



HAL
open science

Territoires et soins à Vientiane (Laos) : une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire

Virginie Mobillion

► To cite this version:

Virginie Mobillion. Territoires et soins à Vientiane (Laos) : une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire. Géographie. Université de Nanterre - Paris X, 2010. Français. NNT : . tel-00628849

HAL Id: tel-00628849

<https://theses.hal.science/tel-00628849v1>

Submitted on 4 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE PARIS OUEST NANTERRE
LA DEFENSE**

Ecole doctorale : Milieux, cultures et
sociétés du passé et du présent
Laboratoire : Espace, santé et territoire
Spécialité Géographie de la santé

**INSTITUT DE RECHERCHE POUR
LE DEVELOPPEMENT (IRD)**

UMR 190 : Emergence
des pathologies virales

Territoires et soins à Vientiane (Laos) : une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire



Virginie Mobillion

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de
Docteur en géographie humaine

15 juin 2010

Jeanne-Marie AMAT-ROZE, *Professeur*, Université Paris XII (rapporteur)
Michel BUSSI, *Professeur*, Université de Rouen
Luc CAMBREZY, *Directeur de recherche*, IRD, CEPED (rapporteur)
Karine PEYRONNIE, *Chargé de recherche*, IRD
Stéphane RICAN, *Maître de conférences*, Université Paris Ouest Nanterre La Défense
Gérard SALEM, *Professeur*, Université Paris Ouest Nanterre La Défense (Directeur de thèse)

POSTES LAO
1985, 1990, 1992, 1996

Remerciements

J'adresse de sincères remerciements à Luc Cambrézy, Directeur de recherche à l'IRD, et à Michel Bussi, Professeur en géographie, qui ont accepté de s'investir dans la lecture et l'analyse de cette recherche.

Karine Peyronnie, qui m'a encouragée dès mes premiers terrains au Laos, a aussi soutenu mon projet de thèse, en m'accordant notamment plusieurs séances de travail, toujours stimulantes vu sa connaissance de l'espace vientianais. Elle a coordonné le programme IRD « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiale de santé à Vientiane* » dans lequel s'inscrit ce travail. Qu'elle soit ici très chaleureusement remerciée.

Le premier cours de géographie de la santé auquel j'ai assisté est, dans mon cursus universitaire, de ceux qui me restent vifs en mémoire et celui qui m'a procuré un fort sentiment de découverte. Alors en licence, je ne m'imaginai pas que, bien des années plus tard, le Professeur qui m'avait « révélé » la discipline, Jeanne-Marie Amat-Roze, serait membre du jury de ma thèse. De près ou de loin, elle a toujours été présente tout au long de ce parcours géographique ; je lui témoigne ici ma profonde gratitude.

J'adresse de sincères remerciements à Stéphane Rican, Maître de Conférence à Nanterre, qui m'a appris à concilier statistiques et géographie. Son soutien sans faille m'a permis d'entreprendre calculs et analyses sans lesquels je n'aurais pu présenter ce travail.

Ma profonde reconnaissance va au Professeur Gérard Salem qui, m'invitant à l'aventure doctorale et soutenant ensuite cette thèse avec une précieuse confiance, m'a permis d'élargir le champ de mes connaissances. Ses remarques et observations lors de nos échanges ont constitué sans l'ombre d'un doute le principal moteur de ma progression. Soucieux des conditions matérielles de l'apprenti-chercheur, il m'a aussi offert un cadre de travail des plus sécurisants.

L'inscription de cette thèse dans le programme de recherche IRD « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* » a été l'occasion de travailler avec Audrey Bochaton et Julie Vallée et, notamment, de réaliser ensemble une enquête de santé. Chacune ayant son sens scientifique et pratique, nous nous sommes complétées et soutenues pendant ces années passées sur le terrain. Je les remercie de ce partage, d'autant plus qu'il s'est perpétué malgré la distance.

J'adresse mes remerciements à Daniel Benoit et à Eric Bénéfice, les deux représentants successifs de l'IRD à Vientiane, qui ont rendu possible la coopération avec les institutions sanitaires laotiennes et donc l'entreprise de ces recherches. Je remercie également le personnel de la représentation : Amala Phanalasy, en particulier, pour sa

contribution à la réalisation du programme, ainsi que Souphankham et Mone pour leur disponibilité et gentillesse.

Je remercie Jean-Paul Gonzales, alors directeur de l'unité de recherche « *Conditions et territoires d'émergence des maladies* » de l'IRD, de son soutien et de la confiance qu'il a accordée à la jeune équipe que nous formions avec Julie et Audrey. Je tiens aussi à remercier chaleureusement Florence Fournet, membre de cette unité, pour son encadrement scientifique enthousiaste lors de l'élaboration et du déroulement de l'enquête de santé.

Je remercie les membres de l'Institut National de Santé Publique du Laos et de l'Université des Sciences Médicales de Vientiane pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à ce programme et pour l'aide qu'ils ont apportée, notamment lors la mise en place de l'enquête de santé et de la réalisation des questionnaires.

J'adresse mes remerciements aux membres du personnel des administrations sanitaires – le Ministère de la santé et le Bureau de santé provincial - ainsi qu'à ceux des hôpitaux et des dispensaires qui ont répondu à mes sollicitations avec patience. Je tiens à remercier en particulier le Docteur Thanakham qui m'a toujours réservé le meilleur accueil à l'Hôpital Mahosot. Je remercie aussi tous les informateurs, population, pharmaciens et médecins privés, qui ont accepté de participer aux différentes enquêtes sur laquelle repose cette thèse.

Je remercie chaleureusement Tifenn Gaudin qui, lors de l'enquête de santé, a supervisé et réalisé avec rigueur et efficacité l'ensemble des entretiens effectués auprès des chefs de villages.

Je remercie l'ensemble des enquêteurs et médecins qui ont participé à la réalisation de l'enquête de santé mais également Oy, Tan et Phonetipe qui, chacun à différentes périodes, m'ont assisté le temps de cette recherche. Qu'ils reçoivent tous trois mes profonds remerciements.

Enfin il y a tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à adoucir le quotidien, parfois agité :

Un grand merci à Claire Matz, une voisine, qui, aux premiers temps de l'écriture, m'a cédé en toute générosité les clés de son bureau perché sur les toits parisiens.

Je remercie Hélène Charrière de m'avoir accordé de son temps pour m'initier à certains traitements statistiques.

Merci à Estelle Broihanne pour son aide lors de la mise en page.

Je remercie Maud Harang que j'ai sollicitée à plusieurs reprises et qui a toujours pris le temps de répondre à mes questions.

Je remercie également Clélia Gasquet de m'avoir ouvert les portes du Lubéron. Ce déménagement temporaire a été l'occasion de découvrir la Provence, espace idéal pour la

rédaction, et de rencontrer Mireille, Emmanuelle, Jean et Christine que je remercie vivement pour leur gentillesse et les moments passés ensemble.

Je remercie Cécile Briclère, qui, pourtant sollicitée à la dernière minute, a néanmoins traduit *illico presto* les citations anglaises.

Je remercie Dara Jouannaux à qui, comme Cécile, j'ai demandé au même moment la traduction de citations, mais cette fois-ci lao, et qui m'a répondu...avec la même rapidité !

Je remercie les Mariani-Férigoule à qui j'ai envoyé les premiers jets d'écriture à corriger et qui « ne m'ont pas arraché les cheveux » pour autant, pourtant... Un grand merci aussi pour leurs petites attentions suivies, toujours encourageantes.

Mille mercis, voire deux ou trois milles, à Béa Reverre à qui j'ai demandé beaucoup et qui m'en a donné bien plus. Son aide dans la relecture et son esprit positif m'ont été d'un soutien essentiel pour achever ce travail. C'est aussi toute la Family que je remercie, Family avec laquelle j'ai plaisir à être.

Je remercie mes amis, du Laos et d'ici, qui m'ont aidé à prendre distance et équilibre lors de ce rite de passage qu'a été pour moi la thèse. En particulier, mes pensées vont à Adeline et Leïla que je sais toujours là, même si ces dernières années moi-même j'y étais peu.

Je ne sais exprimer à Audrey combien l'amitié et le soutien qu'elle m'a portés ont été précieux. Pourvu qu'elle s'en doute.

De sincères pensées pour Yvette et Jean, ses parents, avec qui j'ai vécu un petit temps et partagé de joyeux brins de vie.

Je dois évidemment beaucoup à ma famille qui m'a épaulée, écoutée et encouragée ; une pensée toute particulière pour ma mère ainsi que mon grand frère qui ont été si présents.

Et à Julien, mon second souffle, toujours.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	5

INTRODUCTION GENERALE 9

PARTIE 1 : LES TERRITOIRES D'IMPLANTATION DES FOURNISSEURS DE SOINS 17

Chapitre 1 - Le développement du système de soins laotien, reflet d'un projet politique

Chapitre 2 - Faire la géographie de l'offre de soins à Vientiane : Méthodes

Chapitre 3 - Les territoires de l'offre de soins publique : une logique de contrôle territorial ?

Chapitre 4 - Les territoires d'implantation de l'offre de soins privée : la consécration d'intérêts particuliers

PARTIE 2 : Les TERRITOIRES D'ATTRACTION DES STRUCTURES DE SOINS 159

Chapitre 5 - Eléments méthodologiques

Chapitre 6 - Le champ d'action des hôpitaux publics : des dysfonctionnements visibles à plusieurs échelles

Chapitre 7 - Les structures de soins publiques : entre perdition et autogestion

PARTIE 3 :	
LES TERRITOIRES DU RECOURS AUX SOINS	305
Chapitre 8 - Appréhender le recours aux soins	
Chapitre 9 - Etudier les territoires du recours aux soins : une approche sociale	
Chapitre 10 - Façonnement social et spatial du recours aux soins : des territoires inégaux	
CONCLUSION GENERALE	381
ANNEXES	389
BIBLIOGRAPHIE	441
INDEX	461
TABLE DES MATIERES	471

Introduction générale

Située sur la rive laotienne du Mékong, Vientiane, petite capitale de 300 000 habitants, discrète sur la scène internationale et paisible au regard du visiteur, est pourtant le singulier théâtre de dynamiques structurelles divergentes. Centre politique depuis 1975 d'un des derniers régimes communistes, elle est également, dès le milieu des années 1980, le centre économique d'un marché ouvert à la libéralisation. Les deux systèmes, l'un politique, l'autre économique, *a priori* antinomiques, forment le substrat original de la capitale du Laos.

La perspective géographique poursuivie ici, dont « *l'objectif est d'étudier l'espace pour comprendre la société* » [Salem, 1998, 54], participera à rendre compte de la réalité sociale telle qu'elle s'ordonne aujourd'hui dans la capitale laotienne, les agencements spatiaux observés renvoyant toujours, ici comme ailleurs, à des logiques sociales. Dans le cadre de cette recherche, la géographie mobilisée repose spécifiquement sur l'étude spatiale d'indicateurs de santé, en particulier ceux du système de soins¹.

Composé de l'ensemble des institutions, des personnes et des ressources participant à la prestation de soins de santé, le système de soins constitue à Vientiane un objet d'étude intéressant à plusieurs égards. Bien que la capitale concentre de nombreux services de santé, l'automédication y serait le comportement de soins le plus répandu : d'après une enquête de santé nationale établie en 2001, plus de 60% des citoyens laotiens ont recouru à l'automédication lors de leur dernier problème de santé [Ministère de la Santé du Laos]. Quelle est, spécifiquement à Vientiane, l'ampleur de ce phénomène ? Cette pratique est-elle contrastée selon les lieux et les populations de la capitale ? Est-elle liée à une distribution spatiale inégale des infrastructures sanitaires ? L'expertise géographique du système de soins, en mettant en évidence les déséquilibres spatiaux de l'offre sanitaire ainsi que leurs logiques, contribuera à la compréhension des dysfonctionnements. En outre, le système de soins, parce qu'il mobilise une palette d'acteurs à l'interface de la dynamique sociétale - décideurs politiques, soignants et patients -, constitue un fin révélateur de la société et des relations qu'entretiennent les différentes parties du corps social. L'analyse de l'organisation et de l'utilisation du système de soins traduit en effet le niveau d'implication des pouvoirs publics aux questions de santé, le type de projet de société engagé, l'adhésion des populations, le rôle des acteurs privés, l'existence d'une société civile... autant de questions soulevées par le contexte politico-économique particulier de Vientiane.

¹ Cette analyse s'inscrit dans le cadre d'un programme de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) intitulé « Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane » dirigé par Karine Peyronnie et mené par l'unité de recherche 178. L'objectif était de décrire et d'expliquer les disparités spatiales de santé observées à Vientiane. Trois thématiques composaient la recherche : les états de santé, le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande et le système de soins.

Du point de vue de la méthode, l'analyse géographique du système de soins repose sur ses principales inscriptions spatiales : la localisation des fournisseurs de soins, leur aire d'attraction et le recours aux soins de la population. Ainsi fondée sur plusieurs indicateurs, la démarche est volontairement holiste de manière à approfondir la connaissance du système de soins et de Vientiane elle-même.

Notre recherche présente la singularité de se fonder sur le concept de *territoire*. Ce choix méthodologique – intervenu *a posteriori*, une fois les données collectées – permet d'ordonner et d'expliquer la réalité des faits observés, la géographie des indicateurs du système de soins. Comme le souligne Di Méo, « *le territoire est l'un des outils conceptuels les plus pertinents et les plus efficaces pour comprendre les logiques de structuration de l'espace* [2005, 95]. Terme plurivoque au sein de la communauté des géographes, nous retiendrons du territoire qu'il « *se situe clairement dans le champ des espaces propres au monde social* », [Lévy, 2003, 916] et l'aborderons tel un espace pratiqué par un acteur ou un groupe d'acteurs, publics ou privés, de toutes espèces ; une acception donc neutre et dénuée des différents qualificatifs qui lui sont associés en fonction des auteurs (un espace approprié, un espace contrôlé, etc.). Les trois marqueurs spatiaux que nous nous proposons d'étudier s'appuient tous sur le concept de territoire :

- L'indicateur de localisation des fournisseurs de soins :
Les fournisseurs de soins publics, privés ou traditionnels implantés dans l'espace présentent chacun un *territoire d'implantation* particulier.
- L'indicateur de l'aire d'attraction des fournisseurs de soins :
Les fournisseurs de soins, qu'il s'agisse de particuliers ou bien d'infrastructures sanitaires, exercent leur influence sur un espace d'étendue variable formant leur *territoire d'attraction*.
- L'indicateur du recours aux soins de la population :
Les groupes d'individus empruntent selon les lieux et leurs caractéristiques (sociales, économiques, culturelles, etc.) des modes de recours aux soins plus ou moins diversifiés, complexes et qui, inscrits dans l'espace, forment leur *territoire de recours aux soins*.

L'implantation des fournisseurs de soins, l'attraction des structures et enfin le recours aux soins auront donc tous trois en commun de se donner à lire et d'être analysés à travers la notion de territoire. Cet espace est pratiqué soit par les fournisseurs de soins, qui s'y implantent ou bien y rayonnent, soit par des groupes humains qui y recourent en différents points, formant ainsi un territoire réticulaire.

Partant de cette acception du territoire, nous la préciserons au fil du développement selon le type de pratique que les différents acteurs ont de l'espace et ce qu'il révèle, notamment en termes de contrôle, d'appropriation ou encore d'exclusion, de marginalisation...

Pourquoi le concept de territoire rend-il particulièrement explicite les agencements spatiaux observés ? Comment, pour reprendre une phrase de Lévi-Strauss, permet-il de « *découvrir derrière les choses une unité et une cohérence que ne peut révéler la simple description des faits, en quelque sorte éparpillés sans ordre sous le regard de la connaissance* »² ?

Synthèse d'une relation dialectique entre la société et l'espace, précisément de la « *socialisation de l'espace et de la spatialisation de la société* » [Sautter, 1973], le territoire constitue une clé de lecture particulièrement pertinente pour le géographe et l'ordre de son discours. Puisque le processus de construction territoriale s'élabore à partir de l'acteur, il convient de conduire la démarche analytique à partir de ce dernier pour rendre au territoire observé son intelligibilité ; comme la géographe Renée Rochefort le souligne : « *Le moteur, la clé, c'est la société. L'espace est toujours second et si l'on commence par lui, on risque de ne pas comprendre.* » [1982,13].

A la différence d'une démarche explicative empirique, qui consiste à mobiliser les différents déterminants, globaux et locaux, sociaux et environnementaux, afin d'isoler parmi eux ceux qui sont susceptibles d'influer sur la géographie d'un indicateur, la démarche adoptée ici conduit à étudier l'acteur directement en cause, avec ses stratégies et ses capacités, et, en retour, à le confronter aux qualités propres de l'espace pour expliquer sa pratique et son inscription spatiales. L'angle d'approche privilégié se fonde ainsi sur l'appréhension des acteurs, ceux à l'initiative de la construction territoriale, plutôt que sur l'appréhension directe de l'espace.

L'acteur, au cœur du système sociétal, porte en lui l'ensemble des déterminants à l'origine de ses pratiques spatiales, déterminants qui relèvent de plusieurs niveaux hiérarchiques et échelles géographiques : locale, régionale, nationale, mondiale. Conduire une étude à partir des acteurs permet ainsi de cerner la diversité et la complexité des influences et mettre en lumière les comportements spatiaux de chacun d'entre eux. Partant de cette démarche, il nous semble que l'interprétation des agencements spatiaux s'en trouve ainsi plus objective ; la reconstitution des pratiques spatiales des acteurs, leur positionnement et leur perception, permettent au géographe de s'extraire de sa propre perception des lieux qui pourrait, dans une certaine mesure, gêner la bonne compréhension des logiques spatiales.

La géographie du système de soins ainsi expliquée présente, outre un diagnostic spatial des services de santé (localisation, accessibilité, etc.), l'intérêt spécifique de mettre en évidence les mécanismes à l'origine des disparités et des dysfonctionnements du dispositif sanitaire. En faisant passer au premier plan le fait social, cette analyse géographique offre de surcroît une fine clé de lecture de la société vientianaise.

Le cadre de réflexion ainsi posé, il convient de s'interroger sur les acteurs qui, dans le contexte particulier de Vientiane, œuvrent à la construction des territoires de soins.

Comment les institutions politiques laotiennes façonnent-elles les territoires de soins ? Ces derniers sont-ils l'expression d'une volonté étatique interventionniste, imposant leurs formes et leurs structures géographiques, notamment la localisation des structures publiques et privées ou bien leur bassin de recrutement ? Au regard de la nature

² *L'homme nu*, 1971, p.614.

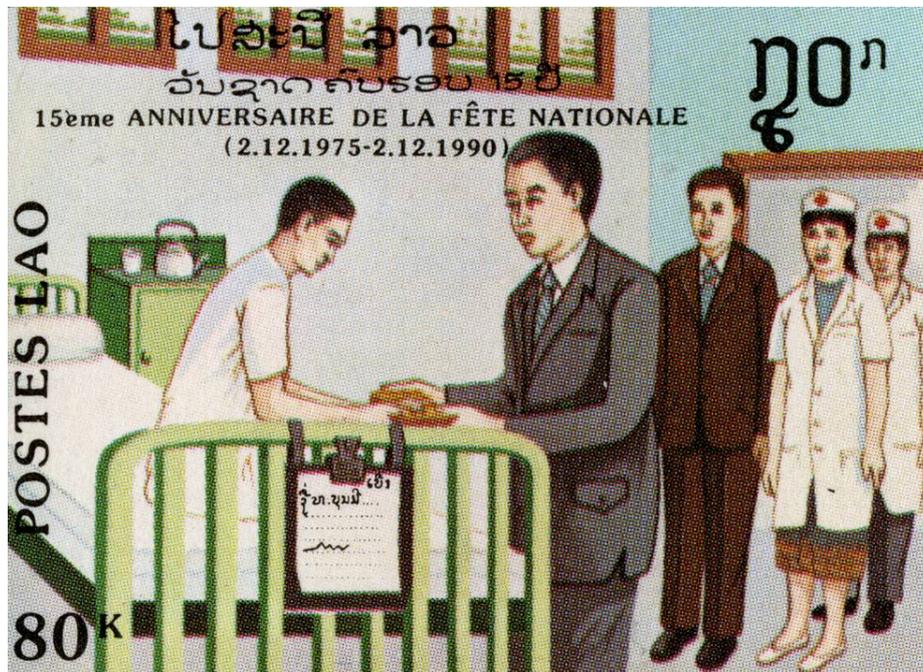
autoritaire du régime, l'Etat se fait-il l'instance par excellence de la production des territoires de soins, l'acteur des acteurs ?

L'hypothèse défendue ici repose sur l'idée que la spatialité du système de soins renvoie au contraire à une géographie du laisser-faire. Les soins dans leur dimension territoriale résultent principalement d'une faible intervention des pouvoirs publics, laissant ainsi aux acteurs privés et aux « pesanteurs spatiales » un rôle important dans la construction des territoires de soins.

La présente thèse, avec les éclaircissements sociaux et spatiaux qu'elle propose, s'élabore en trois temps qui consistent à analyser successivement les différents territoires de soins. Les territoires d'implantation des fournisseurs de soins établissent tout d'abord la localisation des structures publiques et privées, ses éventuels déséquilibres et ses déterminants ; ces derniers permettent de définir le mode de coexistence des systèmes politique et économique ainsi que leur influence sur la société vientianaise. Les territoires d'attraction des structures de soins montrent, eux, le fonctionnement des infrastructures publiques, celui-ci traduisant l'implication des décideurs dans le domaine sanitaire et plus largement social. Ces caractéristiques du système de soins mises à jour permettent enfin d'appréhender les territoires du recours aux soins de la population qui, quant à eux, témoignent des inégalités socio-spatiales produites par cet espace particulier qu'est la capitale laotienne.

Partie 1 :

Les territoires d'implantation des fournisseurs de soins



Chapitre 1. Le développement du système de soins laotien, reflet d'un projet politique

Une mise en perspective historique du système de soins constitue notre entrée en matière. Il importe en effet de définir les structures sanitaires actuellement existantes au Laos - leurs composantes (publique, privée et traditionnelle) et leurs déclinaisons hiérarchiques - ainsi que leurs acteurs. Ces derniers identifiés, nous pourrions dès lors appréhender le processus de construction des territoires de soins, la localisation des structures et leur aire d'attraction.

Nous ne nous intéressons donc pas encore à notre espace d'analyse spécifique, Vientiane, mais à celui du territoire national, afin de mettre en perspective la construction de l'idée de santé publique et de l'organisation des soins et les desseins du gouvernement laotien. Depuis quelle période la santé est-elle devenue une préoccupation voire un instrument politique ? Quels usages de la santé ont fait les anciennes autorités dirigeantes et à quel niveau de maturation la relation entre santé et politique aboutit-elle lors de l'avènement de la RDP Lao ? Quel système de soins ce régime, de nature totalitaire puis autoritaire, imagine-t-il pour soutenir son action ? Quelle attention réserve-t-il aux héritages des médecines traditionnelles et des systèmes antérieurs ? Enfin, quelles sont *in fine* les particularités du système développé ?

Parce que le dispositif de soins institué sous la RDP Lao ne s'est pas constitué *ex nihilo*, nous présenterons dans un premier temps la situation précédant la période révolutionnaire avant d'étudier en détail les dynamiques et le développement de l'offre de soins en tenant compte des différentes phases politiques qu'a connues le régime politique actuel.

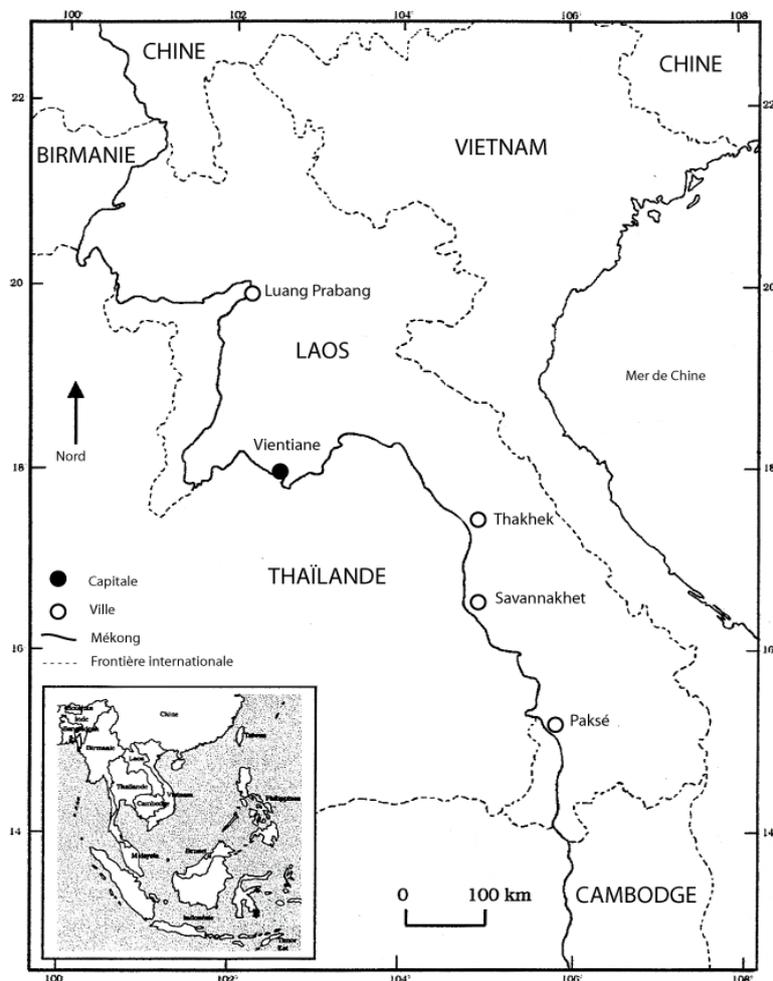
I. Avant 1975 : les prémices de l'édification nationale, un dispositif de soins peu structuré

A/ A l'origine, les médecines des traditions

Le caractère multiethnique de la population laotienne est à l'origine de plusieurs systèmes de pensée, possédant chacun sa médecine traditionnelle. Avant de détailler la diversité de ces pratiques thérapeutiques, il convient de présenter rapidement les différentes ethnies cohabitant sur le territoire national et à Vientiane en particulier.

Situé au cœur de la péninsule indochinoise, au point de rencontre de la Chine, du Vietnam, du Cambodge, de la Thaïlande et de la Birmanie, le Laos jouit d'un peuplement ethnique diversifié, fruit des migrations et des confrontations de nombreuses populations à travers les siècles.

Carte 1 - Situation du Laos dans la péninsule indochinoise



Source : adapté de Mignot, 2003

Malgré sa modeste étendue³, le pays rassemble quarante-sept ethnies réparties, selon la classification scientifique, en cinq familles ethnolinguistiques : les Austro-Asiatiques, les Tai-Kadai, les Miao-Yao, les Sino-Tibétains et les Tibéto-Birmans [Sisouphanthong, Taillard, 2000, 32]. Cette situation est le résultat des deux vagues de peuplement venues diversifier la composition ethnique formée à l'origine de la seule famille auto-asiatique.

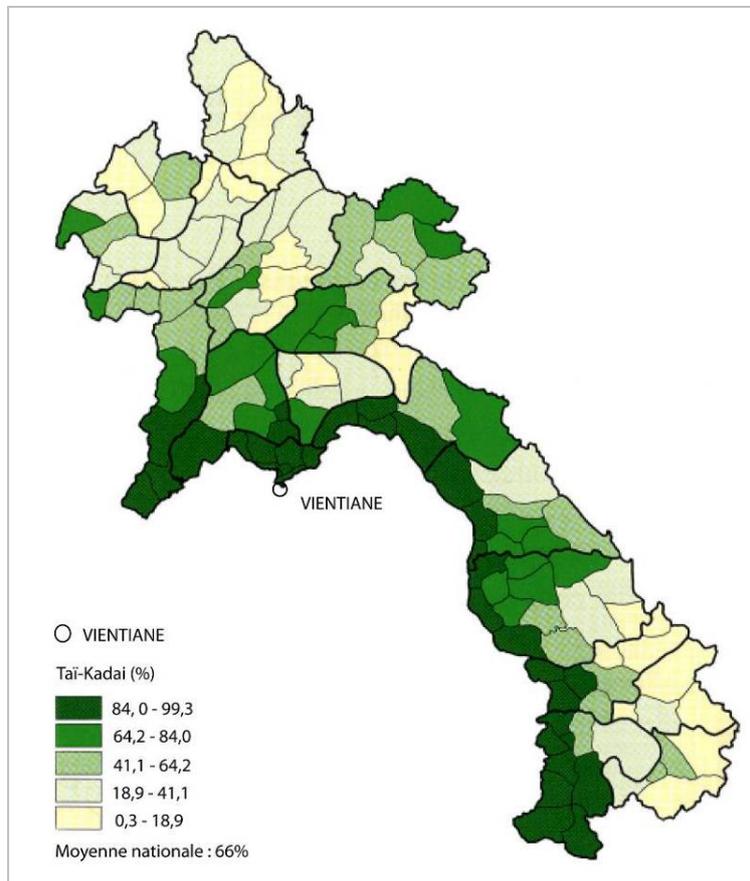
Les Austro-Asiatiques, premiers occupants de l'Indochine, représentent à ce jour environ 20 % de la population laotienne. Dès la fin du XIIe siècle, ils subirent les vagues migratoires successives des Tai-Kadai. Ces derniers, en provenance du Yunnan, au sud de la Chine, s'établirent dans les plaines alluviales du fleuve Mékong et refulèrent ainsi les populations autochtones des vallées vers les versants ; ils devinrent alors

³ Comparable en superficie au territoire anglais, le Laos s'étend sur 237 000 km² où dominent deux éléments physiques majeurs : à l'est, la chaîne annamitique qui longe la frontière vietnamienne et à l'ouest, le Mékong qui délimite la frontière lao-thaïlandaise.

numériquement majoritaires⁴. Fort du soutien des Tai-Kadai, dont les Lao forment l'ethnie majoritaire, le roi Fa Ngum fonda en 1353 le royaume bouddhiste du Lane Xang, *pays du million d'éléphants* - prémices du pays plus connu aujourd'hui sous la dénomination « Laos ». Le pouvoir politique, dans un souci d'unification nationale, s'appuya sur la doctrine du bouddhisme Theravada⁵ afin d'édifier un puissant royaume. Comme le souligne Richard Pottier, « le bouddhisme, constitue depuis la fondation de l'Etat du Lane Xang, l'instance idéologique dominante dans la société lao » [2004, 160].

Les Lao préservèrent de tout temps leur position dans les espaces les plus fertiles. De la sorte, Vientiane, notre terrain de recherche, située dans la plaine alluviale du Mékong, est très majoritairement peuplée par l'ethnie dominante (carte 2). En 2005, 92,5% des habitants de la province appartiennent à l'ethnie lao.

Carte 2 - Zone de peuplement : part des Tai-Kadai à Vientiane et dans la population générale



Source : adapté de Sisouphanthong, 2000. Données du recensement national de 1995

⁴ La famille ethnolinguistique des Tai-Kadai rassemble 66 % de la population laotienne en 1995 [Sisouphanthong, Taillard, 2000, 12]. Elle comprend notamment les Lao, l'ethnie dominante mais qui ne représente que la moitié de la population totale.

⁵ Bouddhisme du petit véhicule ou bouddhisme Hinayana.

Après la vague migratoire des Tai-Kadai, la seconde et dernière dynamique de peuplement, provenant elle aussi de Chine, s'engagea au XVIII^e siècle suite aux répressions chinoises [Souk-Aloun, 1990, 14]. Ce groupe rassemblait les trois familles ethnolinguistiques suivantes : les Miao-Yao (actuellement 7 % de la population totale du Laos, dont la majorité est d'ethnie Hmong), les Tibéto-Birmans (3 %) et les Sino-Tibétains (1 %) [Sisouphanthong, Taillard, 2000, 33]. Ces derniers arrivants s'établirent sur les espaces vacants, aux sommets des montagnes.

Ces vagues migratoires successives expliquent la diversité des traditions thérapeutiques. Selon leurs conceptions distinctes du monde, les nombreuses ethnies du Laos ont en effet recours à différents procédés pour soulager les désordres physiologiques et psychologiques. Jusqu'au protectorat français, instauré à la fin du XIX^e siècle, aucune autre alternative de soins ne s'offrait aux Laotiens. En effet, les nombreuses offensives perpétuées depuis la fondation du Royaume, ainsi que les instabilités politiques consécutives, ne permirent pas la constitution d'un Etat assez fort et durable pour édifier un dispositif de soins organisé à l'échelle nationale.

Ces médecines se répartissent en deux classes : celles qui font appel en priorité à des *remèdes* (médecine herboriste) et celles qui pratiquent des *rituels* (médecine magico-religieuse) ; la distinction entre ces deux catégories est toutefois trop rigide tant il est fréquent qu'une des médecines use pour partie des pratiques de l'autre [Pottier, 2004, 324].

La médecine exercée à partir de plantes médicinales s'est nourrie des expériences et des particularités botaniques propres à chaque milieu naturel. Ses variantes dépendent de l'étagement des sites d'implantation des populations - plaines, versants et sommets des montagnes - et donc des différentes familles ethnolinguistiques.

Dans les espaces de plaines, la médecine traditionnelle herboriste fut influencée par le savoir des moines bouddhistes ; comme le dit Mignot, « *La mort et la maladie, par leur expression dramatique de l'impermanence du monde, sont des centres d'intérêts principaux de la philosophie bouddhique* » [2003, 34]. A la différence d'un savoir empirique, elle repose sur des textes empruntés à la médecine indienne classique, l'Ayurveda, « science de la longue vie » [Souk-Aloun, 1990, 18]. La médecine ayurvédique explique les états de santé essentiellement par des facteurs externes et environnementaux, notamment l'alimentation ou bien les conditions météorologiques et climatiques. Les médicaments utilisés sont de nature végétale, les moines cultivant les plantes médicinales au sein du monastère, mais aussi animale ou minérale.

Cependant, la médecine bouddhique ne gagna pas l'intégralité de l'espace laotien car les effets conjugués du relief tourmenté et de l'essoufflement du prosélytisme bouddhiste eurent raison de la conversion de l'ensemble de la population. Ces pratiques sont donc restées pour l'essentiel circonscrites aux vallées, des espaces où la religion a su s'introniser, et ne concernent en définitive que la société lao.

Du reste, chacun des grands groupes ethnolinguistiques laotiens, de par sa conception de l'univers, a élaboré, pour conjurer la maladie, une médecine traditionnelle magico-religieuse propre. Cependant, quelles que soient leurs croyances, les différentes ethnies

associent l'altération de la santé à la perte d'une ou plusieurs âmes. La maladie surviendrait lorsque « l'âme (ou les âmes) de la personne ne rentre pas, car elle s'est égarée, est mécontente, effrayée ou capturée » [Souk-Aloun, 1990, 15]. Pour la surmonter, les populations procèdent à des rituels de « rappel de l'âme ». Ceux-ci diffèrent, d'une part, selon les croyances (animisme des Tai-Kadai et des Austro-Asiatiques, chamanisme des Miao-Yao, des Tibéto-Birmans et des Sino-Tibétains) et, d'autre part, selon les spécificités de chaque ethnie.

Notre population d'étude, les Tai-Kadai, présentent une culture d'un rare syncrétisme. Leurs croyances, et par conséquent l'étiologie et les remèdes employés, résultent d'un processus où s'enchevêtrent leur culture originelle, celle des autochtones (les Austro-Asiatiques) et la religion bouddhiste. Cette dernière, même si elle constitue désormais le système de pensée dominant au sein de la société lao, sut tolérer voire intégrer d'anciens aspects animistes afin d'accroître sa légitimité et se concilier les faveurs de la population. L'assimilation des croyances est aujourd'hui manifeste au point, comme le souligne Zago, de former « une unité structurale religieuse et d'apparaître comme les deux composantes ou sous-systèmes [l'animisme et le bouddhisme] de l'unique religion des Lao⁶ » [1972, 380].

Aussi la doctrine bouddhiste intégra-t-elle le culte animiste des esprits (*phi*), lui-même enrichi des croyances des premiers occupants, les Austro-Asiatiques [Condominas, 2000, 88]. Les esprits s'apparentent à des génies tutélaires du territoire⁷ qui veillent et protègent les habitants en retour des offrandes qui leur sont faites, sans lesquelles ils provoqueraient des maladies et des épidémies. Les Tai-Kadai leur vouent une attention révérencieuse car ils protègent spécifiquement les territoires des plaines et des vallées, lieux des âmes. C'est d'ailleurs ainsi qu'ils justifient leur implantation sur ces lieux [Gagneux, 1978].

En outre, on associe au culte animiste des génies tutélaires le *sou khouane* qui constitue le rituel du « rappel de l'âme » proprement lao. Cette cérémonie animiste ancestrale se fonde désormais dans la liturgie bouddhiste ; les moines font revenir l'âme échappée⁸ en nouant au poignet du propriétaire de l'âme un fil de coton.

