux privés et les usagers de la carte d'assurance-maladie en la matière.

> *« On observe des fiches de paye ou des factures très coûteuses données par les médecins aux patients qui sortent des hôpitaux privés. Bien des fois, elles s'élèvent à des millions de dongs pour des maladies très courantes et peu coûteuses. »* (*Un cadre de l'assurance maladie, Hung Yen)*

D'autres formes de détournement sont aussi observées dans le secteur privé, comme lorsque des bulletins de paye faussés sont envoyés pour demander des remboursements à l'assurance-maladie en énumérant des activités purement imaginaires ou en les multipliant d'une manière absurde. Monsieur Nguyen Ta Tinh, le responsable adjoint de la mise en oeuvre de la politique d'assurance maladie en fait part :

> *« Face aux diverses formes de détournement du fonds d'assurance-maladie, on demande à l'Organisme de l'Assurance sociale au niveau du district et/ou de la province de bien veiller à la conformité des hôpitaux privés à la Loi sur l'assurance-maladie et aux règlements fixés par le ministère de la Santé dans l'esprit de rehausser la qualité des examens, des soins et des des traitements. »*

Ainsi, à travers des pratiques abusives, de détournements, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, les premières tensions sociales sont observées entre le fonds d'assurance-maladie et ces deux secteurs : d'un côté, il fait face à un risque majeur d'effondrement lié à la réduction des recettes, à l'augmentation vertigineuse des dépenses non-justifiables, ou inexplicables ; de l'autre, la complicité entre le corps soignant et les usagers de la carte d'assurance-maladie ne vise que les intérêts bilatéraux à court terme.

Au niveau des relations entre le secteur public et celui privé, comme le second pense toujours que les priorités et/ou faveurs sont toujours données au premier, il accroît des pratiques réactives à ce qu'on qualifie de « traitement discriminatoire ». Du coup,

beaucoup d'hôpitaux de ces deux secteurs cherchent à poursuivre leurs intérêts en abusant au maximum du fonds d'assurance-maladie.

Au niveau des usagers de la carte d'assurance-maladie, en poursuivant ainsi leurs intérêts à court terme, ils acceptent peut-être des traitements hâtifs et/ou inutiles. Par conséquent, les maladies pourraient s'aggraver faute de déontologie de la part du corps soignant.

Au niveau de l'État, la mauvaise gestion du fonds d'assurance-maladie provoque bien des tensions sur son image « socialiste » qui a en principe pour objet de protéger les catégories socio-professionnelles vulnérables en adoptant une politique raisonnable de redistribution de la croissance du pays. Mais dans la réalité, beaucoup de catégories socio-professionnelles perdent toute confiance en sa capacité à agir d'une manière juste.

III. Tensions sociales au niveau du contrôle de l'assurance-maladie

Quant au contrôle de l'assurance-maladie, quels types de difficultés rencontre-t-elle ? Et comment les tensions sociales s'y manifestent-elles ?

Pour apporter des réponses précises, rappelons qu'au bout de huit ans de la mise en oeuvre de la politique d'assurance-maladie, un organe de l'expertise en la matière fut fondé en l'an 2000 pour assurer les droits légitimes des assurés en stabilisant sa caisse et en luttant contre tous les abus. En 2012, il y avait au total 1.900 experts pour la totalité des activités. Voici quelques chiffres qui expriment bien un excès de travail de la part des premiers experts de l'assurance-maladie vietnamienne : 1.900 experts ont dû procéder à l'examen de 59.000 dossiers[174], soit 3.105 dossiers par personne ou 9

[174] http://www.baohiemxahoi.gov.vn/Index.aspx?u=nws&su=d&cid+384&id=5430

dossiers par personne par jour sans prendre en compte plus d'un million de tours de contrôle effectués. Il s'agit apparemment d'un travail volumineux ou d'une mission impossible pour les nouveaux experts de l'assurance-maladie. Ces derniers n'accomplissent souvent que de 20 à 25% de ce volume de travail colossal en n'apportant vraiment pas leur sérieux faute de temps. Ainsi, ils vivaient sous haute tension chaque jour de travail d'expertise :

> *« À part les tours de contrôle effectués dans les établissements de soins, je dois vérifier en principe chaque jour une dizaine de dossiers. C'est vraiment impossible ! »* (Un expert, 35 ans, quartier de Tay Ho, Hanoï)

Outre les pressions énormes exercées par une surcharge de travail, ces experts manquent aussi de formations et d'expériences en la matière car la plupart sont en provenance d'études diverses comme le droit, l'économie, le management… Rares sont les experts formés en médecine ou en pharmacie qui sont pourtant le plus souhaités pour ce travail.

> *« Pour plusieurs experts qui ont fait des études en lien très faible avec ce travail, il leur manque non seulement des expériences, mais aussi et surtout des formations. D'où* il suit que *l'expertise ne peut pas être garantie. »* (Cadre de l'assurance maladie, district de Yen My, Hung Yen)

Face à ces difficultés, les experts ont essayé de faire leur travail tant bien que mal et ont approuvé presque tous les dossiers qu'ils soient expertisés ou non. Il en résulte que le fonds d'assurance-maladie en a en premier lieu subi de nouveau des dépassements de dépenses, que les établissements de soins cherchent en second lieu à porter atteinte aux règlementations et en troisième lieu que cela provoque une nouvelle perte de la confiance des assurés. En 2013, outre les mesures d'augmentation du nombre des experts, l'agence de l'assurance-maladie propose un nouveau mode d'expertise, à savoir l'expertise représentative ou l'expertise par ratio des dossiers en fonction du niveau de classement et du nombre de lits. Au lieu d'expertiser tous les dossiers médicaux des assurés, ils procèdent au choix d'un échantillon suffisamment représentatif en classant les erreurs en trois niveaux selon leur gravité : erreurs

statistiques, erreurs professionnelles du corps soignant et erreurs systématiques[175]. Ce classement des niveaux d'erreurs commises par les établissements est très significatif dans la mesure où les rappels ou sanctions seront appliqués conformément à ce qu'ont commis les établissements de soins. Par exemple, les erreurs systématiques (administratives) qui ne correspondent pas à des abus ou détournements recevront seulement des rappels des autorités compétentes de l'assurance-maladie, alors que les deux autres types d'erreurs conduiront ces instances à réduire ou à rejeter les remboursements.

Grâce au nouveau mode d'expertise de l'assurance maladie, les erreurs des établisements de soins ont commencé à diminuer : en 2013, les dépenses faussées atteignaient 50 milliards de dongs, tandis que les années suivantes, ce chiffre baissait respectivement à 40 milliards et à 10 milliards de dongs. Par conséquent, l'excès est devenu moins grave[176].

Malgré ces premiers résultats positifs de l'application du nouveau mode d'expertise, ce travail fait toujours face à d'autres difficultés et imperfections selon les avis que nous avons recueillis des experts eux-mêmes. Les premières lacunes concernent bien le cœur du travail de ces derniers au sens où les experts locaux se plaignent du manque de leurs capacités d'expertise :

> *« L'exigence des capacités professionnelles liées au nouveau mode d'expertise est souvent bien trop grande et il en résulte que nous rencontrons de nombreuses difficultés sur le terrain. Elles ralentissent par conséquent la mise en œuvre de notre travail. »* (Cadre de l'assurance maladie, 37 ans, district Yen My, Hung Yen)

Comme nous l'avons dit ci-dessus, ces difficultés étaient dues au manque de personnels en provenance des formations médico-pharmaceutiques qui préféraient

[175] http://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Quyet-dinh-1456-QD-BHXH-ban-hanh-quy-trinh-giam-dinh-bao-hiem-y-te-2015-299162.aspx
[176] http://phunuonline.com.vn/thoi-su/xa-hoi/that-thoat-bao-hiem-y-te-khong-ai-chiu-trach-nhiem-76184/

sans aucun doute leur travail dans les hôpitaux et/ou pharmacies. D'où naît un besoin de création d'une formation d'expertise à long terme.

> *« Avant, j'exerçais mon métier de médecin, maintenant je suis expert des dossiers médicaux pour le remboursement. Au début du nouveau travail, j'en étais stupéfait, mais je m'y suis adapté au fur et à mesure. Grâce à mes savoirs et compétences de médecin, mon travail est devenu de plus en plus fluide. Au contraire, mes collègues ont toujours des tas de difficultés faute de savoir et de compétences en la matière ».* (Experte, 40 ans, Assurance-maladie, Hanoi)

Un certain nombre d'experts en provenance des formations de médecine et/ou de pharmacie rencontrent aussi des difficultés psychiques dans la mesure où ils sont en train d'exercer ce travail à contre cœur :

> *« C'est parce que je n'ai pas trouvé un travail dans un hôpital que j'ai décidé de me rapprocher de ce travail d'expertise pour être toujours près de la famille. Au fond du cœur, je souhaite toujours faire mon métier de médecin. »* (Experte, 39 ans, Assurance-maladie, Hung Yen)

Il s'agit là d'un problème caché et lié au revenu du métier d'expertise qui est toujours incomparable à celui de médecin et/ou de pharmacien. Et cela baisse leur motivation.

> *« Actuellement, la plupart des diplômés en médecine ou en pharmacie préfèrent travailler dans les hôpitaux, les cliniques ou les pharmacies car leur salaire est nettement meilleur. »* (Homme, 45 ans, Chef adjoint du Département de l'expert de l'assurance maladie, Hung Yen)

Ainsi, nous pouvons voir clairement la faible attraction de ce travail d'expertise sur la main-d'œuvre de haute qualité qui pourrait l'accepter. Des pressions continuent par conséquent d'être exercées sur eux :

> *« Actuellement, l'équipe d'experts de notre province, peu formée en médecine et en pharmacie, qui se compose de seulement 89 cadres fait son*

travail relatif aux 70 établissements médicaux. Le volume de travail très grand et difficile exige qu'elle travaille très souvent jusqu'à 20h30 ou 21h. » (Homme, 45 ans, chef adjoint du bureau de l'expertise de l'assurance-maladie, Hung Yen)

À Hanoï, ce type de difficultés est comparable d'autant plus qu' « à bien des moments, en dépit de l'équipe d'experts très mince, elle est obligée de concentrer son travail sur un seul établissement de soins « problématique » en laissant d'autres fonctionner d'une manière libérale[177] » *(Homme, cadre de l'assurance maladie, District de Tay Ho, Hanoi).*

Même les experts formés en médecine ou en pharmacie manquent de savoirs et de compétences d'expertise relatifs aux règlementations en assurance-maladie. D'où les difficultés observées dans la considération des dossiers :

« L'expertise des dossiers de l'assurance-maladie exige beaucoup de savoirs et de compétences et de nombreuses opérations relatives aux procédures administratives, aux services techniques, aux frais de fournitures médicales, aux frais de médicaments, aux modalités de considération du dépassement du plafond etc. Magré ma formation en médecine, je rencontre souvent des difficultés faute de savoir et de compétences réelles en matière d'expertise. » (Experte, 39 ans, Hung Yen)

Aux difficultés dues au manque de formation en matière d'expertise s'ajoutent les pressions issues de la responsabilité très grande devant la loi en cas de non-détection des fautes et/ou erreurs commises par les établissements de soins.

« Un hôpital ou une clinique peut rejeter ses responsabilités facilement, alors que nous, en cas de non-détection des fautes commises, on devra être tenus responsables devant la loi de l'assurance-maladie. » (Experte de l'assurance-maladie, 33 ans, Hanoi)

[177] D'après le proverbe français ou vietnamien "quand le chat est absent, les souris dansent" ou "quand le propriétaire est absent, les poussins poussent leur plume". Dans ce contexte, d'autres hôpitaux profitent de cette situation pour commettre des erreurs.

Il est donc à noter que les savoirs et compétences en médecine ou en pharmacie au service de l'expertise des dossiers médicaux sont vraiment nécessaires, mais pas suffisants car ce travail exige des compétences et capacités interdisciplinaires. Les connaissances transmises « de main en main » d'un collègue à l'autre ne s'adaptent plus du tout aux nouvelles exigences.

> *« Jusqu'ici, je tirais essentiellement des leçons des anciens collègues dont la plupart suivent un chemin usé. Mais de nouveaux problèmes complexes qui surviennent restent incompréhensibles aussi bien aux débutants qu'aux anciens et par conséquent, sont abandonnés. »* (Expert, 36 ans, Assurance-maladie, Hanoi)

En fait, ces problèmes sont reconnus des autorités supérieures de l'assurance-maladie :

> *« L'expertise des dossiers médicaux exige du savoir et des compétences interdisciplinaires mais jusqu'ici, aucune formation initiale au pays n'est organisée, laissant les experts faire leur travail tant bien que mal. »* (Expert, 45 ans, chef adjoint du bureau de l'expertise de l'assurance maladie, Hung Yen)

Un autre problème qui se pose concerne les limites de la formation où la surcharge, même si elle est organisée dans la mesure du travail, ne permet pas la participation suffisante du personnel :

> *« Comme le travail exige que plusieurs personnes ne puissent pas être désignées à la formation en même temps et que les frais ne le permettent pas, beaucoup d'activités doivent être reportées aux années suivantes. »* (Homme, 48 ans, Responsable du Département de formation - École de formation professionnelle de l'assurance sociale, Hanoi)

Beaucoup d'autres facteurs influent sur la mise en œuvre de la formation des experts.

