

Transitions sanitaires au Viêt Nam

La place du VIH/sida

Myriam de Loenzien, IRD-LPED

Pôle Suds
Transition(s) sanitaire(s) en Asie

INED, Paris, 21 octobre 2010

Plan

Situation actuelle

Evolution à long terme de la mortalité

L'impact de l'épidémie VIH/sida sur quelques indicateurs

Evolution du système de santé

Situation actuelle

Contexte

Population mi 2011: 87,9 millions

Population urbaine: 30%

Population âgée de
14 ans et moins: 25%
65 ans et plus: 7%

(PRB 2011)

ISF (enfants par femme) :
1,9 (2007 UN 2011b),
2,0 (PRB 2011)

Taux d'alphabétisation 2007:
90% (UN 2010)

Mortalité

(2010-2015 UN 2011a / PRB 2011)

TBM: 5,2 / 7 pour mille

TMI : 18 / 16 pour mille

Espérance de vie: 76 / 73 ans
hommes 73 / 70 ans
femmes 77 / 76 ans

Espérance de vie et revenu en Asie du Sud-Est (Sauf Singapour) (PRB 2011)



Note: Données non disponibles pour Myanmar et Brunei

Place du VIH/sida

1^{er} cas en 1990

Prévalence 15-49 ans: 0,5%

Épidémie concentrée

Utilisation de drogue par voie intraveineuse, commerce sexuel

Cas déclarés:

20-29 ans: 18% en 1993, plus de 50% en 2008

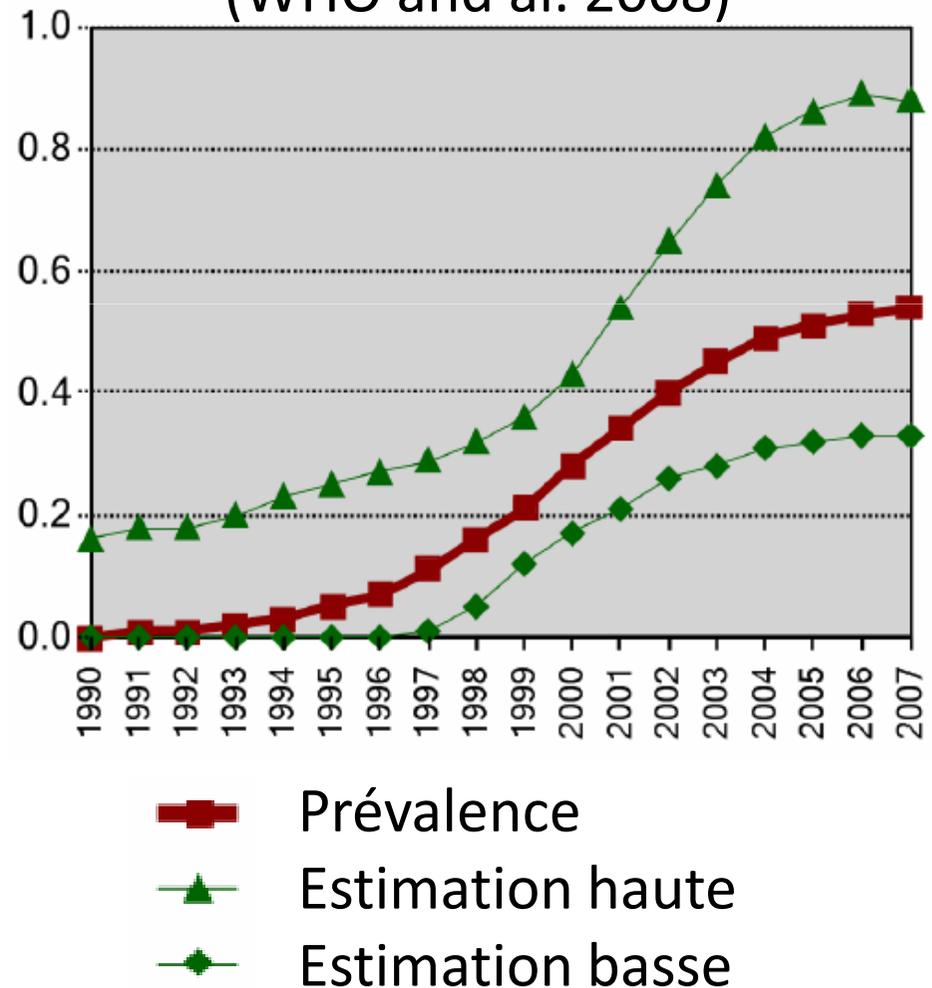
2009: > 80% ont 20-39 ans

3/4 sont des hommes

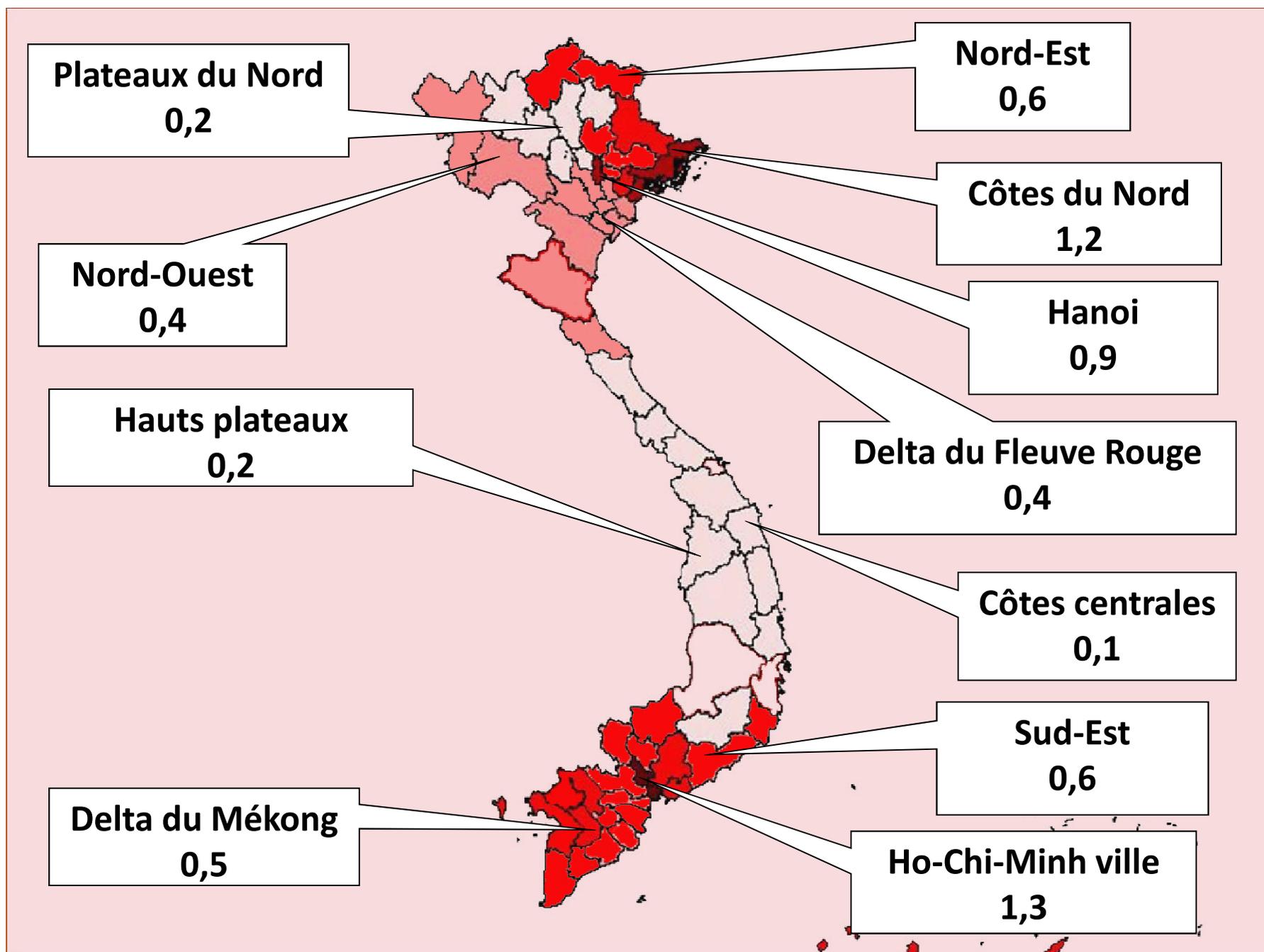
Propagation chez les femmes

Environ 300 000 séropositifs en 2010.

Taux de prévalence des adultes (15-49 ans) selon l'année (WHO and al. 2008)



Prévalence du VIH (%) selon la zone provinciale épidémiologique (2006)



Elaboration d'un système moderne de collecte des données démographiques au Viêt Nam

	Contexte sociopolitique	Source de données	
1	1860	Français en Cochinchine	
	1880	Français au Tonkin et en Annam	Annuaire de la Cochinchine 1888
	1914-1918	1 ^{ère} guerre mondiale	Annuaire statistique de l'Indochine 1913-1922 (vol. 1)
2	1921		1 ^{er} recensement national
	1926		Evaluation grossière
	1931		2 ^{ème} recensement national
	1936		Evaluation grossière, Gourou (Tonkin)
	1939	Seconde guerre mondiale	
	1943		Evaluation grossière
3	1945	déclaration d'indépendance, guerre de résistance contre les Français	Evaluations séparant les territoires sous contrôle français ou non
	1955-	Guerre de résistance contre les Américains	Collectes séparées Nord-Sud
4	1975	réunification	
	1979		3 ^{ème} recensement

(1) Évaluations ponctuelles 1860-1918, (2) Ébauche d'un système national 191-1939, (3) troubles et évaluations séparées 1939-1979, (4) vers un système moderne 1979-2009

Sources de données sur la mortalité et la morbidité

Recensements: 1921, 1931, 1979 (problèmes de qualité), 1989, 1999, 2009

Enquêtes locales (Hanoi, Nam Dinh 1910-1912, auprès de communautés catholiques au début des années 1930)