⁶ « A travers l'animisme, les Lao recherchent le bien-être et la protection terrestre, au plan individuel et communautaire ; à travers le bouddhisme, ils entrevoient une conduite morale, une réponse aux problèmes essentiels de la vie, une voie de salut extra-temporel. Par le bouddhisme, ils cherchent une voie de salut hors de la vie, par l'animisme le bonheur et la santé dans la vie - celui-ci en effet peut guérir de diverses maladies et des anxiétés névrotiques, comme il apparaît dans les possessions et les guérisons. » [Zago, 1972, 380].

⁷ « Génies des anciennes principautés ou *phi muang*, génies villageois ou *phi ban*, et innombrables génies locaux tels que les génies des rizières, des mares, des arbres, des rochers, des montagnes » [Pottier, 2004, 161].

⁸ « Ces âmes ne tiennent pas étroitement au corps vivant ; une surprise, une frayeur, un éternuement suffisent à en faire tomber quelques-unes, et cette perte se traduit généralement par un accès de fièvre. Ou bien c'est une divinité qui se venge capturant une âme, et produit ainsi une maladie » [Zago, 1972, 136].

Si les moines bouddhistes laotiens empruntèrent des pratiques thérapeutiques magiques aux anciennes cultures animistes, ils en élaborèrent aussi par eux-mêmes. Ils s'adaptèrent aux attentes de la population et pour cette raison favorisèrent, comme le souligne Mignot, « *non pas le sens de l'Idée ou la transcendance, mais le spectacle des rituels, la superstition, les saints protecteurs et la magie* » [2003, 33]. La récitation de formules thérapeutiques magiques scandées en langue pali ou encore l'exercice de clairvoyance supra-normale pour identifier les causes de la maladie en sont deux exemples significatifs [Pottier, 2004, 361].

En bref, on peut affirmer que la médecine des *rituels*, qui autrefois constituait l'une des principales sources de soins avec celle des *remèdes*, est de nature plurielle. Concernant la seule ethnie lao, Pottier identifie trois types de thérapeutes magico-religieux : les chamanes, les moines bouddhistes et le groupe des magiciens et astrologues. Les rites principaux associés sont de nature chamanique, médiumnique, exorciste et astrologique.

B/ Le protectorat français jette les fondements de la santé publique

Après la fondation du *Lane Xang*, le royaume oscilla entre stabilité et remous politiques pour aboutir au début du XVIII^e siècle à une scission tripartite de son territoire. Alors divisée et composée des royaumes de Luang Prabang au Nord, de Vientiane au centre et de Champassak au Sud, la zone fut à la merci des ardeurs conquérantes des Etats voisins - la Birmanie, la Chine, mais surtout la Thaïlande qui vassalisa au XIX^e les différents espaces conquis - ardeurs auxquelles mit fin le protectorat français en 1893. Alors, le Laos recouvra une unité territoriale.

Le protectorat développa, selon les mots de Mignot, sa « mission civilisatrice » à partir de deux instruments principaux et complémentaires, le réseau routier et la santé publique [Mignot, 2003, 22].

Tous deux devaient permettre l'ingérence des autorités coloniales dans l'ensemble du territoire laotien. Le réseau de soins public, en particulier, servait le processus de légitimation du pouvoir, en démontrant auprès de la population multiethnique la supériorité de la médecine occidentale sur les thérapeutiques locales. Le rapporteur du Gouvernement général de l'Indochine déclara ainsi en 1935 : « *L'assistance médicale au profit des indigènes est une aide puissante pour notre action politique ; elle contribue efficacement à l'approvisionnement des populations, au développement de notre influence, en un mot à l'établissement de notre autorité* » [Gouvernement général de l'Indochine, 1937, cité dans Mignot, 2003, 65]. C'est avec ces intentions que l'administration coloniale française posa les fondements d'une première politique nationale de santé publique.

Celle-ci comprenait le développement de deux volets : l'un, curatif, consistait à édifier des établissements sanitaires sur l'ensemble du territoire laotien et l'autre, préventif, se traduisait essentiellement par des campagnes de vaccinations.

Le dispositif de soins moderne était destiné à l'ensemble de la population, indépendamment des considérations ethniques et religieuses. De cette manière, il se

distinguaient des soins donnés au sein des pagodes – celles-ci étant jusqu'alors les seules structures pouvant accueillir des malades – qui n'étaient adressés qu'aux fidèles.

Instituée en 1905, l'Assistance Médicale aux Indigènes comprenait, en 1920, 37 dispensaires ruraux, 6 hôpitaux urbains et 8 « ambulances »⁹ [Mignot, 2003, 66]. Quant aux campagnes de vaccination, imposées à la population, elles comptabilisèrent en 1920-1922 et 1924-1925¹⁰ respectivement 42 633 et 256 116 vaccinations contre la variole.

Néanmoins, la pénétration du territoire au travers de l'installation de formations sanitaires et, avec elle, la conciliation des populations au gouvernement colonial restèrent limitées. L'essentiel des dispensaires était concentré dans les zones les plus accessibles des basses terres de la vallée du Mékong, principalement dans les provinces de Vientiane, de Luang Prabang, de Thakhek, de Savannakhet, et de Paksé. Ils profitaient donc essentiellement aux populations tai-kadai. Les capitales de ces provinces étaient également les seules à disposer d'hôpitaux, ces établissements étant en réalité essentiellement destinés aux colons.

L'indifférence des Laotiens face au dispositif de soins constitua une autre raison de son relatif échec. La présence française était assimilée à un élément supplémentaire de la mosaïque culturelle et, en conséquence, la population préférait s'en remettre, comme à l'accoutumée, à ses propres traditions et thérapeutiques plutôt qu'à celles des nouveaux arrivants. La médecine coloniale peinait d'autant plus à concurrencer les médecines traditionnelles locales que la métropole octroyait un faible budget¹¹ au gouvernement de Vientiane, insuffisant en regard de ce que le contexte laotien nécessitait. Ainsi, le dispositif de soins souffrait du manque de formations sanitaires et d'un faible effectif de personnel. Cette situation était à l'image des timides réalisations qu'entreprit le gouvernement colonial au Laos : de faibles investissements économiques, un développement minimum des infrastructures, une préoccupation mineure pour les questions sociales, etc. Peu avant la Seconde Guerre mondiale, les fonctionnaires français résidant au Laos n'étaient qu'au nombre de 600 [Freeman, 2001, 121]. A l'épreuve des faits, le terme de « mission civilisatrice » apparaît donc inadapté compte tenu de la faiblesse des moyens alloués au développement du pays.

A la faiblesse du budget et à la réticence des populations locales à adhérer au projet colonial, il faut ajouter la déconsidération qu'éprouvaient les colons envers les Laotiens. En 1926, le discours d'un résident français d'une des provinces laotiennes, prononcé à l'intention de chefs austro-asiatiques, montre l'ethnocentrisme ambiant lorsqu'il leur déclara « *Nous avons construit ensemble la maison où l'on donne des médicaments et où l'on soigne les malades, personne n'y vient et vous l'appellez « la maison où l'on meurt » ; pour cela*

⁹ Poste médical né de la médecine coloniale à la base du système sanitaire ; il était le plus souvent installé au cours d'un épisode guerrier ou pour stabiliser la situation. Il se maintenait une fois le processus de pacification achevé.

¹⁰ Mignot, 2003, 65.

¹¹ Le développement du Laos était une question de moindre importance vu les tensions existantes aux frontières est de la France (statut de l'Alsace-Lorraine et offensives allemandes). En outre, malgré les ravages du paludisme dans certaines zones rurales, la situation sanitaire du Laos exigeait, selon les fonctionnaires résidents, peu d'urgence, en comparaison du Vietnam et du Cambodge où se développaient de véritables flambées épidémiques en raison de leur ouverture sur une façade océanique [Mignot, 2003, 63 ; 73].

encore vos têtes sont dures et vos oreilles sont épaisses » [Sabatier, 1965 cité dans Mignot, 2003, 67].

Le réseau de soins instauré par le protectorat français fut novateur et ambitieux mais rapidement altéré, à la fois de l'intérieur, par ses initiateurs, et, de l'extérieur, par les populations locales, qui souvent s'en détournèrent. L'effort de guerre qu'appela le second conflit mondial précipita la déroute des premiers développements de cette organisation sanitaire.

C/ 1954-1974 : division nationale et partition des dispositifs de soins

Dans le contexte de l'après-guerre, la France, après maintes hésitations et progressions dans la définition du statut politique du Laos, reconnut en 1953 la pleine souveraineté au pays qui se déclara alors monarchie constitutionnelle et prit l'appellation de Gouvernement Royal Lao (GRL)¹². S'ouvrit alors une période de plus de vingt années pendant lesquelles la politique interne resta sous forte influence de la Guerre Froide. Le gouvernement fut éprouvé par une succession de bouleversements politiques, nés du sentiment mêlé d'indépendance au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, et de l'idéal révolutionnaire que les deux guerres d'Indochine, menées aux frontières vietnamiennes, attisa. La révolte cristallisa autour du groupe armé communiste laotien, le *Pathet Lao*, « Pays Lao », qui, approuvé par les dirigeants de Moscou et de Beijing, était né en 1949 et soutenu en particulier par les leaders d'Hanoi.

Cet éclatement politique fut à l'origine d'une organisation sanitaire segmentée.

Le système de soins du Gouvernement Royal Lao était rudimentaire et inégalement réparti. Il souffrait du manque de compétences médico-techniques et des guerres de clans qui prévalaient au sein de l'élite lao dirigeante [Deuve, 1984, 27]; celles-ci freinaient tout programme politique.

En définitive, les structures de soins développées par l'aristocratie lao furent établies en fonction de ses affinités ethniques et, pareil à la période du royaume du *Lane Xang*, furent implantées essentiellement dans les espaces de plaine. Ce dispositif comprenait essentiellement des dispensaires sous-équipés, dont les soins curatifs étaient médiocres et les activités préventives quasi-inexistantes. Dans les villes principales, il existait des hôpitaux de taille modeste. Quant aux régions de montagnes, elles étaient délaissées des pouvoirs publics, ne bénéficiant que très rarement de services de santé. Mignot rapporte telle une exception l'envoi, en 1955, d'agents de santé dans ces contrées [2003, 83-84]. En prévision d'imminentes élections législatives, ces émissaires du régime étaient en réalité en charge de rallier à leur cause les populations locales grâce à leurs actions de santé. Ainsi le Gouvernement Royal espérait-il évincer les adversaires communistes entrés en lice. Les fonctionnaires mentionnés ne se seraient plus manifestés une fois la victoire électorale déclarée.

¹² Il fut dénommé Gouvernement d'Union Nationale lors des tentatives de coalition avec les forces communistes en 1957, 1962-63 et 1973-75.

Sous couvert de constituer un rempart à la vague communiste, les Américains s'imposent au Laos à partir du milieu des années 1950 au point de former, aux moyens d'un soutien monétaire et militaire considérable, un gouvernement de substitution.

Dans le domaine des soins, ils tentèrent de renforcer le dispositif en cherchant notamment, au travers d'un programme de développement rural, à investir dans les zones que le Gouvernement Royal Lao désertait. Or, ce dernier s'appliqua à recentrer systématiquement ces investissements dans l'espace tai-kadai. C'est seulement lorsque le *Pathet Lao* s'affirma plus vindicatif et que la guerre du Vietnam s'intensifia que les Américains, qui alors bombardèrent les bases laotiennes ennemies¹³, équipèrent de nombreux dispensaires ces zones de conflit, essentiellement des espaces ruraux et montagneux. Cependant, ces structures, bien qu'au nombre de 250 au début des années 1970, étaient temporaires et destinées aux situations d'urgence [Mignot, 2003, 88]. Elles proposaient un service de qualité relativement médiocre, assuré par les populations locales alors peu formées.

C'est dans ce contexte que le gouvernement laotien institua, sous l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF, la première commission de santé publique en 1969 [Pottier, 2003, 10]. Celle-ci proposait d'établir à travers le pays un vaste réseau de structures de soins de base, en vue d'offrir un service curatif et préventif accessible à tous. La commission était à la fois soucieuse d'améliorer l'accès aux soins des zones rurales et de remédier aux difficultés organisationnelles jusqu'alors persistantes, à savoir la faiblesse du budget et des ressources humaines¹⁴. Le « dispositif-modèle » qui avait été retenu en 1971 prévoyait l'établissement de zones de santé publique composées de centres et de sous-centres de santé établis sur l'ensemble du territoire [Pottier, 2004, 11 ; Strigler, 2005, 122]. Cependant, les incertitudes politiques et la scission longitudinale du pays – l'Est aux forces communistes et l'Ouest au gouvernement royal – figèrent le développement de ce projet.

Parallèlement, le *Pathet Lao*, débouté à chacune des tentatives de coalition avec le gouvernement royal, poursuivait son dessein au moyen de la guérilla – mouvement alimenté par la République Démocratique du Vietnam (RDV) et l'URSS – grâce à laquelle il annexait de plus amples territoires¹⁵. Dans ces espaces, il développa à l'abri des ennemis, au cœur des forêts ou dans les grottes, des centres de santé militaires. Le concept hygiéniste, bâti sur le principe dit des *Sam Haat*, les « trois propretés » (manger proprement, s'habiller proprement et avoir un habitat propre) en constitue le volet préventif. Dès 1965, un système de soins destiné aux civils fut ébauché avec le soutien financier des deux pays frères, la RDV et l'URSS. L'organisation prévoyait un hôpital de proximité secondé de centres de soins et d'équipes mobiles chargées de faire la

¹³ De 1964 à 1973, les bombardements aériens américains visaient les zones contrôlées par le *Pathet Lao* et la piste Ho Chi Minh, espace aménagé à travers le Laos et le Cambodge pour soutenir les Viêt-Congs et les Nord-Vietnamiens engagés au Sud Vietnam.

¹⁴ C'est seulement en 1969 que le premier centre de formation, une école d'infirmière, fut édifié à Vientiane [Holland, 1995, 22].

¹⁵ En 1974, l'armée communiste occupait quatre-cinquième du territoire national et contrôlait près de 40% de la population [Evrard, Pholsena, 2005, 16].

promotion de la santé. Or cette politique ne put débiter que tardivement, à partir de 1973, lorsque les bombardements américains cessèrent.

A la veille de l'avènement du nouveau régime en 1975, les deux pouvoirs politiques opposés, les partisans de la monarchie et les communistes révolutionnaires, tâtonnent en matière de soins. Dans les deux camps opposés, il n'y a ni système organisé ni abouti ni profondément établi. Le champ quasi libre, les médecines traditionnelles constituaient un recours de première importance.

II. 1975 : la nouvelle politique de santé, un élément de l'entreprise totalitaire¹⁶ de la RDP Lao

A/ Du cadre politique au cadre sanitaire

- **Le cadre politique**

La formation d'un gouvernement de coalition, signée le 5 avril 1974 lors des Accords de Vientiane¹⁷, associant les forces du gouvernement royal à celles des communistes, et les marches respectives des Khmers rouges et des Nord-Vietnamiens sur Phnom Penh et Saigon les 17 et 30 avril 1975, précipitèrent la chute du régime monarchique laotien. Six mois s'écoulèrent avant le renversement de l'ancien gouvernement. Le roi abdiqua le 20 novembre 1975 et la République Démocratique Populaire Lao fut proclamée le 2 décembre 1975.

Toutefois, la révolution laotienne ne fut pas orchestrée par un large réseau de militants locaux mais par des agents extérieurs. Elle fut pour l'essentiel le résultat du soutien des forces vietnamiennes qui, soucieuses de maintenir leur assise politique et dans l'esprit de « l'internationalisme prolétarien », assistèrent le développement du *Pathet Lao* jusqu'à sa victoire¹⁸. A la différence du Vietnam et du Cambodge, l'avènement du régime communiste laotien releva davantage de manœuvres politiques exogènes que d'actions de lutte locales. Vu la précarité du mouvement révolutionnaire, le processus historique d'accession au pouvoir résonne telle une « guerre oubliée ». Les démonstrations belliqueuses étaient rares [Arnaud, 1976, 40] : l'armée du *Pathet Lao*, trop faiblement équipée, occupait des sites très restreints, les militaires royalistes, sans réel idéal politique, adoptaient une attitude velléitaire, et enfin, la population, en dehors d'une poignée de fervents révolutionnaires, adoptait un comportement passif. Selon les mots

¹⁶ Le totalitarisme repose sur la présence simultanée d'une idéologie, d'un parti unique et de ses organes de mobilisation (organisation de masse) et de la concentration du pouvoir aux mains d'un individu ou bien d'un petit groupe n'ayant de compte à rendre à aucune institution représentative [Linz, 39, 2006].

¹⁷ Accords rendus possible avec le désengagement des Etats-Unis au Vietnam.

¹⁸ Signé en 1977, un traité d'amitié et de coopération lao-vietnamien définit pour vingt-cinq ans la politique laotienne et ses relations extérieures, ce qui participa à entretenir une relation de forte dépendance du Laos avec le Vietnam.

d'un ancien membre du Gouvernement Royal, le Laos « *était devenu le ventre mou de l'Indochine, un fruit mûr pour le communisme* » [Arnaud, 1976, 41].

Malgré le caractère importé de la révolution, les nouveaux dirigeants ne tardèrent pas, au nom de l'idéologie marxiste-léniniste, à exercer un contrôle absolu. Le Parti Populaire Révolutionnaire Lao (PPRL), organisation politique unique, entendait régir la plupart des activités individuelles et collectives de la population. Pour ce faire, il développa notamment ses appareils institutionnels qui, pour la plupart, sont encore en vigueur aujourd'hui.

Sur le modèle de l'U.R.S.S et du Vietnam, s'impose à la tête du Parti le Bureau Politique, « *le centre névralgique des prises de décisions politiques* » [Stuart-Fox, 1996, 73]. Composé seulement d'une dizaine de personnes, il est à l'origine de toutes les décisions et commande le Comité Central du Parti dont la cinquantaine de membres est responsable de la propagande, de l'inspection et de la formation idéologique. En outre, le Parti est représenté à toutes les échelles territoriales de l'administration (village, district, province, central), et, à l'époque, tous les secteurs de la société (économie, éducation, santé, agriculture, etc.), y compris la religion, relevaient de son autorité.

Désireux de se constituer en Etat fort, le régime entreprit une refondation nationale complète, selon les préceptes socialistes, qu'il entendait mener au moyen de trois révolutions, des moyens de production, des sciences et technologies, et de la culture et de l'idéologie.

La révolution des moyens de production forma la base économique du changement. Elle concernait principalement le domaine agricole puisque 85% de la population était paysanne et se résumait en la formation de coopératives. La seconde révolution nécessitait de développer le génie civil, la mécanisation et l'agriculture intensive pour amener la société à une économie industrielle moderne. Mais les dirigeants, conscients des faibles potentialités qu'offrait la société laotienne en termes de main d'œuvre, de personnel qualifié et de moyens logistiques, attendaient davantage de la troisième révolution, idéologique et culturelle. Celle-ci devait opérer de profondes mutations sociétales pour renforcer l'adhésion des populations aux desseins politiques.

Le régime tenta de refonder le monde des idées au travers de l'immixtion étatique dans les domaines de l'éducation, de la culture et de l'idéologie. Il construisit des écoles pour éradiquer l'analphabétisme tout en éveillant la jeune population à l'idéal socialiste. Du point de vue culturel, les dirigeants cherchèrent à la fois à se départir des valeurs jugées trop décadentes véhiculées lors du protectorat et de la présence américaine¹⁹, et à lisser la diversité ethnique. L'« épuration » de la culture devait faciliter la naissance d'un sentiment d'union nationale. En ce sens, ils redéfinirent la terminologie ethnique, qu'ils simplifièrent en trois groupes. Chacun d'eux comprend le vocable commun « Lao », auquel s'ajoute un qualificatif indiquant l'étagement topographique du peuplement :

¹⁹ Les autorités appelaient à la destruction des objets associés à l'époque de l'ancien régime (mode vestimentaire, musique, publicité, journaux, livres, etc.) et à la suppression des « plaies sociales » (le jeu, les bars, les chômeurs, les drogués, les prostituées) susceptibles de subvertir le nouveau projet de société. A titre d'exemple, entre 1975 et 1980, il y eut près de 3 000 internements à des fins de rééducation sur des îles du Mékong aux environs de Vientiane [Doré, 1982, 107].

Lao Loum (« Lao des plaines », dénomination correspondant au Tai-Kadai), *Lao Theung* (« Lao des contreforts ») et *Lao Soung* (« Lao des sommets ») [Jerndal, 1998, Goudineau, 2000]. Ce géographisme qui revient à nier les particularismes ethniques est censé fédérer l'ensemble de la population : un non-sens évident du point de vue anthropologique puisque seuls sont Lao ceux qui relèvent de cette ethnie²⁰.

La question ethnique revisitée atteste concrètement la domination culturelle et politique des Lao sur les autres ethnies. En témoigne cette déclaration du président Kaysone en 1982 : « *La culture lao doit être la culture de base, partagée par toutes les ethnies* » [cité dans Chienthong, 2003, 154]. De plus, comme sous les anciens régimes, les leaders communistes, majoritairement lao, privilégiaient leur représentation dans la sphère du pouvoir politique, alors même qu'ils ont été assistés de minorités ethniques lors du processus d'accession au pouvoir.

Document 1 - Représentation des « trois femmes lao » sur le billet de 1000 kips



Source : Billet de banque de 1000 kips (nombre laotien sur le billet), 2003

La femme lao loum, qui représente le groupe dominant, occupe la position centrale entre la femme lao soung (à gauche) et la femme lao theung (à droite). L'illustration montre des différences de taille significative entre ces trois femmes qu'on ne saurait observer dans la réalité, notamment car chacun de ces trois groupes rassemble de nombreuses ethnies. La femme lao soung, représentée ici comme la plus grande, porte le costume de l'ethnie hmong dont la population est pourtant de petite taille. Cette illustration révèle-t-elle le souhait des dirigeants de rallier à leur cause une ethnie dont les membres ont, avant 1975, combattu aux côtés des Américains ? Figurent également sur le billet de banque plusieurs symboles bouddhiques (1- le That Luang, symbole religieux national ; 2- une image de l'iconographie bouddhique) et l'emblème national (3), détaillé à la page 43.

Le dernier volet fondamental de la révolution consistait en la transmission de l'idéologie marxiste à la société. Le Parti souhaitait créer l'« homme socialiste nouveau » pour en constituer l'ultime soubassement du régime, comme le déclara en 1976 Kaysone Phomvihane, alors premier ministre du gouvernement :

« La construction du socialisme ne consiste pas seulement à créer de nouvelles relations de production ni de nouvelles forces productives, mais aussi à contribuer à une nouvelle

²⁰ Cette classification est à l'origine d'importantes confusions. Elle nuit notamment à la connaissance de la société laotienne car il est fréquemment difficile de définir dans la littérature mais aussi lors de discussions si les termes « Lao » ou « lao » renvoient à l'ethnie elle-même ou plus largement au citoyen laotien.

superstructure. Si l'on veut créer de nouvelles relations et forces de production, il doit y avoir de nouveaux hommes, socialistes», [cité par Doré, 1982, 106].

Comme dans les autres pays communistes, il s'agissait de répandre la pensée socialiste afin que la nouvelle doctrine régisse l'ensemble des agissements et devienne, dans l'esprit des populations, inhérente au développement de la société. Le Parti souhaitait ainsi faire des moines bouddhistes des prêcheurs de l'idéologie communiste. La religion bouddhiste, populaire et ancrée dans le quotidien des fidèles, constituait un média de référence. Les religieux étaient éduqués à la doctrine révolutionnaire lors de séminaires politiques imposés au cours desquels leur était démontrée l'analogie du bouddhisme avec le socialisme, tous deux promulguant l'égalité et la promotion du bonheur à travers l'élimination de la souffrance. Les moines devaient ensuite eux-mêmes convaincre la population du nouvel idéal à atteindre.

Parallèlement à l'instauration d'un programme politique global et déterminé, le Parti exerça un contrôle étroit sur la population. Pour éviter tout ébranlement de son pouvoir, le pôle dirigeant mena dès le lendemain de la révolution une campagne purificatrice de façon à prévenir toute dissension et exaction des membres de l'ancien régime ou d'autres opposants éventuels. Environ 40 000 personnes [Banque Asiatique de Développement, 2000, 5] furent envoyées dans les camps de rééducation, les *samana*, où l'on enseignait l'idéologie communiste et forçait les prisonniers à faire leur autocritique.

En parallèle, les leaders communistes cherchèrent leur assise par l'entremise des organisations de masse afin de bénéficier de l'effort révolutionnaire de l'ensemble de la population. Toujours actives à ce jour, ces organisations qui recouvrent l'ensemble du corps social comprennent le Front Laotien pour la construction Nationale (FLCN), l'Union des Femmes, celle des Travailleurs et celle des Jeunes. Toutes sous la direction Comité Central, elles sont représentées, comme le Parti, dans chacune des divisions administratives. Leur rôle est de transmettre les objectifs et les préceptes de l'idéologie de la RDP Lao²¹. Comme le souligne Freeman,

« Loin de diluer le pouvoir du PPRL [Parti Populaire Révolutionnaire Lao], ces organisations de soutien sont conçues comme des bras supplémentaires du Parti, qui pourvoient des canaux de communication entre le tête du PPRL et divers éléments de la société. Elles agissent comme des conduits essentiels pour transmettre les instructions politiques nationales puis faire remonter les réactions de la communauté : ce sont les yeux et les oreilles additionnels du PPRL » [2001, 143].

A côté de ces organisations, aucune autre formation politique autonome (individuelle ou collective) n'existe ni n'est autorisée, le Parti ne tolérant aucune forme de critique.

²¹ Le FLCN promeut l'unité nationale et les lignes idéologiques du Parti. L'Union des Femmes doit permettre l'émancipation des femmes afin qu'elles mobilisent leurs efforts à la construction nationale. Elles sont alors soumises aux *sam di*, les « trois biens » : être une bonne citoyenne, une bonne mère et une bonne épouse. L'Union des Travailleurs promeut la construction économique du pays grâce aux efforts et aux énergies engagés. Enfin, l'Union des Jeunes forme l'avant-garde responsable de poursuivre la transformation socialiste du pays. Ils doivent agir selon les « trois solidarités » (solidarité avec la population avec les autres organisations de masse et avec leurs homologues internationaux) et les « quatre offensives » (améliorer sa performance de travail, défendre son pays, avoir une conscience politique et augmenter la production économique) [Stuart-Fox, 1986a, 87]

« En conséquence, toute personne dotée d'ambitions politiques n'a d'autres alternatives que de rejoindre le Parti » [Stuart-Fox, 2004, 8]. En somme, il n'est pas d'espace où pourraient s'exprimer des acteurs extérieurs au Parti, pouvant à terme développer une société civile. Les libertés individuelles sont rendues quasi-inexistantes.

Entre 1975 et 1980, le caractère totalitaire du régime conduit 350 000 personnes, soit 10% de la population, à l'exode, notamment vers les Etats-Unis, le Canada, la France et l'Australie.

Ainsi, le Laos présente à partir de 1975 une structure politique rigide, portée par une idéologie clairement définie, et sur un territoire ré-unifié. En comparaison avec les décennies, voire les siècles précédents, les dirigeants bénéficient d'une certaine autodétermination. Même si celle-ci n'est pas tout à fait libérée de l'ingérence vietnamienne, elle reste singulière au regard du passé, au cours duquel se sont succédées invasions, destructions et déprises de souveraineté lors du protectorat français ou de la présence américaine.

- **Le cadre sanitaire**

Ce nouvel ordre politique, d'où émerge un pouvoir se voulant fort et centralisé²², institutionnalise l'ensemble des domaines du social et parmi eux celui de la santé.

L'Etat, seul en droit d'administrer ce secteur, ne tolère l'immixtion d'aucun autre acteur. Dès son accession au pouvoir, il développe le dispositif de soins dans l'intention qu'il soit un bien public et accessible à l'ensemble des concitoyens [Stuart-Fox, 1986a, 149]. En cela, la révolution de 1975 et le régime instauré à la suite sont à l'origine de la naissance de la santé publique. Ce processus, s'il peut s'exprimer à des périodes et sous des formes différentes selon les contextes nationaux, est universel et lié à l'émergence d'un Etat fort. « L'instauration d'un ordre sanitaire fait partie de la construction des Etats. C'est dans le développement de nouvelles formes politiques qu'il faut chercher l'origine du gouvernement de la vie » [Fassin, 1996, 207]. Alors que les velléités politiques d'hier empêchaient la consécration d'une gestion publique de la santé, le projet global de société de la RDP Lao en permet le développement.

Cependant si la santé relève désormais du domaine public, il semble qu'elle devienne en échange un espace du politique, notamment parce que le Parti intègre et préside les sphères décisionnelles du Ministère de la Santé. En effet, un comité politique directement responsable devant le Bureau Politique préside l'administration. Il a en charge l'inspection et la gestion des activités du ministère qui doivent être en parfaite adéquation avec les directives du Parti commandant le développement socio-économique du pays [Jica, 2000, 1-3].

Le régime marxiste-léniniste fait de la santé un enjeu politique car il annonce d'une certaine façon ce que Foucault appelle le « seuil de modernité biologique » de la société, soit le « moment où l'espèce entre comme enjeu de ses propres stratégies politiques. L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un être vivant et de plus capable d'une

²² Lors des premières années du régime, les différentes orientations et décisions étaient prises par le Bureau Politique et ensuite répercutées dans chacune des subdivisions territoriales.

existence politique ; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question » [Foucault, 1976, 188].

En effet, les dirigeants laotiens cherchent à élaborer une politique de santé publique capable d'investir la vie de part en part pour la mettre au service des desseins du pouvoir établi. Comme l'exprime en 1979 le premier ministre laotien :

la santé publique « est une des tâches les plus importantes, le fer de lance pour servir le peuple, le travail de transformation et d'édification économique, pour renforcer la base politique et pour développer le caractère excellent du nouveau régime » [cité par Mignot, 2003, 93].

De telles intentions prêtées à la santé publique manifestent le lien étroit qui existe entre les objectifs politiques et la santé. Elles-mêmes renvoient au concept foucauldien de la biopolitique. Il s'agit d'une technologie du pouvoir politique destinée à la gestion de la vie des populations grâce à une série d'interventions et de contrôles régulateurs. Le pouvoir ne vise plus seulement à gouverner des individus mais également la population à travers la gestion de sa santé. L'espérance de vie, la démographie, l'hygiène publique et les états de santé deviennent des préoccupations politiques que le pouvoir souhaite maîtriser grâce à des politiques de santé publique.

Alors qu'en Occident le développement de la biopolitique coïncide, selon Foucault, avec la transformation au XVIIIème siècle des moyens de production et s'impose comme une nécessité pour parvenir au modèle capitaliste, au Laos, il doit contribuer à atteindre l'idéal politique marxiste-léniniste.

Les autorités espéraient que leur attention au domaine de la santé soit un catalyseur d'enthousiasme, donc un moyen d'élargir leur fragile légitimité – en effet, celle-ci reposait principalement sur la victoire du *Pathet Lao* sur le gouvernement royal, à propos de laquelle la société restait divisée. Les bouleversements sociétaux causés par la révolution risquaient certes de déstabiliser la population, mais des améliorations sanitaires pouvaient avoir raison des défiances subsistantes, au point de réduire les oppositions politiques et de mobiliser le soutien populaire.

En outre, si le Parti désirait ainsi maintenir l'ordre public et, indirectement, son pouvoir, il était également contraint d'appliquer des mesures de santé en urgence, tant la situation sanitaire était alarmante. En 1976, l'espérance de vie à la naissance, l'une des plus faibles de la région, n'atteignait pas tout à fait 45 ans et le taux de mortalité infanto-juvénile affichait 284 pour 1000 naissances [Stuart-Fox, 1986a, 149]. Le taux brut de mortalité, compris entre 23 et 25 pour 1000, était également l'un des plus élevés d'Asie en dépit d'une population jeune. De plus, la population était fortement affectée par des problèmes de nutrition et de manque d'hygiène, et souffrait également des endémies de paludisme, de tuberculose et de dysenterie, tandis que la densité médicale était quasi-insignifiante : on recensait à l'époque un seul médecin pour 35 000 individus. Dans ces conditions, la régulation de la vie par l'Etat devait permettre de contribuer à la paix sociale et à mobiliser les forces humaines en vue de soutenir la révolution des moyens de production.

Enfin, les leaders laotiens voyaient dans l'application d'un programme sanitaire national un moyen de pallier les divisions culturelles et ethniques et donc leurs éventuelles conséquences sur le plan politique. Comme l'explique Mihali, la santé publique constitue l'un des outils permettant la communion des sociétés : « *Le morcellement social*

et le besoin d'une cohérence politique qui puisse assurer la légitimité des institutions démocratiques (ou, en tout cas, post-monarchiques) exigent de trouver un dénominateur commun pour chaque individu et pour tous ensemble, en tant que membres plus ou moins égaux de la société. La vie devient ce dénominateur. » [Mihali, 2006, 95].

Photographie 1 - La santé : une priorité nationale toujours affichée



Source : J. Crégut, 2005

Datée de 2005, cette composition dressée à Phongsaly dans le Nord du Laos a pour slogan : « Le développement (*entendu comme bien-être*) du peuple est le travail central de la nation ». Elle illustre le rôle déterminant de la médecine publique, ici matérialisée par des illustrations détaillant des consultations ambulatoires effectuées au sein des villages [1]. Les emblèmes de la santé s'intègrent plus généralement à ceux de la vie publique laotienne qui est divisée entre tradition (religion bouddhiste (pagode [2], geste bouddhique codifié [3]), cérémonie du souk khouane [4 ; cf. page 23], sport traditionnel du kato [5], fête annuelle des fusées [6], habitat traditionnel [7]), administration (maison du chef de village [8]) et développement (école [9], antenne relais pour la communication [10], activité agricole [11], voiture [12]).

B/ Traductions de la biopolitique laotienne sur le système de soins

- **L'architecture sanitaire publique, un outil du contrôle socio-territorial**

La biopolitique s'exprime dans tous les champs de la santé publique, mais notre intérêt se porte ici spécifiquement sur ses traductions dans le domaine de l'offre de soins.

Quels types de soins, de thérapeutes et de structures sanitaires le régime révolutionnaire, en tant que pouvoir et instance suprême de légitimation des soignants, établit-il pour atteindre ses propres objectifs ?

Lorsque les communistes arrivent au pouvoir, il n'existe pas à proprement parler de dispositif de soins, seules de rares et modestes structures témoignent de l'ancienne division politique nationale. Face à l'insuffisance du système de soins, le gouvernement donne la priorité au développement d'un réseau d'établissements sanitaires.

A cet effet, le gouvernement laotien, en vertu de la conférence d'Alma Ata organisée par l'OMS, signe en 1978 la Déclaration des soins de santé primaires dont les principes reposent sur une politique sanitaire volontariste. L'objectif est d'atteindre la « *santé pour tous* » grâce au développement d'un réseau de soins de base, dans les domaines curatifs et préventifs.

Cependant, cette politique de santé, bien qu'elle se réfère officiellement aux principes de l'aide internationale, est en réalité directement inspirée du modèle de santé soviétique et donc cohérente avec l'idéologie communiste. En effet, les principes de soins de santé primaires appliqués dès la fin des années 1960 par l'OMS et l'ancien régime, reposent à l'origine sur le modèle établi dès 1920 par N. A. Siemaszko²³, commissaire du peuple à la Santé en URSS [Strigler, 2005, 121-122 ; Pottier, 2004, 11 ; Durand, 2004, 87]. Le nouveau réseau de soins public fut d'autant plus simple à élaborer que le *Pathet Lao* avait déjà initié le développement d'un système semblable dans la partie du pays qu'il contrôlait avant 1975 [Pottier, 2004, 437].

D'autre part, Pottier [1983] montre qu'en matière de santé publique, les gouvernements des PED disposent, malgré leur adhésion aux principes d'Alma Ata, d'une importante autonomie. Il explique notamment que le principe fondamental de participation des populations aux politiques de soins de santé primaires, parce qu'il nécessite le plus souvent une refonte profonde du système politico-économique des sociétés, est presque systématiquement écarté des réalisations nationales sans que cela ne remette en cause le soutien financier de l'OMS aux pays signataires. Ce fait nous informe plus généralement sur la marge de liberté dont profitent les PED et, parmi eux, le Laos, dans le développement de leur propre politique de santé.