> *« Il nous faut organiser pour les débutants beaucoup de visites difficiles à gérer dans les établissements médicaux. En plus, les experts expérimentés*

comme les débutants manquent très souvent de temps alors qu'un cursus de formation dure de un à trois mois, ce qui prend sur leur temps de travail réglementaire. » (Homme, 48 ans, Responsable du Département de formation - École de formation professionnelle de l'assurance sociale, Hanoi).

Ainsi, demeurent de nombreuses difficultés en matière de ressources humaines d'expertise. Les acteurs concernés en ressentent des tensions au niveau individuel au sens où les pressions sont exercées sur eux alors que la professionnalité exigerait qu'ils y soient formés.

Outre des problèmes de main-d'œuvre, un enjeu très important est aussi lié aux infrastructures informatiques qui ne sont pas à la hauteur de ce que les experts attendent pour bien faire leur travail.

« Le travail d'expertise par ratio exige de très bonnes infrastructures informatiques mais en réalité, elles ne sont pas satisfaisantes pour ne pas dire « très limitées ». » (Expert de l'assurance-maladie, 36 ans, Hanoi)

Cet avis ou ces commentaires sont aussi partagés par son collègue de Hung Yen :

« Les supports techniques de traitement des résultats d'expertise n'ont pas été améliorés depuis longtemps, ce qui provoque des erreurs de calcul dans les frais à rembourser. » (Chef adjoint du Département d'expertise de l'assurance maladie, 45 ans, Hung Yen)

Les plaintes de ce type sont nombreuses et justifient une nécessité d'amélioration et/ou de compléments au service d'un meilleur traitement des données d'expertise.

« Face aux nombreux obstacles et difficultés techniques en matière d'expertise, l'assurance sociale du Vietnam fait construire par des entreprises informatiques coréennes et japonaises des logiciels d'expertise mieux adaptés à ce domaine. Ils seront opérationnels à la fin de 2015. » (Experte de l'assurance maladie, 29 ans, Hanoi)

En attendant une vraie amélioration des supports techniques et de l'expertise, un autre type de tensions existe entre le travail d'expertise et et celui de médecin.

> *« Je me sens vraiment mal à l'aise en travaillant avec des experts sans aucune base médicale. Récemment, je voulais prescrire une ordonnance à un patient atteint de cancer, ces médicaments chers, très efficaces et inclus dans la nomenclature de remboursements par l'assurance-maladie sont remis en question par cet expert de manière à me culpabiliser. C'est incompréhensible pour moi. »* (Médecin, 50 ans, Hôpital de Bach Mai, Hanoi)

À Hung Yen, les médecins partagent aussi cette plainte en l'exprimant autrement :

> *« Chacun est spécialisé dans son domnaine et responsable de son travail. On doit se respecter l'un l'autre. Pour ma part, je n'accepte pas ce genre d'ignorance de mon métier de la part d'un certain nombre d'experts qui exercent des pressions sur ce qu'un médecin devrait prescrire. Il devrait prescrire des médicaments au meilleur prix. En fin de compte, ce sont les assurés qui ne sont pas bénéficiaires du bon traitement. »* (Médecin, 36 ans, Hôpital de Hung Yen)

Il est clair qu'à la campagne comme en ville, le corps soignant se plaint de la logique d'action des experts qui mettent l'accent sur les économies maximales pour la caisse d'assurance-maladie sans un fondement solide relatif au travail médical. Aux yeux des médecins, les derniers agissent dans un esprit utilitariste ou de marché centré sur les intérêts et la croissance du Fonds. Au contraire, les médecins cherchent aussi à protéger leurs métiers qui doivent être exercés selon la logique de l'efficacité de soins et de traitements et celle de leur prestige professionnel. D'où les tensions sociales entre ces deux groupes socio-professionnels. Bref, ce type de tensions est dû à l'incompréhension réciproque de ces deux catégories socio-professionnelles et les assurés ont moins de confiance en l'utilité de laur carte :

« J'ai entendu un médecin se plaindre de sa réticence à prescrire de bons médicaments à cause des interventions et des pressions exercées par des experts sur eux. Et j'ai perdu en grande partie ma confiance en ma carte d'assurance-maladie. » (Un cadre assuré, 37 ans, enseignant-chercheur, Hanoi)

Les médecins débutants comme expérimentés refusent pour toutes ces raisons de chercher un travail d'expertise qui manque toujours de bons experts. Ce qui fait bien un cercle vicieux.

IV. Les modifications du sens de l' « enveloppe »

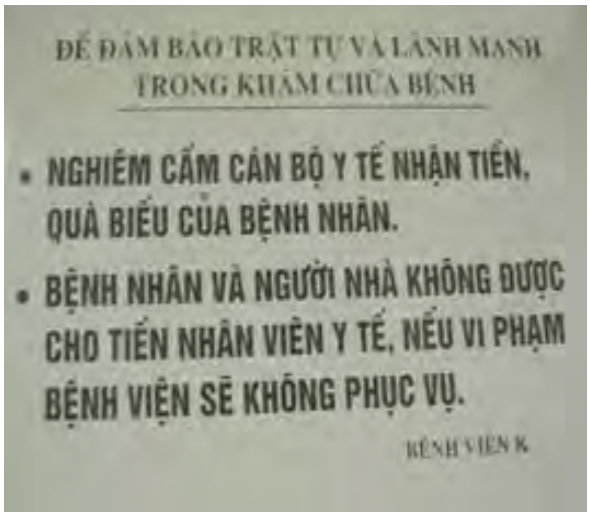
Comme nous l'avons vu en seconde partie, la culture de l'« enveloppe » est depuis longtemps un trait spécifique dans la vie des Vietnamiens. Elle est présente dans la plupart des aspects de la vie, lors des mariages, des funérailles, des réunions ou des signatures de contrats. L'enveloppe apparaît dans presque chaque opération, chaque relation et dans la plupart des occasions importantes dans la vie quotidienne. Elle apparaît tout particulièrement dans le domaine de la santé et des soins médicaux puisque la santé humaine est considérée comme l'un des facteurs les plus importants, celui que Abraham Maslow a placé en seconde position dans la hiérarchie des besoins humains, il est donc facile de comprendre pourquoi elle apparue et existée.

Le sens traditionnel de l'enveloppe consistait à exprimer des échanges purement affectifs en cas de distance géographique. Mais depuis le développement vertigineux des nouvelles technologies liées à la globalisation, l'enveloppe a perdu totalement ce sens originel et sert surtout à faire des échanges utilitaristes et/ou économiques. Dans les relations de services entre les assurés/clients/patients et les médecins, ces modifications sémantiques se voient très nettement. Donc, cette sous-partie consiste à en montrer les origines, les formes et les mentalités de ces catégories socio-

professsionnelles en contact. Et combien et comment l'image des médecins dans les hôpitaux publics en est touchée.

En dépit des intérêts affectifs offerts par l'enveloppe dans la culture quotidienne traditionnelle des Vietnamiens, elle prend en effet de nouveaux sens très pragmatiques dans la mesure où elle transforme toutes les subtilités de la profondeur culturelle vietnamienne en un usage simplifié dans toutes les situations des échanges actuels tant au niveau des heureux évènements qu'à celui des manifestations douloureuses (enveloppes offertes à toutes les occasions possibles comme naissance d'un bébé, fiançailles, mariages, inauguration d'une maison individuelle, de travaux publics, funérailles, prise d'un poste de travail important…etc).

Quant aux relations médecins-patients, ces pratiques ont tendance à devenir répandues dans les établissements publics d'autant plus qu'en 2008, le quatrième principe de conduite du code déontologique à l'attention du corps soignant note bien la mention « non à l'enveloppe ! ». Malgré ce slogan moral partout affiché dans les couloirs des établissements de soins publics, il est très difficile de les limiter.



(Slogan de l'hôpital spécialisé dans le cancer K)[178]

[178] Traduction « Il est interdit de recevoir l'argent, les cadeaux des patients.- Les patients et les proches des patients ne donnent pas d'argent aux personnels médicaux, sinon nous ne les servirons pas. » Source : http://kygia.net/benh-phong-bi-o-viet-nam-tren-bao-anh/).

En 2015, cinq grands hôpitaux à Hanoi (Bach Mai, hôpital vietnamo-allemand, Hôpital de l'Obstétrique Centrale, les Hôpitaux de cancérologie K et E) se sont engagés à appliquer à la lettre ce code de déontologie et à améliorer cette situation problématique du don de l'enveloppe. Cependant, beaucoup de patients remettent en question l'efficacité de ces engagements parce que depuis longtemps, le don de l'enveloppe est devenu quelque chose de commun dans les hôpitaux publics aussi bien au niveau central que local.

Ces pratiques du don de l'enveloppe dans les hôpitaux publics commencèrent à paraître au moment où les surchages exercèrent des pressions énormes sur le corps soignant. Les patients et leurs proches entrèrent en concurrence en matière de médecin, de lits, de médicaments… Très vite, « l'enveloppe » est devenue « un principe d'action implicite » :

> *« Peut-être, l'enveloppe a commencé à paraître de mémoire autour de l'an 2000 et ces pratiques sont très vites devenues répandues en cas de surcharges des hôpitaux. De mon point de vue, l'offre d'enveloppes au corps soignant reflète dans une certaine mesure une amélioration de la vie des patients qui dépensent plus qu'avant pour la santé. »* (Médecin, 60 ans, hôpital Saint-Paul, Hanoi).

Par ce qui a été dit par ce médecin, on constate une « normalité » de la réception de l'enveloppe et une justification de ce geste. Ces paroles de ce médecin de 60 ans qui a dû vivre son métier à travers des époques différentes nous font réfléchir sur ce qui devrait être considéré comme « anormalité », c'est-à-dire l'absence du don d'enveloppes. Cette idée est bien reconnue de la manière suivante :

> *« Le don de l'enveloppe dans le secteur de la santé devait exister depuis très longtemps. Au milieu des années 1990, il correspondait à une petite somme d'argent signifiant un « geste de reconnaissance » (environ 5000 à 10.000 dongs par piqûre) pour devenir une grande dépense à présent*

(50.000 à 100.000 dongs par piqûre d'après le degré de gravité). » (Infirmière, 42 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

Ainsi, l'enveloppe au sens du pot de vin serait apparue précocement dans le secteur de la santé à partir des premières années après la réforme économique (1986) et elle se manifesterait sous plusieurs formes. Quelles en sont les causes profondes ?

« J'attribue l'enveloppe à la surcharge des hôpitaux centraux. Par exemple, j'ai un ami, également professeur, usager de la carte d'assurance-maladie à l'Hôpital de l'Amitié qui doit y aller très tôt pour faire la queue. Mais les numéros sont souvent finis quand on arrive à son tour. Ce qui l'oblige à y revenir le lendemain alors qu'il habite tout près de cet établissement de soins. Je vais à l'hôpital K pour rendre visite à un proche avec l'aide du directeur de l'hôpital, j'observe la même surcharge et les patients ont une idée de se faire une concurrence implicite en offrant au corps soignant leur enveloppe pour se faire examiner, traiter plus vite. » (Médecin, Homme, 50 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

La première cause de l'enveloppe est due principalement à la surcharge des hôpitaux, notamment des hôpitaux en première ligne, où il ya trop de patients qui ont besoin d'examens et de soins médicaux en même temps. Mais sous un autre aspect, la corruption est faite depuis longtemps pour obtenir une priorité ou un avantage en matière de soins. Les patients ou leurs proches utilisent « l'enveloppe » pour se faire examiner, soigner, traiter par avance et d'une manière prioritaire par rapport à d'autres en se donnant une certaine assurance psychique.

« Le salaire du corps soignant semble être trop faible, il est classé 16è des 18 premiers métiers considérés, alors qu'il leur a fallu beaucoup d'investissements variés lors de leur formation qui a toujours été placée sous haute pression. Dans d'autres pays, le salaire d'un médecin est très élevé, et se classe seulement après celui des pilotes de l'aviation civile. Alors, en cette matière, on se sent mal traités en dépit de nos savoirs et savoir-faire. » (Médecin, 31 ans, hôpital de cancérologie K, Hanoi)

Un autre médecin exprime son avis de la manière suivante :

> *« C'est le mécanisme de gestion qui pousse le corps soignant à recevoir l'enveloppe. Par exemple, l'hôpital maltraite l'autonomie d'un médecin public en l'obligeant à recourir directement à la collecte de l'argent pour avoir un meilleur salaire. Il cherche donc à recevoir directement l'enveloppe offerte par les patients et/ou leurs proches en pensant qu'il est « exploité » par l'établissement. »* (Médecin, 60 ans, hôpital Saint-Paul, Hanoi).