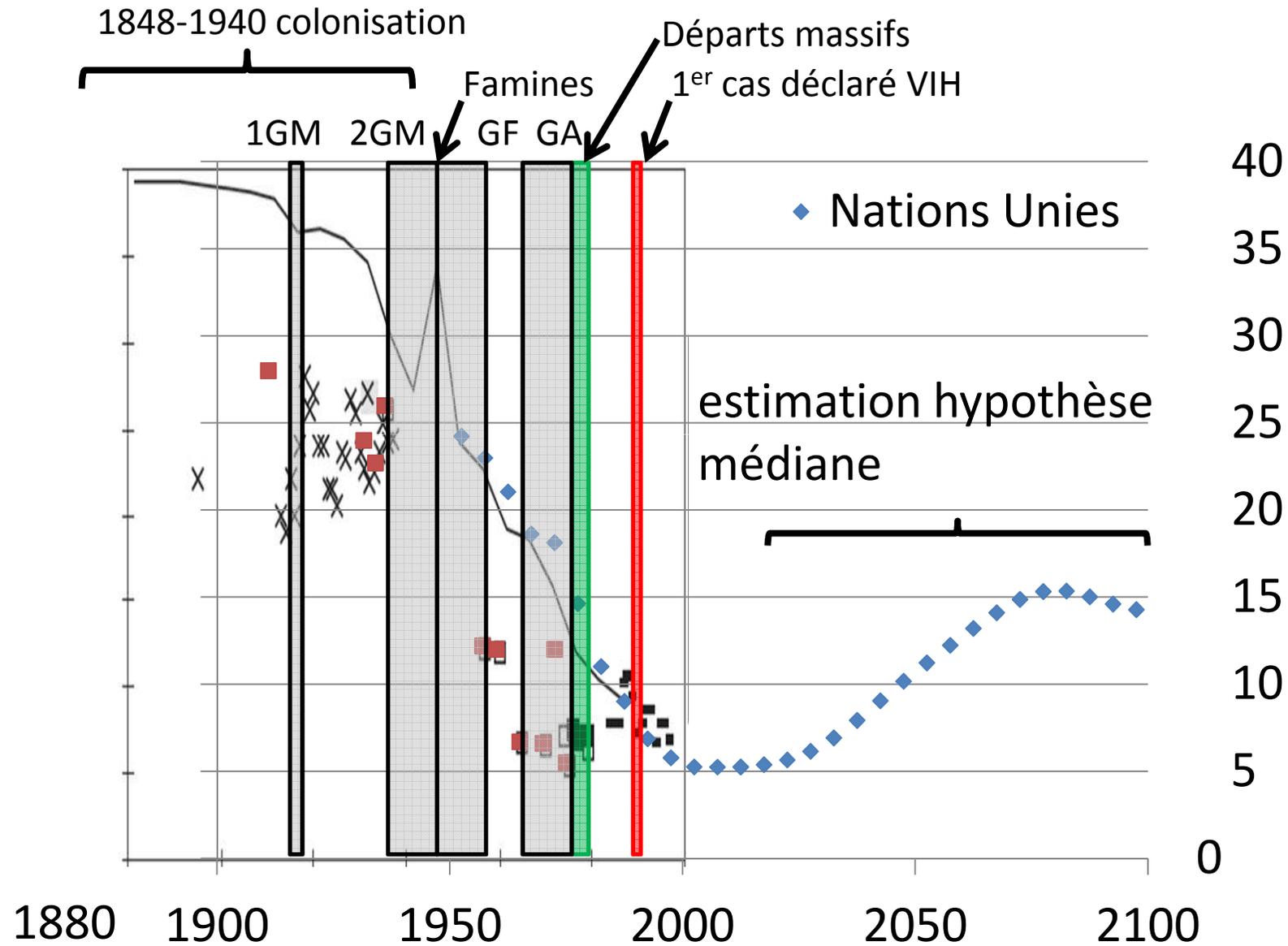
Etat civil: utilisé en complément

Enquêtes nationales . Ex. VLHS 1991, enquêtes intercensitaires, EDS 1988 et 2002 (mortalité infantile), VLSS

VIH/sida: enquêtes sentinelles, enquête nationale VPAIS (2005)

Depuis 2007: JAHR (*Joint Annual Health Review*)

Taux brut de mortalité (Nations Unies 2011, Merli 1998, Banens 2000)



Impact du VIH/sida sur le taux brut de mortalité

Source: Surveillance sentinelle
(US Bureau of Census)

Hypothèses OMS et Onusida

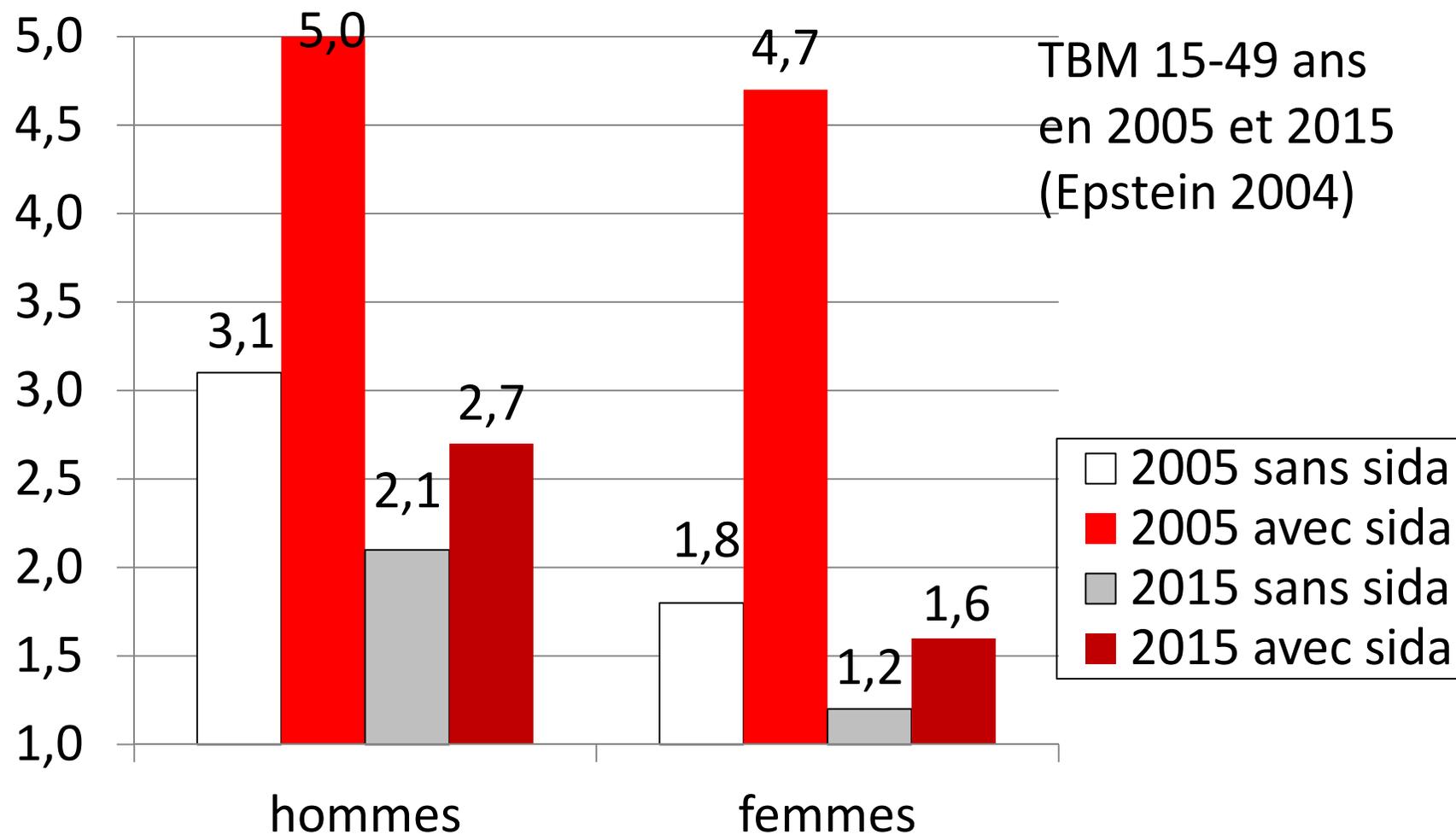
Prévalence VIH chez les
adultes fin 2003: 0,4%