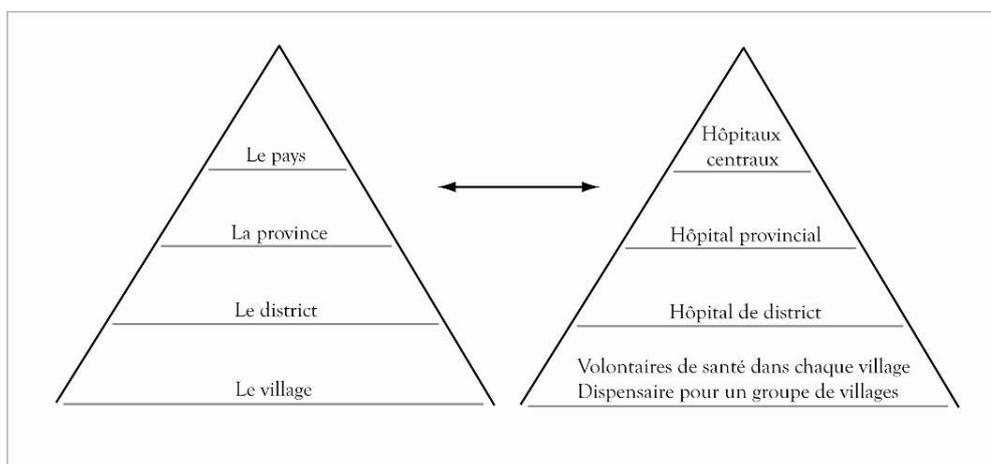
En conséquence, le gouvernement laotien est libre d'appliquer une politique de soins adaptée à ses objectifs en dépit des obligations auxquelles il s'est soumis. Celle-ci se montre particulièrement attachée à la maîtrise des territoires et des populations.

²³ Inventeur du système de santé centralisé du régime soviétique [Durand, 2004].

Il entreprend le développement d'un réseau de soins primaires gratuit et ouvert à toutes les ethnies sur l'ensemble de l'espace national. Sa gestion, à l'image de la planification socio-économique, est centralisée. Le dispositif doit permettre de rassembler, sous l'autorité des instances politiques centrales – lesquelles accordent peu d'autonomie aux communautés locales –, l'ensemble des régions dans un processus d'intégration nationale. L'Etat devient l'ultime garant de la santé, pour tous et partout.

Concrètement, l'organisation du système de soins public est pyramidale et se calque sur les différentes divisions politico-administratives du maillage territorial de la RDP Lao. Il existe quatre niveaux administratifs : le village, le district, la province et l'échelle nationale.

Figure 1- Echelles administratives et pyramide sanitaire au Laos en 2007



Source : V. Mobillion

Comme dans les autres secteurs de la gouvernance (éducation, urbanisme, etc.), chaque niveau est placé sous la tutelle du niveau supérieur : les hôpitaux de district sont soumis aux directives de santé provinciales, qui elles-mêmes proviennent du niveau central, autrement dit du Parti. La pyramide sanitaire s'organise de la manière suivante :

- A la base de la pyramide sanitaire, à l'échelle du village : les volontaires de santé et les assistantes sages-femmes traditionnelles. Ils reçoivent une brève formation à l'hôpital de district pour répondre aux besoins de santé primaires des villageois.

L'extension de ce réseau médico-sanitaire était théoriquement déjà réalisée avant 1975 dans la zone contrôlée par le *Pathet Lao*. La multiplication d'agents de santé villageois constituait également l'un des projets de l'OMS afin de contrer, dans les zones de santé, le marché du médicament [Pottier, 2004].

- A l'échelle du sous-district (agglomération d'une dizaine de villages) : le dispensaire. C'est la structure de soins élémentaire. Les agents de santé qui y sont rattachés assurent des soins primaires ambulatoires, le suivi des grossesses et participent, sous la direction des autorités du district, aux activités de prévention sanitaire.

Associés au programme d'économie planifiée mis en place au début du régime, les dispensaires accompagnaient systématiquement le développement des coopératives

agricoles²⁴ réunissant de dix à quinze villages [Noël, 1999, 10]. Ces structures de soins devaient servir les objectifs d'intégration nationale et avaient « *vocation à être fréquentée par tous les villageois, quels que soient leur âge, leur sexe, leur origine ethnique ou leur religion. Elle est à ce titre le symbole même de la politique sociale de l'Etat-nation en zone rurale* » [Mignot, 2003, 340].

- A l'échelle du district : l'hôpital de district forme le premier niveau du système de référence et dispose d'un organe administratif de coordination. Il a la responsabilité sanitaire des habitants du district et offre en principe un service complet de soins et d'hospitalisation primaires. Il mène des activités de prévention dans les villages au moyen d'équipes mobiles (santé maternelle et infantile, vaccination, hygiène du milieu, lutte antipaludéenne etc.).

Photographie 2 - Panneau invitant la population à participer aux campagnes de vaccination (nord du Laos)



Traduction de l'intitulé du panneau : « Merci aux parents de faire vacciner leurs enfants ». Les soignants (à droite) sont équipés d'un sac réfrigéré pour transporter les vaccins. Les mères et leurs enfants, venus nombreux, patientent avant que n'arrive leur tour. Les différentes coiffures et tenues des femmes montrent que la campagne de vaccination est destinée à l'ensemble de la population quelle que soit l'ethnie d'appartenance. Source : J. Crégut, 2005

- A l'échelle de la province : l'hôpital provincial propose en plus d'un service de soins de base et de spécialités (urgence, chirurgie, maternité, radiologie, laboratoire), une

²⁴ Période de centralisation et d'économie planifiée de 1975 à 1982 [Jica, 2000, 13-1]. Les employés des dispensaires étaient alors rémunérés par la coopérative. Ils recevaient environ 20 kilogrammes de riz par mois et une indemnité symbolique.

assistance technique aux établissements de santé qui sont sous sa responsabilité. Il correspond dans la pyramide sanitaire au second niveau du système de référence.

- A l'échelle nationale, les hôpitaux centraux se répartissent en deux catégories selon le type de soins offerts : soins de médecine générale ou soins de spécialité. Leurs services sont en théorie destinés à l'ensemble de la population.

En somme, les établissements sanitaires publics, organisés à toutes les échelles de l'administration territoriale, se répartissent sur l'ensemble du pays et participent ainsi à la structuration du territoire laotien.

Mais si la présence de l'Etat s'impose par la visibilité des établissements de soins, elle pénètre également les esprits grâce aux messages de propagande véhiculés par les agents de santé, qui, comme les autres fonctionnaires, sont contraints d'assister aux séminaires politiques et de répercuter l'idéologie auprès de leurs administrés. Le concept d'« *appareil idéologique d'Etat* » qu'Althusser associe à l'école, l'armée, l'université ou les institutions académiques semble aussi bien convenir aux structures de soins laotiennes, celles-ci étant un outil de cohésion et l'édification sociale diffusant l'idéologie pour justifier l'ordre établi.

Alors que l'objectif déclaré du régime révolutionnaire est d'atteindre une couverture sanitaire complète, répondant en cela aux attentes de la population et de la communauté internationale, il en est un autre, plus implicite, qui consiste en un contrôle socio-territorial étroit.

Sur le terrain, le réseau de soins s'est constitué à partir des services de santé établis par les anciennes autorités du gouvernement royal et du *Pathet Lao*. En 1976, parmi ces structures laissées dans un état rudimentaire, voire désaffectées, on comptabilisait 4 hôpitaux centraux, 12 hôpitaux provinciaux, 96 hôpitaux de district et 294 dispensaires (tableau 1). A partir de cette base, le dispositif de soins s'est considérablement développé sous le régime de la RDP Lao.

On dénombre désormais huit hôpitaux centraux ; une augmentation due notamment au développement d'hôpitaux spécialisés (dermatologie, ophtalmologie, etc.). Quant aux hôpitaux provinciaux, ils offrent aujourd'hui leurs services dans chacune des 18 provinces. Les hôpitaux de district ont également connu une évolution graduelle depuis 1976 : ils desservent désormais 127 des 133 districts totaux. Mais c'est surtout la croissance du nombre de dispensaires qui est la plus spectaculaire : lors de la première décennie du régime, entre 1976 et 1985, l'effectif passe de 294 à 994. En raison de la fin du système des coopératives agricoles, les années suivantes sont toutefois marquées par la disparition des dispensaires qui y étaient intégrés. L'effectif total n'atteint plus que 521 en 1995 néanmoins une nouvelle hausse en 2005 (750 dispensaires) est à imputer à l'aide internationale.

Tableau 1- Evolution des structures de soins publiques 1976-2005

	1976	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Hôpitaux centraux	4	4	4	8	8	8	8
Hôpitaux provinciaux	12	13	18	17	18	17	18
Hôpitaux de district	96	102	107	115	122	127	127
Dispensaires	294	610	994	937	521	596	750

Source : Jica, 2002 ; Ministère de la Santé, 2007.

Si ces chiffres témoignent d'un important développement du dispositif depuis 1975, ils ne renseignent ni sur la qualité des soins dispensés ni sur l'opérationnalité des structures. L'étude de l'aire d'attraction des structures de soins poursuivie dans la seconde partie permettra de juger la qualité de ces infrastructures pour la période actuelle.

• Le recadrage des médecines traditionnelles

Après la révolution, la politique officielle du gouvernement fut d'intégrer la médecine traditionnelle aux stratégies de santé publique. Cette prise de position fut maintes fois réitérée : en 1986 lors du IV^e Congrès du Parti, Kaysone invite à « *combinaison étroite de la médecine moderne avec la médecine traditionnelle* » [Mignot, 2003, 95] et en 2000, le gouvernement prévoit de « *promouvoir et de renforcer l'usage de la médecine traditionnelle et de l'intégrer au système de soins moderne* » [Jica, 2002, 9-1]. Enfin, la nouvelle loi relative aux soins, établie en 2005, affirme officiellement ces annonces antérieures.

Toutefois, les responsables de la santé publique ne retiennent qu'une définition restrictive de la médecine traditionnelle. Ils font référence aux seules pratiques thérapeutiques empiriques et écartent expressément tout élément magico-religieux. Un tel choix renvoie aux différents enjeux sociopolitiques auxquels est confrontée la RDP Lao.

Le soutien qu'apporte le gouvernement à la médecine traditionnelle empirique permet à la fois d'être en accord avec les principes de l'OMS²⁵, d'offrir des alternatives en cas de défaillance du système de soins moderne, mais également de renforcer à plusieurs égards le contrôle social. En prônant l'intégration des connaissances thérapeutiques des différentes ethnies, l'Etat veut ainsi faire de la diversité culturelle, qui, habituellement, est un élément de division, un héritage culturel commun et donc un symbole de l'unité nationale [Sydara, 2005]. Il souhaite faire des différences locales une richesse partagée pouvant cristalliser autour d'elle un sentiment nationaliste. En outre, les communistes voient dans la considération qu'ils accordent aux herboristes une façon pacifique de pénétrer les villages excentrés à la fois physiquement et culturellement. Par là, ils désirent notamment augmenter leur pouvoir d'encadrement afin de prévenir toute

²⁵ L'OMS soutient dès le milieu des années 1970 la revalorisation et l'intégration de la médecine traditionnelle fondée sur les plantes médicinales dans les politiques de soins de santé primaires.

éventuelle perte d'influence vu le respect voué aux guérisseurs, souvent perçus comme d'importants contributeurs de la santé du village. Comme le souligne Pottier,

« les guérisseurs sont rarement eux-mêmes des notables [...] mais ils n'en exercent pas moins une influence idéologique considérable et c'est une telle influence idéologique que le gouvernement se serait donné les moyens de contrôler et de réorienter à son profit en officialisant d'une certaine manière leur fonction » [1983, 112].

Quant aux thérapeutes magico-religieux, leur exercice est combattu. Cette conduite est courante dans de nombreux PED, mais, au Laos, elle fut appliquée dès l'instauration de la RDP [Pottier, 1983]. Cette politique cherchait à restreindre les marges de liberté de ces pratiques médicales parallèles, ressenties comme concurrentes de l'idéologie totalitaire. La nature politique du régime ne pouvait souffrir une autre autorité lui faisant front. En ce sens, le gouvernement tenta, dans un premier temps, d'écarter les « superstitions » de la médecine traditionnelle bouddhique, et, plus généralement, de la religion elle-même ; le bouddhisme, épuré, pouvait d'autant mieux répondre aux attentes du Parti. En ce qui concerne les autres types de guérisseurs, ils étaient généralement moqués des autorités au point de ne pouvoir exercer sur la place publique ; la population était ainsi dissuadée d'y recourir.

L'une des traductions concrètes de la politique appliquée en matière de médecine traditionnelle est l'établissement à Vientiane de l'Institut de Recherche sur les Plantes Médicinales (IRPM) en 1976. L'activité du centre est tournée vers la collecte et l'identification des plantes, la réalisation et l'enrichissement permanent d'un jardin botanique dans son enceinte, l'étude des remèdes utilisés par les moines bouddhistes et la production de médicaments traditionnels en collaboration avec certaines usines pharmaceutiques laotiennes [Libman, 2006]. Dans le pays, il existe 12 centres de médecine traditionnelle, toutes censées relayer les connaissances thérapeutiques locales à l'IRPM. Ils doivent notamment travailler en collaboration avec l'administration sanitaire des hôpitaux de district, ces derniers étant responsables du recensement des thérapeutes présents dans leur bassin de recrutement. Une des fonctions des sous-sections de l'IRPM consiste également à accueillir la population désirent acheter sur place des remèdes ou recevoir un avis sur le traitement d'une maladie.

Lorsqu'en 2005 nous avons visité à Vientiane l'un de ces centres de médecine traditionnelle, les responsables nous ont expliqué que la structure avait une très faible activité. D'une part, ils ne disposent pas d'un budget suffisant pour remplir leurs fonctions et d'autre part, la population vient rarement y acheter des plantes médicinales compte tenu du développement des pharmacies privées.

III. A partir de 1980 : nouvelles légitimités politiques et développement des soins privés

A/ Du socialisme totalitaire au « capitalisme autoritaire »

L'expérience collectiviste s'avéra rapidement un échec économique. Les niveaux de production étaient au plus bas et causaient d'importantes pénuries. L'exode qui dès les premiers mois du régime était principalement de nature politique devint à la fin des années 1970 économique. Les paysans et les commerçants étaient ruinés ; le revenu annuel *per capita* atteignait seulement 90 dollars au cours de cette période [Southeast Asia Chronicle, 1980]. Comme l'exprime le premier ministre en 1986,

« le commerce n'arrive pas à assumer son rôle de maillon principal, le volume de marchandises passant par les réseaux étatiques et collectifs ne répond pas encore aux besoins de la population, notamment dans les régions montagneuses et reculées [...]. Dans le commerce, les restrictions imposées à la circulation des marchandises dans maintes régions ont affecté la production et la vie du peuple » [cité par Mignot, 2003, 96].

On attribue l'échec du programme socialiste à la fois à l'incompétence générale des membres encadrants et dirigeants et à la faiblesse du soutien de la population, rapidement manifeste. Le quotidien des paysans était bouleversé ; les pratiques de la collectivisation étaient trop éloignées de leurs modes de vie pré-révolutionnaires, organisés essentiellement autour de la famille.

Les difficultés quotidiennes endurées par les villageois dirigèrent leurs opinions vers l'opposition. Leurs profonds ressentiments les menèrent à une résistance le plus souvent passive qui s'exprima par une faible productivité agricole, une nonchalance à l'ouvrage ou une migration vers les centres urbains ou l'étranger [Stuart-Fox, 1986a, 39]. Au-delà des considérations proprement économiques, le danger prit une forme politique, certains opposants remportant l'adhésion des paysans gagnés par l'amertume. Le comité central s'inquiétait vivement de la situation et déclara des ennemis du régime qu'ils avaient

« [...] infiltré les coopératives, de manière à créer la confusion au sein du peuple, saboter la ligne du Parti et du gouvernement, et ainsi perturber la situation de paix qui régnait dans le pays. A cause d'eux, le peuple, y compris les paysans, s'est senti découragé, malheureux, ce qui a affecté et retardé la production. Certains ont abandonné leur ferme pour se tourner vers d'autres occupations, ils ont vendu voire secrètement abattu leurs bêtes ou ont fui vers d'autres pays. Il s'agit désormais d'un problème urgent qui créera un danger immédiat et à long terme s'il n'est pas résolu rapidement, de manière efficace et intelligente. Le risque est non seulement économique, car il affectera la production et les conditions de vie du peuple, mais également politique », [cité dans Evans, 2002, 94].

Face à cette situation, les dirigeants adoptent une attitude pragmatique et s'orientent dès la fin des années 1970 vers une redéfinition de la politique économique. Ce choix s'impose à eux pour apaiser les tensions sociales [Banque Asiatique de Développement, 2000, 7]. L'objectif fondamental n'est pas d'élever les standards de vie à un niveau décent mais de donner à nouveau une légitimité au pouvoir en place. Comme l'explique Stuart-Fox : « Les décisions sont souvent prises en tenant compte avant tout de l'intérêt du Parti

et de ses membres plutôt que celui de la nation, de la société ou de l'économie ; en d'autres termes, elles sont conçues pour maintenir le réseau d'influences des leaders du Parti et le pouvoir politique persuasif du Parti lui-même. » [Stuart-Fox, 2004, 8].

Dès 1979, le comité central, en appliquant la réforme dite de la 7^{ième} résolution, infléchit la politique économique socialiste et réintroduit partiellement le capitalisme. Elle établit notamment la « suspension immédiate et absolue » du programme de collectivisation. Dès lors, la réorientation idéologique est effective et, compte tenu de l'amélioration manifeste des indicateurs économiques – dès le début des années 1980, les marchés sont à nouveau alimentés –, elle est accentuée rapidement quelques années plus tard. En 1986, lors du IV^e Congrès du Parti, le gouvernement vote la politique structurelle du « new economic mechanism » (nouveau mécanisme économique), le NEM. Ce nouveau programme œuvre à la libéralisation économique complète et confirme le passage d'une économie planifiée à une économie de marché. Développé sur des modèles économiques chinois et vietnamiens, il vient minorer les conséquences de l'abaissement de l'aide soviétique et protéger le Laos des éventuelles répercussions politiques de la chute de l'URSS [Stuart-Fox, 1997, 169].

Le NEM stipule la réhabilitation des mécanismes de marché, la privatisation de certaines entreprises d'Etat, le développement du secteur privé domestique et l'encouragement aux investissements directs étrangers.

Toutefois, en dépit de la nouvelle réalité économique et de la dynamique d'ouverture engagée envers les pays frontaliers²⁶ et industrialisés, le gouvernement n'a cessé, jusqu'à ce jour, de déclarer son attachement à l'idéologie marxiste-léniniste. Si les autorités entretiennent une telle confusion en vue de rallier à elles la population réfractaire au capitalisme, les modifications apportées sur le sceau national attestent pourtant du renversement idéologique (document 2). Lors de la promulgation de la constitution de la RDP Lao en 1991, le terme « socialisme », qui jusqu'ici avait toujours été inscrit sur le slogan bordant le sceau national, fut remplacé par « prospérité », et la faucille, le marteau et l'étoile communiste, représentés sur l'ancienne composition, furent remplacés par le That Luang. Emblème bouddhiste de référence, cette stupa fut édifée à Vientiane au XVI^{ème} siècle pour signifier l'avènement de la capitale du royaume bouddhiste.

²⁶ En 1994, inauguration du Pont de l'Amitié qui relie Vientiane à la ville thaïlandaise Nongkhai. En 1997, adhésion du Laos à l'ASEAN en qualité de membre permanent.

Document 2 - Sceau national laotien avant et après la libéralisation économique de 1986



Source : Timbres-poste laotiens

Sur la représentation du sceau national de 1984 (à gauche) figure l'étoile communiste, la faucille et le marteau. Sur celle de 2005, donc après la libéralisation économique, ces emblèmes ont disparu et ont été remplacés par le stupa du That Luang.

L'intégration du symbole bouddhique parmi les armes nationales illustre le pragmatisme de l'Etat qui sait user, et pas uniquement dans le domaine de l'économie, de renversements stratégiques lorsque la situation le nécessite. Les révolutionnaires laotiens exercent au début du régime de sévères répressions à l'encontre de la communauté bouddhique puis, effrayés par la méfiance croissante qu'elles provoquent au sein de la population, réduisent leurs restrictions jusqu'à reconnaître, au début des années 1990, le bouddhisme comme l'élément central de la culture laotienne [Stuart-Fox, 2001, 41] ; aujourd'hui, les membres du bureau politique se plaisent à s'afficher publiquement lors d'importantes cérémonies bouddhiques.

L'Etat alla même jusqu'à se réapproprier l'un des symboles de la monarchie, le régime historiquement combattu. En effet, en 2003, le Parti inaugure à Vientiane la statue du roi Fa Ngum, fondateur du royaume du Lane Xang. Cette opération est censée contrer la popularité grandissante du roi thaïlandais au Laos, rallier les Laotiens soutenant le dernier prince lao Phetsarath Ratanavongsa [Lintner, 2000, 13], et, gagner la confiance des exilés pour encourager leur retour [Thayer, 2003, 125].

Etant donné la suspension du programme socialiste, la « re-traditionalisation » au travers des symboles bouddhiste et monarchique est à appréhender comme un nouvel outil de la légitimité politique [Chachavalpongpun, 2003 ; Evans, 2002, 203].

En somme, les dirigeants adoptent, au besoin, une attitude pragmatique, quitte à provoquer d'importantes inconstances politiques et incohérences idéologiques dont témoigne la ligne économique introduite par le NEM. Occupé principalement à maintenir la sécurité politique, l'Etat totalitaire ne conserve, défait de sa doctrine communiste, que son autoritarisme.

Cet autoritarisme s'exprime principalement par un fort immobilisme politique. Bien que le gouvernement concède davantage de libertés individuelles²⁷, le Parti maintient

²⁷ Il s'agit de la liberté de circulation, la tolérance envers les prostituées, les homosexuels et les Laotiens qui fréquentent des étrangers [Stuart-Fox, 2004, 22]. Les camps de rééducation sont fermés

« fermement le pouvoir » [Forbes, 2006, 175] et n'accorde, malgré la libéralisation économique, aucune place à la contestation. Le président de la RDP Lao a déclaré en 1995 :

« Le Parti est le seul Parti dans lequel le peuple a confiance. Toutes les tentatives pour saper l'hégémonie du Parti sont considérées comme contraires à la réalité historique et à l'intérêt national », [cité dans Evans, 2002, 201].

Chacune des tentatives d'opposition politique fut sévèrement réprimée : en 1991 arrestation et condamnation à quatorze années d'emprisonnement de trois cadres du Parti ayant réclamé l'introduction du multipartisme ; en 1996, exclusion du comité central en 1996 de communistes jugés trop « modernisateurs » ; en 1999, répression en 1999 de la première manifestation civile anti-gouvernementale et condamnation de certains de ses participants à vingt années de prison.

Lors du dernier congrès du Parti en 2006, les nominations au sein du comité central présagent d'une parfaite stabilité politique puisque la nouvelle garde associe l'ancienne génération des révolutionnaires et les enfants de Kaysone Phomvihane, fondateur de la RDP Lao et de Khamtai Siphandone, le président sortant.

Pays autoritaire à parti unique présidant une économie de marché, le Laos relève selon, la formule que Reich dédie à la Chine [2008, 29], du « capitalisme autoritaire » : un système économique libéralisé sans signe de transition démocratique.

Photographie 3 - Panneau édifié en 2004 rendant hommage à l'armée populaire laotienne : « 55 ans d'établissement et de victoire de l'armée populaire laotienne »



Source : J. Crégut, Savannakhet (Sud du Laos), 2005

Cinquante cinq ans après la création de l'armée du Pathet Lao et près de vingt ans après l'ouverture du pays à l'économie de marché, des panneaux implantés dans les différentes provinces du Laos consacrent le mouvement politique révolutionnaire. Ni la faucille ni d'autres symboles communistes ne figurent sur cette représentation.

et environ 50 000 Laotiens exilés rentrent au pays [Banque Asiatique de Développement, 2000, II, 5]. En parallèle, le gouvernement cherche à appliquer une politique de contrôle politique, morale et culturelle de la population [Evrard, Pholsena, 2005, 31] afin de minimiser les effets que l'ouverture économique fait craindre (dilution des valeurs traditionnelles et du sentiment d'union nationale).

B/ Un système de soins privé au secours du régime politique

L'ouverture du Laos à l'économie de marché, initiée en 1986, permet le développement de l'initiative privée dans tous les secteurs, y compris celui de la santé.

Cette ouverture se concrétise selon deux types de formations sanitaires, les pharmacies et les cabinets médicaux. De façon à contrôler le nouvel essor du réseau sanitaire privé, de premières autorisations gouvernementales sont promulguées rapidement, dès 1988 pour les pharmacies, et en 1991 pour les cabinets médicaux. En réalité, les autorités légifèrent sur d'anciennes pratiques exercées de manière informelle avant la réforme économique de 1986. Avant 1975, Pottier identifie déjà un marché du médicament aux environs de Vientiane [1983 ; 2004]. Par la suite, la pénurie de médicaments qui avait prévalu durant les premières années du nouveau régime avait également encouragé son développement [Jica, 2000, 3-1]. Quant aux consultations médicales, elles pouvaient s'exercer dans les villages, là où résidaient des médecins.

Etant donné l'engouement attendu des soignants pour le secteur privé et la multiplication rapide de ces structures, les autorités légifèrent par décret (n°599), lors du Vème Congrès du Parti en 1992, sur l'ouverture et les conditions d'exercice des pharmacies, des cabinets médicaux mais également des hôpitaux privés [Jica, 3-17]. Le texte stipule que l'ensemble des différentes structures est sous le contrôle du Ministère de la Santé, de façon directe pour les hôpitaux privés et indirecte pour les cabinets médicaux et les pharmacies, dont l'administration est principalement sous la responsabilité des bureaux de santé provinciaux.

Les pharmacies se subdivisent en trois catégories (I, II et III) et délivrent une variété de médicaments plus ou moins importante selon que le licencié est pharmacien, pharmacien-assistant ou simple personnel médical sans formation pharmaceutique. La législation exige que le licencié soit de nationalité laotienne et réside au Laos depuis au moins cinq années. C'est seulement après avoir travaillé trois ans dans la fonction publique, que le pharmacien peut ouvrir une officine en dehors des heures officielles s'il continue d'exercer dans les structures de soins publiques, ou toute la journée s'il est retraité ou préretraité²⁸ de l'administration.

Les cabinets médicaux offrent un service exclusivement ambulatoire selon trois types de soins : médecine générale, soins traditionnels (plantes médicinales, acupuncture) et spécialités (gynécologie, dentisterie, pédiatrie, etc.). Ceux qui délivrent des soins modernes sont classés en trois catégories (I, II et III) qui correspondent au niveau d'équipement, du plus perfectionné (laboratoire d'analyse, radiologie, endoscopie, etc.) au plus sommaire (stéthoscope, tensiomètre). L'ouverture de ces établissements est réservée aux médecins ayant achevé leur formation et pratiqué au minimum 7 années dans le secteur public. Concernant les guérisseurs, sans formation diplômante, ils doivent être reconnus par le Ministère de la Santé pour exercer dans des cabinets de médecine traditionnelle. Comme pour les pharmacies, le critère de la nationalité est

²⁸ Les préretraités sont les fonctionnaires qui, sur leur demande, ont été détachés de la fonction publique.

incontournable et la durée de résidence est élevée à 10 ans. Hormis les médecins retraités ou détachés de la fonction publique, ceux qui pratiquent dans les hôpitaux publics n'ont le droit d'exercer dans leur cabinet que sur leur temps libre, soit en soirée et le week-end.

Tout bien considéré, le système établi par le réseau de pharmacies et de cabinets ne dessine pas une réelle autonomisation du champ médical privé. Celui-ci reste sous la tutelle du ministère²⁹ et le personnel de santé est assujéti à l'exercice d'un nombre minimum d'années au sein des institutions publiques. Par ailleurs, les agents de santé sont ensuite largement incités, pour différentes raisons, à y poursuivre leur carrière.

En effet les médecins, en préservant leur statut de fonctionnaire, peuvent espérer constituer leur propre clientèle au travers des consultations qu'ils pratiquent dans le système public. Comme le déclare un responsable du département curatif du Ministère de la Santé lors d'un entretien en avril 2007 – et qui lui-même a une clinique privée – : « *Les préretraités sont peu nombreux [parmi les licenciés de clinique] car ils n'ont pas assez de clients. Ils perdent les avantages. Ils perdent la clientèle, les connaissances, la formation continue, etc. Ils perdent tous les avantages d'être à l'hôpital ou dans les administrations sanitaires.. Voilà pourquoi il y a peu de médecins qui souhaitent ouvrir un cabinet médical à plein temps* ». D'autre part, le statut de fonctionnaire peut également offrir la possibilité de participer à des projets de coopération internationale, très appréciés pour leur caractère lucratif. Car, comme nous le montre notre expérience sur le terrain, tous les projets de développement, quelque soit le secteur d'application, doivent être encadrés par l'administration laotienne, dont certains agents sont détachés de leur fonction habituelle pour participer au projet, moyennant une rétribution. En outre, étant donné la structure sociopolitique du Laos, la renommée d'un médecin se construit vraisemblablement peu sur les seules bases d'un réseau privé mais davantage à partir de l'assentiment et des récompenses attribuées par les autorités sanitaires publiques.

Compte tenu des modalités de fonctionnement du système de soins privé, le développement de ce dispositif est par la même occasion bénéfique au maintien du secteur public.

Lorsque les structures de soins privées ont été autorisées, le système de soins public était ruiné du fait du principe de gratuité et rencontrait de sérieuses difficultés : insuffisance des médicaments et du matériel médical, salaires modiques, démobilisation du personnel soignant, faible qualité du service. Or, le développement des formations privées a indirectement contribué à son maintien. En effet, le service effectué dans le système public est susceptible d'être mieux accepté des fonctionnaires qui peuvent dorénavant espérer des revenus complémentaires en ayant une activité en parallèle. Les établissements privés permettent aux agents de santé de « *recevoir un peu de sou en plus du salaire* », dit un responsable du département curatif du Ministère de la Santé en avril 2007. D'ailleurs, le gouvernement a aménagé depuis 1998 les horaires de travail des fonctionnaires, les faisant passer de 42 à 35 heures et incluant un arrêt le samedi, de façon à leur accorder plus de temps pour se consacrer à une activité lucrative parallèle

²⁹ « *Ce n'est pas grave si les gens travaillent dans le privé car ce secteur est contrôlé, comme le public* » nous explique lors d'un entretien le responsable du département curatif du ministère de la Santé, avril 2007.

[Freeman, 2001, 157]. Cette mesure, relativement tardive par rapport à la date de la libéralisation économique, est venue en réalité officialiser des pratiques anciennes.

Ce dispositif sanitaire mixte, entre secteur public et secteur privé, préserve ainsi un service de santé public minimum, car il évite son effondrement, et la qualité s'en trouve stabilisée, voire, au mieux, affectée d'un léger regain de motivation des membres du personnel de santé.

L'enjeu du développement des structures privées dépasse donc largement les simples objectifs déclarés des autorités de « *développer des réseaux de soins contre les maladies et de mieux protéger la santé des villageois* » (article 1 du décret 575 du Ministère de la Santé). Grâce au maintien de ce système, l'Etat préserve l'un des meilleurs arguments de sa légitimité, le système de soins public, et rassure ainsi, sur différents points, la population : le service public est maintenu, de nouvelles alternatives de soins sont offertes et les agents de santé disposent désormais de nouveaux moyens de rémunération. Il canalise ainsi nombre de revendications.

Les 2 132 pharmacies et 309 cabinets médicaux recensés [Jica, 2002, 8-5] à l'échelle nationale en 2001³⁰ sont l'expression concrète du développement de ce secteur de soins. Il n'existe pas encore à ce jour d'hôpital privé au Laos.

Pourtant, autant le décret de 1998 sur les hôpitaux privés que les discours émanant des plus hauts responsables de santé publique révèlent la nécessité et la volonté de voir s'établir ces établissements hospitaliers, notamment pour contrer le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande [Bochaton, 2009] et, indirectement, pour rétablir l'intégrité nationale dans le domaine des soins. Les dirigeants y voient une façon de minimiser l'influence thaïlandaise et de juguler l'admiration que peuvent éprouver les Laotiens pour leurs voisins.

Voici les propos tenus par le responsable du département curatif du Ministère de la Santé lors d'un entretien en avril 2007 :

- *Pourquoi le Ministère de la Santé souhaite-t-il développer les hôpitaux privés ?*

On a besoin d'améliorer le service de soins curatif. C'est pour les riches. Les pauvres, ils vont à l'hôpital public, ils payent moins.

Ainsi on adapte les soins aux différentes catégories de la population.

Il y a des gens riches maintenant. Ils choisissent les installations sophistiquées en Thaïlande. Avant il n'y avait pas de riches et donc pas de moyens pour y aller.

- *Que pensez-vous du recours aux soins des Laotiens en Thaïlande³¹ ?*

³⁰ Nous ne sommes pas en mesure de donner pour une même année des statistiques plus récentes concernant à la fois les cabinets médicaux et les pharmacies car celles que nous avons obtenues au ministère de la Santé manquent cruellement de précisions en termes de datation et de signification.

³¹ Pays frontalier du Laos, la Thaïlande présente un niveau de développement économique sans comparaison avec l'« éveil » laotien actuel. Ce différentiel de développement est largement lisible dans le niveau d'équipement sanitaire qui peut, à la différence du Laos, prendre des formes très sophistiquées en Thaïlande. Ce pays propose un système de soins public bien pourvu auquel s'ajoutent des ressources privées comprenant de nombreuses cliniques et d'importants complexes hospitaliers.

Il faut éviter. C'est le point faible.

Il faut rehausser le niveau des institutions hospitalières et donner confiance à la population.

- *Les structures de soins sont-elles de meilleure qualité en Thaïlande ?*

Ils ont un bon équipement mais c'est parce qu'ils n'ont pas fait la guerre.

- *Actuellement, à quelle étape en êtes-vous du développement des hôpitaux privés au Laos ?*

Pour le moment, on cherche des investisseurs.

Plusieurs hypothèses, pourraient dès lors expliciter l'inexistence de structures hospitalières privées au Laos. Serait-ce un sujet politiquement sensible, la législation autorisant l'ingérence étrangère ? Existerait-il des clauses officieuses pouvant dissuader les investisseurs étrangers ? Serait-ce simplement la nouveauté du phénomène qui n'aurait pas encore permis l'arrivée des investisseurs ?

La dernière hypothèse semble peu probable puisqu'en 2007, le responsable de la division administrative des hôpitaux du Ministère de la Santé a déclaré dans l'un des journaux nationaux avoir reçu des déclarations d'intentions de délégations chinoise, malaisienne, thaïlandaise et autrichienne [Vientiane Times, 2007]. En revanche, lorsque le directeur d'un des hôpitaux privés de Thaïlande déclare n'être jamais parvenu à s'accorder avec les autorités laotiennes pour établir un hôpital thaïlandais au Laos [Bochaton, 2009], nous pouvons suspecter que des enjeux géopolitiques soient à l'œuvre dans le choix des investisseurs étrangers. A ce propos, le gouvernement aurait conclu récemment avec un homme d'affaires américain d'origine laotienne un premier accord pour construire d'ici 2010 un hôpital privé à Vientiane. Concernant l'édification prochaine de cette structure, la presse nationale a d'ailleurs précisé que l'objectif était « *d'améliorer les soins médicaux au Laos et diminuer le nombre de personnes qui franchissent la frontière pour se faire soigner en Thaïlande* » [Vientiane Times, 2007; cf. **Annexe 1**].

* * *

Cette mise en perspective historique, articulant évolution politique et développement du système de soins, montre que le dispositif sanitaire actuellement disponible reflète les aspirations du régime de la RDP Lao.

L'action de l'Etat dans le domaine des soins diffère des tentatives précédentes qui, menées sous le protectorat français ou par le Gouvernement Royal, restèrent velléitaires dans leurs conceptions comme dans leurs réalisations. Lors de l'instauration de la RDP Lao, la santé est portée au rang d'enjeu politique et devient un domaine d'intervention publique majeur. Le développement des ressources sanitaires est au service du soutien et du maintien au pouvoir du gouvernement, totalitaire à ses débuts et autoritaire depuis les années 1980. Conçu d'abord comme un outil de contrôle socio-territorial, le système de soins est développé selon un réseau d'infrastructures publiques fondé sur les différentes divisions politico-administratives ; la médecine traditionnelle est recadrée selon les usages du Parti. Face à l'échec de l'entreprise communiste, les différents secteurs publics, y compris la santé, s'ouvrent aux acteurs privés en vue de préserver la paix sociale, vitale à la survie du régime. C'est dans ce contexte que se sont développés les pharmacies, les cliniques et les projets d'ouverture d'hôpitaux privés.

Si les dirigeants ont ainsi régenté l'élaboration des différents systèmes de soins en présence (public, privé et traditionnel), quelle administration en font-ils ? Quelle ingérence ont-ils dans leur organisation, leur répartition et leur fonctionnement ? Comment concilient-ils autoritarisme et libéralisme économique ? L'analyse de la répartition des différentes structures de soins présentes à Vientiane, centre politique et économique du pays, donnera de premiers éléments de réponse à ces questions.

Chapitre 2. Faire la géographie de l'offre de soins à Vientiane : méthodes

Avant d'entreprendre l'étude des territoires d'implantation des fournisseurs de soins, il convient d'en préciser le cadre méthodologique : les structures sanitaires étudiées et la zone d'étude retenue. La délimitation de la zone d'étude est délicate vu qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de définition précise du périmètre urbain de Vientiane.