Il est clair qu'au lieu de se concentrer sur ses métiers, le corps soignant doit faire un travail administratif lié aux frais de soins payés par les patients. En termes anthropologiques, le contact direct avec l'argent cause chez eux au fur et à mesure une certaine envie de « prélèvement implicite » des sommes encaissées et/ou d'« augmentation illicite » des frais réglementaires.

> *« Nous n'avons pas encore d'autres meilleures manières que de faire payer aux patients du liquide qui est trop largement utilisé au Vietnam. Ces derniers doivent payer directement les frais d'hospitalisation pour se faire examiner, soigner et/ou traiter. Ce mécanisme de gestion des droits d'hospitalisation se fait de telle sorte qu'il appauvrit les pauvres en enrichissant les riches qui ont beaucoup d'argent liquide. »* (Médecin, 33 ans, hôpital Vietnamien-allemand, Hanoi)

Une autre cause de l'enveloppe vient de la faible gestion de l'assurance maladie qui permet à l'hôpital de percevoir une avance en liquide toujours supérieure au montant qu'un(e) patient(e) devait payer après les soins. Prenant connaisance de cette avance élevée, certains médecins cherchent à recevoir l'enveloppe des patients en leur prescrivant des ordonnances à un coût raisonnable. Sinon, les prescriptions leur reviendraient très cher, voire dépasseraient le montant avancé.

Une dernière cause très importante de l'enveloppe est bien la détérioration de l'éthique et de la morale d'un certain nombre de médecins aussi bien dans le secteur public que dans celui privé :

> *« En collaboration implicite avec des pharmacies dans son réseau, un médecin peut exagérer des ordonnances pour en recevoir des commissions. Les médicaments deviennent donc souvent trop chers. »* (Infirmière, 29 ans, hôpital vietnamien-allemand, Hanoi)

Très souvent, le corps soignant « condanme » ses patients à être volontaires dans l'offre des enveloppes pour gagner en tranquillité. Mais beaucoup d'entretiens de ce type montrent bien que le corps soignant ne respecte pas du tout ou respecte très peu son code de déontologie.

Le pot de vin s'exprime en fait sous plusieurs formes dont l'enveloppe ou les liquidités sont les plus répandues. Cependant, il ne s'agit pas de la forme unique.

> *« Après une époque de l'enveloppe qui « contribuait » à l'élévation du niveau de vie du corps soignant, depuis peu d'autres types d'offres d'opportunités d'achat, de voyage, de théâtre… au coût spécial se diversifient. »* (Médecine, 48 ans, hôpital K, Hanoi)

Un autre type d'offre très spécial concerne des promesses de promotion aux médecins qui, à travers des conversations suggestives, pourraient obtenir un poste plus intéressant dans la hiérarchie administrative de la médecine car les derniers n'ont presque plus de besoins physiologiques d'après Maslow. Ainsi, beaucoup de professionnels s'éloignent au fur et à mesure de leurs réels métiers et deviendraient aussi de mauvais managers en cas de nomination.

> *« Les gens ont de l'argent maintenant, ils cherchent à nouer des relations avec des médecins aux postes plus élevés et après quelques conversations suggestives, « des opportunités » sont proposées aux médecins et/ou à leurs proches. Ce sont les médecins qui doivent demander leur numéro de*

téléphone, et, après quelques appels, les deux s'approchent l'un de l'autre comme membres de la même famille, comme amis de longue date… En cas d'urgence, ces meilleurs médecins vont sur les lieux immédiatement. » (Femme, 52 ans, Cadre, diplômée de l'Université, Hanoi)

Nous pouvons le dire, aujourd'hui « l'enveloppe » a perdu son sens symbolique pour en prendre un autre très liquide et/ou très matérialisé sous diverses formes officieuses. L'enveloppe a ses formes d'argent, de nature comme cadeaux, voyages et même de renforcement des relations comme transactions. Le poids du contenu de l'enveloppe qui différencie des attitudes, examens, traitements et soins, crée des inégalités et/ou des fossés entre les catégories socio-professionnelles. Les relations affectives passent peut-être dans un premier temps par une professionnalisation qui se transforme très vite en des échanges commerciaux. Il en résulte que le code de déontologie perd alors totalement son sens et que les couches populaires continuent d'être mal protégées.

« Le don de l'enveloppe est réel, parce que le comportement du médecin est toujours insatisfaisant. Hier, je devais l'attendre plus d'une heure, mais je n'ai pas pu le voir. Quelqu'un m'a dit qu'il faudrait lui remettre une enveloppe. » (Femme, 35 ans, patient de l'hôpital à Hung Yen)

L'attitude du personnel médical envers ses patients deviendrait en quelque sorte « relâchée » une fois que lui est passée une enveloppe. D'une manière ou d'une autre, les patients doivent le comprendre pour leur faire « un geste ».

« Je suis allée prendre en charge mes proches à plusieurs hôpitaux où j'ai dû en fait « stipendier », pour obtenir une attention correcte et/ou une bonne prescription pour ces proches. Tout le monde partagerait cette pratique si ses proches étaient hospitalisés. » (Femme, 41 ans, proche d'un patient, l'hôpital Saint Paul, Hanoi)

Au fur et à mesure que ces pratiques sont devenues de plus en plus courantes, les patients et/ou leurs proches ont développé une sorte de disposition à l'offre de l'enveloppe.

« On est dans l'obligation d'offrir une enveloppe au corps soignant dont l'épaisseur dépend de nos conditions de vie : quand on est aisé, une enveloppe peut aller jusqu'à des millions de dongs après une opération alors que, quand on est peu aisé comme nous, des paysans, quelque deux ou trois cents milles dongs lui suffiraient. » (Homme, 59 ans, patient de l'hôpital K, Hanoi)

L'histoire de l'enveloppe semble être un sujet permanent pour l'attribution des lits de patients. Depuis longtemps, l'idée d'offrir une enveloppe pour se faire bien traiter est enracinée dans l'esprit de beaucoup. Donc, dès l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire que quand les patients ne réchauffent pas encore leur place, ils s'obligent à s'informer des modalités et du montant d'enveloppe dans les cas divers.

L'histoire de l'enveloppe liée aux soins médicaux est aussi bien montrée par l'Organisation Internationale de Transparence et l'Institut de Recherche et de Formation de Développement Communautaire qui, selon son étude quantitative, a annoncé le 06 juin 2015 que presque la moitié des patients interrogés ont dit avoir donné de l'argent et/ou des cadeaux au corps soignant parce qu' « ils ont vu que tout le monde le pratiquait » et qu'un tiers des des patients interrogés ont dit que parfois des personnels médicaux demandaient l'enveloppe d'une manière très complexe et difficile à décoder. Cette étude a aussi montré les raisons pour lesquelles les patients pratiquaient le don des frais non officiels.

Quant aux récepteurs de l'enveloppe, comment en interprètent-ils le sens quand ils ont dû s'investir longtemps dans leurs études qui semblaient être très dures :

« Le métier médical est très dur et demande un apprentissage tout au long de la carrière. Les études généralistes qui durent 5 ans, celles spécialisées de 4 à 5 ans de plus et tout au long de sa vie, obligent tous les médecins à se perfectionner. Sans apprentissage quotidien, ils perdent facilement et très vite leurs connaissances en devenant « arriérés » en comparaison avec leurs collègues. Or, les rémunérations ne sont pas du tout à la hauteur de

ce en quoi ils s'investissement. Sans enveloppe, ils auraient du mal à vivre et à exercer correctement leurs métiers. » (Médecin, 50 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

En termes de rémunérations officielles aux médecins, le tabeau suivant exprime en quelque sorte des justifications diverses sur la réception d'une enveloppe[179].

Tableau n° 28 : calcul du revenu des médecins

Niveau de formation		Salaire minimum (EUR)	Base de calcul	Coefficient	Total maximal à percevoir par mois (EUR)
Diplôme de médecin généraliste		46	2,34	Plus 0,33 (tous les trois ans)	194
Master		46	2,67		104
Doctorat		46	3		117
Médecin principal, Maitre de conférence, Professeur associé		46	4,4	Plus 0,34 (tous les trois ans)	265
Médecin spécialisé, Enseignant de haut niveau, Professeur		46	6,2	Plus 0,36 (tous les trois ans)	312

Source : Ministère de l'intérieur, *La règlemantation du salaire*, 2014, Hanoi (http://thuvienphapluat.vn/tintuc/vn/thoi-su-phap-luat/chinh-sach-moi/7403/quy-dinh-ve-tien-luong-nam-2014)

D'après le Décret n^0 29/ND-CP sur les dépenses mensuelles minimales d'une personne qui vit à Hanoï pendant la période de 2011 à 2015, chacun(e) a besoin de 112 Euros. Mais souvent dans une famille, d'autres membres peuvent vivre sur ce salaire. Du coup, à la fin du mois, beaucoup de familles de médecins ne peuvant pas couvrir toutes

[179] Ministère de l'intérieur, *La règlemantation du salaire*, 2014, Hanoi (http://thuvienphapluat.vn/tintuc/vn/thoi-su-phap-luat/chinh-sach-moi/7403/quy-dinh-ve-tien-luong-nam-2014)

leurs dépenses minimales. Ce problème est d'autant plus grave que les médecins fraîchement diplômés ne reçoivent que 80 euros par mois.

> *« Sincèrement, au début de ma carrière, je faisais des économies au maximum : pas de voyage, ni de festivités d'aucune sorte. Les calculs de dépenses à chaque repas étaient très stricts en faisant des courses. Notre salaire était trop maigre pour que la vie soit menée correctement. C'est pourquoi je comprends les difficultés financières des jeunes médecins. »* (Médecin, 60 ans, hôpital Saint Paul, Hanoi)

Puisque le salaire est trop maigre, donc d'autres conditions de vie comme le logement sont aussi très dégradées :

> *« A cette époque, en dépit de mon titre de médecin généraliste, je devais louer une chambre de 7m² en la partageant avec quelques étudiants. Je me rappelle bien de cette chambre dont la toiture était couverte de tuiles en fibrociment qui se transformait en chaudron en été. À l'inverse, en saison des pluies, le toit troué conduisait de l'eau directement dans le repas. À côté de ma chambre, c'était un terrain vague servant de cimetière et parfois, des serpents entraient, des chats sauvages y cachaient leurs petits, des grenouilles y cherchaient de quoi manger en faisant du bruit. »* (Médecin, 57 ans, hôpital Pho Noi, Hung Yen)

Ces difficultés financières et de conditions de vie des médecins qui ont mis du temps, de l'argent et qui ont passé le concours d'admission le plus dur à l'enseignement supérieur nous laisse beaucoup de réflexions et de compréhensions.

> *« Sans enveloppe des patients, nous aurions trop de difficultés dans la vie. Je connais beaucoup de gens qui n'ont pas reçu d'enveloppes mais qui ont abandonné leurs métiers pour en trouver d'autres plus rémunérateurs. Et très souvent, on passe maintenant dans un hôpital privé. »* (Infirmière, 29 ans, hôpital Vietnamien - Allemand, Hanoi)

Il est clair que selon les règlements actuels du Viet Nam sur la rémunération du corps médical qui travaille surtout dans le secteur public, les conditions de vie sur le seul salaire sont très difficiles. Cependant, la réception de l'enveloppe n'est pas automatique car certains médecins cherchent à protéger l'image de leurs métiers basés sur le serment d'Hippocrate.