Baisse de l'incidence de 2004 à
2050

Impact du VIH/sida sur
le taux de mortalité
(Epstein 2004)

	2005	2015
sans sida	6,0	5,8
avec sida	6,2	6,2

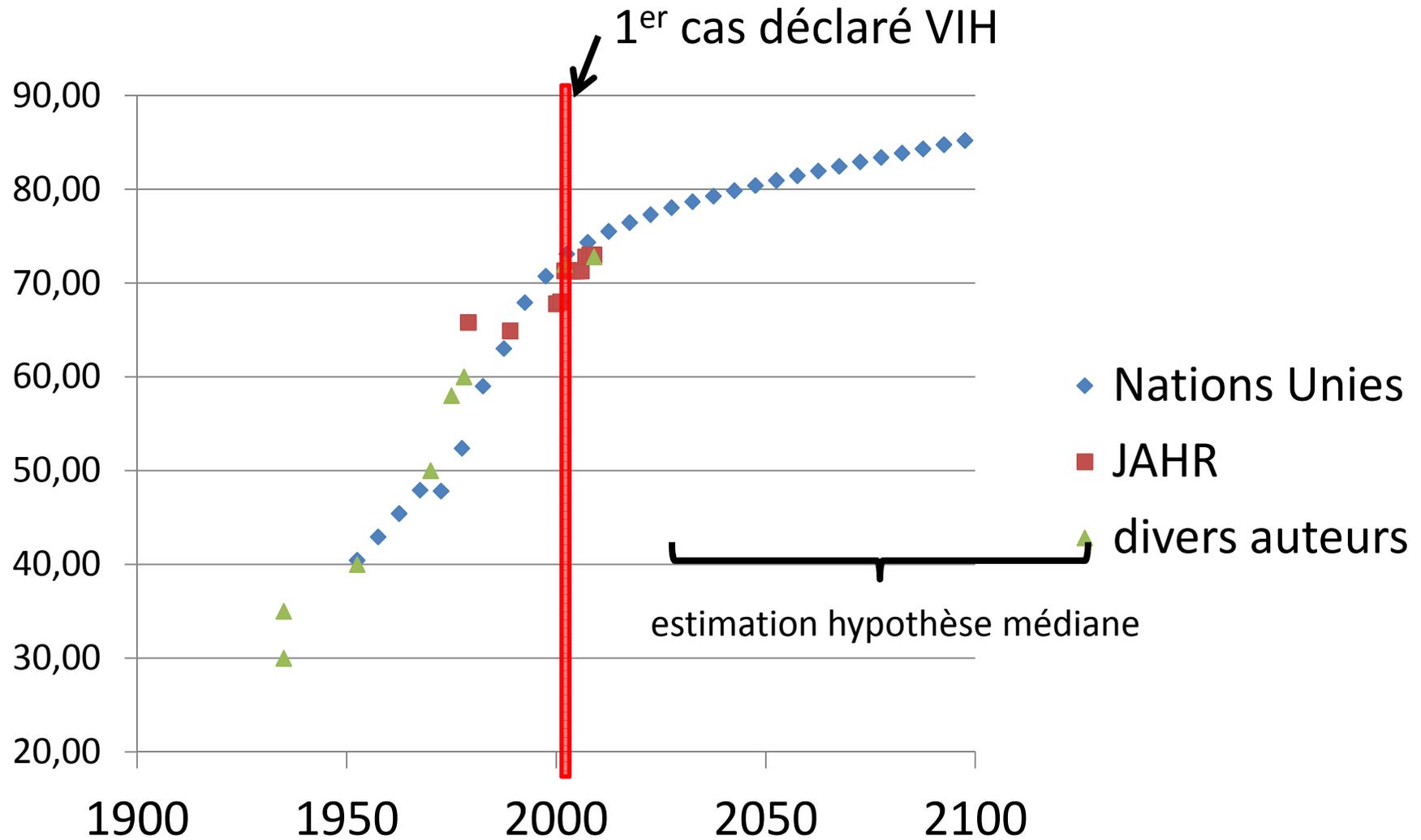
Impact du VIH/sida sur le taux brut de mortalité