I. Quelle zone d'étude ?

A/ Les obstacles à une limitation de la ville

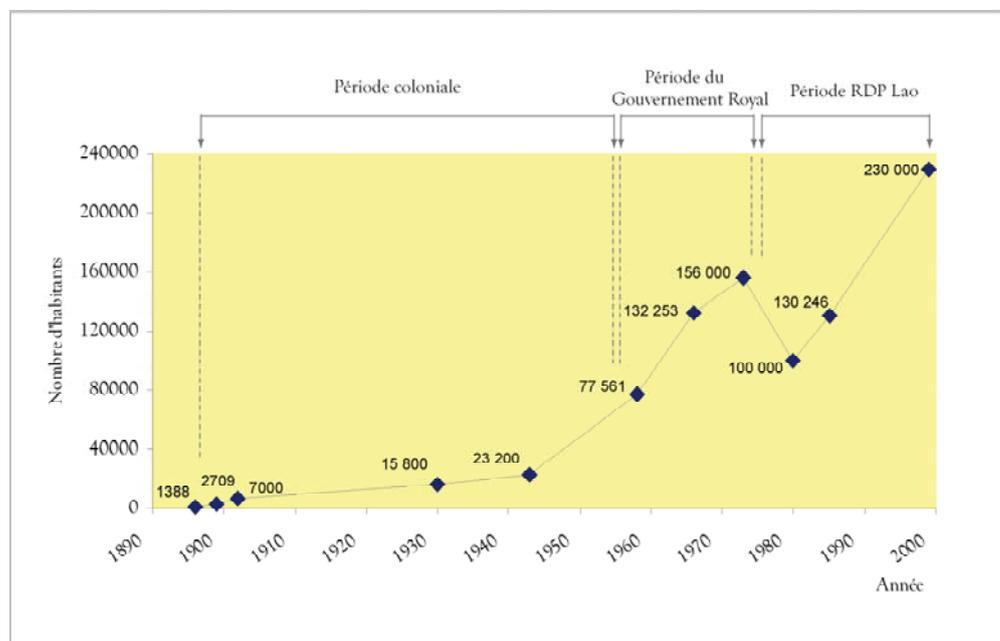
- **Une urbanisation récente sans cadre préalable**

Si Vientiane se développe dès 1560, lorsqu'elle est proclamée capitale du *Lane Xang*, les tragiques dévastations qu'elle subit dès le XVIII^e siècle anéantissent son essor. La ville ne renaîtra, quasi *ex nihilo*, qu'au début du XIX^e siècle lors de l'instauration du protectorat français.

Prospère jusqu'au milieu du XVIII^e siècle, période pendant laquelle Vientiane compte jusqu'à 50 000 habitants [Sisoulath, 2003, 5], la capitale subit l'attaque des Siamois à deux reprises, en 1778 et en 1828. L'essentiel de la population ayant été déportée sur la rive taï, Vientiane fut dès lors réduite à un simple regroupement de villages épars le long de la berge du Mékong. La destruction fut complète lorsque les *Hô*, des pirates chinois, envahirent la ville en 1888 et mirent à sac les derniers édifices, dont le That Luang, symbole religieux par excellence.

En 1896, trois années après l'établissement du protectorat, on comptait moins de 1400 habitants dans la capitale.

Figure 2- Evolution de la population de Vientiane de 1896 à 2000



Source : MCTPC, 1989 ; Sayarath, 2005

Bien que la refondation de Vientiane date du début du XXe siècle, le développement urbain ne devient constant qu'à partir de la fin des années 1980.

Capitale du protectorat français de 1893 à 1954, la ville connaît d'abord une progression démographique timide qu'il faut relier à la faiblesse des ressources octroyées par la présence coloniale et au fait que Vientiane se caractérisait à l'époque par une économie et une société rurale. Même si le paysage de la capitale s'agrémentait de bureaux administratifs, de résidences de style européen et que des premiers travaux s'attachent à développer le réseau routier, la ville ne compte en 1930, plus de trente-cinq ans après l'occupation française, que 15 800 habitants.

Un tournant démographique intervient toutefois dans les années 1950, période durant laquelle la guerre civile provoque le déplacement du quart de la population nationale, dont une importante partie afflue dans la capitale. En 1958, Vientiane compte plus de 77 000 habitants. Néanmoins, la victoire du *Pathet Lao* en 1975 initie une nouvelle rupture dans l'histoire nationale et affecte durablement l'évolution urbaine de Vientiane. Entre 1975 et 1985, 12% de la population quitte le pays et la régression démographique atteint 27% dans la capitale [Sisoulath, 2003, 11]. Alors qu'à la veille de l'institutionnalisation de la RDP Lao, Vientiane comptabilise 156 000 habitants, cet effectif décroît jusqu'à 100 000 en 1980. En effet, face aux durcissements du nouveau régime, de nombreux Laotiens font le choix de l'exode, soit à l'étranger soit dans leurs villages d'origine. Dans la capitale, le nombre d'habitants des années 1970 ne sera égalé que quinze ans plus tard, à la fin des années 1980.

L'application du NEM en 1986 renverse la tendance et inaugure une phase de développement urbain sans précédent et jusqu'aujourd'hui continu. L'ouverture économique attire la population à Vientiane qui y voit l'opportunité de s'enrichir rapidement. Les années passant, l'attraction des Laotiens pour Vientiane n'a pas fléchi, notamment en raison du processus d'intégration régionale concrétisé par l'ouverture du Pont de l'Amitié en 1994 situé à la frontière lao-thaïlandaise à proximité de la capitale et, par l'adhésion en 1997 à l'ASEAN. La présence d'acteurs multiples, publics, privés et étrangers, en appelle sans cesse de nouveaux et confère une importante attractivité à la capitale, qui, forte de cette dynamique, s'urbanise et se redessine continuellement. En 1996, la croissance économique annuelle, de l'ordre de 13%, soit plus du double du taux national, suscite une croissance démographique de 6%, due pour les 3/5^e à l'apport migratoire des provinciaux [Peyronnie, 2002, 227] ; en 1999, Vientiane compte ainsi 230 000 habitants.

Malgré cette dynamique urbaine, il n'est défini dans un premier temps ni mode de gestion ni cadre spatial pour une ville pourtant capitale. Si, sous le gouvernement royal, il y eut des prémices de planification urbaine³², esquissée dès la période coloniale, ils n'entraînèrent pas de réelle application et la prise de pouvoir par les communistes annihila ces velléités : « *la réunification nationale en 1975 ne s'est pas traduite dans un premier temps par l'élaboration d'une politique d'aménagement urbain à l'échelle nationale, qu'il s'agisse de schémas ou d'approches sectorielles* » [Sisoulath, 2003, 292]. Compte tenu à la fois de la forte prédominance rurale (85% de Laotiens sont paysans) et des nouveaux desseins politiques, le gouvernement, lors des quinze premières années du régime, chercha essentiellement à assurer la croissance économique dans les campagnes. En outre, l'exode massif des Vientianais, au lendemain de la prise de pouvoir, contribua à retarder un projet de développement urbain.

En réalité, l'aire urbaine de Vientiane est comprise dans l'espace plus large de la « Préfecture de Vientiane » qui est l'une des 18 provinces du Laos. Cette province, bien qu'elle concentre les fonctions politique, économique et administrative du régime, présente un statut identique aux autres provinces et « *ne constitue pas une collectivité territoriale décentralisée dotée de la personnalité juridique, de l'autonomie financière et d'un patrimoine distinct du patrimoine général de l'Etat [...]. La Préfecture de Vientiane est dotée du même statut que les autres provinces et son budget est intégré à celui de l'Etat* » [Briand, 2000, 53]. En somme, la capitale comme sa province ne sont pas considérées comme des unités territoriales particulières.

Libre des contraintes gestionnaires et sans tradition urbaine antérieure à laquelle se référer, Vientiane, dont la croissance est initiée en 1986, emprunte un ancien mode d'organisation spatiale peu propice à la délimitation d'un périmètre urbain.

Si, comme en témoigne l'élaboration du schéma directeur de Vientiane en 1962, il y eut une tentative d'administration de la ville, celle-ci resta à l'état de projet, d'autant plus que les timides avancées ne furent pas poursuivies lors de l'instauration de la RDP Lao.

³² Un bureau d'études français, le Bureau Central d'Etudes d'Outre-Mer (BCEOM) élabore en 1962 le premier schéma d'urbanisme dont l'application souffrira des instabilités politiques et des insuffisances de la gouvernance sous le gouvernement royal.

Face au non-interventionnisme du régime dans les affaires urbaines, la réminiscence des anciens « systèmes politiques » tai commande l'organisation de l'espace. Antérieurs au royaume du *Lane Xang*, ceux-ci divisent le territoire en différentes entités politiques emboîtées qui se définissent non par leurs limites mais par leur centre qui symbolise le tout. Dans ce système, l'encadrement politique diminue progressivement en direction des périphéries [Condominas, 1980 ; Taillard, 1995, 166]. Si cet ancien système politico-spatial ne persiste pas au point de suppléer l'organisation provinciale, il contribue encore à articuler les zones de peuplement. En conséquence, s'attacher à identifier la limite de Vientiane relève du non-sens. Autant la référence au centre-ville est univoque et renvoie à la zone de concentration de certaines activités (religieuses, politiques, commerciales, etc.), autant il n'existe pas, ni pour les autorités, ni pour la population, de limite précise et unanime de Vientiane. Le positionnement dans l'espace des Lao se réfère avant tout au village qui, en ville comme à la campagne, représente une entité administrative et sociale de référence.

Il n'existe d'ailleurs pas de terme propre pour désigner la ville. Selon Sisoulath, le vocable « *muang* », dont l'origine remonte aux systèmes politiques tai,

« désigne aujourd'hui aussi bien le district que la ville. A l'origine ce terme désignait le royaume ou le pays comme ses subdivisions ; la principauté ou la province, le district ou la sous-préfecture. A toutes ces échelles, le terme désignait aussi bien le territoire que le centre qui le commandait. [...] Aujourd'hui le terme « muang » désigne la limite administrative de la ville tandis que « toua muang » signifie « urbain » mais n'est compris et utilisé que par des administrateurs, urbanistes et architectes » [Sisoulath, 2003, 71].

En outre, Vientiane, en tant que pôle précurseur du développement urbain, a d'autant moins pu s'affranchir du schéma politique ancien qu'elle ne disposait, au niveau national, d'aucun exemple duquel s'inspirer.

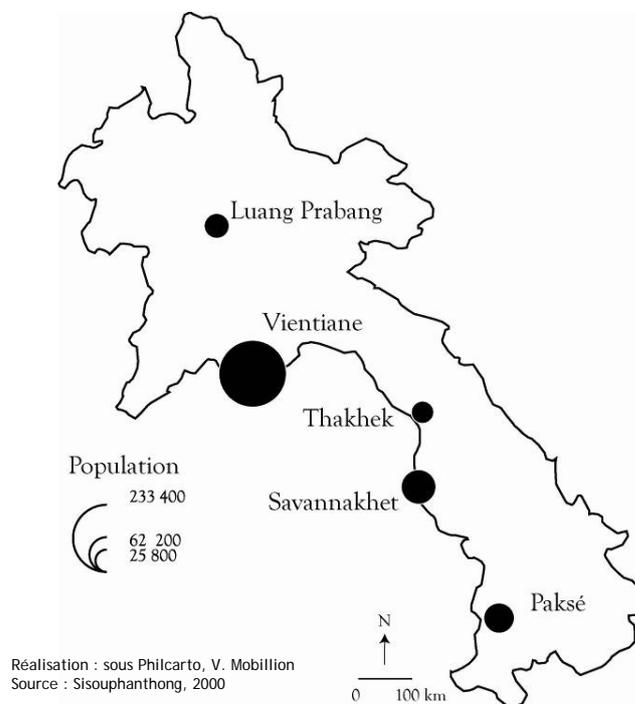
En effet, la faiblesse du peuplement concourt à un taux d'urbanisation parmi les plus bas de la péninsule indochinoise : compris entre 20 et 26% dans la plupart des pays de cette région, il atteint seulement 17% au Laos [Sisoulath, 2003, 21]. A l'exception des anciennes capitales royales de Luang Prabang et de Vientiane, les principales villes laotiennes sont récentes et ne datent que du début du XX^{ème} siècle. Vientiane, dont le poids démographique est davantage comparable aux villes secondaires des pays de la péninsule indochinoise qu'à leurs capitales respectives, assure néanmoins une nette primauté au sein du réseau urbain laotien. Selon le recensement de 1995, les quatre districts urbains de la capitale rassemblent 233 400 habitants, soit près de quatre fois la population de Savannakhet (62 200 habitants), la deuxième ville du Laos, [Sisouphantong, 2000, 38]. Viennent ensuite, par ordre d'importance, Paksé (47 600), Luang Prabang (31 800) et Thakhek (25 800).

Tableau 2- Population à Vientiane et dans les capitales nationales et provinciales de la péninsule indochinoise, 1997-1998

	Année	Population	Rapport de grandeur entre les villes de la région et celle de Vientiane
Capitale nationale			
Vientiane	1998	296 000	-
Bangkok	1998	8 500 000	28 fois
Hanoï	1997	1 298 000	4,3 fois
Phnom-Penh	1998	960 000	3,2 fois
Rangoon	1998	4 500 000	15,2 fois
Capitale provinciale			
Chiangmai	1998	171 088	0,6 fois
Khon Kaen	1998	126 600	0,4 fois
Khorat	1998	173 321	0,6 fois
Danang	1997	543 900	1,8 fois
Hué	1997	291 800	0,9 fois
Ho Chi Minh Ville	1997	3 541 000	11,9 fois

Source : adapté de Sisoulath, 2003

Carte 3: Les cinq plus grandes villes du Laos (1995)



- **Des modes d'urbanisation propices à l'étalement**

Le processus d'urbanisation entrepris dès le milieu des années 1980 conduit à une expansion continue du territoire urbain. Plutôt qu'une densification des villages préexistants et une verticalisation de l'habitat, elle opère par étalement, pour les raisons combinées suivantes : prix attractif du foncier dans les espaces périphériques et implantation de nouvelles activités économiques ; effet repoussoir du centre-ville, désormais spécialisé dans le secteur tertiaire ; persistance du mode d'habitat traditionnel lao en maison individuelle.

L'urbanisation des espaces périphériques de Vientiane s'exprime selon deux modes, suivant qu'elle précède ou suit l'installation des réseaux [Sisoulath, 2003].

Si le premier mode opère dès le lendemain de l'Indépendance, c'est surtout après la période de régression urbaine (1975-1985) qu'il s'intensifie. Il procède par dilatation du bâti dans les villages situés en continuité ou en discontinuité de la zone centrale ; ces derniers, configurés tels des îlots villageois, constituent d'anciens noyaux de peuplement localisés sur la berge du Mékong ou sur les premières terrasses exondées. Le processus conduit à une reconfiguration des villages qui, en s'agrandissant, se restructurent et finissent, s'ils deviennent trop importants, par être scindés en deux ou trois entités villageoises. Ces dernières portent alors le nom du village de référence auquel on ajoute un affixe précisant, le plus souvent, leur orientation (*taï* (« sud »), *neua* (nord), etc.). De fait, ce type de « fabrication urbaine », procédant à partir du village, contribue à redoubler l'étalement de l'urbanisation.

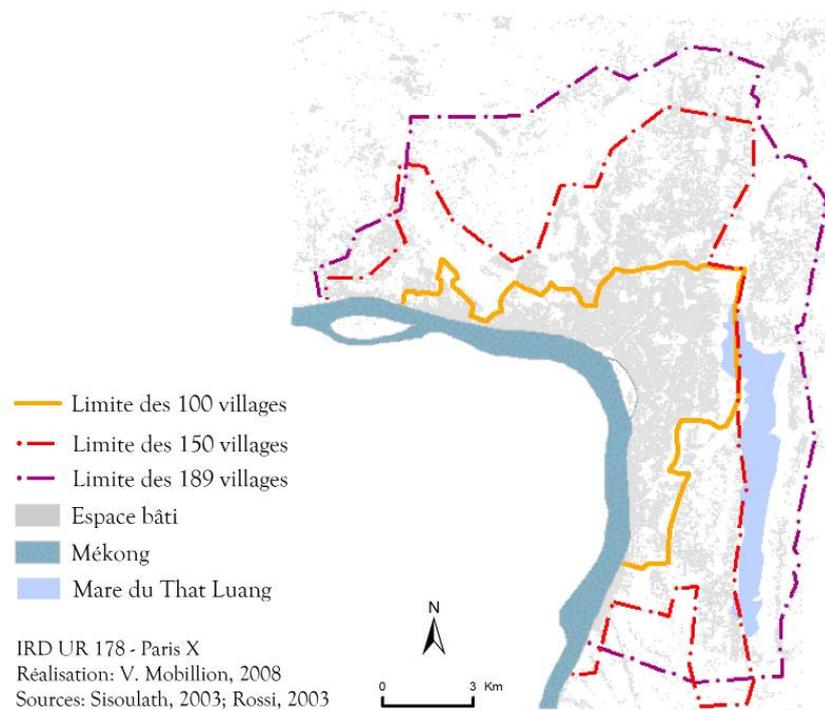
Quant au second mode, il s'établit en marge du centre et par juxtaposition au réseau viaire. Il est devenu particulièrement intensif dès les années 1990, période à partir de laquelle les projets de développement urbain se sont multipliés. Il offre à voir un paysage urbain linéaire et structuré à partir des principaux axes routiers.

Enfin, à ces deux principaux modes d'urbanisation, l'un en nappe et l'autre en ligne, il faut ajouter, celui plus occasionnel et ponctuel, qui consiste à fixer la population à proximité de grands équipements établis en périphérie (usine, hôpital, faculté, etc.).

A partir des années 1990, et face à la croissance continue du phénomène urbain, le gouvernement fait de la gestion urbaine une nouvelle préoccupation qu'il officialisera, en 1996, lors du VI^e Congrès du Parti [Briand, 2000, 11]. Un groupe d'expert internationaux du PNUD est alors mobilisé afin d'élaborer un schéma de développement urbain. Finalisé en 1991, celui-ci s'attache à orienter les priorités en matière de gestion urbaine jusqu'à l'horizon 2000 et fait l'objet d'une révision en 2002. Ces deux schémas directeurs proposent comme priorité la densification des zones centrales afin de contenir l'élargissement incessant du périmètre urbain. Toutefois, par défaut de compétences techniques, d'organisation administrative adaptée et d'une gestion communautaire effective, les applications s'avèrent infructueuses : plutôt que de réajuster en 2002 les orientations préconisées en 1991, la situation nécessita de redéfinir sensiblement le périmètre de la planification urbaine de façon à inclure les zones périphériques nouvellement développées.

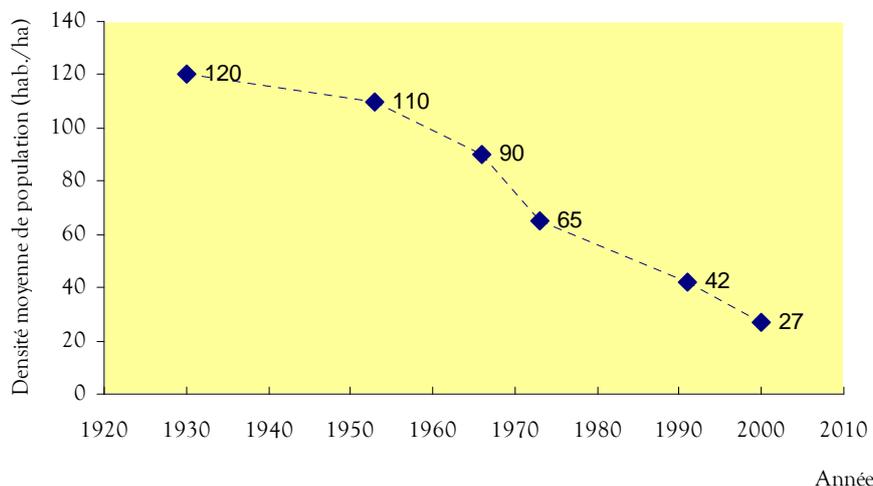
Parmi les 500 villages de la Préfecture de Vientiane - nouvellement dénommée « Capitale de Vientiane » en 2003 -, la zone de planification urbaine ne cesse donc de s'étendre. Alors qu'elle comprenait 100 villages avant le schéma directeur de 1991, ce dernier la réévalue à 150. La subdivision des villages les plus importants en 1996 porte l'effectif total à 160. Enfin, en 2002, la révision du schéma directeur réévalue à nouveau le tracé du périmètre urbain, qui rassemble désormais 189 villages.

Carte 4 - Evolution du schéma directeur de Vientiane entre 1991 et 2002



L'augmentation du nombre de villages se traduit également par un accroissement de la surface allant à l'encontre d'une ville « resserrée ». De 3 000 hectares en 1991, la nappe urbaine s'étire sur près de 21 000 hectares en 2002. La densité de population, évaluée à 120 habitants par hectare en 1930, diminue progressivement dès les années 1960 (90 hab. /ha en 1966), date à partir de laquelle s'engage timidement la croissance urbaine, puis s'abaisse brutalement à partir de 1990 (42 hab. /ha) pour n'atteindre plus que 27 hab./ha en 2000 [Sisoulath, 2003, 21].

Figure 3 - Evolution de la densité de population (hab. /ha) de Vientiane de 1930 à 2000



Source : adapté de Sisoulath, 2003

- **Le blocage politique à la formation d'une entité urbaine³³**

Depuis le début des années 1990, Vientiane est caractéristique d'un urbanisme de projet. Les sources de financement internes étant réduites, l'essentiel des réalisations du développement urbain résulte du soutien des bailleurs de fonds internationaux, sous forme d'aides bilatérales et multilatérales. Entre 1984 et 2004, Vientiane a perçu 650 millions de US\$ d'investissements [Goldblum, *à paraître*], un montant démesuré en comparaison de celui dédié aux villes laotiennes de rang secondaire.

Face à la profusion des projets de développement urbain, la Banque Asiatique de Développement (BAD), l'un des principaux bailleurs, entreprend un vaste programme de développement urbain intégré visant à les coordonner les différents projets en cours. C'est à partir de cette nouvelle entreprise, portée par un acteur extranational, que s'élabore progressivement la municipalité.

Historiquement, le programme « Vientiane Integrated Urban Development Project³⁴ » (VIUDP) de la BAD n'a pu débuter qu'en 1995, après la création par le gouvernement d'une structure administrative urbaine, le « Vientiane Urban Development Management Committee³⁵ » (VUDMC), qui répondait à une demande inconditionnelle de la BAD. En théorie responsable de la gestion du développement urbain dans l'espace des « 100 villages », le VUDMC n'a en réalité que peu de légitimité pour administrer la zone face à la structure politico-administrative en place. Compte tenu de cet échec, et forte de l'ascendant que lui prête le gouvernement, la Banque Asiatique de Développement

³³ La plupart des informations contenues dans cette section sont issues de la confrontation des principales sources suivantes : Goldblum, *à paraître* ; Sisoulath, 2003 ; entretiens en avril et décembre 2004 avec B. Sisoulath ; entretien en mai et décembre 2004 avec le vice-directeur du VUDAA (Vientiane Urban Development Administration Authority).

³⁴ Projet de développement urbain intégré de Vientiane

³⁵ Comité de gestion du développement urbain de Vientiane

parvient à faire établir par décret, en remplacement du VUDMC, l'institution nommée « Vientiane Urban Development Administration Authority³⁶ » (VUDAA) en 1999. Le règlement confère à cette nouvelle autorité une autonomie financière³⁷ lui permettant d'assurer la gestion et le contrôle du développement urbain dans la limite des 189 villages (construction et entretien des infrastructures et des services - voirie, drainage, déchet, eau, électricité, transport, sécurité routière -, gestion des constructions, création de données et de documents techniques) pour, à terme, fonder une municipalité. Cependant, comme son prédécesseur le VUDMC, le VUDAA suscite la suspicion des dirigeants qui y voient le déclin de leur contrôle sur la capitale et cherchent donc à limiter ses prérogatives.

A cet égard, faut-il comprendre la nouvelle dénomination de la Préfecture de Vientiane, renommée en 2003 « Capitale de Vientiane », comme une stratégie des autorités pour contourner le projet de municipalité ? Cette mesure ne traduirait-elle pas la volonté politique d'intégrer l'espace urbain de Vientiane dans une échelle administrative préexistante, la province, en vue d'éviter d'en définir une nouvelle ?

Si tel est l'objectif du gouvernement, il est en partie atteint, en ce sens que malgré l'existence du VUDAA, la plupart des agents de l'Etat ignorent l'existence du périmètre urbain des 189 villages et bornent Vientiane aux limites de la province. Ce cas de figure s'est présenté notamment lorsque cherchant à délimiter la zone d'étude pour effectuer l'enquête de santé en milieu urbain, nos partenaires Laotiens et hauts responsables de santé publique, nous ont proposé sans ambiguïté de retenir la limite de la province.

Ces faits illustrent le caractère fantomatique du VUDAA, qui souffre du manque de reconnaissance juridique de son périmètre d'action et ne dispose en réalité ni d'autonomie financière - la taxation des ménages est désorganisée et insignifiante -, ni de contrôle de l'ensemble des services et des réseaux urbains. La loi d'urbanisme de 1999, tout comme celle prévoyant la décentralisation des pouvoirs aux autorités locales (la stratégie à la province, le budget et la planification au district et l'application au village), ne suffisent pas à amender les articles de la Constitution de 1991 qui légifèrent sur l'organisation territoriale. Les deux restent donc insuffisantes pour créer le nouvel échelon de la gouvernance, la municipalité.

Plutôt qu'une prérogative réservée au VUDAA, l'administration des villages urbains relève concrètement de multiples échelles de décisions. Elle est le fruit du chevauchement des responsabilités de différentes institutions publiques opérant de l'échelle nationale à l'échelle villageoise. Et le VUDAA, plutôt que de centraliser et de coordonner les actions urbaines, s'ajoute à la liste déjà longue des différents acteurs publics :

- Le Ministère de la Construction, des Transports, des Postes et des Communications (MCTPC), qui établit à l'échelle nationale les stratégies de planification urbaine et intervient par l'intermédiaire de ses agences d'exécution : le Département de l'Habitat et de l'Urbanisme (DHU) et l'Institut de Recherche en Urbanisme (IRU).

³⁶ Autorité administrative du développement urbain de Vientiane

³⁷ Les ressources financières peuvent provenir des droits d'accès aux infrastructures et à l'utilisation des services, des impôts fonciers, des recettes des impôts rétrocédés par le Ministère des Finances, des aides et prêts étrangers et des dotations budgétaires attribuées par le gouvernement.

Le DHU met en application les politiques établies par le gouvernement et participe au comité chargé des projets urbains implantés à Vientiane. Quant à l'IRU, il est l'opérateur technique national attaché à l'élaboration des documents d'urbanisme.

- Le Département de la Construction, des Transports, des Postes et des Communications (DCTPC), qui applique à l'échelle provinciale les directives établies par le MCTPC. Concrètement, il s'appuie sur les documents d'urbanisme pour coordonner les projets urbains financés par les bailleurs de fond. Malgré l'existence du VUDAA, le DCTPC interfère largement dans l'espace des 189 villages.
- Le Département de la Construction, des Transports, des Postes et des Communications représenté à l'échelle du district, qui met en application les directives urbaines communiquées par le DCTPC dans sa zone de référence.
- Enfin le bureau du chef de village, à l'échelon le plus local, qui assiste le district en tant qu'unité d'application. Il est responsable du développement urbain dans son périmètre.

Les différentes institutions intervenant dans le périmètre des 189 villages usurpent manifestement les fonctions du VUDAA, qui ne recouvre en définitive que le rôle de simple exécutant sans pouvoir de décision. Pourtant le VUDAA, dont l'objectif est la création d'une municipalité, pourrait, s'il était soutenu par les autorités locales (les chefs de villages), contribuer à diminuer les inégalités de développement.

Seulement, les politiques craignent, avec la création d'une nouvelle échelle de décision, l'ébranlement de leur influence.

La réticence des dirigeants ne serait-elle pas la traduction de la faiblesse des institutions laotiennes et de leur incapacité à administrer ? Si tel est le cas, l'impuissance des dirigeants est d'autant plus manifeste qu'elle s'exprime dans la capitale, là où le pouvoir politique est pourtant censé être le plus influent.

B/ Les échelles d'étude significantes

- **Les « 189 villages » : le périmètre de la planification urbaine**

Pour les raisons précisées ci-dessus, le périmètre des 189 villages constitue actuellement l'unique délimitation officielle de Vientiane, connue des seuls administrateurs du développement urbain.

Ce périmètre s'étend sur 7 des 9 districts de la Capitale de Vientiane (carte 5 et tableau 3). Il rassemble la quasi-totalité des villages des quatre districts centraux que sont Chanthabouly, Sissathanak, Sikhottabong et Xaysetha (avec respectivement 37, 40, 48 et 36 villages) et il annexe une partie des trois districts périurbains de Hatxaifong (18 villages), Xaythany (8 villages) et Naxaythong (2 villages). Les deux districts restants, Sangthong et Paknguem, sont exclus de ce périmètre.

Selon le recensement de 2005, les 189 villages rassemblent près de 370 000 habitants, soit plus de la moitié de la population de la province (690 000 habitants).

Carte 5 - Districts et périmètre des 189 villages de Vientiane en 2007

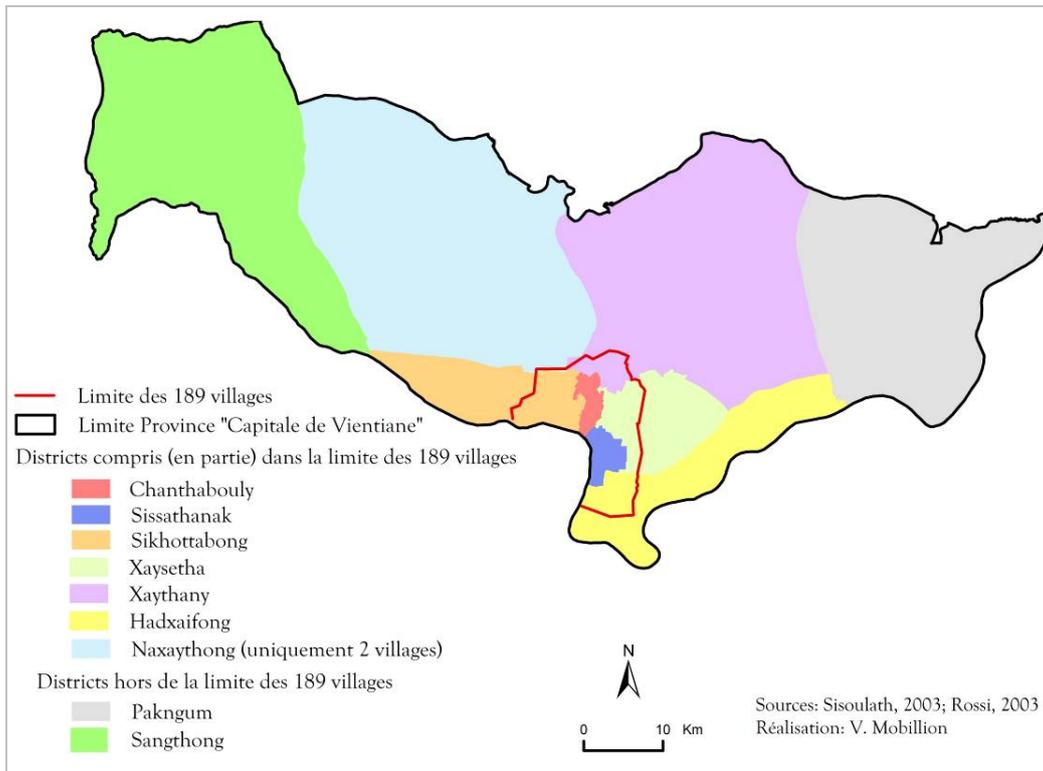


Tableau 3 - Répartition des 189 villages de Vientiane par district en 2001

	Chanthabouly	Sissathanak	Sikhottabong	Xaysetha	Hatxaifong	Xaythany	Naxaythong	Total
Nombre de villages total	37	40	59	50	57	109	55	407
Nombre de villages appartenant au périmètre "189 villages"	37	40	48	36	18	8	2	189

Source : Sisoulath, 2003

Elaboré par l'Institut de Recherche en Urbanisme, ce périmètre est avant tout le fruit d'une réflexion visant à intégrer les populations et les activités nouvellement implantées en périphérie de la limite de l'ancien schéma directeur de 1991. En effet, ni le Centre National de la Statistique (CNS), ni le Département de l'Habitat et de l'Urbanisme (DHU) n'ont été sollicités pour définir le nouveau périmètre urbain, alors que chacun propose une définition de l'urbain³⁸. En réalité, la nouvelle limite se fonde « *sur les limites physiques telles que routes, fleuve, zone agricole ; la densification du bâti dans les zones périphériques ainsi que la présence d'équipements et de services* » [Sisoulath, 2003, 354]. De la sorte, l'aire des 189 villages ne représente pas l'espace urbain en tant que tel mais la zone de planification urbaine.

Concrètement, là où l'expansion spatiale se maintient, dans les limites sud (la route nationale N2 et la berge du Mékong) et ouest (la route nationale N13 Nord), le nouveau périmètre se superpose principalement à celui défini en 1991 (carte 6). En revanche, il s'affranchit des anciens tracés :

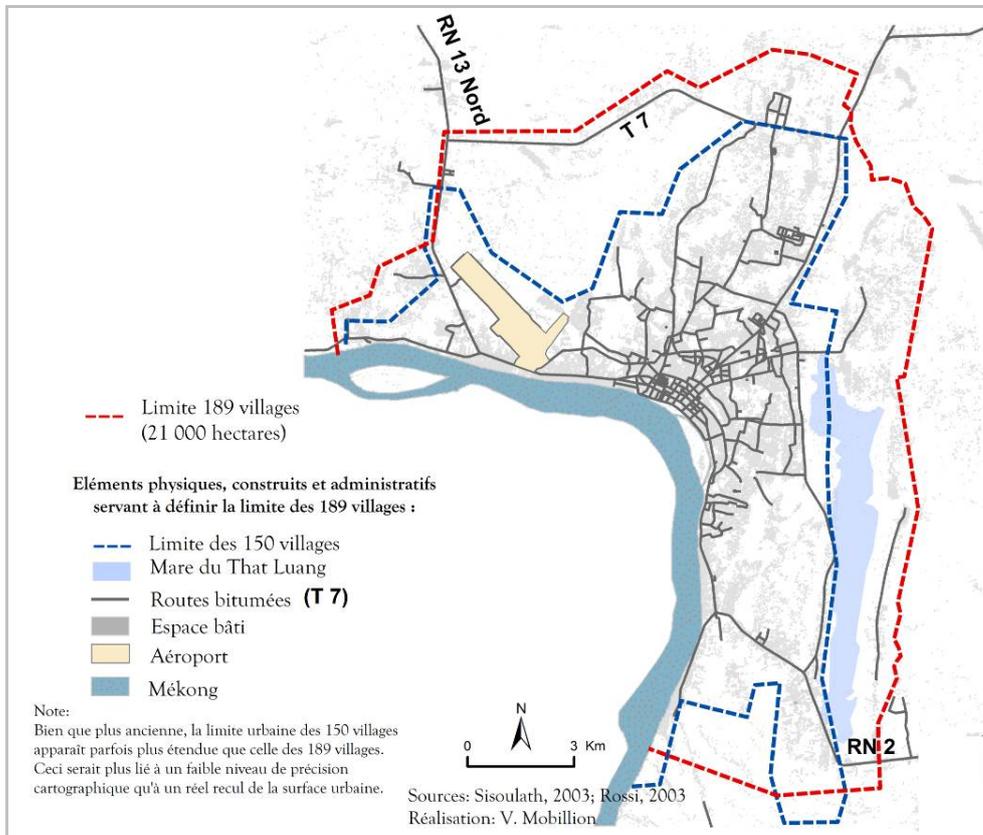
- dans la partie nord, la zone est nouvellement délimitée par les espaces bâtis qui longent la route T7.
- à l'est, en s'étirant au-delà de la mare du That Luang, le périmètre intègre le chapelet de villages situés sur sa bordure orientale et les anciens noyaux villageois localisés à son extrémité septentrionale.

³⁸ Le Centre National de la Statistique (CNS) définit un village urbain s'il dispose d'au moins trois des équipements suivants : accès à l'électricité, à un réseau d'alimentation en eau, existence d'un marché et connexion à une voie carrossable en toute saison avec un véhicule motorisé.

En 1996, le DHU, sans référer explicitement à l'échelle villageoise, considère comme urbaines les zones disposant d'équipements et de services de rayonnement supra-local et comprenant plus de 2 000 habitants avec une densité de population supérieure à 30 habitants à l'hectare.

En 1995, alors que le CNS évalue à 233 500 habitants la population de Vientiane, le DHU n'en comptabilise que 166 500 [Sisouphanthong, 2000, 32].