> *« Franchement, un grand nombre de médecins sont attristés par la transformation progressive de ce secteur en un marché où l'on observe une grande confusion dans les eaux opaques. À mon avis, la politique actuelle sur la santé est aberrante et incorrecte, surtout en ce qui concerne les mauvaises rémunérations du corps médical qui sont peut-être légèrement supérieures aux revenus des agriculteurs. Bien malin qui pourrait le dire ! »* (Médecin, 33 ans, hôpital Vietnamien - Allemand, Hanoi)

En respectant le code de déontologie et en maintenant l'image d'une profession qui consiste à protéger les valeurs humaines, des médecins qui ne reçoivent pas d'enveloppes peuvent être confondus avec d'autres et découvrir que les gens ne croient plus en leur transparence ni en leur impartialité :

> *« Sincèrement, j'ai fait face plusieurs fois aux enveloppes offertes par les patients et/ou leurs proches. Je les ai refusées alors qu'en même temps mes enfants avaient besoin de l'argent pour leurs études. Quelqu'un m'a demandé une fois pourquoi je devais faire semblant d'être pauvre et misérable parce qu'on me voyait utiliser un scooter qui datait de 1981. Dans la misère, on essaie d'être propre. »* (Médecin, 57 ans, hôpital Hung Ha, Hung Yen)

Il est vrai que l'enveloppe représente une grande tentation, mais le corps médical s'est auto-évalué généralement bien :

> *« En qualité de médecin, ce n'est pas pour la vie matérielle que nous abandonnons notre cause. J'espère avoir des données quantitatives sur l'enveloppe dans notre secteur, mais personnellement, la plupart de mes*

collègues la refusent. Mais j'avoue qu'une minorité du corps soignant n'échappe pas à cette tentation. Et comme le secteur de la santé est très sensible, la diffusion sur l'enveloppe devient facilement répandue. » (Médecin, 39 ans, hôpital provincial, Hung Yen)

Au fond de son cœur de médecin, il souhaitait toujours être impartial dans l'exercice de son métier. Selon lui, une fois l'enveloppe passée et reçue, on se sentirait face aux grandes pressions et mal à l'aise dans le travail. Tout cela pourrait exercer de mauvais effets sur la carrière :

« Franchement, nous nous sentons vraiment pressés en recevant l'enveloppe des patients. La réception d'une enveloppe nous rend trop responsables des patients et de leurs proches, causant même la perte de notre tranquilité face aux cas difficiles, alors que les patients se sentiraient plus « assurés » en cas de réception de leur enveloppe. Nous sommes en quelque sorte coincés. » (Médecin, 57 ans, hôpital provincial, Hung Yen)

Un autre médecin partage bien cet avis de la manière suivante :

« La réception d'une enveloppe ne fait qu'alourdir notre tâche et notre responsabilité. Quelque 2 ou 3 millions de dongs reçus avant une chirurgie importante consisteraient à apaiser seulement le psychique des patients et/ou des leurs. Pour moi, cela fait trembler les mains. Dans notre carrière, il peut y avoir des erreurs, mais si ces erreurs étaient bien liées à l'enveloppe reçue, je serais mis au chômage. » (Médecin, 50 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

Selon ce dernier témoignage, l'enveloppe ne mérite pas d'être reçue car sa longue carrière est beaucoup plus importante. Donc, la lutte psychique contre l'enveloppe au sein même du corps soignant s'avère très tendue dans la mesure où la majorité des médecins interrogés chechent à protéger l'image de leurs professions en réclamant une amélioration de leur vie matérielle qu'ils croient bien mériter pour les investissements dans les études et surtout pour leurs apports à assurer la santé sociale. Dans ce corps

médical, existe-t-il d'autres types de tensions entre les médecins d'un côté et les infirmiers de l'autre bien qu'ils soient le même groupe ?

> *« En qualité de médecins, nous croyons toujours que beaucoup d'infirmiers qui profitent de leur proximité des médecins sont bénéficiaires des enveloppes des patients car ils les ont directement reçues en leur donnant des promesses. Leur salaire est encore beaucoup moins élevé que le nôtre d'autant plus qu'ils ont peu d'occasions de travail dans le secteur privé comme nous. Ils sont toujours employés dans un hôpital public et les enveloppes deviennent vite pour eux sources de revenus officieux. »* (Médecin, 50 ans, hôpital Bach Mai, Hanoi)

Un autre médecin cherche à expliquer autrement la réception des enveloppes par les infirmiers :

> *« La plupart des infirmiers qui sont jeunes résistent donc plus difficilement à l'enveloppe. De plus, leur travail est assez simple, très peu rémunérateur. »* (Médecin, 60 ans, hôpital Saint Paul, Hanoi)

Dans ce domaine, on observerait des différences de fréquences de réception et de montant des enveloppes entre les médecins et infirmiers :

> *« Peut-être que les infirmiers reçoivent plus d'enveloppes que les médecins mais il faudrait dire que le montant des enveloppes offertes aux médecins doit être beaucoup plus important que celles aux infirmiers. Sinon, comment expliquez-vous les richesses et propriétés des médecins ? »* (Infirmière, 30 ans, hôpital provincial, Hung Yen)

Ces pratiques de réception des enveloppes par les infirmiers sont bien observées par les patients :

> *« Dans notre chambre, il y a 6 patients. Chaque matin, l'infirmière fait l'injection et distribue des médicaments oraux. Quand elle vient au lit de quelqu'un, on lui glisse dans sa poche de blouson 50.000 dongs déjà*

préparés. C'est la coutume, tout le monde le fait et elle ne le refuse jamais. » (Femme, 39 ans, patient de l'hôpital Saint Paul, Hanoi)

Il est donc à noter ici qu'il semble y avoir une sorte de concurrence et de doute implicites au sein du corps soignant car malgré la reconnaissance répandue de la réception des enveloppes, les infirmières croient que la valeur des enveloppes données aux médecins est plus importante. Pour nous, le manque de transparence pourrait pousser les infirmières à recevoir plus d'enveloppes car une question méthodologique qui peut ici se poser est de savoir comment elles sont au courant de la valeur des enveloppes à l'attention des médecins.

Il est vrai que la lutte contre l'enveloppe dans le secteur public joue un rôle très important dans la protection de l'image « socialiste » de l'État, une sorte d'« idéal-type » qui a été évoqué il y a plus d'un siècle par notre grand ancêtre Max Weber. Cette construction théorique se heurte à des pratiques réellement contraires. Mais aux yeux des médecins qui exercent en protégeant leurs métiers, la qualité des examens, des soins et/ou des traitements ne changerait pas du tout qu'ils soient liés ou non à l'enveloppe :

« Selon moi, il n'y aura aucune différence dans la qualité du traitement pour les patients, qu'ils nous donnent l'enveloppe ou non. Toutefois, il faut admettre qu'avec les enveloppes, il semble qu'ils se consolident mentalement pour eux-mêmes. » (Médecin, 39 ans, hôpital Pho Noi Hung Yen)

Un autre médecin fait partager son avis de la manière suivante :

« Aucun médecin ne veut faire des erreurs pour tuer des patients, ni avoir une mauvaise réputation comme assassin. C'est pourquoi aucun patient ne doit se soucier que faute d'argent, le médecin ne fasse pas des opérations correctes. Excercer ce métier exprime à la fois la conscience professionnelle, la déontologie et surtout l'honneur. S'il s'agissait d'une chirurgie, que mes collègues la fassent bien, que je ne puisse pas la faire,

ce serait pour moi une honte. Donc, les patients ne doivent pas chercher de prétextes pour offrir des enveloppes aux médecins. » (Médecin, 60 ans, hôpital Saint Paul, Hanoi)

On voit que, quand l'amour propre des médecins est touché, ils cherchent à se protéger en appelant les patients à refuser des pratiques inadéquates car selon eux, la qualité de traitements et/ou de soins donnée aux patients ne changerait pas, qu'ils leur donnent l'enveloppe ou non. Ils prennent conscience, responsabilité et obligation de bien faire leur travail pour leur image envers leurs collègues et la société. Il s'agit ici d'un long procès social qui transforme cette réciprocité affective en une relation de marché, sachant que dans la tradition vietnamienne des échanges entre médecins traditionnels et patients, en dépit de l'absence des enveloppes, les patients et/ou leurs proches viendraient après des soins et traitements offrir des cadeaux en nature aux médecins. Il s'agit d'un signe de reconnaissance laissé par le Confucianisme. Les médecins préfèrent des pratiques convenables comme des signes de reconnaissance corrects des patients envers le corps soignant. À travers ces tensions manifestées au sein des médecins et entre les derniers et les infirmiers en ce qui concerne l'enveloppe, on découvre un autre problème de manque des compétences de communication entre le corps soignant et ses patients. Dans la réalité du cursus de formation des médecins généralistes et/ou infirmiers, il manque des modules de formation en sciences sociales et humaines qui expliquent mieux la position faible des patients et/ou de leurs proches dans ces relations.

« Il faudrait regarder ce problème d'enveloppe sous plusieurs aspects et des deux côtés, corps soignant et patients. Je souhaite que l'on ne cherche pas à diffamer tous les médecins de la même manière. J'attire votre attention sur les médecins de très bonne qualité professionnelle, mais pauvres. Après la guérison, les patients leur donnent une enveloppe sincèrement comme un signe de reconnaissance qui est due à notre culture vietnamienne. » (Médecin, 60 ans, hôpital Saint Paul, Hanoi)

Si l'on applique la thèse de Marcel Mauss sur le don, on croit bien comprendre la dernière idée de ce médecin car les patients ne veulent pas contracter une dette sentimentale après être rétablis ou guéris :

> *« Il y a des enveloppes « surprenantes » offertes aux médecins chez eux car les patients bien rétablis, regagnant une bonne santé, cherchent à remercier les médecins parce qu'en général, les Vietnamiens détestent s'endetter », alors que les médecins les ont soignés de tout cœur. C'est absolument du cœur et de la tradition vietnamienne! »* (Infirmière, 30 ans, hôpital provincial, Hung Yen)

Ainsi, le don de l'enveloppe n'est pas facile à analyser car dans la culture vietnamienne marquée par une tendance sentimentaliste, la réciprocité est un facteur très important. Malgré les décorations faites par l'État à des médecins qui le méritent, ce don est très personnalisé ou plutôt interpersonnalisé dans les échanges d'examen, de soins et de traitements. Il s'agit d'un procès très long à construire pour avoir une rationalité des acteurs :

> *« Le médecin m'a dit que ma mère a été totalement rétablie, je lui ai donné tout de suite une bonne enveloppe au milieu de la chambre et devant tout le monde, sa réception m'a vraiment touché. Ma reconnaissance envers le médecin venait de notre nature vietnamienne. »* (Femme, 41 ans, proche de patient de l'hôpital Vietnamien-Allemand, Hanoi)

Beaucoup de médecins ont trouvé une issue aux problèmes posés par les offrandes d'enveloppes :

> *« Au lieu de refuser carrément, je les reçois et les remets dans les boîtes de donations, dans les équipements et/ou dans les travaux publics de santé. C'est dans l'intérêt de tout le monde. »* (Médecin, 31 ans, hôpital K, Hanoi)

* *
*

L'enveloppe devient donc dans notre étude une unité d'analyse très intéressante qui permet de découvrir beaucoup d'aspects sociaux en matière de carte d'assurance-maladie. En quelque sorte, l'enveloppe efface le rôle de la carte d'assurance-maladie car la plupart des citoyens ne croient pas à sa valeur ou ont des propensions « automatiques » à dépenser de leurs poches pour se faire examiner, soigner et/ou guérir. Ces pratiques « automatiques » créent des tensions chez les médecins eux-mêmes : d'une part, ils se sentent mal à l'aise et font quelque chose à contre cœur en recevant des enveloppes ; d'autre part, ils reprochent à l'Etat de les traiter incorrectement ou plutôt de ne pas les respecter en dépit de leurs longues études et de leurs investissements énormes. Ils se sentent aussi coincés entre « dire non » et « dire oui » aux enveloppes car les patients se sentent plus inquiets en cas de refus. Au fond du cœur, ce don de l'enveloppe devient une sorte de dette qui exerce des pressions sur leurs carrières.

Au niveau des relations entre les médecins et les infirmiers, les tensions consistent à montrer que les seconds profitent de temps à autre de leur position dans l'équipe soignante pour la réception des enveloppes, tandis que les premiers ont tendance à protéger leurs métiers. Au niveau des relations sociales entre l'équipe médicale et les patients, il est à noter que la culture vietnamienne du don fait en sorte que l'on a toujours du mal à vivre une époque de transition où le modèle d'action traditionnel continuerait d'exister, voire de persister dans la mesure où les seconds souhaitent toujours donner un signe de reconnaissance aux médecins qui les soignaient, traitaient et guérissaient.

La frontière nette entre le don affectif et l'échange utilitariste n'est pas facile à définir. Cette confusion rend moins valable la carte d'assurance-maladie car les citoyens ont plus de confiance en argent liquide. Du coup, l'universalisation de la carte d'assurance-maladie aurait devant elle un long parcours qui dépasserait peut-être le

seuil fixé des aboutissements de l'an 2020. Il faut dire aussi que l'enveloppe circule seulement d'une manière confuse dans le secteur public alors que du fait de ses coûts élevés et du meilleur traitement des pesonnels médicaux, le secteur privé n'en connaît que la valeur affective s'il y en avait. Il en résulte que l'ímage de l'État est en grande partie touchée dans les hôpitaux publics par cette confusion.