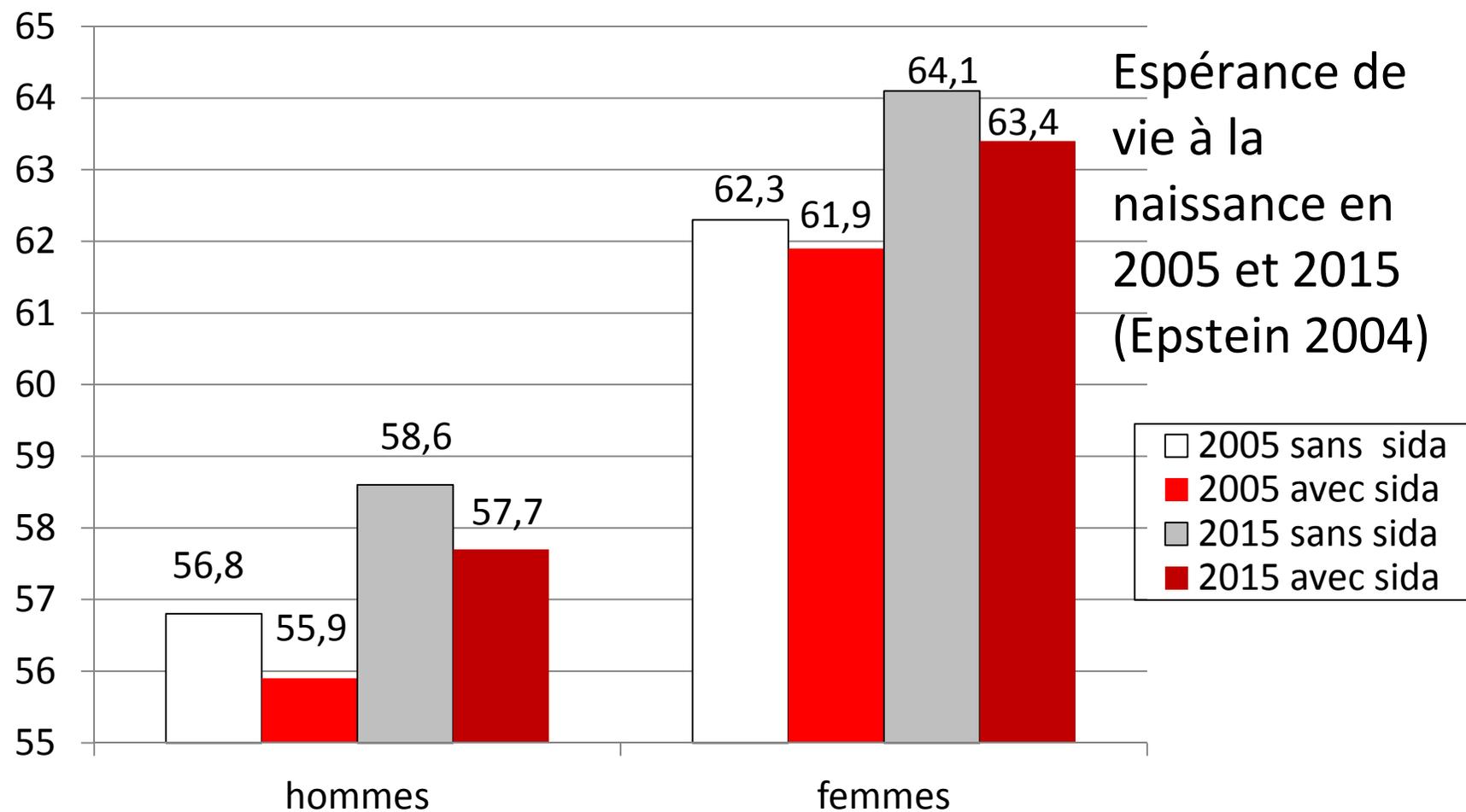
Influence très faible sur le TBM (environ 6 pour mille).

Surtout les 15-49 ans. Influence plus forte en 2005 qu'en 2015

Espérance de vie à la naissance (Merli 1998, JAHR 2011, Nations Unies 2011)