Carte 6 - Eléments constitutifs de la limite des 189 villages de Vientiane



Nés des deux modes d'urbanisation précédemment détaillés (précédant ou suivant les réseaux), les villages périphériques nouvellement intégrés offrent à voir un paysage à caractère rural. Là où l'urbanisation opère par « dilatation » du bâti, et donc en périphérie du continuum urbain ou dans les anciens îlots excentrés, les villages sont bornés par des formations végétales et naturelles (rizière, forêt, étendue d'eau, etc.). Quant au second mode d'urbanisation, il présente un paysage urbain étiré le long du réseau viaire et en arrière duquel s'étendent des zones agricoles.

Si, grâce à la présence de rizières interstitielles jusque dans les espaces les plus urbanisés, Vientiane était qualifiée de « ville végétale » avant l'accélération de l'urbanisation, l'expression reprend sens avec la nouvelle délimitation : en 2002, la surface agricole augmente de 182% et recouvre plus de 60% de la zone des 189 villages [Sisoulath, 2003, 354]. D'autre part, Mauret estime à plus 8 000 hectares la zone constructible à urbaniser [2003, 23].

Parce qu'il inclut les différentes formes d'occupation du sol, allant de l'urbain au rural appelé à s'urbaniser, le périmètre des 189 villages ne peut donc être confondu avec la zone strictement urbaine (planche photographique 4).

Photographie 4 - Paysages ruraux aux marges de la limite des 189 villages de Vientiane



Source : J. Crégut, 2006



Dans ces espaces périphériques, ouverts et agricoles, la rizière reste très présente, tant à l'ouest (1), au nord (6), à l'est, qu'au sud (7) de Vientiane. En présence de mares ou d'étangs, la pêche constitue un autre type d'activité (4). En termes de construction, la majeure partie de l'habitat reste traditionnelle - maison en bois sur pilotis (2) - et les routes secondaires sont rarement bitumées (5).

- **Les « 148 villages » : un périmètre urbain construit**

Le programme de recherche conjoint de l'IRD et du Laboratoire Espace, Santé, Territoires nommé « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* », parce qu'il nécessitait d'identifier précisément la zone urbaine, ne pouvait se satisfaire du périmètre des 189 villages, trop hétérogène en matière d'urbanisation. Notre équipe de recherche, et plus spécifiquement Julie Vallée [2008], a cherché à mieux la définir. Nous exposons ci-dessous la méthodologie et le nouveau périmètre urbain défini.

Chacun des 193 villages composant la zone maintenant élargie³⁹, a été caractérisé grâce à une analyse statistique combinant 13 variables reflétant le niveau d'urbanisation. Les données utilisées concernent la période 1995-2005. Les variables mobilisées se déclinent selon six thématiques :

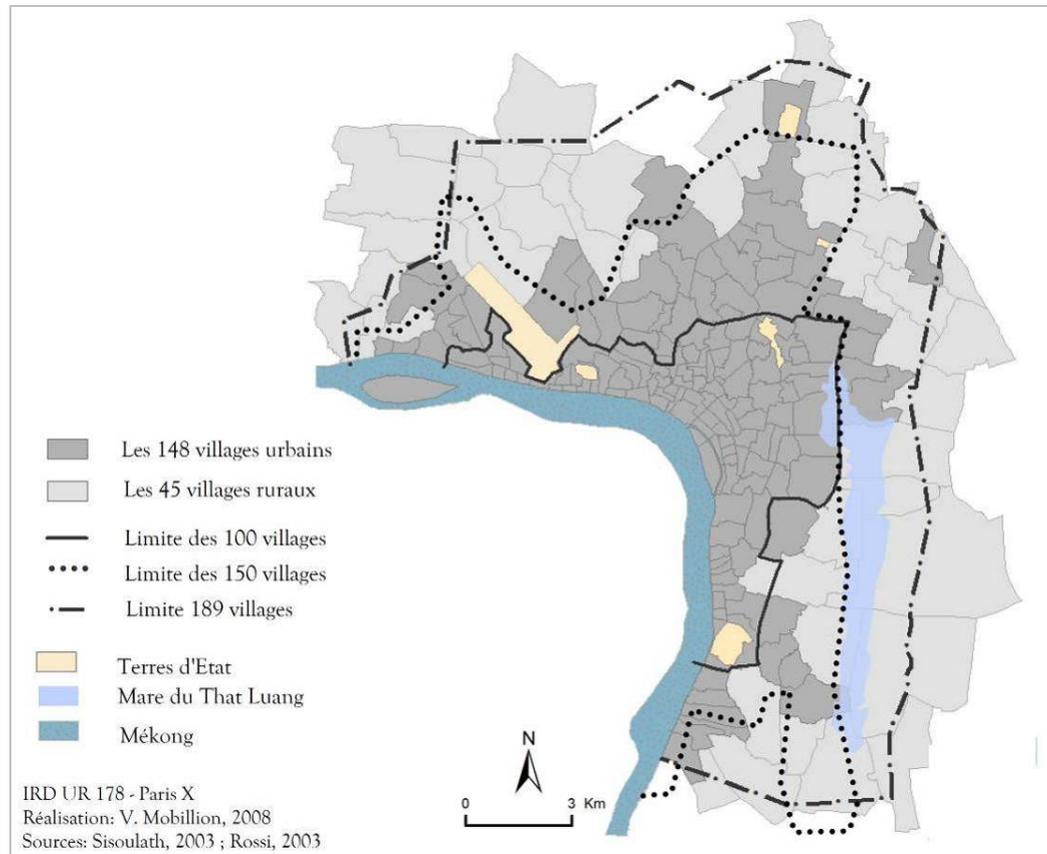
- la densité du bâti et de la population (proportion de la surface construite, densité de population sur la surface construite)
- le dynamisme démographique (évolution de la population entre 1981 et 1999)
- l'équipement en infrastructures et services (proportion d'infrastructures publiques, proportion de commerces, nombre de marchés à proximité)
- l'accessibilité au centre-ville et aux routes (distance au centre-ville, distance moyenne au réseau routier)
- l'équipement des logements (accès à l'eau courante, à l'électricité et à des toilettes modernes ; proportion de maisons construites en matériau durable - ciment, briques)
- le secteur d'activité (proportion de la population ayant une activité agricole)

Le traitement des treize variables par la méthode de la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) permet de caractériser le niveau d'urbanisation des 193 villages. Parmi eux, on a isolé 148 villages urbains qui, à l'exception de l'un d'entre eux, sont tous contigus (carte 7). Situé en marge et au nord-est de l'espace urbanisé, le village *Agone* se singularise en effet par un indice d'urbanisation plus élevé que ses villages voisins car il dispose d'importants équipements publics (prison et centre militaire).

Le périmètre des 148 villages s'étend sur 8 600 hectares et compte 276 777 habitants en 2005. Amputée des principales zones d'extension intégrées au périmètre des 189 villages (à l'est, la mare du That Luang et ses extensions orientale et septentrionale ; à l'ouest, la zone comprise entre l'aéroport et la route T7), la délimitation de l'espace urbain défini rappellent sensiblement celle du schéma directeur de 1991.

³⁹ Compte tenu de la création de nouveaux villages, on comptabilise en 2005 193 villages et 373 000 habitants sur 218 km². La limite des 193 villages n'est autre que la limite 189 actualisée ; on utilisera indifféremment l'une de ces deux expressions au cours du développement.

Carte 7 - Périmètre urbain de Vientiane défini dans le cadre du programme IRD/LEST (2006) : 148 villages



• **Quelle zone d'étude pour quelle analyse ?**

Pour étudier la santé en milieu urbain, la zone d'étude des 148 villages est sans conteste plus adaptée que celle des 189 villages qui, comprenant des espaces ruraux, est trop hétérogène. Dans la présente étude, elle est d'ailleurs tout indiquée pour analyser le recours aux soins de la population - objet de la troisième partie -, sans quoi nous conduirions une toute autre recherche confrontant les comportements de soins des « urbains » avec ceux des « ruraux ».

En revanche, l'analyse réalisée à partir des structures de soins elles-mêmes - leur répartition et leur attraction spatiales, respectivement traitées dans cette partie et la suivante - nécessite de retenir la zone d'étude des 189 villages malgré ses caractéristiques discutables en matière d'urbanisation.

D'une part, cette précaution permet d'étudier les structures de soins qui sont localisées au-delà de l'espace urbanisé des 148 villages, mais auxquelles pourtant la population urbaine peut avoir recours - encore plus à Vientiane qu'ailleurs, où il n'existe de limite spatiales précises de la ville. La population se meut selon ses capacités, ses opportunités et ses besoins dans un espace qu'elle définit sans qu'il y ait de nécessaire correspondance avec ce que nous délimitons comme « urbain ». Prendre en compte les établissements sanitaires situés au-delà de l'espace urbanisé des 148 villages permettra ainsi

d'appréhender les comportements de soins de la population urbaine, question étudiée dans la dernière partie.

A titre d'exemple, le cas de l'Hôpital central de Sethattirat illustre l'intérêt de prendre en compte l'ensemble du dispositif de soins compris dans l'espace des 189 villages. Localisé en dehors de la zone des 148 villages, cette structure est implantée dans un village dont le développement est encore trop récent pour figurer parmi les villages urbanisés que nous avons définis. Or, l'exclure de nos analyses reviendrait à nier et son rôle dans la répartition des ressources sanitaires et sa contribution au partage des aires d'attraction, qui l'un et l'autre sont pourtant supposés majeurs.

D'autre part, il nous paraît pertinent de présenter des résultats à une échelle reconnue des autorités. Même si le périmètre des 189 villages souffre d'une méconnaissance et que la municipalisation reste à l'état de projet, il est néanmoins l'unique référence en matière de planification. Seule cette échelle peut permettre de sensibiliser les administrateurs de l'urbain à la question sanitaire, un domaine actuellement éloigné de leurs préoccupations habituelles attachées au développement des infrastructures et des réseaux d'eau, d'électricité, de transport, etc. En définitive, la gestion et la planification des structures de soins dans l'espace élargi des 189 villages reviendraient à optimiser l'accès aux soins de la population vivant dans la zone urbanisée des 148 villages.

II. L'offre de soins étudiée

A/ De la difficulté à recenser l'offre de soins informelle

L'offre de soins informelle correspond à l'ensemble des pratiques thérapeutiques exercée de manière spontanée, non reconnues par les instances publiques sanitaires. On les distingue selon qu'elles relèvent des médecines traditionnelles ou modernes.

Bien cette offre puisse être utilisée par la population, nous n'avons pas pu étudier leur répartition spatiale et en présentons ci-dessous les raisons.

- **L'offre informelle de médecine traditionnelle**

Si les autorités souhaitent que la médecine traditionnelle soit exercée qu'au sein des établissements publics (hôpital provincial de médecine traditionnelle, centre national de médecine traditionnelle, etc.) ou bien dans les cliniques privées⁴⁰, la plupart des guérisseurs pratiquent cependant en dehors de ce cadre officiel.

A Vientiane, où la tradition est principalement lao, les *mo ya*, « maîtres ès remèdes »⁴¹ représentent l'essentiel des guérisseurs-herboristes. Quant aux guérisseurs de type magico-religieux, ils sont d'une plus grande diversité.

⁴⁰ L'article 5 de la législation sur les cliniques spécifie trois catégories de soins : médecine générale, médecine de spécialité et médecine traditionnelle (plantes médicinales, acupuncture).

⁴¹ Malgré cette dénomination, les *mo ya* usent aussi fréquemment de magie. Cela traduit la croyance des Lao en la multiplicité des âmes et l'idée qu'il suffit que l'une d'elles s'égare pour tomber malade.

A l'égard des *mo ya*, les autorités restent permissives et demandent simplement aux agents de santé des districts de les recenser. Toutefois ces mesures restent peu appliquées. Aucun des différents responsables tenus de dénombrer ces guérisseurs n'a été en mesure de nous présenter ces recensements. Selon les cas, on nous a expliqué ce manque par l'absence de *mo ya*, par la perte de ces informations ou encore par l'égarement des clés du tiroir où y étaient rangées ces informations...En bref, ces données, qui ne sont pas collectées, sont indisponibles.

Sur le sujet des guérisseurs de type magico-religieux, les agents de santé se sont également montrés peu concernés et informés. Leur attitude est probablement à mettre en relation avec celle des cadres dirigeants qui n'expriment plus, comme par le passé, de véhémentes hostilités envers ces guérisseurs. D'ailleurs, lors d'entretiens avec de hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé, on a pu constater leurs réactions modérées⁴² lorsqu'on a évoqué la persistance de ces pratiques :

- « *C'est la liberté, les gens peuvent se soigner comme cela mais c'est faux. C'est une fausse médecine traditionnelle. En fait, le mo phi [maître des esprits] associe cérémonie et médecine. Il dit des paroles magiques, utilisent des bougies, de l'alcool...mais aussi il agit comme un médecin : il refroidit le corps, il donne des infusions de plantes... Le mo phi, c'est un acteur ! Il ne croit pas aux esprits, il connaît les maladies* »
- « *C'est interdit mais on ne la combat pas avec des lois, mais plutôt grâce à l'éducation, la religion....* ».

Etant donné qu'il n'existe pas de statistiques permettant de recenser et de localiser les guérisseurs, nous avons cherché à évaluer la faisabilité d'un recensement des guérisseurs à Vientiane. Pour cela, nous nous sommes associés en 2004 à une enquête domiciliaire menée par Aurélie Cévaër et Tifenn Gaudin⁴³ dans le cadre du programme de recherche général « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* ». Bien que cette étude consistait précisément à analyser « les sources de risques sanitaires liés aux services d'eau, d'assainissement et de collecte des déchets solides à Vientiane (dans l'espace des « 100 villages) » [Cévaër, Gaudin, 2004], nous avons pu y intégrer des questions afin d'identifier et de comptabiliser les différents praticiens traditionnels informels.

Concrètement, ils renforcent « *l'efficacité du médicament par la récitation de khata (formules tirées de la littérature écrite, généralement des jataka) ou de môn (formules magiques orales)* » [Condominas, 1962, 99].

⁴² Le discours modéré des hommes politiques ne résulte pas uniquement des assouplissements du régime. Au même titre que l'ensemble de la population, les hommes politiques ne sont pas extérieurs à ce système de croyances et à ces pratiques. Eux aussi sont susceptibles d'y recourir en cas de problème de santé. Façonnés par ces deux systèmes, politique et culturel, les dirigeants ont une opinion ambivalente sur le sujet.

⁴³ Etudiantes à cette date en DESS d' « Ingénierie des Services Urbains en Réseaux dans les Pays en Développement ».

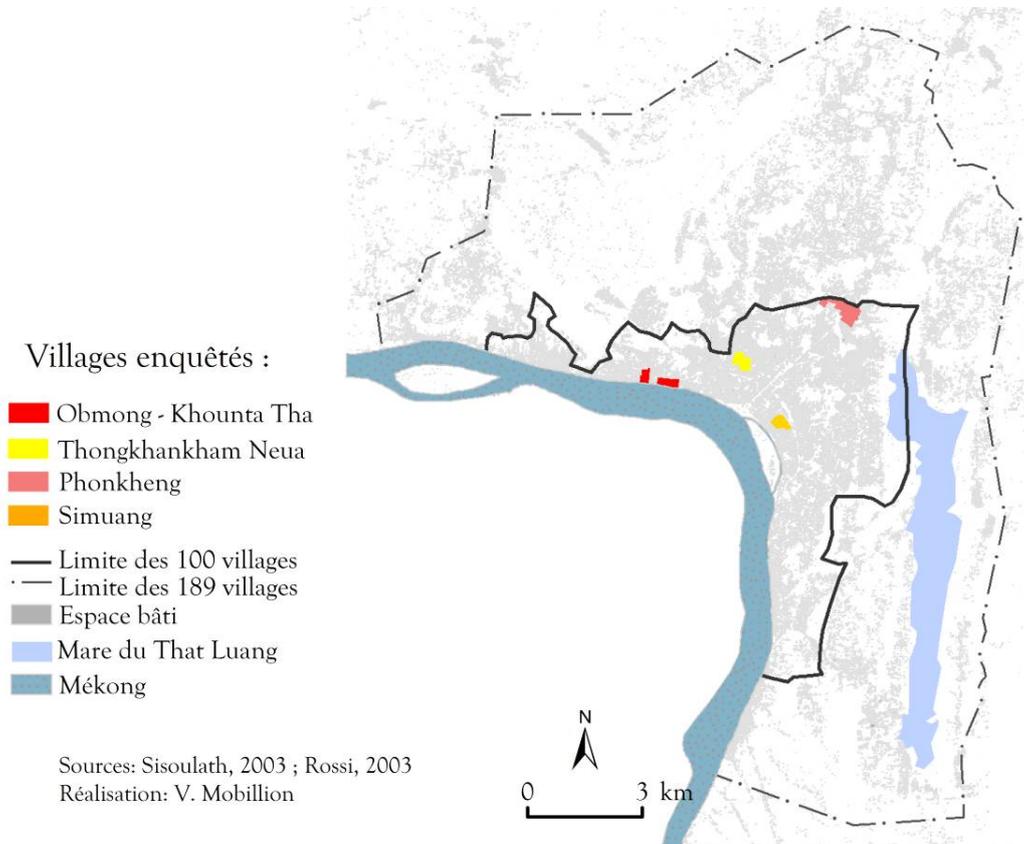
L'échantillon de villages enquêtés, sélectionnés par choix raisonné à partir de critères administratifs (limites des districts et villages), physiques (topographie et hydrographie), fonctionnels (centre et périphéries urbaines) et socio-démographiques, cherchait à rendre compte de la multiplicité des situations urbaines rencontrées à Vientiane (carte 8). Au final, nous avons retenu quatre villages où nous avons enquêté la totalité des ménages de plusieurs quartiers. Cette démarche a permis d'interviewer 10 à 20% des ménages de chaque village, soit un total de 235 ménages.

Les villages retenus pour l'étude sont :

- Simuang, un village du centre ancien à forte densité de population et socialement hétérogène.
- Khounta Tha/Obmong⁴⁴, des villages de berge d'organisation linéaire et à l'habitat et aux populations hétérogènes.
- Thongkhankham Neua, un village du péricentre, possédant d'un des plus grands marchés alimentaires de Vientiane, à forte densité de population et au niveau de vie moyen.
- Phonkheng, un village situé à la limite du périmètre des « 100 villages », organisé le long du canal Hongxeng, à forte hétérogénéité sociale, où prédomine le secteur agricole et qui présente des inégalités d'accès aux services urbains.

⁴⁴ Etant donné la similitude de leurs caractéristiques, les villages contigus de Khounta Tha et d'Obmong ont été regroupés.

Carte 8 - Villages enquêtés lors de l'étude « Analyse des sources de risques sanitaires liés aux services urbains à Vientiane » (2004)



Deux séries de questions ont été ajoutées dans le questionnaire afin d'évaluer :

- la présence de guérisseurs au sein du village enquêté
- le recours d'un ou plusieurs membre du ménage à un guérisseur, que ce dernier réside ou non dans le village enquêté.

Si, dans les quatre villages enquêtés, nous avons constaté l'existence de guérisseurs « informels » et un recours effectif de la population à cette médecine, la qualité des résultats remet pourtant en cause la possibilité de dénombrer convenablement ces pratiques et praticiens.

En effet, parmi les résultats principaux, on comptabilise dans ces quatre villages 3 à 8 types de guérisseurs différents (tableau 4). Dans chaque lieu d'étude, les villageois mentionnent la présence de plusieurs guérisseurs magico-religieux alors que les herboristes (*mo ya*) ne sont mentionnés que dans deux villages, à Phonkheng et Thongkhankham Neua. Quant aux résultats traitant du recours aux guérisseurs, l'enquête révèle qu'il concerne 41% à 68% des ménages des différents villages enquêtés.

Tableau 4 - Enquête sur l'offre informelle de médecine traditionnelle dans quatre villages de Vientiane : participation de la population et résultats

Villages enquêtés	Nb de quartiers enquêtés	Nb total de ménages enquêtés	Nb et % de ménages répondant aux questions concernant la médecine traditionnelle		Nb de ménages où il y a eut une ou plusieurs consultations*		Types de guérisseurs attestés dans le village**
			Nb	%	Nb	%	
Simuang	5	48	29	60%	12	41%	Magico-religieux : nang tiam (16) mo pao (6) mo sado kho (2) mo hôn (1)
Khounta Tha/Obmong	5	59	19	32%	13	68%	Magico-religieux : nang tiam (4) mo pao (2)
Phonkheng	4	59	32	54%	13	41%	Magico-religieux : nang tiam (15) mo pao (7) mo touay (4) mo phon (3) mo sado kho (1) mo môn (1) mo phi (1) Herboristes : mo ya (6)
Thongkhankham Neua	6	69	26	38%	16	62%	Magico-religieux : mo pao (12) mo sado kho (3) Herboristes : mo ya (3)
Total	20	235	106	46%	54	53%	-

*Consultation auprès d'un guérisseur vivant ou non dans le village enquêté

**Entre parenthèses figure le nombre de ménage qui en a attesté

Source: enquête « Analyse des sources de risques sanitaires liés aux services urbains à Vientiane », 2004

Toutefois, ces résultats sont d'une qualité discutable puisque seulement 46% des 235 ménages ont répondu aux questions se rapportant spécifiquement à la médecine traditionnelle informelle (54% à Phonkheng, 60% à Simuang, 32% à Khounta Tha/Obmong et 38% à Thongkhankham Neua). Si le protocole de l'enquête ne nous permet pas d'expliquer précisément ce taux de non-réponse, ni de préciser s'il est significatif de l'ignorance des enquêtés concernant ces pratiques traditionnelles ou du refus de répondre à ces questions, nous pouvons néanmoins avancer quelques éléments d'explication. Compte tenu de l'important pourcentage de non-répondants et de l'attestation fréquente de l'existence de guérisseurs par les répondants, nous faisons l'hypothèse qu'une partie des ménages a préféré se dérober à ce type de questions. Il est probable que, sous l'influence des anciens discours qui stigmatisent ces pratiques, une partie de la population serait encore gênée à leur évocation et préférerait ne pas en faire cas. En effet, suite à ces questions, nous avons pu observer que les personnes interrogées montraient une gêne qui se traduisait par des rires ou, au contraire, une attitude de repli.

La gêne des villageois devant ces questions est d'autant plus problématique que le caractère particulièrement discret de ces pratiques thérapeutiques nécessite une étude fine, que seuls les témoignages de la population rendent possible. En effet, les guérisseurs, qu'ils soient herboristes ou qu'ils aient des pratiques magico-religieuses, se différencient peu du simple villageois. En dehors de leurs activités thérapeutiques,

souvent occasionnelles, ils ont des occupations quotidiennes semblables à celles des autres villageois, ce qui rend leur dénombrement difficile. Des *mo ya*, Condominas fait d'ailleurs remarquer qu'ils exercent fréquemment dans une sphère relativement réduite, parfois à peine plus grande que la sphère domestique. Si « *dans certains villages, on n'hésitera pas à vous donner plusieurs noms, dans d'autres, on n'acceptera de considérer comme réellement « maître à médicaments » que le seul habitant dont la réputation a franchi les limites du territoire villageois* » [Condominas, 1962, 103].

Un entretien mené en 2005 auprès d'un *mo ya* illustre le caractère *a priori* modeste de cette activité. C'est après avoir questionné des agents de l'Hôpital de Sissathanak que ces derniers nous ont indiqué l'existence d'un *mo ya* vivant à proximité immédiate de l'établissement. Lors de notre arrivée sur place, l'homme, d'un âge relativement avancé, était assis sous sa maison sur pilotis, occupé à tailler des végétaux avec finesse et patience. Tout en continuant sa tâche, il nous a expliqué qu'il étudie et utilise les plantes médicinales depuis plus de cinq ans. Son intérêt pour la médecine des remèdes avait débuté lorsque, souffrant de douleurs abdominales, il s'était soigné avec succès à l'aide de plantes médicinales. Depuis qu'il est libéré de son travail quotidien, il s'adonne régulièrement à l'étude et à la production de recettes médicinales issues d'un ouvrage spécialisé. Pour ce faire, il se rend régulièrement dans la forêt, au km 36, où il cueille les plantes médicinales à partir desquelles il prépare des remèdes soignant les rhumatismes, les troubles hormonaux et les problèmes nerveux. Il nous a déclaré occuper ainsi ses journées simplement pour le plaisir. Sa production se destine principalement à sa famille et aux ménages avoisinants auprès desquels il teste la qualité de ses nouvelles recettes.

Pour revenir aux limites des résultats mis en évidence lors de cette enquête, il faut ajouter la difficulté à qualifier l'offre informelle de médecine traditionnelle vu la complexité de ces rituels thérapeutiques. Bien que nous ayons dénombré neuf types de praticiens, il est probable que notre démarche ne garantisse pas une totale exhaustivité. En définitive, cette étude requerrait un temps (temps de déjouer les faux-fuyants des enquêtés, temps d'établir une liste des guérisseurs) et une approche (nécessité d'une démarche ethnologique) dépassant nos possibilités et compétences.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de réitérer cette recherche non plus à l'échelle des ménages mais auprès des chefs de villages. Cette approche nous est apparue *a priori* intéressante vu l'obligation qu'ont théoriquement ces agents d'identifier les différents acteurs économiques et sociaux du village. Nous avons donc interrogé les chefs des 27 villages de Vientiane où s'est déroulée l'enquête domiciliaire de santé menée par notre programme de recherche. Les différentes questions visaient à définir le nombre d'herboristes, de guérisseurs magico-religieux et de moines bouddhistes guérisseurs exerçant dans le village.

Sur les 27 chefs de villages, seuls 8 ont confirmé la présence d'au moins un des trois types de guérisseurs. Sans commune mesure avec ce qu'avait révélé la pré-enquête, ces résultats apparaissent largement sous-évalués. Pour preuve, les informations collectées à Thongkhankham Neua, un village sélectionné à la fois parmi les villages de la pré-enquête et ceux de l'enquête domiciliaire, ne concordent pas : alors qu'on trois différents types de guérisseurs avaient été recensés lors de la pré-enquête, le chef de

village déclare qu'il n'en existe aucun. Nous avons ainsi pu constater la qualité médiocre des renseignements fournis par ces informateurs.

Enfin, parmi les traditions thérapeutiques informelles, il faut également considérer celles des moines bouddhistes.

Les autorités sanitaires ne les recensant pas, nous nous sommes d'abord appliqués à évaluer l'ampleur de ces pratiques. Sur les conseils de plusieurs connaissances laotiennes, nous nous sommes entretenus avec le vénérable et guérisseur de la pagode de Sokpaluang, située au sud-est du centre ancien de Vientiane. Outre le détail des pratiques thérapeutiques, l'entretien devait également nous informer sur les autres pagodes offrant ces mêmes services. Ainsi avons-nous procédé de proche en proche jusqu'à épuisement de nouvelles références.

Au total, cette méthode a permis de recenser sept pagodes de ce type : Sokpaluang, Tad Foun, Sidam Duan, Siboun Heuang, Phonkheng, Thongkhankham Neua et Simuang. Eu égard aux 125 pagodes réparties dans l'espace des 189 villages [Sisoulath, 2003, 165], cet effectif semble *a priori* sous-estimé mais le manque de temps et de méthodes appropriées a rendu l'étude malaisée. Le témoignage des bonzes comme les scènes de guérison auxquelles nous avons assistées révèlent tous deux le caractère syncrétique des thérapies pratiquées. Celles-ci sont issues de traditions orales et/ou écrites et empreintes des connaissances d'aïeux et/ou des moines bouddhistes eux-mêmes. Enfin, elles relèvent soit des traditions lao soit d'autres ethnies. Si nous avons estimé que cinq des sept bonzes guérisseurs combinaient des pratiques empiriques et magiques (6 utilisent les plantes médicinales, 5 le souffle et 1 est *mo sado kho*, « maître qui ôte le sort »), ces informations ne rendent pas pleinement compte de la complexité et de l'enchevêtrement des liturgies thérapeutiques auxquelles les guérisseurs s'emploient ou disent pouvoir recourir. Une approche ethnographique, ici aussi, se montrerait nécessaire.

En dernier lieu, nous pouvons mentionner, parmi les autres offres de type traditionnel, la dizaine d'étals de plantes et de produits médicinaux qui sont tenus par des Hmong. Toutes regroupées dans le marché portant le nom de cette ethnie, ces activités prennent place dans le centre ancien de Vientiane (photographie 5). Toutefois, ces produits médicinaux et autres remèdes restent peu utilisés par les Lao qui partagent ni la même langue ni la même culture que les Hmong.

Photographie 5 - Etal de produits médicinaux dans le marché hmong de Vientiane



Source : V. Mobillion, 2008

Sur cet étalage, des produits végétaux, minéraux ou encore issus de matière animale sont vendus sous leur forme brute (racine, bâton, écorce, pierre, dent et corne d'animal, etc.) ou transformée (sirop et poudre).

Comme en témoignent les principaux résultats de nos différentes pré-enquêtes, les pratiques thérapeutiques traditionnelles informelles persistent à Vientiane en dépit du développement de l'offre de soins moderne. Il aurait été digne d'intérêt d'en faire leur géographie et de comprendre les logiques qui les motivent.

Si, pour les raisons explicitées précédemment, nous ne sommes pas en mesure d'étudier la répartition spatiale de ces praticiens traditionnels, nous tiendrons toutefois compte de leur existence lorsque nous analyserons les comportements de soins des Vientianais.

- **L'offre informelle de médecine moderne**

A côté de pratiques médicales exercées dans des cliniques privées sous la responsabilité des autorités, il existe également des services similaires mais exercés en dehors de tout cadre légal.

Entretenus sur ce sujet, les différents responsables de la santé nous ont confirmé l'existence de telles pratiques. Par ailleurs, nous avons eu l'occasion d'assister à une scène qui en témoigne. En effet, lors de l'enquête permettant de caractériser les pharmacies, nous avons observé dans l'une d'entre elles des pratiques médicales clandestines. Pendant notre entretien avec la licenciée de la pharmacie, une personne est entrée dans l'officine et a pris place sur un banc installé à cet effet. Un homme, qui s'est avéré ultérieurement être le mari de notre enquêtée, est alors sorti de l'arrière-boutique, invitant le nouvel arrivant à le rejoindre. Quelques minutes plus tard, une autre personne, cette fois-ci accompagnée d'un enfant s'est renseignée auprès de la licenciée quant à la présence de son mari. Celle-ci la rassurée et l'a invitée à patienter. Entre-temps le mari est revenu dans la boutique, s'est informé du regard de l'arrivée de nouvelles

personnes puis s'est procuré dans la pharmacie de quoi faire une injection avant de retourner dans l'arrière-boutique. Interpellés par cette scène, nous avons demandé à la licenciée si, en plus de la pharmacie, elle proposait également un service de clinique privée. Celle-ci, embarrassée, nous répondit par un murmure affirmatif et nous a demandé d'en garder le secret car son mari n'en avait pas l'autorisation, ni n'en avait engagé la demande.

Le caractère illégal de ces activités rend le phénomène difficile à appréhender et à localiser. S'il a été impossible de recenser ces pratiques, nous présumons néanmoins qu'elles restent marginales car la discrétion qu'elles nécessitent en limite le développement.

Enfin, la vente illicite de médicaments est la dernière manifestation de pratiques thérapeutiques informelles. Cependant, bien qu'elle soit courante dans de nombreux pays en voie de développement, elle reste marginale à Vientiane. L'essentiel des médicaments étant distribué par un vaste réseau de pharmacies privées et publiques, il existe peu de commerces informels en dehors de quelques épiceries qui proposent des comprimés de paracétamol ou des pastilles *Strepsils* contre les maux de gorge.

B/ Une analyse centrée sur les structures de soins officielles

Compte tenu des obstacles à l'étude de l'offre de soins informelle, notre analyse géographique portera spécifiquement sur les services de soins officiels qui constituent l'essentiel du dispositif de soins.

Parmi les structures privées, les deux formes existantes, cliniques et pharmacies, seront analysées. Précisons ici que nous avons choisi d'étudier les pharmacies au même titre que les autres services de soins car même si leur fonction est censée se limiter à la distribution de médicaments, la population semble en faire un tout autre usage qui les rapproche d'un établissement sanitaire de premier contact [Strigler, 2005 ; Paphassarang, 2002 ; Ministère de Santé laotien, 2001].

En ce qui concerne les établissements publics, nous intégrons dans notre étude toutes les structures, des plus locales à celles d'envergure nationale : dispensaires, hôpitaux de district, provinciaux et centraux.

La zone d'étude définie et l'offre de soins ciblée, nous avons localisé en 2006 l'ensemble des structures de soins publiques et privées établies dans le périmètre des 189 villages (299 pharmacies, 88 cliniques privées et 22 structures publiques). Parallèlement à ce recensement, nous avons effectué une enquête par questionnaire permettant de caractériser chacun des établissements (catégorie, ressources humaines, équipement médical, etc.).

La collecte de ces données est le résultat d'une étroite collaboration avec les agents responsables du contrôle des pharmacies et des cliniques exerçant dans chacun des hôpitaux de district, lesquels nous ont assistés sur le terrain pour localiser les structures privées. En raison de l'absence d'une liste actualisée de ces établissements, il a été nécessaire au préalable de confronter diverses sources d'informations issues des hôpitaux

de district, du bureau de santé provincial et du Ministère de la Santé⁴⁵ afin d'établir une base de sondage, la plus exhaustive possible.

A l'inverse, la localisation de l'offre de soins publique a impliqué peu de difficultés puisque ces structures proposent un dispositif réduit et bien identifiable, tant par les agents de santé que par la population.

⁴⁵ Les hôpitaux de district, le bureau de santé provincial et le ministère de la Santé constituent les différentes administrations où transitent les demandes d'autorisations et les décisions de fermetures des cliniques et des pharmacies privées.

Chapitre 3. Les territoires de l'offre de soins publique : une logique de contrôle territorial ?

Nous avons précédemment présenté l'organisation du système de soins public à l'échelle nationale ; nous nous appliquons désormais à l'étude de son inscription spatiale dans la zone urbaine de Vientiane.

La pyramide sanitaire nationale, nous l'avons vu, renvoie à la volonté des politiques d'assurer un contrôle territorial. Le dispositif de soins de la capitale s'est-il constitué selon le même objectif ? Reproduit-il fidèlement le schéma de la pyramide sanitaire établie à l'échelle nationale dans les différentes unités administratives de Vientiane ? Ou bien, compte tenu de la particularité du lieu – centre urbain et capitale politique –, subit-il des ajustements spécifiques ? Ceux-ci tiennent-ils compte de la répartition des besoins de santé ?

Pour expliquer la distribution de l'offre de soins rencontrée, nous interrogerons les dynamiques à l'œuvre, étroitement dépendantes des acteurs étant en cause : qui sont-ils ? Combien sont-ils ? Quelles sont leurs intentions ? De quelle autonomie disposent-ils ? Existe-t-il un territoire ou bien des territoires de l'offre de soins publique ?

I. L'organisation du dispositif de soins : un développement fondé sur le contrôle territorial

A/ Un modèle calqué sur les limites politico-administratives

Malgré ses spécificités urbaines, Vientiane présente une organisation sanitaire fidèle à l'archétype national, fondé sur la structuration politico-administrative du pays. Envisagés dans une perspective plus large, ce modèle fait globalement référence à celui rencontré dans l'ensemble des pays socialistes où les services de santé « *forment des parts importantes et bien intégrées du plan national, correspondant étroitement aux autres cadres gouvernementaux en termes d'organisation spatiale* » [Jones, Moon, 1992, 227]. En effet, le dispositif sanitaire de Vientiane a été élaboré à partir de son unité administrative de rattachement, la province nommée « la Capitale de Vientiane ».

Sur les scènes nationales et internationales, les autorités laotiennes déclarent développer un système de soins équitable. Or, les réalités observées sur le terrain témoignent de motivations toutes autres. Dans les faits, le dispositif de soins semble peu apte à répondre convenablement aux besoins des populations. Son développement s'adapte aux différentes unités administratives et non aux profils démographiques des populations (âge, sexe, densité, etc.) qui les habitent. Il se fonde donc, ni sur des principes d'équité, ni sur des principes d'égalité. Les unités de même rang disposent

chacune d'une offre similaire quelque soient la surface et le peuplement de l'espace concerné. La structure sanitaire s'ajoute dans l'espace tel un outil complémentaire venant confirmer les administrations existantes et renforcer de la sorte le contrôle territorial : « *au district, les fonctionnaires de la santé se vivent comme des agents de l'Etat, qu'ils sont. Ils participent, avec leurs collègues des autres administrations, aux séminaires et réunions politiques* » [Hours, 1997, 71].

Dans une autre perspective, le faible intérêt qu'accordent les dirigeants au développement des « districts sanitaires » illustre également la primauté des considérations d'ordre politique sur celles de santé publique.

Promu par l'OMS lors de la conférence d'Harare en 1987, le « district sanitaire » fait figure de projet décentralisé et vise la création de bassins de responsabilité sanitaire à partir d'une population cible, que celle-ci s'intègre ou non dans une aire administrative préexistante.