CONCLUSION

La politique de l'assurance maladie au Vietnam a été publiée le 15 août 1992 par la promulgation du décret n° 299/HDBT sur les règlements de l'assurance-maladie du conseil des ministres. Au fil des années de développement, le 14 novembre 2008, l'Assemblée nationale a adopté la loi de l'assurance maladie (en vigueur à partir du 1er Janvier 2009). Pour encourager et mobiliser les citoyens à participer à l'assurance maladie, avancer vers l'assurance-maladie universelle, stimuler et rehausser la conscience et la responsabilité du personnel qui travaille dans le domaine de l'assurance-maladie et les cadres du secteur de santé, le premier ministre a publié le 16 juin 2009 la décision n° 823/QD-TTg qui a pris effet le 1er juillet pour instituer « la journée de l'assurance-maladie » du Vietnam.

Cependant, le processus d'industrialisation et de modernisation au Vietnam a influé sur le développement économique, culturel et social et profondément modifié la vie sociale des personnes. Les inégalités sociales ont eu tendance à augmenter, la gestion sociale a connu beaucoup de difficultés, la mise en œuvre des politiques sociales est parfois inadéquate, y compris les politiques liées à l'assurance-maladie. Il y a des contradictions, des insuffisances entre ceux qui exécutent la politique et les bénéficiaires, entre le niveau professionnel, technique, de ceux qui prodiguent les soins et les besoins d'examens et de soins sanitaires des bénéficiaires de l'assurance maladie... En analysant les documents disponibles et grâce à une enquête empirique par questionnaires et entretien approfondis, la thèse propose quelques conclusions et discussions ci-dessous présentées.

I. Un état des lieux de la mise en place de la réforme

Après plus de 20 ans de développement depuis sa création jusqu'à maintenant, la politique de l'assurance-maladie du Vietnam a tout d'abord montré une réelle importance sur la vie des gens. Elle a créé l'unité, la solidarité, le partage des risques, permis de surmonter des difficultés, des maladies, accidents ou simplement la vieillesse, facilité la naissance ... La politique de l'assurance-maladie est devenue au Vietnam un bouclier pour la santé humaine puisque les risques sont couverts dès la naissance jusqu'à la maturité. L'assurance-maladie couvre en effet désormais la plupart des situations possibles comme les enfants de moins de 6 ans, les élèves, les étudiants, les fonctionnaires, les cadres, les employés, les ouvriers, en particulier les vieux, les jeunes enfants, les personnes handicapées… et notamment le soin de santé des personnes faibles et vulnérables comme les pauvres, quasi-pauvres ou les victimes de l'agent orange.

Les activités de l'assurance-maladie comprennent complètement les trois fonctions de base du système de la politique de sécurité sociale, c'est-à-dire prévenir des risques, en réduire et en surmonter. Grâce à des systèmes d'allocations, l'assurance-maladie aide les citoyens à améliorer la capacité de prévenir, de surmonter les difficultés et de limiter les impacts négatifs contre des risques de la vie et le « piège de la pauvreté » dans le domaine de la santé. Le développement de l'assurance-maladie est donc une condition préalable pour mettre en œuvre des politiques de sécurité sociale, contribuer à maintenir l'ordre et la sécurité sociale et c'est aussi un facteur important pour le développement socio-économique durable du pays.

Au fil des années de fonctionnement et de développement, la politique d'assurance-maladie a connu des changements positifs et forts. Au 31 mai 2015, 64,6 millions de personnes participent à l'assurance-maladie au Vietnam, soit une augmentation de 2,7 millions de personnes par rapport à l'année précédente et la couverture atteint

désormais 71,4% de la population. L'objectif du gouvernement est qu'en 2020 ce taux dépasse les 80%.

Cependant, outre les points positifs mentionnés ci-dessus, nous avons découvert que beaucoup de difficultés ne sont pas encore surmontées. Actuellement, près de 30% de la population du Vietnam ne participe pas à l'assurance-maladie et la majorité sont des participants à l'assurance-maladie volontaire. Cette catégorie de population est régulièrement classée dans le type le plus difficile de personnes à convaincre pour atteindre l'objectif d'une couverture croissante de l'assurance-maladie au Vietnam. Jusqu'à présent, la politique de l'assurance-maladie a proposé la méthode obligatoire pour ceux qui participent volontairement à l'assurance-maladie par ménage, mais, si le groupe des participants à l'assurance-maladie par ménage a augmenté de plus de 400.000 personnes par rapport à la fin de 2014, on peut trouver que l'efficacité de la participation n'est pas claire, voire qu'une certaine stagnation est observée.

Outre le déséquilibre des citoyens participant à l'assurance-maladie, on peut souligner le déséquilibre dans le taux de participation à l'assurance-maladie selon les zones. Les grandes villes ont toujours la plus grande proportion de participation à l'assurance-maladie dans tout le pays car elles concentrent beaucoup de fonctionnaires, de cadres et les grands centres médicaux. La politique de l'assurance-maladie y a en outre été divulguée plus facilement et plus positivement que dans les zones rurales et montagneuses. La gestion des politiques de l'assurance-maladie dans les grandes villes est enfin bien maîtriséé et beaucoup plus profonde. Dans certaines localités, le comité populaire et les autres autorités n'ont pas encore défini clairement les rôles et les responsabilités de chacun dans la mise en œuvre des politiques et des lois sur l'assurance-maladie. Donc, on peut dire qu'à côté des résultats positifs obtenus par la politique de l'assurance-maladie depuis sa création jusqu'à aujourd'hui, il existe encore beaucoup de lacunes dans la politique qui affectent directement les taux de participation chez les citoyens. La non-couverture de tous les citoyens a créé de grandes barrières dans l'égalité des chances d'accès aux soins de santé et compromet l'objectif d'universalité du fonds d'assurance-maladie.

II. Une analyse des choix à l'œuvre

Le processus d'industrialisation et d'urbanisation au Vietnam a influé sur tous les aspects de la vie économique, culturelle et sociale du peuple. La discrimination entre riches et pauvres s'est accrue avec le temps. Les obstacles dans la participation à l'assurance-maladie selon le point de vue des citoyens sont de nature différente pour chaque sujet.

- *Le groupe participant par ménage (c'était avant la loi de 2014 le groupe volontaire)* est le moins nombreux à participer à l'assurance-maladie. Actuellement, ils ont peu choisi de participer à l'assurance-maladie pour trois raisons fondamentales : tout d'abord, les ciyoyens eux-mêmes ne sont pas conscients de leur responsabilité en termes de participation à l'assurance-maladie, bien que beaucoup d'entre eux aient de bonnes conditions économiques car ils préfèrent dépenser directement les frais d'examens et de soins médicaux sans avoir besoin de l'assurance-maladie ; autrement dit, la carte d'assurance-maladie pour ces catégories assez aisées m'a pas de sens. Deuxièmement, d'autres n'ont cependant pas des conditions économiques suffisantes pour payer l'assurance-maladie pour eux-mêmes et toute leur famille, ils laissent donc la priorité au membre malade, pour lequel ils achètent l'assurance-maladie ; Il s'agit d'une stratégie familiale très répandue dans cette catégorie socio-professionnelle. Troisièmement, il existe de nombreux cas où ils achètent l'assurance-maladie seulement en cas de maladie et cela est considéré comme une « façon d'éteindre l'incendie » quand ils savent que les frais d'hospitalisation seront très élevés hors assurance-maladie.

- *Le groupe des personnes appartenant aux ménages pauvres et aux minorités ethniques* n'a pas reçu de cartes de l'assurance-maladie au début de l'an 2015, car certaines communes et certains districts ont été retirés de la liste des zones socio-économiques difficiles (décision n° 1049/QD-TTg du premier ministre et du comité

des minorités éthniques). Le budget de l'Etat n'a donc pas permis d'acheter l'assurance maladie pour ces personnes.

- *Le groupe appartenant aux ménagex quasi-pauvre* n'est subventionné qu'à hauteur de 70% des primes lors de la participation à l'assurance-maladie. Certaines provinces ont adopté des politiques de subvention de 30% des primes restantes pour les ménages quaisi-pauvres, mais leur nombre de participation est très modeste. Il y a donc de nombreux ménages qui n'ont pas la capacité d'acheter l'assurance-maladie pour tous les membres de la famille mais qui ont là aussi choisi d'y participer pour la personne la plus faible en santé ou déjà malade dans la famille. En outre, dans l'objectif de lutter contre la faim et la pauvreté, les provinces font chaque année des efforts pour réduire à 2% de pauvreté de la population. Malgré un soutien supplémentaire apporté par beaucoup d'autorités provinciales aux ménages quasi-pauvres, un grand nombre de cette catégorie socio-professionnelle ne participe pas à l'assurance-maladie car ils se considèrent dans la réalité comme pauvres qui ont des difficultés quotidiennes à couvrir toutes leurs dépenses nécessaires. Bref le 30% de primes restantes à payer sans aide des autorités dépasse leur capacité financière. Donc, dans la réalité, le taux de pauvreté au Vietnam devrait être supérieur au chiffre officiellement annoncé car ce chiffre repose seulement sur le revenu en oubliant le facteur de couverture des dépenses nécessaires.

- *Le groupe des travailleurs dans les entreprises* qui ont une dette ou s'abstiennent de payer les primes d'assurance-maladie. Ce groupe est nombreux et se maintient au fil des années, mais jusqu'ici aucune mesure efficace ne parvient à en finir avec lui. En outre, ces travailleurs ne sont pas bien informés et bien pourvus en connaissances, ils ne se sont donc pas beaucoup intéressés à leurs droits et obligations par la participation à l'assurance-maladie.

- *Le groupe des élèves, étudiants* des universités, collèges et formation professionnelle compte encore 25% de ses membres qui ne participent pas à l'assurance-maladie, dont principalement des étudiants à partir de la deuxième année.

La raison en est que l'école ne s'intéresse pas profondément au paiement de la prime d'assurance-maladie chaque année. En l'absence de propagande sur les obligations et les avantages de la participation à l'assurance-maladie pour les élèves et étudiants, leur conscience de la nécessité de la participation à l'assurance-maladie est faible. D'ailleurs, il manque une bonne coordination entre les établissements scolaires et l'institution de l'assurance-maladie.

- *le groupe appartenant aux ménages dans l'agriculture, la sylviculture, la pêche.* Aussi bien en provinces qu'en villes, faute de liste de ces citoyens, l'organisme d'assurance-sociale n'a pas la base pour leur vendre l'assurance-maladie. En outre, les réglementations de subvention de 30% des primes d'assurance-maladie lors de la participation des ménages posent des difficultés puisqu'elles prévoient aussi de ne pas rabaisser les primes à partir du deuxième membre.

Outre les difficultés que nous venons de mentionner pour chacun de ces groupes, il existe d'autres obstacles qu'on peut mentionner ici :

Premièrement, les perceptions des citoyens sont incomplètes sur les politiques de l'assurance-maladie, ils ne comprennent pas et n'éprouvent pas le besoin de comprendre le système d'assurance-maladie. Cette ignorance souligne les lacunes dans la propagande ou plutôt dans la communication institutionnelle sur les politiques de l'assurance-maladie.

Deuxièmement, la procédure d'examens et de soins par la carte d'assurance- maladie reste encore relativement touffue. Les papiers, les procédures de transfert entre lignes sont trop complexes et ont beaucoup d'étapes avant que le patient soit effectivement payé par l'assurance-maladie. Il en existe une sorte de cercle vicieux. Il faudrait avoir une gestion plus intelligente, appliquer des technologies informatiques pour que les citoyens aient le sentiment d'une plus grande facilité lors d'examens et de soins par la carte d'assurance-maladie, et aussi pour réduire le fardeau du personnel de l'assurance-maladie.

Troisièmement, il y a l'effet des effectifs insuffisants du personnel médical et de la limitation de leur qualité, en particulier le manque de médecins et d'experts éminents qualifiés dans les établissements médicaux au niveau inférieur pour offrir des services médicaux de proximité. Quand des personnes sont malades, elles affluent vers les centres de santé en ligne de ville, provinciale ou centrale, ce qui crée une surcharge et une perte de contrôle. L'attitude des médecins et infirmiers pour les patients dans certains cas témoigne encore d'une certaine insensibilité. Il existe une discrimination entre celui qui fait des examens et des soins par la carte de l'assurance-maladie et celui qui paie directement.

Quatrièmement, les établissements de santé manquent beaucoup d'équipements médicaux et de conditions pour traiter convenablement des maladies graves, en particulier les établissements de santé au niveau inférieur. L'état de surcharge en ligne provinciale et centrale pousse celui qui a de bonnes conditions économiques à ne pas participer à l'assurance-maladie, mais à choisir des services d'examens et de soins de santé dans les zones avec des frais d'hospitalisation élevés.