Impact du VIH/sida sur l'espérance de vie

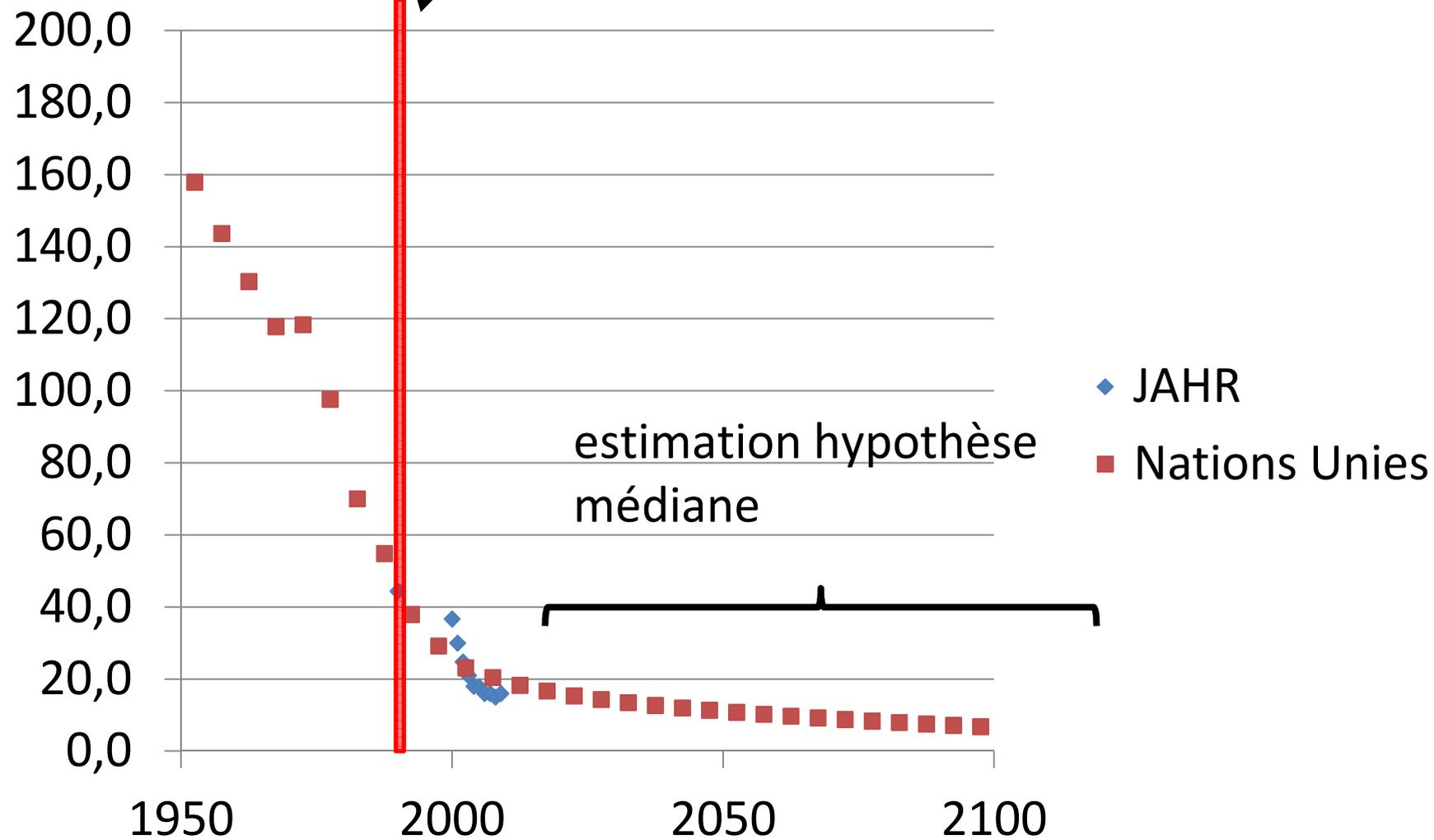


Écart entre hommes et femmes.

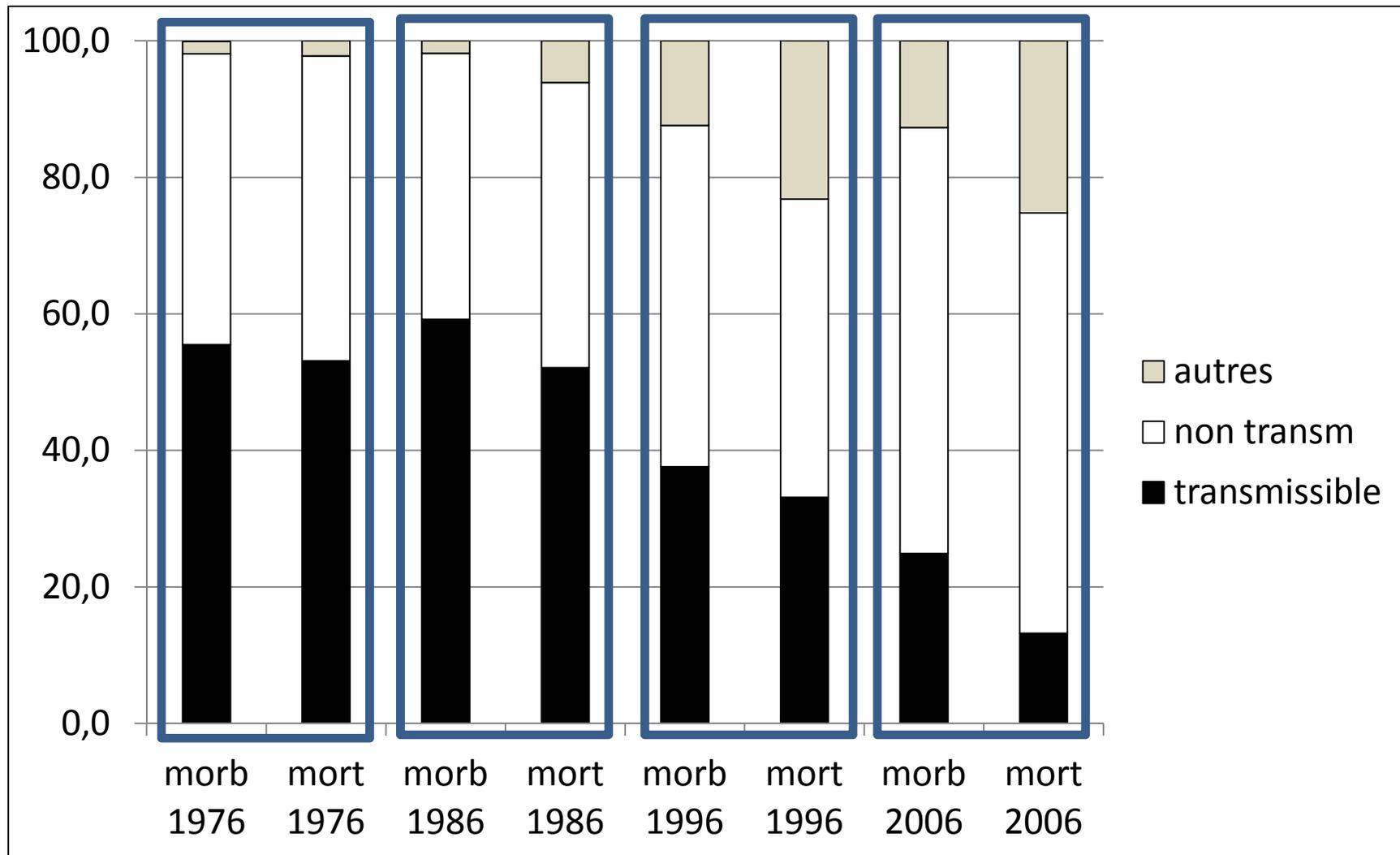
Perte d'environ un an en 2005, moins d'un an en 2015