Principalement mis en place en Afrique [Grodos, 2004] et dans certains pays d'Asie, le district sanitaire se situe toujours au Laos dans une phase pilote [Perks, 2006]. Etabli en 1991 dans les limites administratives d'un district de la province montagneuse et reculée de Sayaboury, le district sanitaire s'applique, selon une approche sectorielle, à renforcer la gestion de la santé avec deux objectifs principaux : la facilitation de l'accès aux établissements de soins et l'abaissement des causes de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles. Compte tenu du caractère homogène des populations du district (en termes de densité, d'activité, d'épidémiologie, de mobilité, etc.), cette entreprise a été couronnée de succès : entre 1996 et 2003, l'utilisation des équipements sanitaires a triplé, le taux de mortalité maternelle s'est abaissé de 50% et les taux de mortalité infantile et juvénile ont été rendus d'un tiers inférieurs à la moyenne nationale.

En revanche, cette même démarche serait inopérante dans les districts de la capitale. Ces derniers présentent, d'une part, des situations socio-économiques hétérogènes (opposition mode de vie urbain/mode vie rural) et, d'autre part, sont liés les uns aux autres par une importante mobilité « inter-districts » des habitants. Aucun d'eux ne forme donc une entité, comme celui de Sayaboury. A Vientiane, la délimitation de districts sanitaires cohérents nécessite de s'affranchir des unités administratives et de prendre en compte les pratiques spatiales des populations. Or de tels projets trouvent peu d'échos auprès des politiques qui, indirectement, craignent une déstabilisation de leur pouvoir. Les atermoiements concernant la création de la limite urbaine de Vientiane est un exemple de leur scepticisme. Face à de nouvelles entités territoriales, les autorités redoutent de voir leur pouvoir s'effiloche. Ne pouvant présager avec certitude des retombées politiques (notamment le gain d'autonomie de ces nouveaux districts sanitaires), elles préfèrent préserver une organisation territoriale dont elles maîtrisent ou, du moins, connaissent les rouages.

Si la spécificité urbaine de Vientiane peine à être reconnue, ses spécificités d'ordre sanitaire le sont d'autant moins. Il est peu probable que les décideurs envisagent de définir des zones de responsabilité sanitaire alors même qu'ils freinent la création d'une nouvelle unité administrative délimitant le périmètre urbain de la capitale.

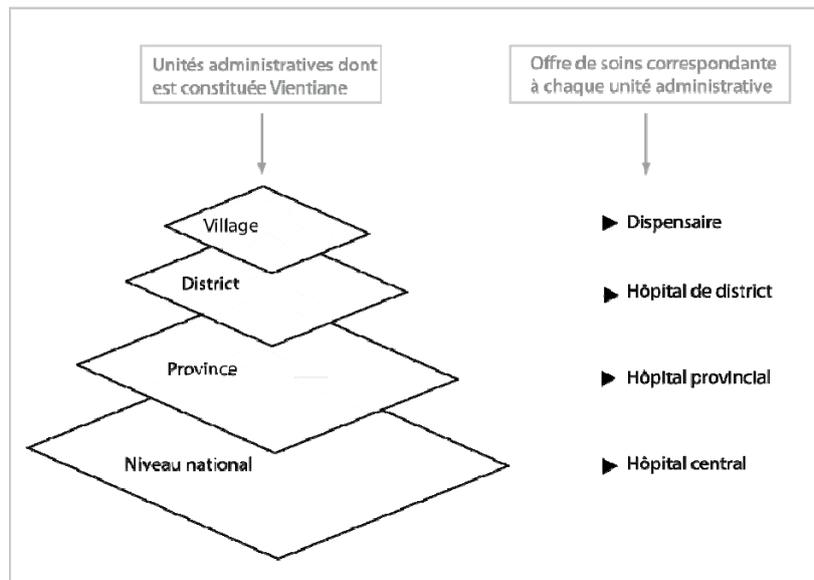
Nous avons envisagé des éléments explicatifs autres que politiques pour appréhender la non-adaptabilité de l'organisation sanitaire aux spécificités de Vientiane, notamment des

insuffisances budgétaires et une faible sensibilisation des décideurs à ces questions. Or, dans le cas similaire qui concerne la délimitation de Vientiane, aucune de ces hypothèses n'est vérifiée puisque d'une part, la Banque Asiatique de Développement finance l'essentiel du programme et, que d'autre part, cette problématique est discutée depuis plus d'une décennie.

B/ La traduction du modèle à Vientiane

Il faut donc comprendre le dispositif de soins observé à Vientiane comme un empilement de calques administratifs : le village, le district, la province et le niveau national. Englobant des villages et des districts, recouvrant partiellement une province et étant le siège du gouvernement, l'espace de Vientiane comprend par conséquent des dispensaires, des hôpitaux de district, un hôpital provincial et des hôpitaux centraux.

Figure 4 - Dispositif sanitaire de Vientiane : un développement calqué sur les unités administratives de la capitale



Source : V. Mobillion, 2007

▪ Les structures de soins de niveau central

Le dispositif national comprend huit hôpitaux centraux dont la totalité est localisée dans la Capitale de Vientiane. Ces hôpitaux se concentrent dans le centre économique et politique du Laos car leur bassin de recrutement s'étend à l'ensemble du territoire national.

Tableau 5 - Le dispositif de soins public à l'échelle nationale

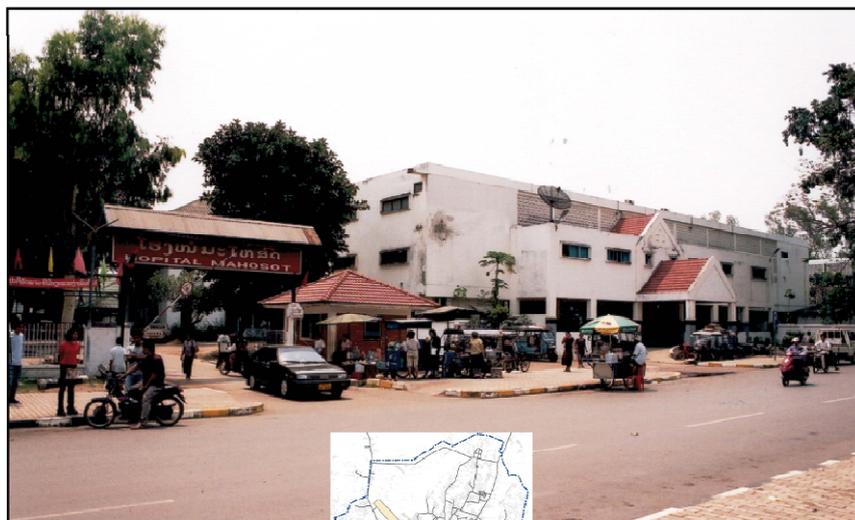
Type d'établissement	Nombre d'établissements	Population desservie	Remarques
Hôpital central (général et spécialisé)	2 hôpitaux généraux	échelle nationale	Troisième niveau dans le système de référencement
	6 hôpitaux spécialisés	échelle nationale	-
Hôpital régional et provincial	5 hôpitaux régionaux	échelle régionale: 670 000 à 1 250 000 habitants	Deuxième niveau dans le système de référencement.
	13 hôpitaux provinciaux	échelle provinciale: 70 000 à 700 000 habitants (5 à 12 districts)	
Hôpital de district	131 hôpitaux de district	échelle du district: 10 000 à 100 000 habitants	Premier niveau dans le système de référencement
Dispensaire	654 dispensaires	-	-

Source : adapté de JICA, 2002

Parmi les huit hôpitaux centraux, deux sont généraux alors que les six autres offrent des soins spécialisés.

Des deux structures générales, l'Hôpital Mahosot est le plus ancien (planche photographie 6). Son nom provenant du sanskrit *Mahausadha* signifie « le grand remède ». Edifié par les colons vers 1905 [Sisoulath, 2003], l'établissement, d'abord qualifié d' « ambulance » (cf. p.25), ne devint un hôpital qu'à partir de 1931, lorsqu'il fut en mesure d'héberger les malades et d'offrir un plateau technique assez développé. Plus globalement, cette structure s'insérait dans le maillage hospitalier des différentes colonies françaises, auquel appartenaient également les hôpitaux du Vietnam, de Madagascar, du Sénégal, de Pondichéry, etc. D'abord destiné aux colons, l'Hôpital Mahosot fut ensuite principalement fréquenté par les militaires lors de la période monarchique. Situé à proximité de l'ancienne école de médecine royale, devenue faculté, l'établissement s'illustre aujourd'hui en tant que pôle hospitalo-universitaire. En dépit des établissements hospitaliers construits plus récemment, l'Hôpital Mahosot demeure pour la population la structure centrale de référence, même au-delà des frontières de la Capitale de Vientiane. Il dispose d'installations techniques parmi les plus sophistiquées du pays et privilégie les spécialités médicales suivantes : cardiologie, gastro-entérologie et pédiatrie.

Photographie 6 - L'Hôpital central Mahosot



- En haut, vue de l'entrée principale et du bâtiment construit en 2002 qui accueille les urgences et les consultations externes.
- En bas, un des anciens bâtiments restant de l'époque coloniale ; celui-ci reçoit des patients hospitalisés.

Construit plus tardivement, au cours des années 1980, l'Hôpital *Mittaphab*, signifiant « amitié », constitue le second établissement à la fois central et général (planche photographique 7). Financé par les Soviétiques, l'hôpital témoigne d'une nouvelle ère politique, des relations pan-communistes et, en particulier, la position « patriarcale » qu'occupait à cette période l'URSS vis-à-vis du Laos⁴⁶. Dans un premier temps principalement administré par un corps médical soviétique, l'établissement revint à la fin des années 1980 à l'entière responsabilité laotienne. De la présence soviétique, il ne reste aujourd'hui que la forme architecturale massive très caractéristique des constructions commandées par l'URSS. Compte tenu du nombre actuel de lits dont il dispose, cet hôpital se dénomme communément *loy ha sip*, « 150 ». Parmi ses spécialités médicales, on lui reconnaît la traumatologie et l'hémodialyse.

Photographie 7- L'Hôpital central de l'Amitié



Le Bâtiment principal.
Une structure de facture imposante
rappelant l'architecture soviétique.

**Les inscriptions cyrilliques, vestiges de
l'ère soviétique à l'Hôpital de l'Amitié.**
Double inscription en lao et cyrillique
pour indiquer le service dentaire.
La majorité des services reste signalée
de la sorte encore aujourd'hui.

⁴⁶ Des entretiens menés auprès d'anciens agents de santé révèlent qu'il était fréquent que l'URSS et les pays satellites les accueillent pour les former aux métiers de la santé.

En outre, on associe aux établissements centraux et généraux deux autres structures bien qu'elles ne relèvent pas, comme les précédentes, du Ministère de la Santé. L'un, l'Hôpital Militaire dépend, du Ministère de la Défense et le second, l'Hôpital de la Police⁴⁷, du Ministère de l'Intérieur. Normalement représentés dans chacune des provinces du Laos, ces deux types d'établissement ont la particularité d'offrir à Vientiane un service de soins de rang national. Lorsque les antennes provinciales ne suffisent pas, elles orientent les patients dans les structures homologues de la capitale. Nous comptabilisons ces structures parmi les établissements centraux, car, bien qu'elles s'adressent en priorité aux militaires et aux policiers – à qui est accordée la gratuité des soins –, ces hôpitaux proposent également leurs services à l'ensemble de la population.

A l'origine, l'Hôpital Militaire est une réalisation du Gouvernement Royal Lao. Edifié dans les années 1960, il est nommé jusqu'en 1975 Hôpital *Sisavang Vong*, du nom de l'avant-dernier roi du Laos. D'abord emblème de la monarchie constitutionnelle, il fut ensuite réinvesti par les forces révolutionnaires qui déménagèrent dans ces locaux leur Hôpital Militaire, autrefois situé dans la province septentrionale et base arrière de Sam Neua. Aujourd'hui, la structure s'apparente à un véritable complexe hospitalier, comprenant une dizaine de bâtiments étendus sur près de 13 hectares. L'hôpital est couramment qualifié de *loy sam*, «103», ce chiffre correspondant au nombre de lits autorisés.

Quant à l'Hôpital de la Police, sa construction, qui remonte à 1982, revient au gouvernement actuel.

⁴⁷ Chacune des provinces du Laos dispose d'un hôpital militaire et d'un hôpital de la Police.

En ce qui concerne les hôpitaux centraux spécialisés, les centres de réhabilitation et de dermatologie, datant de la période américaine (années 1960), sont les premiers à avoir été construits. En pleine guerre civile, le centre de réhabilitation contribuait notamment à prendre en charge le nombre croissant d'accidents traumatologiques. Quant aux quatre autres établissements spécialisés - l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, le Centre National contre la Tuberculose, et les hôpitaux d'Ophtalmologie et de Médecine Traditionnelle - ils furent construits au lendemain de l'ouverture économique, en partie grâce à l'augmentation de l'assistance étrangère.

Photographie 8 : L'Hôpital central de la Mère et de l'Enfant



▪ Les structures de soins de rang régional

Aux hôpitaux nationaux succèdent ceux de rang régional, dont la conception, relativement récente, date seulement de 1998. Dans les faits, ces établissements sont des hôpitaux provinciaux promus à un rang supérieur ; le but est d'améliorer leurs prestations médicales et les formations qu'ils proposent afin de fournir, en province, des soins comparables à ceux des hôpitaux centraux. A la différence des établissements de rang provincial, les structures régionales deviennent prioritaires en termes d'attributions budgétaires et d'équipement médical. Toutefois, cette mesure ne s'accompagne pas d'un découpage administratif supplémentaire ; sa portée reste exclusivement d'ordre sanitaire.

La morphologie longiligne du territoire national distingue trois régions (nord, centre et sud) dans lesquelles ont été identifiés au total cinq hôpitaux régionaux.

Au nord, l'un se situe dans la ville de Luang Prabang et l'autre, distant du premier d'environ 130 kilomètres plus au nord, est localisé à Oudomxay. Au sud, les villes de Savannakhet et de Champassak, toutes deux situées sur l'axe du Mékong, à environ 400 et 600 kilomètres de Vientiane, bénéficient également des services d'un hôpital régional. Enfin, dans la partie centrale, le nouvel Hôpital Sethattirat, du nom d'un ancien grand

roi lao du XVI^e siècle, est implanté à Vientiane à la limite nord-est des 189 villages. Il constitue le cinquième et dernier des établissements régionaux.

Construit en 2001 grâce au financement de l'aide bilatérale japonaise, cet hôpital vient remplacer un ancien établissement du même nom mais de moindre ampleur, lequel fut financé dans les années 1950 par un programme américain d'aide médicale aux pays en voie de développement. Compte tenu de son édification récente et de l'ampleur des financements attribués par la coopération japonaise, le nouvel Hôpital régional de Sethathirat a la particularité d'offrir des services de soins généraux et de spécialité assez pointus pour que l'établissement soit officiellement assimilé aux hôpitaux centraux. Comme Mahosot, il participe notamment à la formation des étudiants en médecine.

Photographie 9 - L'Hôpital central de Sethattirat



Finalement, Vientiane compte non pas deux mais quatre hôpitaux centraux et généraux. Aux hôpitaux officiels de Mahosot et de l'Amitié, il faut ajouter, l'Hôpital Militaire et l'Hôpital Sethattirat,⁴⁸ structures assimilées. Chacun des quatre établissements est le témoin des différentes périodes politico-économiques qui se sont succédées depuis le début du XX^e siècle : l'Hôpital Mahosot, structure sanitaire de référence du protectorat français ; l'Hôpital Militaire, œuvre du gouvernement royal ; l'Hôpital de l'Amitié, symbole de l'ère communiste ; et enfin l'Hôpital Sethattirat, le plus récent, illustration de la libéralisation politico-économique actuelle. Cette correspondance entre la succession des régimes politiques et l'édification d'un nouvel hôpital de rang central traduit l'intérêt que portent les dirigeants à ces infrastructures et laisse penser qu'elles servent d'emblème au pouvoir politique. Le fait que la dernière structure de rang centrale construite, l'Hôpital Sethattirat, soit l'œuvre de l'aide internationale est-il l'indice d'un dessaisissement du pouvoir par les dirigeants actuels ?

⁴⁸ Nous ne retenons pas l'hôpital de la Police car, à la différence de l'hôpital militaire, l'étude des registres d'activité a démontré que la population fréquente peu cette structure, qu'elle considère comme destinée aux policiers et à leurs familles.

- Les structures de soins de rang provincial

Si l'Hôpital de Setthathirat occupe dans les faits une position régionale, voire centrale, il préserve également le statut originel d'hôpital provincial de la Capitale de Vientiane.

- Les structures de soins au niveau du district

Comprenant au total neuf districts, la Capitale de Vientiane comptabilise neuf hôpitaux de district. Dans le périmètre des 189 villages, on recense quatre de ces établissements : les hôpitaux des districts de Chanthabouly, de Sissathanak, de Xaysetha et de Sikhottabong (planche photographique 10). Les hôpitaux des trois autres districts constitutifs de la zone 189 (Xaythany, Hatxaifong et Naxaythong) se situent dans des villages en dehors de cette limite.

Photographie 10 - Les quatre hôpitaux de district de Vientiane (2008)



L'hôpital de district de Chanthabouly

Situé dans une ruelle du péricentre, l'établissement est de construction relativement ancienne (1975) et de taille réduite. Alors que l'aile droite du bâtiment accueille l'ensemble des services de soins, celle située en arrière-plan est exclusivement réservée aux activités administratives.



L'hôpital de district de Xaysetha

Dans une large enceinte de terre battue, l'établissement de Xaysetha, dernier en date à avoir bénéficié de l'aide japonaise (2003), présente une structure dual : dans le prolongement de l'ancienne bâtisse (à gauche) s'impose le nouveau bâtiment (soins curatifs et administration).



L'hôpital de district de Sikhottabong

Cet établissement a été en partie rénové en 2002 grâce à la coopération japonaise. Le nouveau bâtiment (au premier plan) accueille les activités ambulatoires (médecine et urgence) et cohabite avec d'anciennes salles de consultation de qualité vétuste (à gauche).



L'hôpital de district de Sissathanak

Construit en 2000, également par la coopération japonaise, ce bâtiment comprend la pharmacie, les urgences et les services de soins curatifs. Les autres activités, telles que l'hospitalisation et les services préventifs liés à la santé maternelle et infantile, sont assurées dans des locaux annexes, datant de l'ouverture de la structure (1976).

Source: V.Mobilikon, 2008

▪ Les structures de soins de rang villageois

Enfin, les dispensaires, structure à la base de la pyramide sanitaire, sont au nombre de sept.

En théorie, leur dispositif s'élabore à l'échelle du district de façon à venir suppléer l'hôpital de district lorsque celui-ci est trop distant de certains villages, et à garantir à la population une accessibilité équitable. Les unités villageoises excentrées font l'objet de regroupements auxquels on attribue un dispensaire de référence. Ainsi, l'équipe mobile chargée de la prévention sanitaire (santé maternelle et infantile, vaccination, hygiène du milieu, etc.) provient soit de l'hôpital de district, soit, pour les villages trop éloignés, des différents dispensaires implantés dans le district.

En pratique, ces principes sont peu appliqués, pour deux raisons. D'une part, les dispensaires nés, selon le cas, d'initiatives internationales (ONG, bailleurs de fonds), nationales ou locales, sont édifiés selon des conceptions différentes. D'autre part, il ne faut pas sous-estimer l'influence politique dont peuvent user certains chefs de villages - aux dépens d'autres, moins introduits, mais dont les réclamations sanitaires peuvent être plus légitimes -, pour orienter le lieu d'implantation d'un nouveau dispensaire.

De fait, le nombre de dispensaires est rarement en rapport avec la configuration du district (superficie, population, densité, accessibilité à la route, etc.) et reste difficile à expliquer selon des critères objectifs. Parmi les 654 dispensaires implantés au Laos, 41 sont localisés dans la Capitale de Vientiane, dont 7 dans le périmètre des 189 villages (planche photographique 11).

Photographie 11 - Les sept dispensaires de Vientiane 2006 (deux planches photographiques)

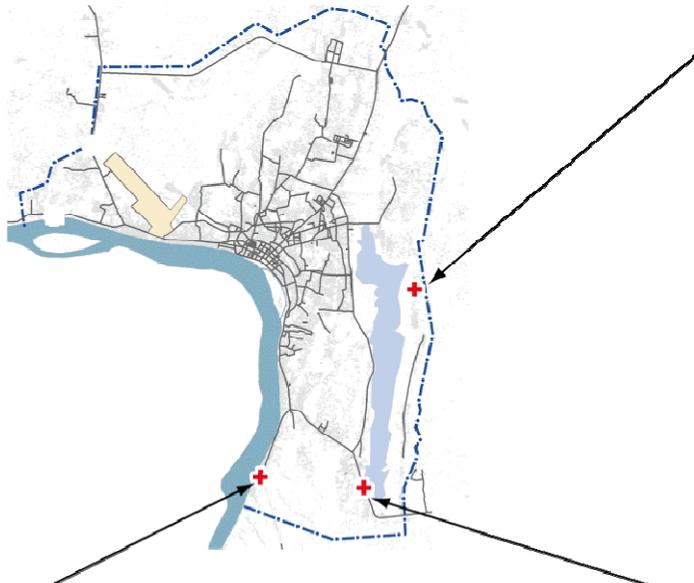
Dispensaire de Nongniao (district de Sikhottabong)
 Le dispensaire est situé dans l'enceinte d'une école primaire. Il propose une disposition aérée. Le terrain est arboré de plantes ornementales. L'état relativement bon du bâtiment (la construction est antérieure à 1975), autant que la propreté de la structure, attestent de la volonté du personnel d'offrir à la population un cadre de soins agréable.

Dispensaire de Pakhao (district de Xaythany)
 Le dispensaire n'a été construit à proximité d'une école et sur une parcelle non viabilisée dont la végétation souvent en friche rend l'accès difficile. Bâti par une ONG allemande en 1991, l'établissement propose un cadre extérieur comme intérieur délabré.

Dispensaire de Kaoilo (district de Sikhottabong)
 Intégré à l'espace bâti du village de Kaoilo, l'établissement est de taille réduite et date de 1987. Si les deux agents de santé affectés à ce service accueillent toute personne se présentant dans la structure, elles se rendent régulièrement dans 14 villages du district de façon à sensibiliser les villageois aux questions de santé préventive.

Dispensaire de Nongnieng (district de Xaysetha)
 Situé dans un espace ouvert le long d'une route en terre, l'établissement se confond avec un simple local. Implanté en 1980, il comprend deux petites pièces délabrées. Les deux agents de santé en poste ont la responsabilité sanitaire de dix villages.

Source: V. Meathivan, 2006





Dispensaire de Nonvuaï (district de Xaysetha)
 Le dispensaire est implanté dans les mêmes locaux que le bureau du chef de village et ne comprend en réalité que l'aile gauche du bâtiment. D'une superficie inférieure à 15 m², le local propose un équipement des plus sommaires et, communiquant avec la salle dédiée aux affaires administratives villageoises, il préserve mal l'intimité des patients.



Dispensaire de Boho (district de Hadxaifong)
 D'abord intégré pendant de nombreuses années au bureau du chef de village (de 1993-2005), le dispensaire de Boho n'a été érigé qu'en 2005. L'origine de son financement reste à préciser, l'agent de santé interrogé a signalé que la construction avait fait suite à la visite d'un homme politique. Nous n'avons pas pu définir si les ressources financières provenaient des fonds privés de cette personne ou bien de fonds publics.



Dispensaire de Salakham (district de Hadxaifong)
 Auparavant localisé dans l'enceinte de la pagode du village (1973-1994), le dispensaire a déménagé, pour plus de visibilité, le long de la route très fréquentée reliant le centre de Vientiane à la frontière lao-thaïlandaise. Composé de 4 salles, il est relativement spacieux, comparé à la plupart des dispensaires. Le bâtiment, daté de 1994, a été en partie agrandi dès 1996 grâce aux ressources financières dégagées par le paiement des actes médicaux.

Source: V. Moljallem, 2006

La transposition de l'organisation sanitaire nationale dans l'espace des 189 villages isole 22 structures de soins : 5 hôpitaux centraux généraux (dont 2 hôpitaux hors Ministère de la Santé), 6 hôpitaux centraux spécialisés, 4 hôpitaux de districts et 7 dispensaires.

Les principes à partir desquels a été développé le système de soins ne présentent pas une adaptation de l'architecture sanitaire nationale à la particularité urbaine de Vientiane. Les différents types d'établissements représentés respectent la nomenclature usuelle et leurs zones d'influences officielles restent inchangées. La concentration de l'ensemble des hôpitaux de niveau central (de médecine générale, spécialisé, militaire et de la police) dans la zone des 189 villages est l'unique spécificité de ce dispositif. Seulement, cette situation renvoie moins aux besoins de santé qu'à la position administrativement centrale de Vientiane dans l'espace national. Quant aux dispensaires, la variabilité de leurs effectifs s'explique plus par les raisons précédemment détaillées (multiplicité des acteurs, niveau d'influence des chefs de villages) qu'aux spécificités démographiques de Vientiane.

Tableau 6 - Le dispositif public de soins dans le périmètre des 189 villages de Vientiane (2007)

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nom des établissements	Affectation administrative
Hôpital central + Hôpital provincial assimilé central	2 + 1	Mahosot, Amitié + Sethattirat	Province de la capitale : « Capitale de Vientiane »
Hôpital central hors Ministère de la Santé	2	Militaire, Police	Province de la capitale : « Capitale de Vientiane »
Hôpital central spécialisé	6	Mère et enfant, Ophthalmologie, Dermatologie, Réhabilitation, Tuberculose, Médecine traditionnelle	Province de la capitale : « Capitale de Vientiane »
Hôpital de district	4	Chanthabouly, Sikhottabong, Sissathanak, Xaysetha	District
Dispensaire	7	Kaoliao (district de Sikhottabong) Nongniao (district de Sikhottabong) Nongnieng (district de Xaysetha) Nonvuai (district de Xaysetha) Pakhao (district de Xaythany) Boho (district de Hatxaifong) Salakham (district de Hatxaifong)	Village

Source : V. Mobillion, 2007

Si le système de soins public ne s'ajuste pas spécifiquement aux qualités de l'espace urbain de Vientiane, il ne présente pas d'organisation plus adéquate à l'échelle de la province de la Capitale de Vientiane, qui pourtant figure parmi les unités administratives définies et reconnues par les autorités. Une nouvelle fois, la pyramide sanitaire s'applique invariablement en dépit des caractéristiques différentes des unités administratives concernées (tableau 7). D'une part, l'administration sanitaire n'affecte qu'un seul hôpital à chaque district, quelle que soit sa superficie ou sa densité de population. D'autre part, la correspondance entre la superficie des districts et le nombre de dispensaires implantés est tout aussi incertaine : les districts de Naxaythong et de Paknguem, dont les superficies sont équivalentes, disposent respectivement de 4 et 9

dispensaires, et les districts de Xaythany et de Sangthong, également semblables (784 km² et 734 km²), ont chacun 9 et 5 structures. Enfin, les hôpitaux de haut niveau se concentrent pour l'essentiel dans le district de Sissathanak, qui bénéficie à lui seul de l'implantation de l'Hôpital Militaire et de celui de la Police, de deux des trois hôpitaux centraux et de quatre des six hôpitaux spécialisés.

Tableau 7 - Le dispositif public de soins dans les districts de la Capitale de Vientiane en 2007

District	Population (2005)	Type de district*	Superficie km ²	Densité Pop/km ²	Nbre Hôp. central	Nbre Hôp. spécialisé	Nbre Hôp hors Ministère Santé	Nbre Hôp district	Nbre Dispensaire
Chanthabouly	68 858	urbain	17	4 050	1	1	–	1	–
Sikhottabong	99 907	urbano-rural	148	675	–	1	–	1	3
Xaysetha	97 514	urbano-rural	141	691	–	–	–	1	4
Sissathanak	68 686	urbain	21	3 270	2	4	2	1	–
Naxaythong	58 367	à majorité rurale	467	124	–	–	–	1	4
Xaythany	150 793	à majorité rurale	784	192	–	–	–	1	9
Hatxaifong	78 338	à majorité rurale	215	364	–	–	–	1	7
Sangthong	24 215	rurale	734	33	–	–	–	1	5
Pakngneun	51 638	rurale	570	90	–	–	–	1	9
Total	698 316	–	3097	–	3	6	2	7	41

* Typologie des districts établie en fonction de la part des villages qui est comprise dans le périmètre urbain des 189 villages.

Source: Steering Committee for Census of population and Housing, 2005 ; données sanitaires issues d'entretiens auprès de responsables du Département de Santé de la Capitale de Vientiane.

II. L'implantation spatiale de l'offre de soins : d'autres logiques

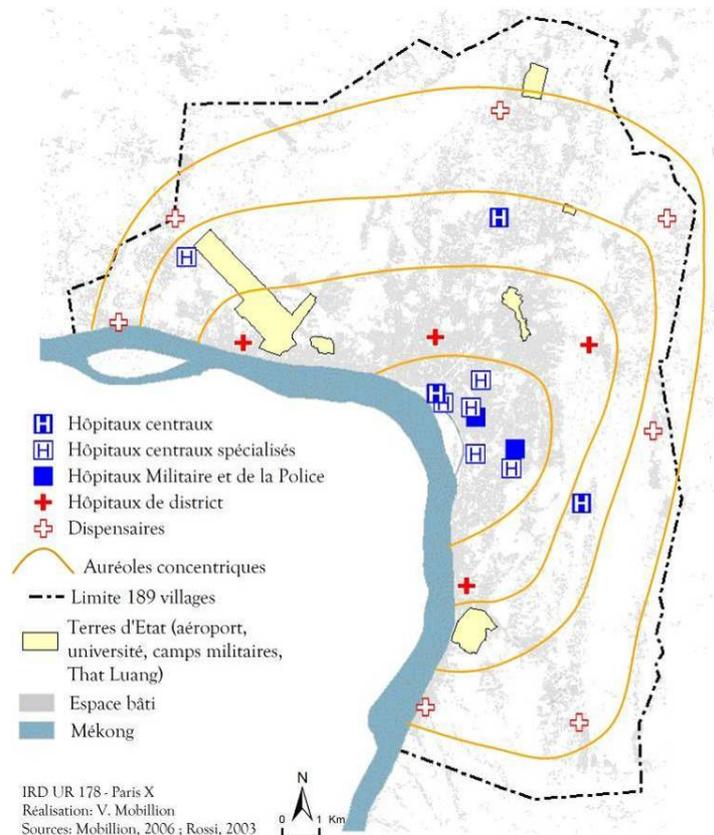
Après avoir établi que le contrôle territorial constituait la dynamique principale commandant l'architecture du dispositif de soins (type et nombre de structures), nous présentons dès à présent sa géographie qui, elle, renvoie à des logiques diverses.

A/ Le mirage d'une distribution calquée sur la croissance urbaine

- **La répartition de l'offre de soins : entre concentration et dispersion**

L'offre de soins s'organise selon deux formes principales (carte 9). La première consiste en une concentration des établissements dans les villages situés dans le coude du Mékong ; elle regroupe 8 des 22 structures en arrière ou en bordure du fleuve. La seconde présente une configuration dispersée sur le reste de l'étendue du territoire urbain.

Carte 9 - Distribution spatiale de l'offre de soins publique à Vientiane



En outre, la répartition de l'ensemble des structures de soins révèle une disposition concentrique, avec cette particularité que chacune des auréoles constituées rassemble des structures sanitaires de même catégorie.

La majorité des hôpitaux centraux et affiliés (l'Hôpital Militaire et celui de la Police), regroupés au centre du modèle, dans la courbure du Mékong, forme la première auréole. Le second tracé concentrique englobe les hôpitaux de district qui sont situés en amont et en aval du fleuve, ainsi que dans les villages en arrière du centre. La troisième auréole regroupe deux des trois hôpitaux centraux généraux et l'Hôpital central d'Ophtalmologie. Enfin, les dispensaires, organisés selon un chapelet régulier en bordure de la limite urbaine, constituent la dernière auréole concentrique.

- **Une distribution liée au développement urbain ?**

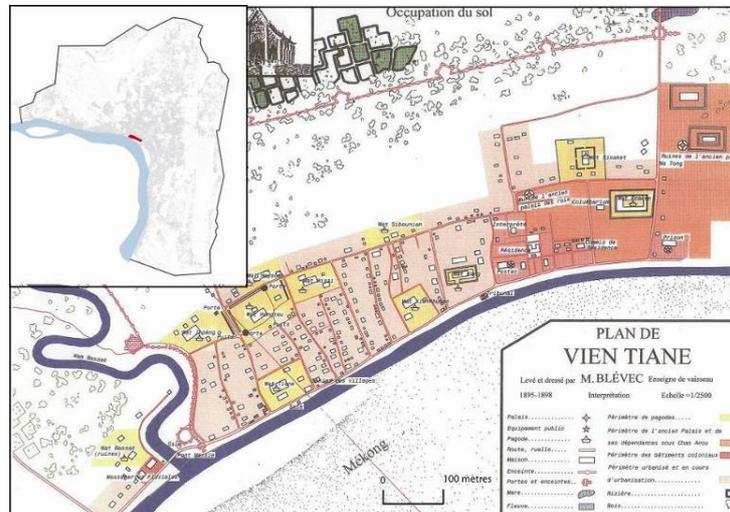
La distribution spatiale des structures sanitaires ainsi que l'abaissement général de leur niveau de soins à mesure que leur distance du centre de Vientiane augmente évoquent les dynamiques du modèle de développement urbain de type « centre/périphérie », caractéristique de nombreuses villes.

De façon à juger d'une telle adéquation, nous allons confronter aux différentes phases d'urbanisation de la capitale l'espace urbain nouvellement développé et les sites d'implantation de l'offre de soins établie à la même période (carte 10, page 101). Nous débutons l'analyse spatio-temporelle du développement urbain à la fin du XIXe siècle, lors de l'instauration du protectorat français, soit la période à partir de laquelle Vientiane renaît de ses cendres⁴⁹. Les principales étapes du développement urbain respectent la trame politique, puisqu'à chacune de ses nouvelles orientations (coloniale, post-coloniale, socialiste et capitaliste autoritaire), une phase d'urbanisation spécifique est entamée.

- La période coloniale (1896-1953) : la renaissance de Vientiane à partir du centre ancien
Dès leur installation à Vientiane, les autorités françaises implantent la résidence supérieure et les bâtiments publics de l'administration coloniale à proximité des anciens éléments fondateurs de la capitale du Lane Xang (palais royal, pagodes Phrakéo et Sisaket). D'abord très peu étendu, l'enclos colonial s'étire sur environ 200 mètres en bordure du fleuve au niveau du coude du Mékong, et gagne sur moins d'une centaine de mètres l'intérieur des terres. Plus précisément, il s'implante dans la partie centre-ouest d'une ancienne enceinte qui, édifiée en 1560, visait à se protéger des éventuelles invasions birmanes. Ces fortifications, distantes du fleuve de 200 à 300 mètres, forment un arc de cercle d'environ trois kilomètres en retrait de la courbure du fleuve.

⁴⁹ Aux XVIIIe et XIXe siècles, Vientiane fut mise à sac par deux fois par les Siamois, en 1779 et en 1828 - « nous ne laisserons que la terre, le vent et le ciel de Vientiane » [Sisoulath, 2003, 30] - puis une dernière fois en 1888 par les Hô, des pirates chinois.

Document 3 - Plan de Vientiane en 1895-1898



Source : adapté de Sisoulath, 2003

A l'ouest du noyau colonial et jusqu'à la limite occidentale de l'enceinte, s'étend le quartier indigène divisé en trois principaux quartiers : l'un, en contiguïté des bâtiments coloniaux, est principalement habité par des Annamites – qui assistent l'administration française⁵⁰ –, les deux autres s'organisent, les îlots laotiens et chinois, s'organisent en amont. A partir des deux principales zones limitrophes, indigène à l'ouest et coloniale à l'est, l'urbanisation se poursuit jusque dans les années 1930, principalement dans la partie amont, là où se situe le port fluvial de la rivière *Nam Bassak*.

En aval du quartier colonial, le développement fut plus tardif. Il n'atteint la limite est de l'enceinte que dans les années 1950.