Cinquièmement, la qualité et la quantité des médicaments sont insuffisantes. Dans beaucoup de cas, des patients ayant la carte d'assurance-maladie doivent encore acheter des médicaments ailleurs à des prix très élevés.

Sixièmement, les usagers des services d'examens et de soins de santé par la carte d'assurance-maladie ne bénéficient pas du meilleur service technique. Il existe encore des différences entre les zones privées et publiques, entre les examens et soins par carte d'assurance-maladie et les examens et soins par paiement direct.

Septièmement, la prime pour acheter l'assurance-maladie est aussi l'un des principaux obstacles pour la participation à l'assurance-maladie. Les règlements sur les primes et le niveau de soutien ne conviennent pas encore à toutes les couches et conditions

économiques, ce qui ne permet pas de mobiliser toutes les personnes potentiellement impliquées.

Par rapport aux remarques dans le troisième chapitre, nous pouvons voir clairement que la confiance des citoyens dans le système d'assurance-maladie est assez grande même s'il y a encore des préoccupations, des critiques négatives et des attentes d'un changement positif et d'une amélioration dans le système d'assurance-maladie. C'est vraiment un bon signe pour que la politique d'assurance-maladie puisse faire valoir ses points forts et atteindre une couverture universelle dans un avenir pas trop lointain.

III. Les systèmes d'acteurs en jeu

La mise en œuvre des politiques d'assurance-maladie à partir du point de vue des personnes dans le système d'assurance-maladie est présentée clairement et objectivement. Les difficultés se produisent lors de la mise en œuvre de la politique d'assurance-maladie sur les différentes catégories socio-professionnelles : entrepreneurs, étudiants, élèves, quasi-pauvres, enfants de moins de 6 ans participant à l'assurance-maladie par ménage (auparavant c'était volontaire).

En ce qui concerne les entreprises, la plupart des employés se plaignent qu'il soit difficile de leur faire payer des primes de l'assurance-maladie pour eux car elles sont endettées ou cherchent à les fuir d'une manière intentionnelle. La raison principale de cette insensibilité voire irresponsabilité est en provenance de l'absence de vraies sanctions. Par conséquent, les employés de ces entreprises ne sont pas bénéficiaires de la carte d'assurance-maladie qu'ils auraient dû avoir.

Quant aux élèves et étudiants, la gestion ou pluôt la coordination entre l'assurance-maladie et l'école sont assez relâchées tandis que des centres de formations ne déterminent pas eux-même leur obligation de surveiller les enfants à participer à

l’assurance-maladie. La propagande et/ou la communication sur la valeur de la carte d’assurance-maladie restent tout à fait superficielles et sommaires, ce qui ne leur permet pas de bien comprendre leurs droits et obligations de participer à l’assurance maladie.

En ce qui concerne les enfants de moins de 6 ans qui doivent avoir par principe de protection une carte d’assurance-maladie, les cadres de ce domaine rencontrent de nombreuses difficultés face aux encombrements de textes légaux, au manque d'uniformité dans la coopération entre les comités populaires, départements du travail, des invalides et des affaires sociales de provinces qui ralentissent énormément la délivrance de la carte d'assurance-maladie. Bien des fois, ces encombrements font que certains reçoient trop tard leur carte alors que d’autres en ont deux très tôt. Il s’agit là d’un gaspillage et d’un traitement injuste envers ces enfants de moins de six ans. Une amélioration à apporter ici concernerait la coordination et la définition claire des rôles de chacune des instances en la matière.

Quant aux quasi-pauvres, nominalement en critères de revenus ce sont les ménages qui ont échappé à la pauvreté, mais en réalité, leurs conditions économiques sont à peine un peu plus élevées que celles des ménages pauvres et ils ont toujours du mal à couvrir les dépenses nécessaires mensuelles. Le problème que l’on voudrait évoquer ici est l’absence du critère de couverture des dépenses nécessaires dans l’évaluation de la pauvreté. Autrement dit, il ne faudrait pas se reposer seulement sur le seul critère de revenu. L’achat d’une carte d’assurance-maladie pour cette catégorie socio-professionnelle s’avère trop difficile car très souvent leurs conditions économiques, comparables à celles des pauvres, ne le permettent pas, sachant qu’un taux de pauvreté élevé annoncé à l’ONU empêcherait le Vietnam de faire des emprunts aux bailleurs de fonds. En outre, même si certains ménages souhaitaient en acquitter, l’absence d’une politique de réduction gradruelle au nombre de membres participant les empêchent une deuxième fois de le faire à leur gré. Par conséquent, cette catégorie socio-professionnelle devient très vulnérable en la matière.

En ce qui concerne les catégories socio-professionnelles qui participent à l'assurance-maladie par ménage (avant la loi de 2014, il s'agissait des volontaires), elles y participent le moins car d'après les responsables expérimentés de l'assurance-maladie, elles n'en perçoivent pas bien les responsabilités, ni les droits. Il faudrait que la communication sur la valeur de la carte d'assurance-maladie la rende plus visible dans l'avenir pour obtenir des résultats positifs.

Outre les difficultés de chaque groupe cible de l'assurance-maladie, la relation entre les deux secteurs public et privé a également causé beaucoup de difficultés pour la gestion et la mise en œuvre des politiques d'assurance-maladie actuelles. Il est à noter en fait que le secteur privé connaît une croissance relativement bonne au cours des dernières années dans la mesure où beaucoup de cliniques et d'hôpitaux privés répondent bien à la demande d'examens, de traitements et de soins de santé, que leurs installations sont bien meilleures que celles du secteur public. Mais les difficultés en termes de relations entre ces deux secteurs consistent en la confusion de services au sein même d'un établissement pubic où les services de caractère « volontaire », payant, c'est-à-dire privé sont beaucoup mieux assumés que ceux d'étiquette publique. La personnalité publique est du coup bien touchée car la même personnalité d'un corps soignant qui y travaille a un double caractère : l'un qui représente le public n'est pas bien apprécié alors que l'autre qui représente le privé l'est bien par les patients. C'est pour résoudre ces difficultés liées à la confusion d'images et de représentations d'une même personnalité du coprs soignant qu'il faudrait des règlementatations plus nettes sur les fonctions publiques et privées. Autrement dit, si la frontière entre ces deux secteurs devenait bien distincte, la concurrence mutuelle permettrait aux assurés de bénéficier vraiment de meilleurs services. Une conciliation entre ces deux secteurs s'annonce nécessaire[180].

[180] Quant cette thèse est en finition, le ministère vietnamien de la santé dispose que les assurés peuvent se faire rembourser jusqu'à 30% au maximum des frais de soins en cas de transfert libre en établissements de première ligne. Cela signifie que l'État commence à accepter une concurrence nette entre ces deux secteurs comme ce qui était évalué en partie dans cette these. D'ailleurs, le transfert entre les lignes devient déjà beaucoup plus facile, fluide et libre entre les lignes proches (de la commune au district/arrondissement) (Ref. La circulaire n^0 40/TT-BYT en date du 16 novembre 2015).

Au niveau du fonds d'assurance-maladie qui a en permanence un souci d'éclatement, sa gestion et son management consistent à fournir de meilleurs services de remboursement bien adaptés, bien justifiés aux frais réellement payés par les assurés. Dans les relations entre le fonds d'assurance-maladie et les deux secteurs public et privé, des « stratégies » de profiter du fonds obligent les managers voire les leaders du fonds à employer d'excellents experts qui sont soutenus par un système d'informatique efficace car cela lui permettrait d'éviter d'une part des détournements et des malveillances et de garantir d'autre part des égalités de soins aux assurés. Dans les relations entre le fonds d'assurance-maladie et les assurés, des tensions sont aussi observées dans la mesure où des inégalités sont causées par une faible compétence de reconstitution de la nomemclature des usagers qui méritent d'en bénéficier et de considération des dossiers qui prennent bien des fois trop de temps. D'où une stagnation de l'achat des cartes d'assurance-maladie. Dans les relations entre ce fonds et les établissements scolaires, une tension est également vue car faute de coordination, de responsabilité… il existe beaucoup d'élèves et détudiants qui ne sont pas assurés ou qui ne cherchent pas à sa faire assurer.

Pour lutter contre des abus du fonds de l'assurance-maladie et pour garantir des intérêts des participants, l'expertise de l'assurance-maladie a été établie. Cependant, le problème de la qualité du personnel est mentionné, en ce qu'il n'y avait pas beaucoup de personnes qualifiées, spécialisées dans le domaine. Le fonds a beaucoup besoin d'experts formés en médecine et/ou en pharmacie car ce personnel qualifié manque aussi beaucoup au Vietnam, surtout dans les campagnes et montagnes. Les cours de formations d'expertise leur permettent une certaine amélioration, mais ils ont tendance à faire ce qu'ils peuvent dans leur métier d'expertise. C'est pourquoi, dans le futur proche, l'expertise des dossiers continuera de se heurter à une diversité de difficultés[181]. À partir de ces difficultés liées à la gestion et au management du fonds d'assurance-maladie, une certaine libéralisation renforcée des services de soins s'avère nécessaire mais devrait aussi être placée sous le contrôle de l'État pour que les

[181] Pendant la semaine du 2 au 10 octobre 2016, dans les médias vietnamiens a été évoqué un autre problème d'abus du fonds d'assurance-maladie selon lequel des patients se sont faits examiner plusieurs fois par mois pour demander des médicaments aux médecins privés, qui sont ensuite revendus dans les pharmacies.

établissements de soins privés puissent entrer en convention avec l'État de manière à fournir des services de soins de proximité et de qualité, et à consolider la confiance des assurés.

Au niveau des relations entre les médecins et les patients à travers l'unité d'analyse de « l'enveloppe », il est à noter que ce type de don a lieu en grande partie dans le secteur public. Ce don devrait être compris d'une manière très subtile et saine car dans la culture de reconnaissance des Vietnamiens, une frontière nette entre un endettement sentimental, affectif, et un endettement monétaire, utilitariste de marché, est très difficile à détecter et distinguer. Autrement dit, en matière de don de l'enveloppe et dans le contexte de transition forte de la société vietnamienne, les tensions entre une culture traditionnelle à caractère très sentimentaliste, très affectif, et une autre en construction à caractère plus rationnel, se transforment très vite en difficultés de conduites et de pratiques du corps soignant et du corps soigné. Par conséquent, le don de l'enveloppe se comprend d'une manière différente de l'un à l'autre au sein de l'équipe médicale et des patients : d'une part, on l'interprète très vite comme une sorte de corruption dans le secteur public ; d'une part, il est interprété par une sorte de rendement d'une dette mentale à laquelle beaucoup de patients ne veulent pas se soumettre. Tant au niveau collectif qu'à celui individuel, les gens de part et d'autre se sentent aussi tendus dans cette phase de transition du modèle de comportements traditionnels à celui rationnel. Nous croyons que cette transition s'arrêterait au moment où le corps médical public devrait être traité par l'État d'une manière plus correcte, c'est-à-dire qu'il serait beaucoup mieux rémunéré pour pouvoir bien exercer ses métiers où il protège des valeurs d'Hippocrate.

IV. Une évaluation de la politique vietnamienne

Jusqu'ici, l'organisation de l'assurance-maladie au Vietnam a fait un grand pas dans l'accomplissement de ses réglementations et politiques compte tenu de

l'achèvement et de la mise en exécution de la loi modifiée et ajustée, surtout des articles sur cette matière. Les modifications et ajustements dans la loi de l'assurance-maladie en vigueur ont pour ambition socialiste une assurance-maladie universelle, encourageant la participation par ménage, élargissant la proportion de réduction pour plusieurs catégories socio-professionnelles, augmentant les intérêts et les montants de remboursements, stimulant concrètement la gestion et l'utilisation du fonds d'assurance-maladie…. Ainsi, la loi de l'assurance-maladie modifiée de 2014 constitue bien une étape importante dans l'ensemble du processus d'élaboration et d'amélioration des politiques d'assurance-maladie dans la mesure où elle essaie de résoudre tous les problèmes posés en la matière depuis la ratification de la loi de l'assurance-maladie de 2008. Jusqu'à maintenant, les documents qui guident la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie ont été adoptés à temps, synchronisés et harmonisés et sont devenus les bases juridiques adéquates au service de l'action légale et légitime de tous les acteurs concernés, sachant qu'un décret, une circulaire interministérielle, quatre circulaires du ministère de la santé, consistent à éclaircir et à concrétiser cette loi pour un meilleur fonctionnement du système.