Taux de mortalité infantile (Nations Unies 2011, JAHR 2011)

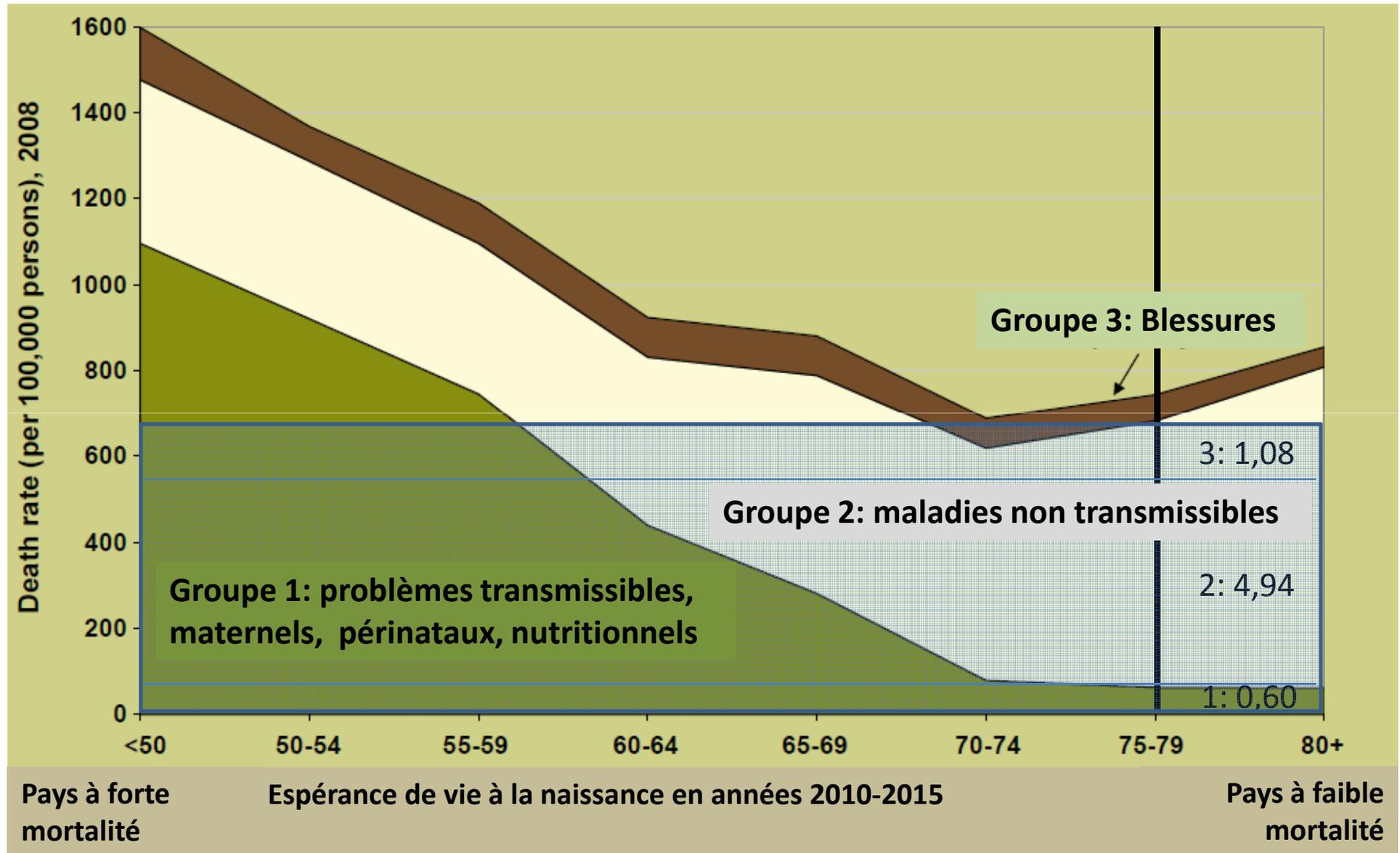
1^{er} cas déclaré VIH



Evolution de la part des types de maladie dans la morbidité et la mortalité de 1976 à 2006 (JAHR 2009)



Taux de mortalité par cause de décès selon l'espérance de vie à la naissance en 2008 (adapté de UN 2011)



Espérance de vie relativement élevée par rapport au schéma de cause de mortalité

Evolution du système de santé

Depuis les années 1950: Recherche d'une équité, accès universel à la santé. Politique favorisant les secteurs sociaux (éducation, santé, promotion des femmes)

Après la réunification: poids de la couverture en soins de santé primaire pour le Sud.

Dans les années 1980: libéralisation du secteur sanitaire. Introduction du secteur privé (1987), paiement des soins (1989), assurance santé obligatoire pour les employés (1991)

2 mouvements (London 2008):

protéger la population des effets négatifs du paiement des soins, promotion de l'accumulation économique dans le secteur public pour réduire la dépendance à l'égard des finances publiques.