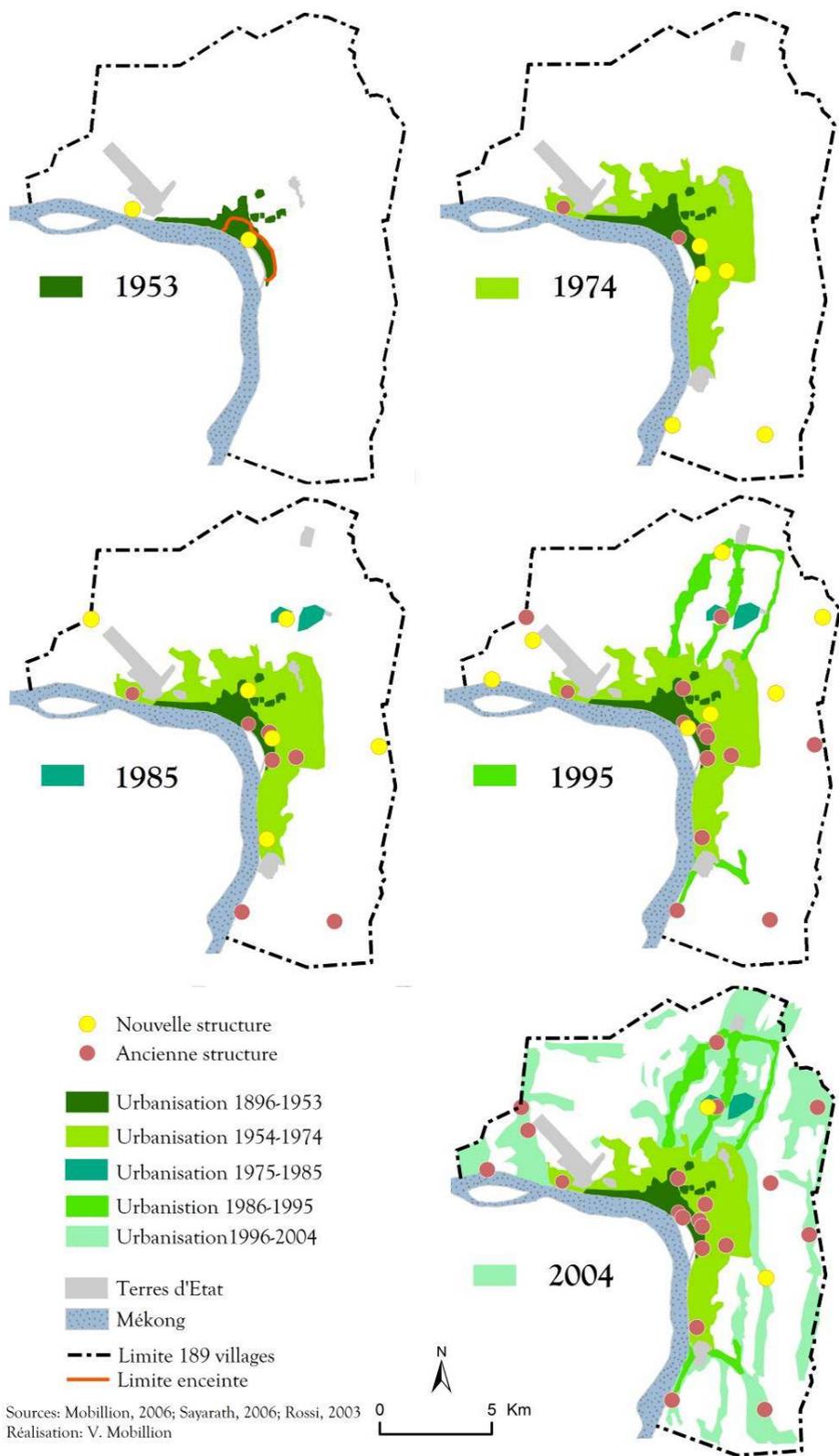
A la veille de l'Indépendance en 1953, le périmètre urbain s'inscrit principalement dans les limites de l'ancienne fortification auxquelles s'ajoutent, d'une part, une importante extension en amont, renforcée à la fin des années 1930 par l'implantation d'un terrain d'aviation, et, d'autre part, une zone nord-est située en retrait du centre colonial, à l'extérieur de l'enceinte. La construction de la radiale nommée *Lane Xang*, joignant la résidence supérieure à la route nationale 13 sud, est à l'origine de ce dernier axe de développement. L'implantation en 1940 d'un des plus grands marchés, le *Talat Sao*, « marché du matin », situé à la fois au sortir de l'enceinte et sur cette nouvelle route, ne tarde pas à structurer et à initier le développement de ce que B. Sisoulath définit comme le « péricentre ». L'espace bâti commence dès lors à se densifier dans les zones de terrasse au niveau de l'actuel Arc de Triomphe et plus au nord-est en direction du stupa du That Luang, édifié dès 1566.

⁵⁰ Les autorités françaises ont préféré s'entourer d'Annamites, mieux formés que les Lao aux métiers de l'administration.

Le développement des infrastructures sanitaires à cette même période reste modeste. Il ne comprend que deux structures de soins⁵¹: l'une, datée de 1910, s'inscrit dans l'ilot colonial aux côtés des autres bâtiments de l'administration française, et la seconde occupe une position en amont, largement excentrée par rapport à l'espace urbanisé de l'époque.

⁵¹ A défaut de pouvoir définir précisément le dispositif de l'époque, nous avons pris en compte les structures de soins encore attestées à ce jour. On présume que ce dispositif diffère peu de celui édifié par la colonie puisqu'elle le développa peu.

Carte 10 - Croissance urbaine et installation des structures de soins publiques à Vientiane (1953-2004)



- Période post-coloniale (1954-1974) : une extension urbaine principalement péricentrale. Au lendemain de l'Indépendance, Vientiane entame une croissance urbaine soutenue qui est principalement liée à l'apport massif de dollars américains censé contribuer à contenir l'expansion communiste. Ces capitaux, principalement dévolus à la capitale, rendent cet espace très attractif. Il devient, pour des milliers de personnes déplacées et fuyant les zones de combats, l'Eldorado. Jusqu'à la prise de pouvoir par les révolutionnaires en 1975, l'urbanisation ne cessera pas.

L'expansion urbaine se fait de façon uniforme, enveloppant, sous la forme d'un demi-cercle, l'espace anciennement urbanisé. Elle gagne d'abord l'intérieur des terres à partir des éléments structurants puis, plus la distance par rapport à ces derniers augmente, plus l'urbanisation s'exprime sous la forme d'un mitage spontané.

À l'ouest, l'installation de l'aéroport et, dans les années 1960, du marché du soir, contribue largement à développer ce secteur. Quant au péricentre, polarisé par l'Arc de Triomphe (1961), il devient, après le centre ancien, le second pôle administratif : regroupant des établissements publics (palais du gouvernement, Assemblée Nationale, ministères), la représentation américaine, le prestigieux lycée de Vientiane (anciennement Lycée Pavie) et plusieurs ambassades et organisations internationales. Aux côtés de ces infrastructures, de nombreuses villas ne tardent pas à s'établir, accueillant les expatriés et les hauts fonctionnaires. À l'est, l'installation de nouveaux équipements (centre de formation professionnelle, lycée, Hôpital Militaire) autour de l'ancienne pagode de Sokpaluang suscite l'urbanisation de la partie orientale de Vientiane. Enfin, la création, en 1966, à une quinzaine de kilomètres en aval du centre-ville, du bac lao-tai de Thanalèng, est à l'origine du nouveau cordon urbain situé dans la partie sud de Vientiane, qui s'étire sur plus de quatre kilomètres à partir du centre ancien.

À cette période, les nouveaux éléments du dispositif sanitaire s'accordent peu avec les dynamiques urbaines en cours. Parmi les cinq nouvelles structures, une seule s'intègre dans la zone nouvellement urbanisée. Les autres s'implantent soit dans la ville coloniale, soit dans la périphérie sud à plusieurs kilomètres de la zone d'extension urbaine la plus proche.

- Période socialiste (1975-1985) : la récession urbaine

L'avènement du régime en 1975 marque le début d'un déclin de la dynamique urbaine. Contraints à l'exode pour des raisons politiques et/ou économiques, de nombreux habitants de Vientiane regagnent leur village d'origine ou partent à l'étranger. Malgré l'arrivée massive des révolutionnaires, la population urbaine, entre 1973 et 1980, décroît de 156 000 à 100 000 habitants. En outre, l'interruption brutale de l'aide américaine et des importations qui lui étaient associées (produits alimentaires, matériaux de construction, carburants, etc.), conjuguée à l'indifférence manifeste des nouveaux dirigeants aux questions urbaines, initie une période de récession globale. Contrairement à d'autres villes communistes (de l'ex-URSS, ou des démocraties populaires), Vientiane ne fait en aucune manière l'objet de projets de planification ou de structuration urbaine ; les priorités sont à la stabilisation politique et militaire du pays. Pour cette raison, les autorités s'attachent plus au projet de délocalisation de la

capitale à distance de la frontière thaïlandaise, dans la zone sécurisée de Xieng Khouang (ancien Q.G du *Pathet Lao*), qu'à son développement sur son site originel.

Dans ces circonstances, le territoire urbain a peu évolué et est resté pour l'essentiel circonscrit par les anciennes délimitations post-coloniales. Pour l'essentiel, l'urbanisation se résume à l'apparition dans la périphérie nord-est de deux îlots urbains dont la formation tient à l'ouverture de plusieurs infrastructures publiques (camps militaires, Hôpital de l'Amitié, etc.).

Bien que le développement urbain stagne pendant la première décennie du régime communiste, le système de soins public, lui, est renforcé par six nouvelles structures. Leurs sites d'implantation concordent mal avec le peuplement urbain : cinq d'entre elles se répartissent dans les zones anciennement urbanisées ou dans les périphéries à dominante rurale. Seule la sixième structure se situe dans un des nouveaux îlots urbains, développé suite cette nouvelle implantation.

- Période du « capitalisme autoritaire » (1986 – 2004) : une extension urbaine vers les grandes périphéries

L'ouverture économique, amorcée dès 1986, initie un remarquable redémarrage de la croissance, laquelle s'exprime principalement dans les pôles urbains – véritables réceptacles des richesses et des investissements – et tout particulièrement à Vientiane, première bénéficiaire des réformes. Plus de 80% des investissements entrepris à l'échelle nationale profitent à la capitale [Sisoulath, 2003, 124] –, une tendance renforcée ensuite par la construction en 1994 du Pont lao-tai de l'Amitié, situé à quinze kilomètres en aval du centre de Vientiane.

Le dynamisme urbain suscité accroît très sensiblement le périmètre de la ville qui accueille de multiples activités commerciales, industrielles et résidentielles. Plus qu'il ne densifie les espaces antérieurement urbanisés, le développement urbain procède par étalement : entre 1995 et 2000, la croissance démographique annuelle, de l'ordre de 12% dans la limite 189, atteint 21% dans les 89 villages périphériques [Sisoulath, 2003, 152].

Le bâti annexe en priorité les abords des voies de communication et les zones exondées, avant de procéder à partir de ces ancrages à une périurbanisation diffuse. Principalement linéaire, ce mode de croissance dessine des interfaces ville-campagne : en bordure des routes s'exprime la ville (densité de population plus élevée, variété des activités commerciales, dynamisme, important flux routier, etc.) et en retrait, un paysage davantage bucolique (rizières, étangs, forêts, etc.).

Les modalités du développement urbain occasionnent une extension multidirectionnelle:

- à l'ouest, en bordure de la RN 13 Nord
- au nord-ouest, le long de la route T7 qui est d'orientation est-ouest
- au nord, en suivant les trois radiales reliant le centre de Vientiane à l'Université Nationale
- à l'est, entre la zone anciennement développée lors de la période post-coloniale et la route T4
- à l'extrémité est, sur la côte orientale et exondée de la mare du That Luang

- et enfin au sud, aux abords des axes routiers qui sont dans la mouvance des flux initiés par le Pont de l'Amitié.

En somme, le négatif de cette distribution ne laisse apparaître que les zones humides et celles qui ne sont pas traversées par le réseau viaire.

Toutefois, si l'urbanisation s'est développée à partir de 1986, elle a d'abord été progressive et ne s'est véritablement déployée qu'au milieu des années 1990. De façon à étudier le lien entre la croissance urbaine et l'implantation des structures de soins, il convient de distinguer deux phases au sein de cette période : de 1986 à 1995 et de 1996 à 2004. Lors de la première phase, l'extension urbaine est de moindre importance et se limite pour l'essentiel aux pourtours des trois radiales reliant le centre de Vientiane à l'université nationale [Sayarath, 2005, 75]. En revanche, entre 1996 et 2004, le développement urbain est plus prononcé et s'exprime selon les différentes orientations précédemment présentées.

Lors de ces deux périodes, l'adéquation entre la croissance urbaine et le développement du système de soins apparaît incertaine. Des sept nouvelles structures sanitaires développées entre 1985 et 1995, une seule s'implante au sein de l'espace nouvellement urbanisé. Quatre se situent dans des zones dépourvues de toute dynamique urbaine et deux dans des villages anciennement urbanisés (avant 1975). Lors de la seconde phase d'urbanisation (1996-2004), qui est aussi la plus prononcée, le dispositif ne s'étoffe que de deux établissements de soins supplémentaires.

Si, de prime abord, la forme de la distribution de l'ensemble des structures de soins publiques semblait associée au modèle de développement urbain de type centre-périphérie, la confrontation de ces deux dynamiques invalide la relation. Alors que certaines structures de soins, parmi les plus anciennes, figurent en périphérie de l'actuel périmètre urbain, d'autres, très récentes, sont implantées au cœur du centre ancien. Globale, cette approche n'a pas permis de mettre en évidence les logiques à l'origine de l'implantation de l'offre de soins, car celles-ci diffèrent selon la catégorie des structures. Les acteurs et les enjeux varient avec le type d'établissement, c'est à partir d'eux qu'il convient de fonder notre réflexion.

B/ Des logiques d'implantation distinctes selon le type de structure

- **Les dispensaires : le jeu des pouvoirs locaux**

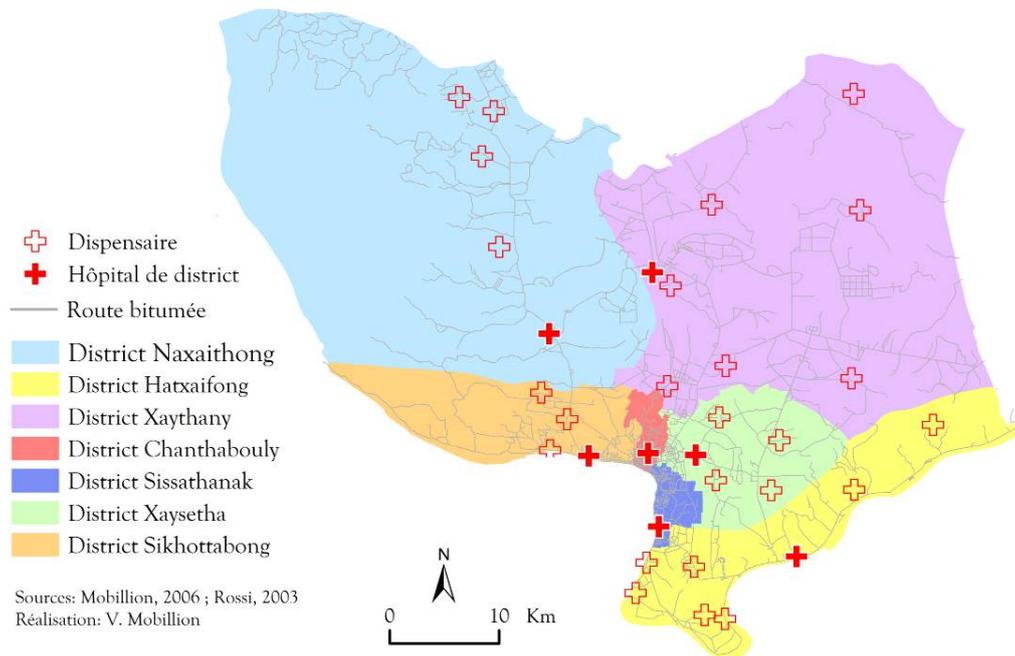
L'implantation des dispensaires dépend des accords conclus entre différents agents publics en charge de l'aménagement sanitaire des districts. Sont concernés les responsables du bureau de santé provincial et de district, ainsi que les chefs de villages qui présentent leurs doléances sanitaires.

Cependant, quels sont plus précisément les principes et les processus décisionnels à l'origine de l'allocation de ces ressources sanitaires ?

A cette question, les autorités sanitaires rencontrées, en référence à la politique de soins de santé primaires, insistent à l'envi sur la nécessité d'atteindre une couverture sanitaire complète de la zone administrée. Toutefois, les insuffisances et les incohérences révélées par la cartographie des dispensaires implantés dans les sept districts de la capitale⁵², contrarient plus qu'elles ne garantissent cet objectif.

D'une part, les dispensaires des districts de Naxaythong et de Sikhottabong⁵³ présentent une répartition déséquilibrée. Implantés selon un axe nord-sud, ils sont éloignés de la majorité des villages de ces districts.

Carte 11 - Localisation des dispensaires dans les 7 districts de Vientiane (2006)



Notes : 2 dispensaires du district de Xaythany n'apparaissent pas sur la carte car nous ne disposons pas du nom des villages où ils sont implantés.

D'autre part, certains dispensaires ont été implantés dans des villages limitrophes (district de Hatxaifong), donc selon une configuration ne permettant pas une couverture sanitaire optimale. Enfin, la superficie inégale des districts n'est pas prise en compte : alors que le district de Naxaythong présente une superficie trois fois supérieure à celle du district de Xaysetha, tous deux disposent de quatre dispensaires.

Etant donné les défauts du dispositif, le choix du lieu d'implantation ne semble pas plus répondre aux besoins de santé potentiels des populations qu'à une répartition régulière favorisant le contrôle de l'espace.

⁵² Etant donné que le périmètre des 189 villages compte seulement sept dispensaires, nous avons retenu cette zone d'étude des sept districts, tous compris (en partie ou intégralement) dans la capitale, afin de mieux appréhender les logiques de répartition de ces structures.

Comme l'illustre la cartographie des dispensaires (carte 11), les sites d'implantations sont liés à la présence du réseau routier, de même qu'ils respectent, dans la majorité des cas, une distance minimale avec les hôpitaux de district. Cependant, ces impératifs mis à part, quels critères commandent le choix du village accueillant le dispensaire ?

La disponibilité foncière ne peut constituer un élément d'explication, car la faible emprise spatiale des dispensaires rend aisée l'implantation de ces derniers dans la plupart des villages qui, d'ailleurs, sont peu densément peuplés.

D'après les témoignages des responsables des dispensaires et compte tenu des modalités de fonctionnement de l'administration (hiérarchisation, corruption), la distribution spatiale des dispensaires apparaît principalement liée au jeu de pouvoir entre hauts fonctionnaires. Celui-ci opérerait dès l'octroi du budget destiné à financer la construction d'un dispensaire. D'abord discuté à l'échelle de la province entre les différents responsables de santé des districts, le choix du lieu d'implantation est par la suite examiné par les acteurs du district bénéficiaire afin d'identifier le village d'accueil de la structure. A ces différentes tables rondes, les protagonistes réunis confrontent leur argumentaire auquel se mêlent les intérêts particuliers des différentes parties. Ces réunions s'apparentent ainsi à des « joutes politiques » au cours desquelles s'expriment les enjeux du pouvoir, les allégeances et autres formes de clientélisme entre les différents acteurs, qu'ils relèvent de l'autorité provinciale, de district ou villageoise. De la sorte, la décision finale d'allocation des ressources est, dans bien des cas, tributaire des relations politiciennes en jeu [Jica, 2002, 8-35]. Ainsi, pour comprendre plus en détail les logiques se conjuguant lors de l'implantation des structures de soins⁵⁴, il aurait été plus pertinent d'approcher les chefs de villages et autres responsables politiques plutôt que les agents de santé travaillant au sein des dispensaires⁵⁵.

Les enjeux politiques sont tels que les agents du district, voire de la province, sont parfois écartés de ces débats (pourtant locaux) au profit des plus hauts fonctionnaires. Le cas de la construction du dispensaire de Nong Teng dans le district de Sikhottabong, à une douzaine de kilomètres du centre de Vientiane, en est une illustration.

En 2004, le gouvernement, avec le soutien financier de la coopération danoise, entreprend de remplacer les habitats insalubres de la zone humide de Nong Chanh – espace central situé aux abords d'un des plus grands marchés alimentaires de Vientiane (le marché du matin) et limitrophe de l'ancien quartier colonial – par un jardin public. Contraints d'être délogés, les habitants se voient offrir en contrepartie un terrain en grande périphérie, dans le village de Nong Teng⁵⁶. Si la population principalement commerçante, est emplie d'amertume par cette expropriation qui risque de la précariser, elle bénéficie toutefois, et ce dès son installation dans le village, d'un dispensaire flambant neuf. Cette situation renseigne ainsi sur l'ordre des priorités qu'accordent les autorités aux questions politiques et sanitaires. Alors que la plupart des chefs de villages sont découragés à l'idée d'émettre une nouvelle demande d'allocations de ressources,

⁵⁴ Pour comprendre précisément le choix du lieu d'implantation d'une structure, un des seuls moyens consisterait à participer aux débats politiques que ces nouvelles installations engendrent, que celles-ci soit de rang villageois ou central.

⁵⁵ Nous n'avons pas pu mener ces enquêtes par manque de temps.

⁵⁶ Ces informations sont le fait d'observation de terrain. Nous avons connu Nong Chanh avant et après que ses habitants soient expropriés. Par la suite, nous avons visité le village de Nong Teng, principalement le quartier édifié pour accueillir cette population déplacée.

celui de Nong Teng reçoit un dispensaire « clé en main » lors de l'arrivée des expropriés. Faut-il relier cet événement à une intervention pragmatique des autorités, étouffant ainsi toute contestation relative aux mesures d'expropriation ?

Pour conclure, c'est l'imbrication d'éléments (les jeux de pouvoir, la distance minimum de l'hôpital de district et la présence du réseau viaire) qui commande la localisation des dispensaires et qui, ainsi, confère une distribution particulière à chaque district.

- **Les hôpitaux de district : un agencement lié au réseau viaire**

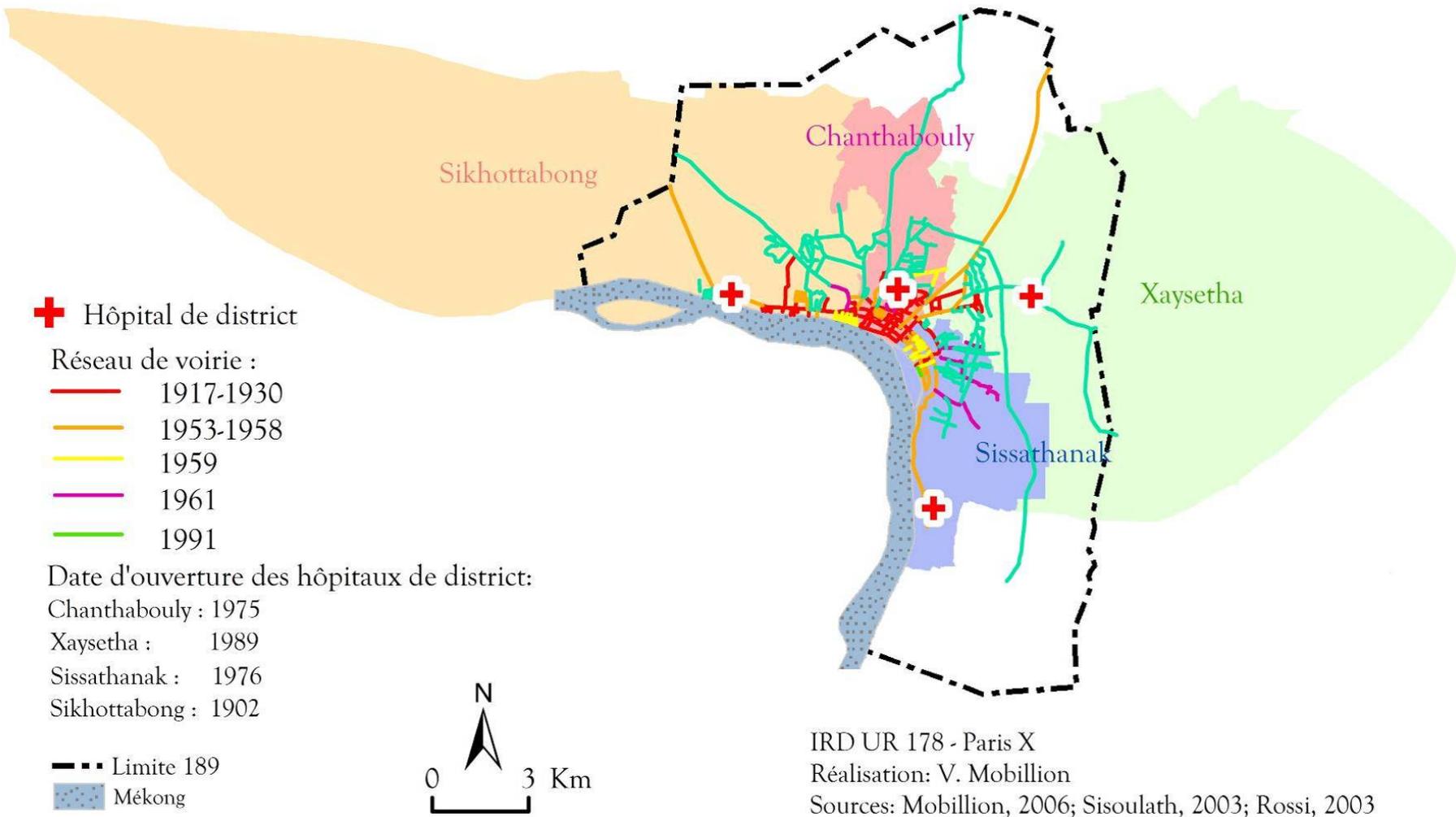
Bien que le bassin de recrutement théorique de ces hôpitaux recouvre l'ensemble de la population du district, les quatre établissements de la capitale occupent des positions manifestement éloignées du centre des districts (carte 12). Leur localisation témoigne d'une logique d'implantation ne cherchant ni à favoriser une accessibilité physique optimale, ni à garantir le contrôle de ces espaces.

La localisation des hôpitaux est étroitement liée au développement des principales voies de communication de Vientiane. De surcroît, ils ne s'implantent pas au hasard sur le réseau viaire mais sur les extrémités des voies de communication à l'époque de leur construction. Cette disposition traduit la volonté de s'implanter en marge du centre-ville.

Dans le district de Chanthabouly, l'hôpital construit en 1975 est situé au nord du réseau routier établi dans les années 1930. L'extension plus septentrionale de ces routes ne débutera qu'à partir des années 1990. L'Hôpital de Xaysetha, établi en 1989, s'est implanté à proximité d'une importante route ouverte à la même période. Quant à l'Hôpital de Sissathanak, il est installé en 1976 à l'extrémité de l'une des plus importantes radiales du district. Enfin, en ce qui concerne l'Hôpital de Sikhottabong, sa situation ne peut être illustrative de notre propos, puisqu'elle renvoie à l'emplacement d'un ancien dispensaire rural construit dès 1902 par les autorités coloniales.

Calquée sur un réseau routier constitué à l'époque de radiales, l'implantation des hôpitaux de district est manifeste d'un certain tropisme urbain. Le mode de développement du réseau de communication – qui privilégie les radiales aux pénétrantes –, et indirectement celui des hôpitaux de district, renvoient tout deux aux « systèmes politiques » *taï*, dont l'organisation s'articule nécessairement à partir du centre politique, économique et social. Parmi les conséquences sanitaires attendues, on présume une accessibilité aux hôpitaux de district réduite dans les villages non reliés à ces radiales.

Carte 12 - Développement du réseau routier et installation des hôpitaux de district à Vientiane



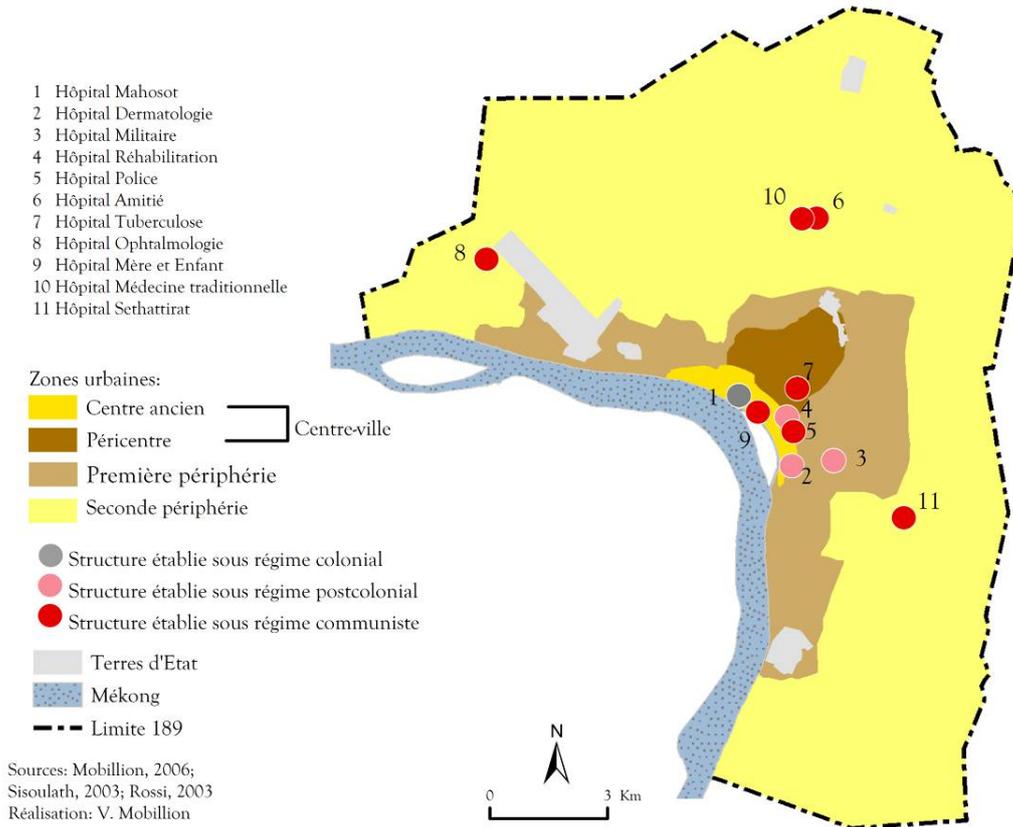
- **Les hôpitaux centraux : entre centralité et croissance urbaine**

Comme nous l'avons exposé précédemment, les différents hôpitaux centraux ont été édifiés successivement aux époques coloniale, post-coloniale et communiste. Néanmoins, en dépit des différents régimes politiques, les dynamiques œuvrant à l'implantation de l'ensemble du dispositif restent semblables et principalement sensibles à la polarisation urbaine.

Parmi les 11 structures de rang national, toutes s'inscrivent au sein du périmètre des 189 villages. La préférence systématique qu'ont accordée les autorités successives à l'installation des hôpitaux centraux dans le périmètre urbain de la capitale traduit le caractère en partie politique de ces localisations. Certes, d'autres facteurs ont pu influencer ce choix (accessibilité, économie externe, etc.), néanmoins cette centralité reste bénéfique aux dirigeants qui, en s'entourant d'infrastructures de pointe, en récoltent l'image prestigieuse ; ainsi les hôpitaux centraux contribuent-ils à légitimer le pouvoir politique. Au même titre que d'autres équipements administratifs d'importance (Ministères, Assemblée Nationale, etc.), ces établissements participent à nourrir le prestige de Vientiane.

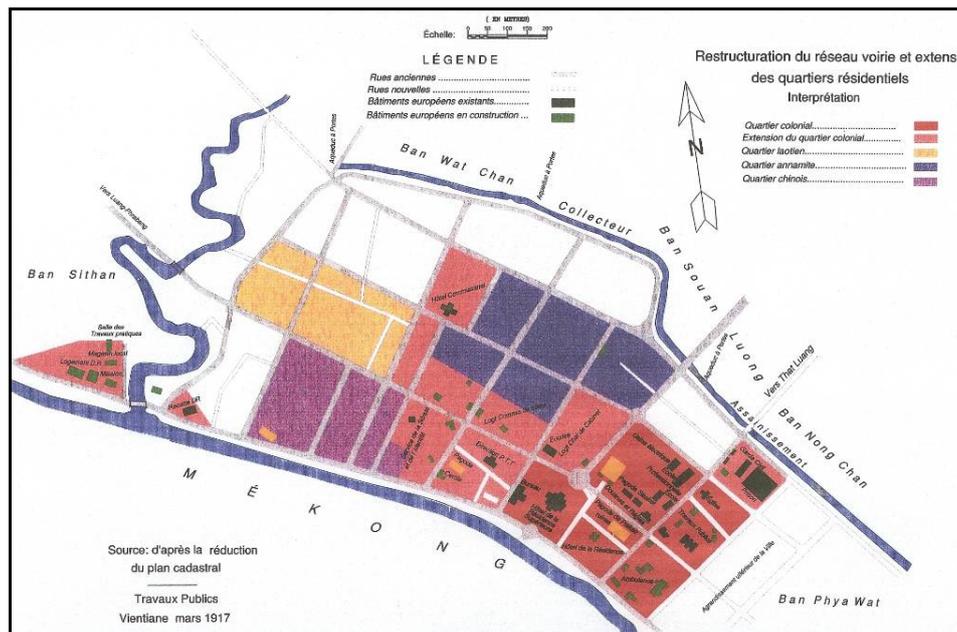
Plus encore qu'urbaine, la concentration est essentiellement « centrale » en ce sens qu'elle privilégie le centre-ville de Vientiane – une autre préférence également partagée par chacun des régimes politiques (colonial, post-colonial et communiste).

Carte 13 - Localisation des hôpitaux centraux à Vientiane, 2006



L'Hôpital Mahosot prend place dans la partie orientale de l'enclos colonial. Il s'immisce dans le tissu urbain parmi les infrastructures étatiques et administratives du protectorat (Hôtel de la Résidence Supérieure, tribunal, services des Travaux Publics, douanes et régies, écoles, etc.).

Document 4 - Carte de situation de l'Hôpital Mahosot à la période coloniale



Source : Sisoulath, 2003
 Sur cette carte datée de 1917, l'Hôpital Mahosot figure sous la dénomination d'« ambulance ». Il se situe au sud-est de l'îlot colonial, parmi les autres bâtiments administratifs du protectorat.

A l'époque postcoloniale, deux des trois nouveaux établissements centraux (les centres nationaux de dermatologie et de réhabilitation) s'installent dans la partie aval du centre ancien. Enfin, après 1975, le centre-ville se voit à nouveau doté de trois hôpitaux : celui de la mère et de l'enfant, qui, attenant aux bâtiments de l'Hôpital Mahosot, s'impose comme une extension complémentaire de ce dernier ; l'Hôpital de la Police, qui jouxte le centre de réhabilitation ; et, enfin, l'Institut National Contre la Tuberculose, établi dans le péricentre. De manière générale, ces nouvelles structures s'installent surtout dans la partie orientale du centre colonial, là où le développement urbain, d'abord orienté à l'ouest sous le protectorat, fut plus tardif.

Constante depuis le début du XXe siècle, la polarisation de ces hôpitaux dans le centre-ville de Vientiane finit par y dessiner un véritable pôle hospitalier. La centralisation n'est pas réservée au seul secteur sanitaire, car aux côtés de ces infrastructures se déploient également des établissements politiques, commerciaux, administratifs et religieux parmi les plus prestigieux. De tout temps, cet espace attira l'attention des dirigeants qui, à chacune des nouvelles phases politiques, le réinvestirent. Dans le domaine sanitaire, la continuité s'exprime par le maintien des anciennes structures et l'édification de nouvelles, et, dans le domaine politique, les bâtiments sont également préservés avec

leurs fonctions et dénominations modifiées: la résidence supérieure du protectorat fut renommée « Résidence Royale » en 1954 puis « Palais présidentiel » en 1975 ; l'Assemblée Nationale devint le « Palais du gouvernement » après la libération.

Toutefois, la totalité des hôpitaux centraux n'a pu s'implanter dans l'espace circonscrit du centre-ville. La réserve foncière se réduisant au fil des années, les nouvelles infrastructures sanitaires dont l'emprise spatiale était importante ont dû, à partir des années 1960, s'installer dans des zones plus excentrées.

L'Hôpital militaire, premier établissement central ayant occupé une position excentrée, fut construit en 1966, dans la périphérie est du quartier colonial. Composé aujourd'hui d'une dizaine de bâtiments, et comptant plus de 400 lits, il nécessitait déjà à l'époque un vaste terrain. Pour cette raison, il fut implanté à distance du noyau urbain, à proximité d'un campus tout aussi récent. A eux deux, ils formèrent un îlot bâti au milieu d'espaces rizières.

L'installation périurbaine des hôpitaux se poursuivit aux cours des années 1980 avec la construction de l'Hôpital de l'Amitié, au nord, dans l'actuelle seconde périphérie. Son emplacement se situe à proximité d'une ancienne base militaire américaine. En 1975, le régime communiste y installe les locaux du Comité Central du Parti. A partir de ce nouvel édifice, se déploient plusieurs autres bâtiments publics (les camps militaires de Chommany, Sivilay et du km5) auxquels s'ajoute au début des années 1980 l'Hôpital de l'Amitié. L'installation, en 1999, de l'Hôpital de Médecine Traditionnelle à proximité immédiate de cette structure centrale contribue à la formation d'un complexe sanitaire dans la périphérie nord de Vientiane.

Quant au centre national ophtalmologique, il s'installe le long de la RN 13, à la sortie ouest de la ville, où de vastes terrains étaient disponibles.