Cependant, si l'on considère l'ensemble des textes normatifs en matière d'assurance-maladie édités depuis 2008, on en trouve quand-même une action de « bricolage » qui laisse aux catégories socio-professionnelles concernées des difficultés d'application, d'encombrement et d'interprétations. D'où un cercle vicieux de la bureaucratie au sens de Crozier est bien observé. La conséquence managériale de la mise en effet de ces politiques est d'autant plus grave que les textes sont mal interprétés. Alors, au lieu d'être bénéficiaires de ces offres publiques, beaucoup de catégories socio-professionnelles en deviendraient de meuvais « héritiers ». Rappelons ici que malgré son ouverture économique, le Vietnam a commencé à s'intégrer dans les règles mondiales seulement à partir de son accession à l'OMC et que la transition joue toujours un rôle très important dans l'élaboration des textes normatifs en matière d'assurance-maladie. Cela explique en partie les raisons pour lesquelles ces textes ont du mal à exercer leurs effets dans la réalité. Autrement dit, les règles formelles sont

très belles tandis que les règles effectives sont en floraison à chaque fois que les acteurs sont face à de nouveaux problèmes et/ou situations.

Il est à noter tout de même les efforts des autorités centrales dans la mise en œuvre d'un code clair, précis et transparent pour améliorer peu à peu la politique de l'assurance-maladie. De plus, certaines autorités provinciales et urbaines ont réussi à élaborer et à mettre en œuvre leurs politiques locales de soutien à l'universalisation de l'assurance-maladie. Elles contribuent ainsi à l'augmentation des participants à l'assurance-maladie. Citons-en ici quelques meilleurs exemples comme Hanoï, Ho Chi Minh ville, Da Nang, Nha Trang, Hai Phong, Quang Ninh, Binh Duong… D'un point de vue sociologique, en regardant les statistiques sur le taux de couverture des villes et provinces actuelles, les zones vietnamiennes difficiles en la matière sont bien montrées, à savoir : le Nord-Ouest, le haut plateau Tay Nguyen, le Sud-Ouest, les plaines du Fleuve Rouge (dont Hung Yen en question) et le Delta du Mékong. Il s'agit là des régions qui cachent beaucoup plus de catégories socio-professionnelles qui auraient toujours du mal à s'acquitter d'une carte d'assurance-maladie. Ainsi, des inégalités sociales continuent de se creuser entre les riches et les pauvres, alors que dès le début des années 1990, sous le gouvernement de l'ancien ministre Vo Van Kiet, le slogan « Il faut à l'État de bonnes actions pour que les riches s'enrichissent et que les pauvres deviennent moins pauvres » n'est pas atteint jusqu'ici. Si le fossé continuait de se distancer entre les différentes catégories socio-professionnelles, les paysans « quasi-pauvres » en seraient des victimes et le contrôle social deviendrait peut-être plus complexe.

Au niveau des communes et des districts/arrondissements où les cadres ont certaines limites et en l'absence d'un guide concret pour l'établissement des listes de catégories socio-professionnelles à participer à l'assurance-maladie par ménage, l'élargissement du champ de mise en œuvre se heurte à un certain nombre de difficultés. Alors que dans les campagnes et montagnes, le besoin d'être couvert par l'assurance-maladie est le plus élevé. Pour y remédier, le personnel de l'assurance-maladie devrait être formé à une meilleure communication et les autorités locales devraient avoir plus conscience

de leur travail de sensibilisation des populations sous leur tutelle à l'importance de la carte d'assurance-maladie.

Au niveau de l'offre des services de santé de proximité qui relèvent essentiellement des communes et/ou districts/arrondissements, leur amélioration est bien exigée car jusqu'ici ces établissements de soins, mal équipés et peu attrayants pour les bons médecins n'arrivent pas encore à répondre aux attentes des assurés. Du coup, ces derniers ont des propensions assez « automatiques » à se faire vite transférer vers une ligne supérieure. Ce qui exerce à la fois des pressions et tensions sur la dernière et sur ces établissements de soins de proximité. Il faudrait aussi une meilleure collaboration entre l'organisme de l'assurance-maladie et les établissements de soins de proximité pour renforcer la confiance en la carte d'assurance-maladie pour que ces tensions soient mieux apaisées.

Au niveau des services techniques et informatiques dans les établissements de soins de provinces, les logiciels de gestion de l'assurance-maladie ne sont pas encore à la hauteur des demandes des professionnels médicaux qui souhaitent aussi une transparence et une meilleure capacité pour les aider à mieux examiner, soigner et traiter les patients. Faute d'objectivation des supports techniques, le corps soignant se sent « surmené » face à l'affluence des patients vers les hauts lieux de soins. Tous les services d'enregistrement, d'immatriculation des patients deviendraient un fardeau pour les hôpitaux locaux d'autant plus qu'au Vietnam, il existe maintenant trop de cartes qui ne sont pas « compatibles » l'une avec l'autre. Ce qui gène le processus de soins correct. Un nouvel esprit managérial devrait être installé en développant une collaboration plus étroite entre la police qui délivre la carte d'identité, l'organisme de l'assurance-maladie qui délivre la carte d'assurance-maladie et les établissements de soins qui ont besoins d'organiser de manière fluide leurs services. Une fois que les données des patients, assurés ou non, seraient transférées d'une manière fluide et exacte, le travail d'expertise deviendrait moins complexe et les considérations des dossiers s'accélèreraient. Par conséquent, les usagers de la carte d'assurance-maladie

trouveraient leurs frais de soins remboursés à temps et plus court l'acheminement vers une universalisation de l'assurance-maladie.

Bref, les tensions sociales dans la mise en œuvre de la politique d'universalisation de l'assurance-maladie se montrent bien à quatre niveaux et sous plusieurs formes d'interactions :

Au niveau individuel et individualisé, les tensions internes résultent non seulement des changements incesants des règles, des dispositions édictées par l'organisme de l'assurance-maladie, mais aussi des images confondues qu'ils se sont fait de la carte d'assurance-maladie. D'où se développent en général tous types de stratégies ou de choix : les catégories socio-professionnelles plus aisées préfèrent des services volontairement payants souvent offerts par les meilleurs médecins du secteur public, alors que les catégories socio-professionnelles bénéficiaires d'une carte d'assurance-maladie choisissent des services de soins publics pour réduire au minimum leurs dépenses, que les catégories socio-professionnelles « quasi-pauvres » risqueraient de devenir « contestataires » car ils se croient être pauvres dans la réalité et inégalement traitées par la politique de l'assurance-maladie et que les catégories socio-professionnelles ciblées par l'offre de l'assurance-maladie par ménage préfèrent une stratégie de choix du membre à assurer dans la famille. Si la politique de l'assurance-maladie les cible toujours par ménage, le ralentissement de l'achat volontaire de ce groupe serait probable et le processus d'universalisation aussi ralenti.

Au niveau collectif, les tensions sociales se découvrent d'abord à l'intérieur de chaque groupe, à savoir : d'abord, le corps soignant qui souhaite faire ses métiers d'une manière éthique et morale mais qui n'est pas content des politiques de traitement surtout en matière de rémunération par l'État. En la matière, bien que le secteur privé le fasse beaucoup mieux, le corps soignant public s'attache toujours à sa valeur de personnalité publique. Mais comme il doit trop travailler pour gagner sa vie, il se sent aussi stressé. Ensuite, les experts sont aussi en tension avec les corps soignants des deux secteurs car la plupart qui sont en provenance des métiers autres que les leurs ont

toujours des réactions peu favorables aux examens, soins et traitements offerts par les corps médicaux. À leur intérieur, ils sont aussi stressés du manque de compétences professionnelles et alors à l'extérieur, ils manifestent bien leurs besoins de se faire former en l'expertise.

Au niveau des politiques de l'assurance-maladie dont les premiers textes datent de 1992, au terme de 24 ans d'élaboration et de mise en exécution de plusieurs plans d'action, les tensions s'interprètent en une évolution très rapide des textes, de manière à découvrir enfin un certain éclaircissement des dispositions à travers la loi modifiée de 2014 qui donne au Vietnam l'espoir d'un taux de couverture à 80% de la population à l'aube de 2020. Tout cela exprime bien des avantages et des inconvénients dans cette phase de transition d'une culture plutôt affective, sentimentaliste et traditionnelle à celle plutôt moderne, utilittariste et rationnelle. Les processus seraient longs à parcourir.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons respecté dans cette bibliographie et dans tout cet ouvrage alternativement les normes de présentation du nom des auteurs français et vietnamiens, c'est-à-dire le prénom en premier pour les francophones et le nom en premier pour les vietnamophones. Cela nous semblait plus respectueux pour chacune des cultures.

Ouvrages et articles scientifiques sur la sociologie

Vincent DUBOIS, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica, 2008.

Michael LIPSKY, *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York, 1980.

Myriam de LOENZIEN, « Lone Motherhood and its Educational Outcomes for Children in Vietnam », *Marriage & Family Review*, Vol. 52, n° 1-2, janvier 2016, pp. 162-195.

Jean-Pierre POULAIN, « S'adapter au monde ou l'adapter ? L'alimentation en mouvement, des grandes migrations au tourisme », *Diasporas. Histoire et sociétés*, n° 7, 2005, pp. 13-30.

Jean-Pierre POULAIN, *Sociologie de l'obésité*, Paris : PUF, 2009.

Vincent SIMOULIN, « Émission, médiation, réception : les opérations constitutives d'une réforme par imprégnation ». *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, avril 2000, pp. 333-350.

Vincent SIMOULIN, « Le "modèle suédois" : succès persistant, recompositions actorielles et reconfigurations intellectuelles », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 119, juillet-décembre 2005, pp. 289-309.

Vincent SIMOULIN, « La gouvernance territoriale : dynamiques discursives, stratégiques et organisationnelles ». In (pp. 15-32) : Romain PASQUIER, Vincent SIMOULIN, Julien WEISBEIN (Eds.), *La gouvernance territoriale. Pratiques, discours et théories*. Paris : LGDJ, 2007.

Vincent SIMOULIN, « Quand ambition ne rime pas avec réalisation. L'action publique face aux limites de la volonté politique », *Sciences de la société*, n° 79, février 2010, pp. 144-158.

Vincent SIMOULIN, « Le bilan des bilans : juristes et sociologues face aux réformes », *Droit et société*, n° 91, 2015, pp. 667-686.

Gilbert de TERSSAC, Karine LALANDE, *Du train à vapeur au TGV : sociologie du travail d'organisation*, Paris, PUF, 2002.

Gilbert de TERSSAC (Ed.), *La Théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud,* Paris, La Découverte, 2003.

Jens THOEMMES, Gilbert de TERSSAC (Eds.), *Les temporalités sociales : repères méthodologiques,* Toulouse, Octares, 2006.

Ouvrages et articles scientifiques sur les politiques sociales

Philippe BEZES, Frédéric PIERRU, « Etat, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses. La France au miroir des sciences sociales nord-américaines », *Gouvernement et action publique*, 2012/2, n° 2, pp. 41-87.

André-Pierre CONSTANDRIOPOULOS, Yves SOUTEYRAND, « L'hôpital en mutation, d'un modèle à l'autre », in (pp. 3-18) : *L'hôpital stratège, Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996.

Gösta ESPING-ANDERSEN, *Les Trois Mondes de l'État-providence.* Paris, PUF, 1990.

Stéphanie GOIRAND, *La production d'une adhésion "relative" à une nouvelle politique sociale : le cas du dispositif de Réussite éducative à Toulouse de 2006 à 2009*, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2012.

Patrick HASSENTEUFEL, Sylvie DELAYE, Frédéric PIERRU, Magali ROBELET, Marina, SERRE, « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 1/2001, n° 2, pp. 29-48.

HOANG Kien Thiet, « Politiques de l'assurance-maladie aux Philippines », *Revue de la Sécurité sociale du Vietnam* n° 10, 2006, pp. 53-54.

Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Vulaines sur Seine, Editions du Croquant, 2007.

Frédéric PIERRU, « La santé au régime néolibéral », *Savoir agir*, 2008/3, n° 5, pp. 13-24.

Frédéric PIERRU, « Payer plus pour être soigné moins. Le front libéral à l'assaut de l'assurance maladie publique », *Savoir agir*, 2010/3, n° 13, pp. 49-56.

Frédéric PIERRU, « Les recompositions paradoxales de l'Etat sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politiques de santé », *Education et sociétés*, 2012/2, n° 30, pp. 107-129.

Frédéric PIERRU, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », in (pp. 203-230) HIBOU Béatrice, *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte, 2013.

Richard TITMUSS, *Essays on the Welfare State*, Londres, G. Allen and Unwin, 1958.

Ouvrages et articles scientifiques sur le Vietnam

Melanie BERESFORD, « Doi Moi in review: The challenges of building market socialism in Vietnam », *Journal of Contemporary Asia,* 38(2), May 2008, pp. 221-243

Michel CATLLA, Gilbert de TERSSAC (Eds.), *Viêt-Nam en transitions*. Lyon : ENS Editions, 2014.