Forte contribution des ménages aux soins de santé

Depuis les années 1990: enrichissement du pays. PNB par tête: 130 \$ US en 1990, 1010 dollars US en 2009, 1200 \$ US en 2009 (JAHR 2011).

Milieu des années 1990: 80% des dépenses de santé financées par les ménages. En 2008, les frais de santé sont payés à 60% par les ménages, 30% par l'Etat, et 10% par des agences et organisations privées.

En 2002, les paiements des ménages sont consacrés pour 70% à des traitements dans des infrastructures de santé et 30% à de l'automédication et du matériel de santé (Enquête Nationale Santé 2002 citée par JAHR 2008).

Forte contribution des ménages aux soins de santé (Deolalikar 2009) et rhétorique de la mobilisation (London 2008).

Contribution des ménages à la lutte contre le VIH/sida

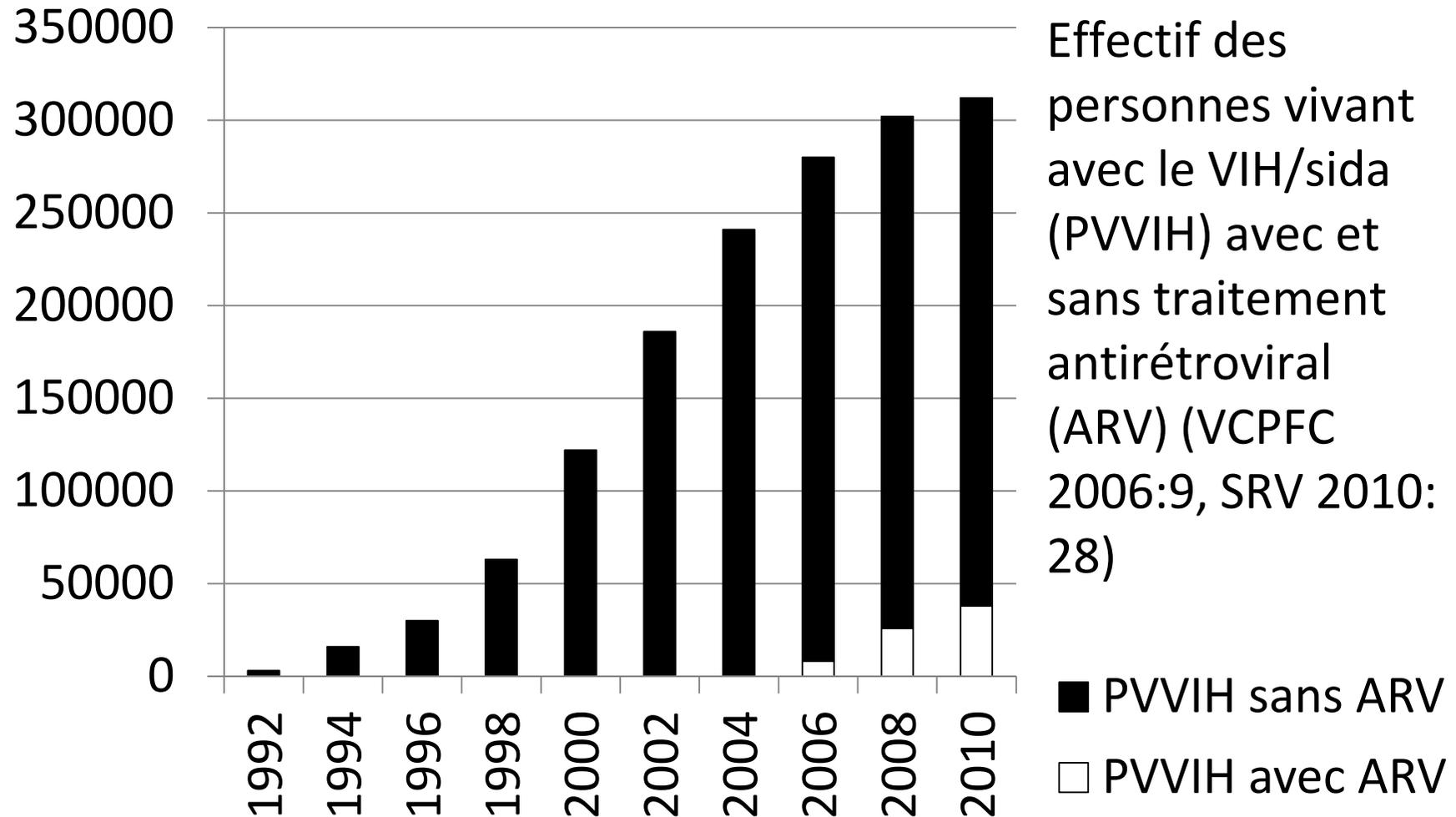
Lourde charge pour la famille: coûts économiques (UNDP et al. 2004)

Lutte contre la stigmatisation: héritage de la politique des « fléaux sociaux »

Appel à la « responsabilité » de la famille

Modification de la charge avec les programmes gratuits de traitement par antirétroviraux.

Personnes vivant avec le VIH/sida: prise en charge par antirétroviraux



Une couverture encore faible des traitements

Évolution de la prise en charge du VIH/sida

Prévention de la transmission mère-enfant: 32% des femmes enceintes séropositives sous traitement en 2009 (9% en 2006)

Décentralisation du secteur sanitaire

Nouveaux acteurs de santé: « société civile »

Programmes de réduction des dommages, loi sur le VIH/sida en 2007

Conclusion et perspectives

Processus de transition sur le long terme

Impact limité du VIH/sida

Mais l'influence sur la transition sanitaire est aussi indirecte via le système de santé

Prendre en compte l'évolution du secteur sanitaire dans l'étude de la transition

Importance de l'analyse des inégalités de santé

Merci