Maria E. COSIO ZAVALA, Bich-Ngoc LUU, Myriam de LOENZIEN (Eds.), *Mutations démographiques et sociales du Viêt Nam contemporain.* Nanterre : Presses universitaires de Paris Ouest, 2016.

David CRAIG, *Familiar Medicine. Everyday Health Knowledge and Practice in Today's Vietnam,* Honolulu, University of Hawaii Press, 2002.

David CRAIG, « Practical logics: the shapes and lessons of popular medical knowledge and practice – examples from Vietnam and Indigenous Australia », *Social Science & Medicine*, 51 (5), 2000, pp. 703-711.

Churchill CRAIG, Matul MICHAL, *Protéger les plus démunis : Guide de la micro-assurance Volume II*, Organisation internationale du Travail, CH-1211 Genève, Suisse, 2012.

DANG Nguyen Anh, « Les éléments décisifs sur l'accès à l'assurance-maladie au Vietnam », *Revue de Sociologie*, n° 1, 2007, pp. 44-55.

DANG Thao, « L'assurance-maladie en France - L'expérience pour le Vietnam », *Revue d'assurance-maladie du Vietnam* n° 07, Hanoï, 2008, pp. 52-56.

M. JOWETT, « Do informal risk sharing networks crowd out public voluntary health insurance? Evidence from Vietnam », *Applied Economics*, Vol. 35, n° 10, 2003, pp. 1153-1161

M. JOWETT, R. THOMPSON, *Paying for health care in Vietnam : extending voluntary healyth insurance coverage*, University of York, Centre for health economics, Discussion paper 167, mars 1999

M. JOWETT, P. CONTOYANNIS, N. D. VINH, « The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam », *Social Science & Medicine*, 56 (2003) pp. 333–342

LE Quang, « L'assurance-maladie pour les quasi-pauvres », *Revue de l'assurance-maladie du Vietnam,* n° 05, 2009, pp. 4-5.

Jonathan D. LONDON (Ed.), *Politics in Contemporary Vietnam*. *Party, State and Authority Relations*, Londres, Palgrave-Macmillan, 2014

NGUYEN Thi Ngan Hoa, « L'utilisation de la carte d'assurance-maladie des habitants du delta de Mekong », *Revue d'assurance-maladie du Vietnam*, n° 3, 2004, pp. 32-35.

NGUYEN Hong Ngoc, « La situation du Vietnam après 25 ans d'application de la réforme "Đổi Mới" », *Hanoi News*, n° 7, 2011, pp. 5-8.

NGUYEN Thi Uyen, « Les changements positifs et négatifs du Vietnam après 18 ans application de la réforme "Đổi Mới" », *Revue du PCV*, n° 5, 2005, pp.12-14.

NGUYEN Vinh Quang, « Les expériences d'universalisation de l'assurance-maladie », *Revue de l'assurance-maladie du Vietnam,* n° 5, 2009, pp. 57-59.

Emmanuel PANNIER, Gwenn PULLIAT, « Echanges, dons et dettes. Réseaux sociaux et résilience dans le Vietnam d'aujourd'hui », *Revue Tiers Monde*, n° 226-227, pp. 95-121.

Aurélie PIECHAUD, *Les facteurs de santé : accès aux services de base*, mémoire de Master 2, Université Paris Descartes, décembre 2010.
http://www.memoireonline.com/12/11/5004/Vietnam-2009-les-facteurs-de-sante--acces-aux-services-de-base.html

Kerstin PRIWITZER, *The Vietnamese Health Care System in Change. A Policy Network Analysis of a Southeast Asian Welfare Regime*, ISEAS, 2012

Aparnaa SOMANATHAN et al, *Financement de la Santé : mobilisation, gestion, affectation et utilisation efficace des ressources nationales et extérieures*, WHO APRO, 2014.

Lewis M. STERN, « The vietnamese communist party in 1986: Party Reform Initiatives, the Scramble towards Economic Revitalization, and the Road to the Sixth National Congress », *Southeast Asian Affairs*, 1987, pp. 345-363.

THAI Quang Trung, « The Fifth Congress of the Vietnamese Communist Party », *Contemporary Southeast Asia,* Vol. 4, No. 2, September 1982, pp. 236-245.

TRAN Van Tien, HOANG Thi Phuong, Inke MATHAUER et NGUYEN Thi Kim Phuong**,** *A health financing review of viet nam with a focus on social health insurance*, WHO, 2011

TRINH Hoa Binh, « L'assurance-maladie: les besoins et son développement à la campagne », *Revue de Sociologie*, n° 1 (97), 2007, pp. 56-65.

TRINH Van Tung, « Le rôle de la sociologie de la sociologie de la santé, de la sociologie de la medicine et de la sociologie des maladies dans la fourniture des services sociaux *»,* Hanoï, Éd. De l'Université Nationale du Viet Nam à Hanoi, 2017 pp. 5 – 20.

TRINH Van Tung, « Étude sociologique sur l'interface entre les médecines traditionnelle et occidentale : le rôle de complémenarité des arthralgies à Son La, Viet Nam », In *Création des activités socio-économique au service du développement durable local: le cas du Nord-Ouest et Son La* (Actes du collloque international), Hanoï, Éd. De l'Université Nationale du Viet Nam à Hanoi, 2012, pp. 237 – 252.

TRINH Van Tung, « L'Interface des médecines tradionnelle et occidentale en province de Tuyen Quang: le cas de la commune de Y La », In *La campagne en transition* (Actes du collloque international), Texte n^0 55, 2012.

Jörg Wischermann, « Governance and Civil Society Action in Vietnam: Changing the Rules From Within—Potentials and Limits », *Asian Politics & Policy*, Vol. 3, n° 3, July 2011, pp. 383–411

Documents administratifs

Assemblée Nationale du Vietnam, *La loi sur l'assurance-maladie du Vietnam de 2009.*

Comité de direction du récensement général sur la démographie et l'habitation, *Le Récensement général sur la démographie et l'habitation du Vietnam de 2009 : les résultats exhaustifs,* Hanoi, Éditions des Statistiques, 2010.

HA Duc Anh*, L'évaluation du programme de l'assurance-maladie du Vietnam de 1992 à 2010, UNICEF, 2011.*

Ministère des Finances, *Stratégie du développement de l'assurance-maladie du Vietnam de 2003 à 2012*, Hanoi, 2003.

Ministère de la Santé, *Le rapport sur l'assurance-maladie,* Hanoi, 2005.

Ministère de la Santé, *Études sur la faisabilité de l'universalisation de l'assuarance-maladie*, Hanoi, 2011.

Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam de 2009 à 2012,* Hanoi, 2013.

Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie à Hanoi de 2009 à 2012,* Hanoi*,* 2013.

Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam,* Hanoi, 2014

Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam,* Hanoi, 2015

Ministère de la Santé, *Rapport sur les résultats de participation à l'assurance-maladie au Vietnam,* Hanoi, 2016

Vietnam Household Living Standard Survey*, Living Standard Surveys du Vietnam*, 2012

Autres documents

DO Thi Hong May, « Participation de *l'assurance-maladie au Vietnam* », *Mémoire de Master II de sociologie*, l'Académie des Sciences Sociales, 5/2013.

NGHIEM Xuan Nam, *Les besoins et les attentes des habitants ruraux dans la participation à l'assurance-maladie*, Mémoire du master II de sociologie, Hanoï, USSH, 91 p.

PHAM Van Quyet, Nguyen Quy Thanh, *Méthode de recherche de la sociologie*, Hanoi, Éditions de l'UNVH.

TRAN Huu Quang, « Les dépenses en soins de santé pèsent d'autant plus qu'on est pauvre »*, Saigon Times,* n° 2, Hochiminh ville, 2009, pp. 23-27.

TRAN Huu Quang, « Les écarts en termes de bénéfices de l'assurance-maladie »*, Saigon Times,* n° 2, Hochiminh ville, 2009, pp. 20-24.

ANNEXES

Questionnaire

Partie 1 : Informations générales

La partie « Informations générales » contient 6 indications pour exploiter les contenus principaux : (1) Année de naissance (2) Sexe (3) État matrimonial (4) Ethnie (5) Niveau d'instruction (6) Profession.

Partie 2 : Informations de base sur les conditions de vie

La partie « Informations de base sur les conditions de vie » vise à préciser les informations de base ci-dessous :

- Type d'hébergement actuel
- Moyens/ Outils que la famille possède
- Source d'eau utilisée pour les activités quotidiennes
- Type de toilette utilisé par la famille
- Estimation de la dépense mensuelle moyenne (l'année précédente) par ménage et par personne
- Estimation du revenu mensuel moyen (l'année précédente) par ménage et par personne
- Auto-évaluation du niveau de vie de sa famille par rapport à d'autres ménages dans la commune

Partie 3 : Contenu principal

Cette partie a pour objet de préciser l'état de santé actuel, les problèmes liés à l'état de santé des citoyens, leur choix du centre d'examens et de soins médicaux et leur paiement des soins médicaux. Le tableau de demandes se divise ensuite en deux groupes de questions destinées en particulier aux deux groupes principaux de

bénéficiaires : le groupe ayant la carte d'assurance maladie et celui n'ayant pas de carte d'assurance maladie.

Guide de l'entretien approfondi pour les citoyens

Partie 1: Informations de base

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?

Partie 2 : Informations sur l'assurance maladie

- Quel est votre état de santé actuel ?
- Vous participez à l'assurance maladie ?
    - Si oui, pourquoi ?
    - Si non, pourquoi ?
- Si oui, à quelle catégorie de participant à l'assurance maladie appartenez-vous ?
- Quel centre d'examens et de soins médicaux utilisez-vous en cas de problèmes de santé ? Pourquoi ?
- Quelle somme d'argent annuelle dépensez-vous pour la carte d'assurance maladie ?
- Quelle est votre évaluation sur les procédures de participation et d'examens et de soins médicaux par la carte d'assurance maladie ?
- Quelle est votre évaluation sur le niveau de paiement des frais de l'assurance maladie pour les services d'examens et de soins médicaux par la carte d'assurance maladie ?

- Quelle est votre évaluation sur la qualité des services d'examen et de soins médicaux par la carte d'assurance maladie (qualité des services, des médicaments, niveau professionnel des médecins, des infirmières) ?
- Quelle est votre évaluation sur l'attitude des cadres de l'assurance maladie, des médecins, des infirmières, des personnels soignants ?
- Avez-vous des souhaits ou des propositions afin de renforcer l'efficacité et de développer la qualité de la carte d'assurance maladie ?

Guide d'entretien approfondi pour les médecins

Partie 1 : Informations générales

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre hôpital de rattachement ?

Partie 2 : Questions sur l'assurance maladie

- Comment pratiquez-vous les consultations pour les patients ayant la carte d'assurance maladie ?
- Y a-t-il une différence entre les patients urbains et ruraux ?
- Comment évaluez-vous les procédures de participation et d'exécution de l'assurance maladie ?
- Comment évaluez-vous actuellement la qualité d'examens et de soins médicaux et des équipements dans les centres médicaux ?
- Quelle est l'attitude des médecins en général lors d'examens et de soins médicaux pour les malades ayant la carte d'assurance maladie ?
- Quelle est la qualité des personnels et des équipements des lignes ?
- Trouvez-vous que les dispositions d'examens et de soins médicaux de l'assurance maladie sont conformes à la réalité des examens et des soins médicaux pratiqués par les médecins ?
- Quels sont les problèmes qui peuvent arriver lors des examens et des soins médicaux par la carte d'assurance maladie chez les patients ?
- Quels sont vos désirs et recommandations pour que le système d'assurance maladie du Vietnam puisse être développé et perfectionné ?

Guide d'entretien approfondi pour les cadres
du système d'assurance maladie

Partie 1 : Informations générales

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre sexe ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Depuis quand occupez-vous ce poste ?

Partie 2 : Questions sur l'assurance maladie

- Quelle est votre évaluation générale sur la situation de la participation à l'assurance maladie des citoyens dans le lieu dont vous avez la charge ?
- Quelle est votre évaluation sur l'efficacité de la propagande de l'assurance maladie dans le lieu dont vous avez la charge ?
- Quelle est la raison pour laquelle les citoyens ne participent pas à l'assurance maladie ? Quelle mesure pourrait résoudre le problème ?
- Quelle est votre évaluation sur les procédures administratives de l'assurance maladie actuelle ?
- Quelle est votre évaluation sur l'application des règlements, textes légaux, décrets et circulaires de l'assurance maladie dans la pratique actuelle ?
- Quelles sont les difficultés dans leur mise en œuvre ?
- Selon vous, quelle est la méthode adaptée pour augmenter le taux de participation à l'assurance maladie aujourd'hui ?
- Avez-vous des souhaits ou des recommandations pour que le système d'assurance maladie au Vietnam puisse être développé et perfectionné ?