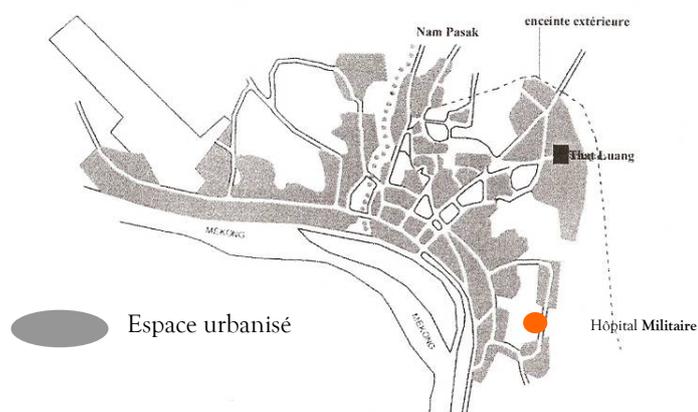
Enfin, l'Hôpital Sethattirat, dernier établissement en date, se situe dans la périphérie sud-est, en bordure de la route principale (T4) séparant l'espace bâti à l'ouest de la mare du That Luang à l'est. L'installation fut d'abord envisagée sur son site d'implantation initial où les Américains avaient construits l'ancien Hôpital Sethattirat, dans le village de Houakoua (district de Xaysetha)⁵⁷. Cette zone étant dépourvue d'une terre d'Etat étendue, le site fut délocalisé cinq kilomètres plus au sud, là où l'urbanisation était encore naissante.

Ainsi, avec l'instauration de la RDP Lao, les logiques d'implantations des hôpitaux centraux sont restées comparables à celles poursuivies par les régimes précédents ; elles ne témoignent pas d'une volonté spécifique des autorités de structurer l'espace urbain. Les hôpitaux centraux sont implantés en priorité dans la zone urbaine centrale en vue de favoriser leur visibilité et notoriété. Lorsque les interstices urbains ont été comblés, ces équipements ont été installés dans des espaces plus périphériques. Le choix de ces sites d'implantation a répondu à des aléas liés aux disponibilités foncières et/ou aux précédentes orientations prises par le développement urbain, sans qu'il y ait de véritable considération d'ordre sanitaire ni d'aménagement du territoire de la capitale. Or, les hôpitaux centraux, constituant de véritables pôles structurants autour desquels gravite l'urbanité (augmentation des activités tertiaires, de la densité de population, du trafic

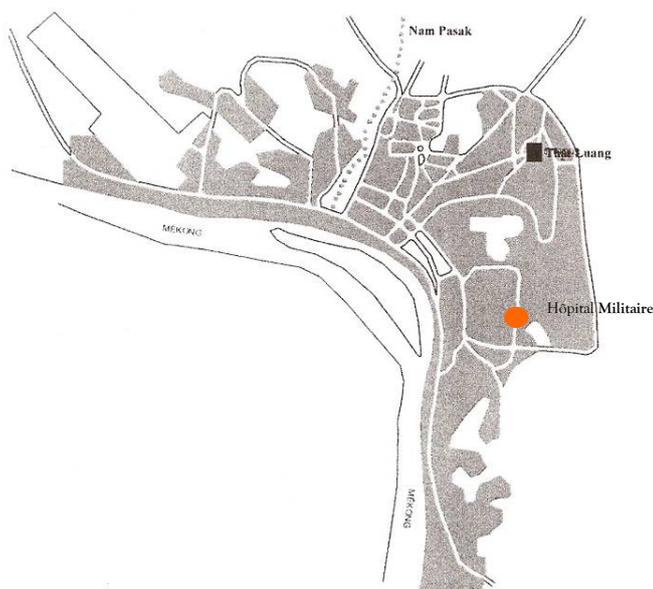
⁵⁷ Informations communiquées par l'un des responsables de l'Hôpital Sethattirat.

routier, etc.), ont ainsi orienté le développement urbain de Vientiane. L'Amitié, Sethattirat et l'Hôpital Militaire, participent en effet d'une profonde recomposition de l'espace au point de former, dans des zones à l'origine rurale, de nouvelles centralités urbaines (document 5, carte 14 et tableau 8). Leur installation, s'accompagnant d'un important accroissement des activités commerciales ainsi que de constructions, a contribué au développement de noyaux urbains périphériques. Les hôpitaux centraux ont ainsi généré un mode de développement urbain polynucléaire. Peu planifiée par les autorités, l'implantation de ces établissements pourtant particulièrement structurants, modère la nature autoritaire du régime actuel.

Document 5 - Situation de l'Hôpital Militaire et développement urbain (1966-1985)



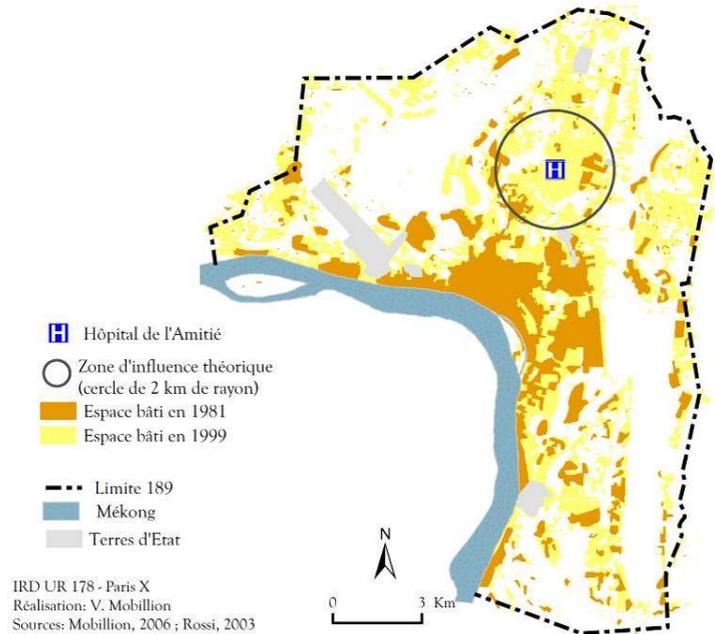
Développement urbain en 1966



Développement urbain en 1985

Source : adapté de Ministère des Communications, des Transports, des Postes et de la Construction, 1989
L'évolution de l'espace bâti entre 1966 (date de la construction de l'hôpital) et 1985 témoigne d'un net tropisme urbain en faveur des zones avoisinant l'Hôpital Militaire.

Carte 14 - Accroissement de l'espace bâti à proximité de l'Hôpital de l'Amitié entre 1981 et 1999



L'Hôpital de l'Amitié est également l'un des principaux fixateurs de l'urbain. Si, lors de sa construction (1983-1986), l'hôpital s'impose comme une infrastructure massive et isolée dans une zone à dominante rurale, l'attribution par l'Etat de parcelles aux fonctionnaires initialise l'urbanisation de la zone. Dans un rayon de deux kilomètres autour de l'hôpital, la proportion du bâti passe, entre 1981 et 1999, de 12% à 70%. Cette croissance est d'autant plus significative qu'elle reste particulièrement singulière : sur la même période, l'espace bâti accru de 36% dans le périmètre des 189 villages augmente de près de 500% dans le cercle défini.

Tableau 8 - Croissance démographique entre 1995 et 2005 dans les villages à proximité de l'Hôpital Sethattirat

		Nombre d'habitants par village		Croissance démographique 1995-2005
		En 1995	En 2005	
Villages avoisinant l'hôpital Sethattirat	Donenokhoum	1473	2157	46%
	Donekoï*	1339	2686	101%
	Dongsavat	1115	2729	145%
	Xiengda	1637	2163	32%
	Muangnoï	1474	1850	26%
	Phonepapao Thong	2888	5398	87%
	Nonvuai	1414	1950	38%
	Total des 7 villages	11 340	18933	67%
Les 189 villages	291 621	372 898	28%	

Source : Recensements de 1995 et de 2005. * village où est situé l'Hôpital Sethattirat. L'implantation en 2001 de l'Hôpital de Sethattirat est elle aussi manifestement « polarisante ». A Donekoï, où est installée la structure, et dans les villages avoisinants, la population s'est accrue de 67% entre les recensements de 1995 et 2005, un résultat dissemblable à celui des 189 villages (28%). La croissance démographique des villages situés à proximité de l'hôpital reste toutefois inégale. Selon qu'ils se situent sur le terrain inondé de la mare du That Luang, à l'est de la structure, ou dans les parties exondées, à l'ouest, l'indice d'accroissement varie de 1 à 5.

* * *

Si, comme ailleurs au Laos, le dispositif sanitaire de la capitale a été élaboré de façon à servir le contrôle du territoire – par une application fidèle de la pyramide sanitaire nationale dans la Capitale de Vientiane –, le choix précis du lieu d'implantation des infrastructures, quant à lui, ne relève pas d'une telle logique.

En privilégiant une analyse construite à partir des acteurs, nous avons pu mettre en évidence qu'il n'existait pas de volonté unique commandant la répartition spatiale de l'offre de soins publique. Rattachées à différentes unités administratives (ministère, province, district, village), les structures de soins mobilisent une pluralité d'acteurs animés de stratégies et d'enjeux distincts. De la sorte, il existe autant de territoires d'implantation de l'offre de soins publique que celle-ci met en scène de protagonistes. Même si leur dimension concentrique évoque *a priori* le mode de développement urbain de Vientiane, une analyse spatio-temporelle invalide cette thèse et réintroduit de nouveau l'idée de la multiplicité des acteurs en cause. Ces derniers agissent selon des raisons variées où la logique du contrôle territorial comme celle de couverture sanitaire interviennent peu.

En effet, la distribution spatiale des dispensaires est d'abord le résultat des alliances et faveurs politiques locales. Quant aux hôpitaux de district, leur implantation semble dépendre essentiellement de la disponibilité d'un assez grand terrain qui soit relié au réseau viaire. Enfin, les structures de soins centrales, comme sous les régimes colonial ou post-colonial, sont en priorité implantées à proximité des emblèmes du pouvoir, dans le centre-ville.

Si une étude anthropologique complémentaire aurait permis de reconstituer les rationalités et motivations auxquelles obéissent les pratiques des acteurs en présence, nos résultats permettent néanmoins d'attester qu'une logique de contrôle territorial n'interfère pas dans le choix du lieu d'implantation de la structure ; elle n'intervient en définitive qu'en amont, pour définir l'architecture du système de soins. Le fait que les différents acteurs à l'origine des territoires d'implantation de l'offre de soins publique soient chacun motivés par d'autres logiques, remet en question l'autoritarisme du régime. Face à un gouvernement qui permet une marge de liberté à de nombreux acteurs, est-il encore pertinent de le qualifier d'autoritaire ?

Malgré la multiplicité des logiques d'implantation à l'œuvre, l'offre de soins située dans le périmètre des 189 villages présente finalement une répartition globale équilibrée, sans désert médical frappant. Cet arrangement, *a priori* paradoxal, s'explique par ce que Giddens⁵⁸ appelle l'effet de composition d'actes non intentionnels ; « *cet effet de composition est en quelque sorte l'affaire de tous et de personne* ». Aux espaces centraux et de première périphérie sont dévolues des structures de soins tertiaires et secondaires (hôpitaux centraux et hôpitaux de district), et au-delà figurent surtout les services sanitaires de premier niveau, les dispensaires.

⁵⁸ GIDDENS A., 1987. *La constitution de la société*, Paris, PUF.

Chapitre 4. Les territoires d'implantation de l'offre de soins privée : la consécration d'intérêts particuliers

Le développement des structures de soins privées s'inscrit dans la réforme économique de 1986, une réforme pragmatique introduite par le gouvernement en vue de se maintenir au pouvoir. Dès lors, comment les autorités font-elles coexister l'encouragement de l'entreprise privée et le contrôle social ? A quel type de réglementation les pharmaciens et les médecins privés sont-ils soumis ? Quelles sont leurs modalités de développement et d'implantation ?

I. Un dispositif au développement non maîtrisé

A/ Une dynamique de type commercial

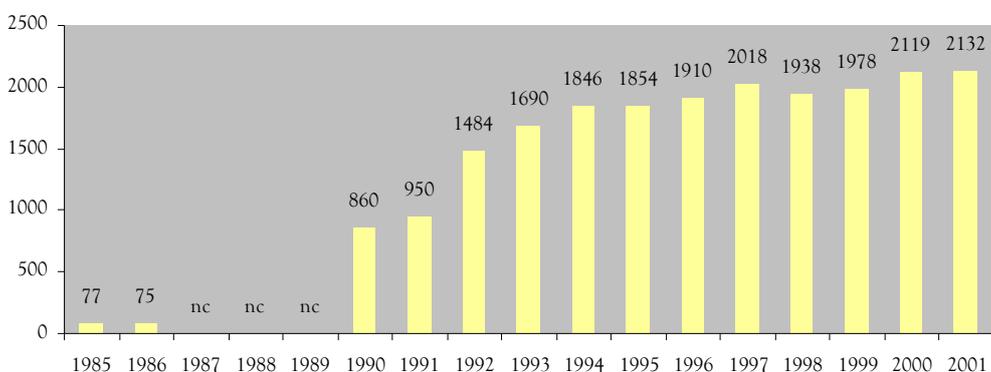
- **Une croissance liée à l'ouverture économique**

Autorisés quelques années après l'ouverture du Laos à une économie de marché, les pharmacies et les cabinets médicaux privés se multiplient au rythme soutenu de la récente croissance économique. Les soins deviennent, au même titre que des biens, un produit de consommation courante, et la santé, un nouvel enjeu de négoce.

Le développement des pharmacies, d'abord timide au début des années 1980 (77 pharmacies en 1985)⁵⁹, devient remarquable dès 1990, date à laquelle ces structures sont officialisées et la libéralisation économique amorcée. A cette période, on dénombre plus de 850 pharmacies sur le territoire national (figure 5). Ne cessant d'augmenter, leur effectif atteint plus de 2100 en 2001.

⁵⁹ Au début des années 1980, la pénurie de médicaments dans les hôpitaux publics associée aux conditions de vie difficiles de la population a conduit les autorités à tolérer le développement d'un marché privé du médicament.

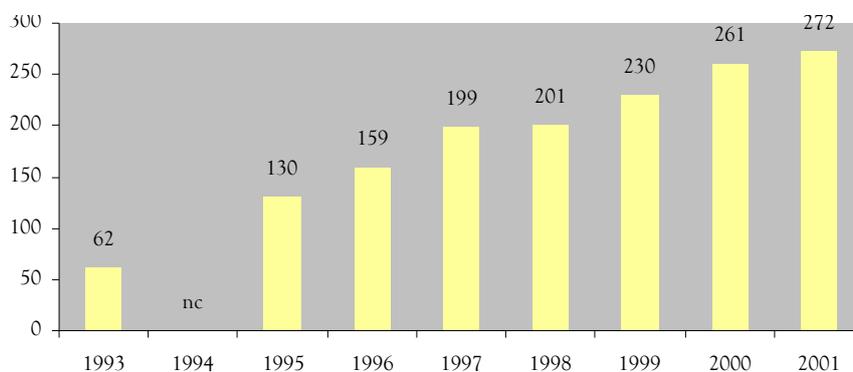
Figure 5 - Evolution du nombre de pharmacies privées au Laos entre 1985 et 2001



Note : Alors qu'entre 1985 et 2001 le nombre de pharmacies a été multiplié par plus de 25, l'effectif de la population laotienne a à peine doublé passant de 3,5 millions d'habitants à moins de 6 millions. Source : Jica, 2002 ; ADB, 1999

En ce qui concerne les cabinets médicaux, leur développement est plus tardif et de moindre essor. Toutefois, leur dispositif s'est aussi largement étoffé : ne comprenant que 62 structures en 1993, il en compte 272 en 2001.

Figure 6 - Evolution du nombre de cliniques privées au Laos entre 1993 et 2001



Source : Jica, 2002 ; ADB, 1999

Les cliniques sont beaucoup moins nombreuses que les pharmacies, principalement en raison de leurs conditions d'ouverture plus sélectives. En effet, la licence permettant d'ouvrir une clinique n'est accessible qu'aux médecins, quand celle concernant les pharmacies est ouverte aux pharmaciens, pharmaciens-assistants mais aussi à l'ensemble des agents de santé. Toute personne ayant exercé dans le domaine médical, quel que soit son niveau de formation, peut ainsi prétendre à une licence pour ouvrir une pharmacie. Le nombre de pharmacies a d'autant plus augmenté qu'à la fin des années 1980, le gouvernement ayant réduit l'effectif des fonctionnaires [Dumoulin, 1996, 47], ceux exerçant dans le domaine médical et se retrouvant sans emploi se sont souvent reconvertis dans le commerce du médicament.

En outre, le développement des cliniques reste modéré en raison d'un niveau de rentabilité jugé souvent insuffisant. Les deux licences proposées, la licence d'exercice « en dehors des heures officielles » ou celles de « 24 heures », ne peuvent garantir une rémunération satisfaisante. La première fait courir le risque de percevoir de simples « extras », et la seconde est peu demandée par les médecins, conscients qu'une fois retirés de la fonction publique ils ne pourront plus y recruter leur clientèle privée. En 2002, seulement 13% des cliniques étaient sous licence « 24 heures » [Jica, 2002, 8-5]. Enfin, l'un des autres obstacles au développement des cliniques serait le coût de l'équipement médical.

Si, pour ces différentes raisons, les cliniques sont moins nombreuses que les pharmacies, il est toutefois probable que la prise en compte des pratiques médicales informelles dans le comptage augmenterait sensiblement leur effectif [Jica, 2002, 8-5 ; Dumoulin, 1996, 47].

- **Une concentration dans les centres urbains**

Compte tenu de l'absence de réglementation précisant la répartition de l'offre de soins privée, le choix du lieu d'implantation des pharmacies et des cabinets médicaux revient aux licenciés. Recherchant, comme les autres commerçants, un profit, ils s'installent de préférence dans des zones où la solvabilité des ménages est susceptible d'être la meilleure, donc dans les centres urbains.

Même si les statistiques nationales disponibles ne permettent pas de situer les structures privées, en milieu urbain ou bien en milieu rural, une analyse du dispositif à l'échelle provinciale rend toutefois compte de ce phénomène lorsqu'on distingue les provinces à dominante urbaine de celles à dominante rurale.

En ce qui concerne les pharmacies privées, l'analyse fait en effet apparaître une répartition favorable aux provinces accueillant les cinq plus grands centres urbains du Laos (Vientiane, Savannakhet, Paksé, Luang Prabang et Thakhek). Ces provinces disposent d'une pharmacie pour 2099 habitants alors que dans les provinces rurales la densité correspond à une pharmacie pour près de 3000 habitants (tableau 9).

De surcroît, parmi les cinq provinces urbaines, c'est la plus urbanisée, la Capitale de Vientiane, qui concentre le dispositif le plus dense, avec une pharmacie pour 1203 habitants. Ce résultat correspond à une densité de deux à quatre fois supérieures à celle des autres provinces urbaines (tableau 10).

Tableau 9 - Densité de pharmacies dans les provinces urbaines et rurales du Laos en 2001

	Nombre d'habitants**		Nombre de pharmacies		Densité de pharmacies (Nbre d'habitants pour 1 pharmacie)
	Effectif	%	Effectif	%	
Provinces à dominante urbaine*	2 663 000	51	1269	59	<u>2 099</u>
Provinces à dominante rurale	2 557 000	49	865	41	2 956
Total	5 220 000	100	2134	100	2 446

**Données du recensement de 1995 Source: adapté de Jica 2002 *Provinces où se situent les cinq principaux centres urbains du Laos (Vientiane, Savannakhet, Paksé, Luang Prabang et Thakhek)

Tableau 10 - Densité de pharmacies dans chaque province urbaine du Laos en 2001

	Nombre d'habitants***		Nombre de pharmacies		Densité de pharmacies (Nbre d'habitants pour 1 pharmacie)
	Effectif	%	Effectif	%	
Capitale de Vientiane	598 000	22	497	39	<u>1 203</u>
Champassak*	572 000	21	261	21	2 192
Khammuane**	311 000	12	140	11	2 221
Luang Prabang	416 000	16	166	13	2 506
Savannakhet	766 000	29	205	16	3 737
Total	2 663 000	100	1269	100	2 099

* Province où se situe la ville de Paksé **Province où se situe la ville de Thakhek Source : adapté de Jica 2002

Comme les pharmacies, les cliniques se concentrent principalement en milieu urbain. Le nombre de clinique par habitant varie du simple au triple entre les zones urbaines (1 clinique/13 942 hab.) et les zones rurales (1 clinique/ 31 567 hab.).

Parmi les provinces urbaines, c'est de nouveau la Capitale de Vientiane qui bénéficie du dispositif le plus dense. On y recense une clinique pour 5 200 habitants, ce qui correspond à une densité de 4 à 10 fois plus importante que dans les autres provinces urbaines (tableaux 11 et 12). Deux raisons principales sont à l'origine d'une concentration des cliniques dans cette province. D'une part, la faculté médicale de Vientiane forme davantage de médecins que ses antennes secondaires provinciales et, d'autre part, le contexte économique, qui y est plus favorable qu'ailleurs, favorise le développement d'une importante clientèle potentielle.

Tableau 11 - Densité de cliniques dans les provinces urbaines et rurales du Laos en 2001

	Nombre d'habitants**		Nombre de cliniques		Densité de cliniques (Nbre d'habitants pour 1 clinique)
	Effectif	%	Effectif	%	
Provinces à dominante urbaine*	2 663 000	51	191	70	<u>13 942</u>
Provinces à dominante rurale	2 557 000	49	81	30	31 567
Total	5 220 000	100	272	100	19 191

*Provinces où se situent les cinq principaux centres urbains du Laos (Vientiane, Savannakhet, Paksé, Luang Prabang et Thakhek) **Données du recensement de 1995 Source: adapté de Jica, 2002

Tableau 12 - Densité de cliniques dans chaque province urbaine du Laos en 2001

	Nombre d'habitants***		Nombre de cliniques		Densité de cliniques (Nbre d'habitants pour 1 clinique)
	Effectif	%	Effectif	%	
Capitale de Vientiane	598 000	22	115	60	<u>5 200</u>
Champassak*	572 000	21	24	13	23 833
Khammuane**	311 000	12	20	10	15 550
Luang Prabang	416 000	16	21	11	19 810
Savannakhet	766 000	29	11	6	69 636
Total	2 663 000	100	191	100	13 942

* Province où se situe la ville de Paksé **Province où se situe la ville de Thakhek ***Données du recensement de 1995 Source : adapté de Jica 2002

- **Le commerce du soin à Vientiane, état des lieux**

Une analyse à l'échelle nationale a mis en évidence les logiques commerciales desquelles dépend le développement des cliniques et des pharmacies. A présent, concentrons-nous sur le dispositif présent à Vientiane, notre zone d'étude. Comment ces mêmes logiques s'y traduisent-elles ?

Les données présentées ci-dessous reposent sur le recensement et la caractérisation des structures privées⁶⁰, données collectées en 2006 suite à la localisation de l'ensemble des ressources implantées dans le périmètre des 189 villages.

Conformément aux résultats observés à l'échelle nationale, la majorité des structures se concentre dans la zone la plus urbanisée de la Capitale de Vientiane. Disposant de 299 pharmacies et de 88 cliniques, le périmètre des 189 villages concentre en effet 72% des pharmacies et 81% des cliniques de la province⁶¹.

- le dispositif des pharmacies :

Les pharmacies de niveau III sont de loin les plus nombreuses, représentant 58% du dispositif contre 16% et 26% pour les catégories I et II. Ces dernières sont cependant avantagement représentées à Vientiane. Plus de 40% des pharmacies de niveau I et II recensées à l'échelle nationale⁶² sont en effet implantées dans la capitale. Cette sur-représentation des pharmacies de catégorie supérieure traduit une logique de rentabilité, puisque les licenciés de ces pharmacies privilégient les lieux où la demande est importante de façon à amortir leurs frais de fonctionnement, plus élevés que ceux des pharmacies de catégorie III (coûts de la licence, coût de l'approvisionnement de médicaments variés et coût d'installation - achats d'un réfrigérateur pour stocker certains produits, d'un climatiseur pour le confort du client...).

A plusieurs égards, notre enquête montre que les licenciés restent principalement motivés par les aspects lucratifs de leur activité. Dans 36% des pharmacies, les vendeurs proposent, outre des médicaments, des produits de consommation courante, comme des produits d'épicerie, des boissons, des cartes téléphoniques, des chaussures...etc. (planche photographique 12). D'ailleurs, près de 45% des vendeurs ont déclaré vouloir diversifier et/ou modifier leur activité afin d'augmenter leurs bénéfices. Selon les cas, ils souhaiteraient agrandir leur commerce, ouvrir une clinique privée, vendre un autre type de produit, ou encore créer une compagnie d'import-export de médicaments, un commerce actuellement fructueux. Enfin, nous avons évalué à près de 50% la proportion de pharmacies dont le licencié pratiquait la sous-location de licence. Réduit au simple rôle de prête-nom, le licencié monnaye le droit d'exercer à une personne

⁶⁰La caractérisation des structures privées repose sur deux enquêtes par questionnaire : l'une concernant les pharmacies (questionnaire : cf. **Annexe 2**), l'autre les cliniques (questionnaire : cf. **Annexe 3**). Dans les deux cas, la totalité du dispositif de Vientiane a été enquêtée.

⁶¹ Ces pourcentages restent toutefois approximatifs car les données concernant le dispositif provincial sont issues de listes souvent incomplètes et/ou non actualisées, obtenues au département provincial de la Santé et au ministère de la Santé.

⁶² Calcul effectué à partir des statistiques de 2004-2005 obtenues auprès du ministère de la Santé.

désireuse d'ouvrir une pharmacie et n'ayant pas nécessairement de formation pharmaceutique.

Photographie 12 - Différents types de pharmacies présentes à Vientiane



- 1- Pharmacie de catégorie I du centre-ville, bien achalandée et très fréquentée de la population.
- 2- Petite pharmacie de catégorie I située également dans le centre-ville.
- 3- Pharmacie de catégorie I équipée d'une baie vitrée afin de protéger le stock de médicaments de la chaleur et de la poussière.
- 4- Pharmacie de catégorie III située dans le péri-centre vendant également de l'eau et du tabac ! (à gauche de l'image).
- 5- Pharmacie de catégorie I localisée dans le péri-centre ayant d'abord fonction d'épicerie (crèmes glacées, lessives, packs d'eau...installés en devanture de boutique).
- 6- Petite pharmacie de catégorie III située dans la périphérie de Vientiane, installée dans un local sommaire et disposant de peu de médicaments.

Ces différentes remarques témoignent de l'affairisme entourant la distribution des médicaments. Considérés comme un simple produit commercial, les médicaments sont ainsi fréquemment délivrés par un personnel peu qualifié quel que soit le risque que porte leur consommation (résistance aux antibiotiques, effets indésirables, inefficacité du traitement, intoxication médicamenteuse, etc.). Vu le fort recours de la population à l'automédication, les conséquences en matière de santé publique sont supposées importantes.

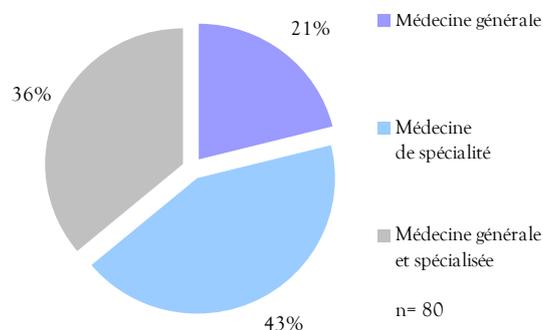
▪ Le dispositif des cabinets médicaux :

Les cliniques, pour la plupart peu équipées, relèvent essentiellement (66,5%) de la troisième catégorie (cf. p. 45). Si le coût de l'équipement médical est certainement en cause, le caractère souvent improvisé des cliniques privées contribuent aussi à expliquer ce résultat. En effet, les observations faites dans ces structures révèlent que nombre des médecins, y voyant un moyen facile, rapide et peu coûteux d'augmenter leur salaire, transforment à la hâte, et sans investissement particulier, une pièce de leur domicile en salle de consultation.

Les autorités délivrent jusqu'à trois types de licence d'exercice (médecine générale, spécialité médicale ou médecine traditionnelle), mais 73% des cabinets médicaux présentent une licence de médecine générale. On enregistre 27% de licences de médecine spécialisée et aucune de médecine traditionnelle.

Cependant, caractériser les cliniques à partir de ces documents officiels ne permet pas de cerner la réalité des pratiques. Nous avons pu observer d'une part, qu'il n'y avait pas de nécessaire correspondance entre le type de licence détenu et les soins dispensés et, d'autre part, que plusieurs des licenciés avaient une double pratique, exerçant à la fois la médecine générale et une spécialité médicale. Partant de ces constats, les cliniques présentent une classification très dissemblable de celle officielle et se répartissent ainsi : 21% dispensent des soins de médecine générale, 43% des soins de spécialités (pédiatrie, gynécologie, cardiologie, odontologie, etc.) et 36% combinent ces deux types de soins. Cette dernière pratique présente pour les licenciés l'intérêt de maximiser l'attractivité des structures et d'élargir ainsi leur clientèle.

Figure 7 - Type de cliniques présentes à Vientiane en 2006



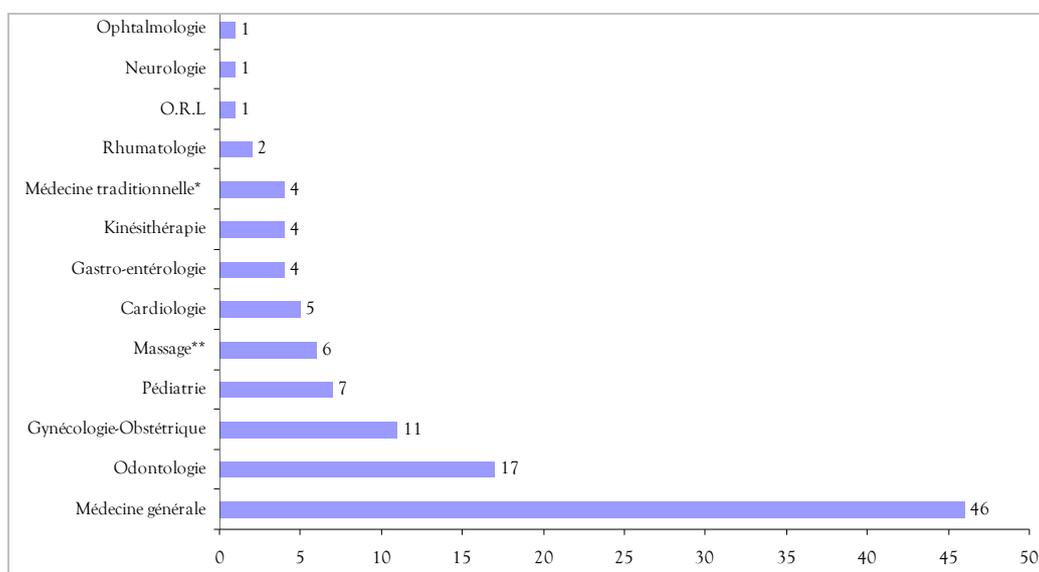
Source : enquête des pharmacies par questionnaire, 2006

Tout en tenant compte de la double pratique de certains médecins, nous avons quantifié les différentes médecines pratiquées, de manière à caractériser le dispositif de soins

privés disponible dans la capitale (figure 8). En première position figure la médecine générale, dispensée dans 46 cliniques. Cette médecine, exercée par la plupart des médecins et prenant en charge les besoins de soins les plus courants, il est logique qu'elle soit la plus dispensée. Ensuite se succèdent, selon des effectifs très variables, les différentes spécialités médicales.

- Les soins odontologiques, dispensés dans 17 cliniques, occupent la seconde position. Cette forte représentation des cabinets dentaires indique le caractère spécifiquement privé de ce type de service. Cette situation s'expliquerait par les faibles capacités des hôpitaux pour accueillir l'ensemble des dentistes diplômés et par les particularités entourant les soins dentaires (appréhension de la douleur, crainte concernant les conditions d'hygiène, traitement sur le moyen ou long terme) - la population privilégierait le recours aux services privés où la relation soignant/soigné est souvent plus individualisée.

Figure 8- Effectif des cliniques de Vientiane par spécialité médicale, 2006



* Il s'agit de spécialistes de l'acupuncture (3 personnes) et des plantes médicinales (1 personne) **Massage non thérapeutique, voué à la détente : les cliniques de massage se destinent principalement à une clientèle étrangère (expatriés et touristes) Source : enquête des pharmacies par questionnaire, 2006

- Dispensée dans 11 structures, la gynécologie et l'obstétrique figurent en troisième position. Cette offre, bien représentée, viendrait se substituer aux services gynécologiques publics, jugés parfois insatisfaisants voire inacceptables. En effet, nous avons pu constater lors de nos différentes enquêtes ou au travers de scènes de vie quotidienne que les femmes laotiennes ont une grande pudeur. Or il semblerait que les agents de santé publics prennent peu en compte cette spécificité des patientes. A titre d'exemple, lors d'une visite dans l'un des hôpitaux de district, il nous est arrivé, sur l'invitation d'un des agents de santé, à entrer dans une salle de consultations gynécologiques alors même qu'une patiente y était examinée. Notre intrusion, faite sans annonce, venait s'ajouter à celle d'étudiants en médecine observant les pratiques du médecin. L'expression de la patiente ne pouvait dissimuler sa gêne. Sans que les agents

de santé s'en inquiètent, la patiente était ainsi entourée de neuf personnes : le médecin, les cinq étudiants en médecine, l'agent de santé qui nous avait introduits dans le service, ma traductrice et moi-même.

- En quatrième position figurent les soins pédiatriques. Ils sont dispensés dans 7 cliniques. Si, au regard des besoins potentiels, cette offre paraît peu abondante, elle témoigne néanmoins de comportements de soins singuliers. Nous verrons lors de l'étude ultérieure sur le recours aux soins (cf. partie 3) si les patients correspondent à des enfants issus de familles aisées, des enfants gravement malades ou encore des enfants habitant à proximité de ces cliniques.

- Les spécialités de cardiologie, gastro-entérologie, kinésithérapie et la médecine traditionnelle sont peu représentées. En ce qui concerne les médecines de spécialités, cela s'explique par la cherté des appareils médicaux et une faible demande de soins, peut-être liée à la rareté de l'offre. Quant à la médecine traditionnelle, elle est peu pratiquée dans les cliniques privées, car la relation soigné/soignant ne correspondrait pas à celle qu'établissent habituellement les guérisseurs qui exercent dans un cercle restreint et de manière irrégulière, au gré des besoins de leurs connaissances.

- Les dernières spécialités médicales représentées (rhumatologie, O.R.L, neurologie et ophtalmologie) sont chacune dispensées dans une seule clinique. Cette très faible représentation serait liée au manque de personnel qualifié, au coût du matériel médical et à une faible demande de soins (besoins non ressentis, méconnaissance des soins existants, etc.). Dans le cas de l'ophtalmologie, la situation sanitaire serait préoccupante, les secteurs privé et public offrant des soins minimaux pour des besoins pourtant courants.

Ainsi, la majorité des cliniques, établies à faible coût (peu d'appareils médicaux) et au gré des circonstances (disponibilité et formation du personnel médical), est, *a priori*, sans rapport avec les besoins de santé de la population. C'est l'opportunisme des licenciés qui en serait le moteur.

La visite de l'une des cliniques privées de Vientiane, malgré son caractère anecdotique, conforte cette thèse. C'est à sa demande, et sans en avoir d'abord compris le motif, que nous avons rencontré la licenciée d'une des plus grandes cliniques de Vientiane, située dans le péricentre. En activité depuis plus d'une dizaine d'années, cette clinique se distinguait des autres par son nombre de salles de consultation et la présence de plusieurs médecins. A peine étions-nous arrivées que la licenciée, nous a fait faire la visite exhaustive des bâtiments, installations médicales et salles de la clinique, sans en exclure le moindre recoin. Une fois la visite terminée, la licenciée semblait attendre quelque chose de nous et se montrait très attentive à nos réactions. Nous avons alors compris qu'elle souhaitait une expertise, sinon des conseils, recommandations, ou toute proposition susceptible d'améliorer l'activité de sa clinique, qu'elle nous disait insuffisante. Puisque nous étions incapables de satisfaire sa demande, elle a fini par déclarer sur un ton des plus sérieux qu'elle envisageait de transformer la clinique en une « guesthouse⁶³ » - un service très utilisé par les laotiens et les touristes. Quelques mois plus tard, avant notre départ de Vientiane, les portes de la clinique étaient closes.

⁶³ Bâtiment composé de plusieurs chambres d'hôte.

Photographie 13 - Différents types de cliniques implantées à Vientiane



1. Située dans le péricentre de Vientiane et installée au domicile du médecin, cette clinique de médecine générale est ouverte uniquement en fin de journée. Disposant d'un équipement médical minimum, elle relève de la troisième catégorie. Le médecin a déclaré recevoir en moyenne un patient par jour.

2. Localisée en face de l'hôpital central Sethattirat, cette clinique est déjà en activité bien que la licence n'ait pas encore été délivrée par les autorités. La taille de l'enseigne laisse supposer qu'il s'agit d'une clinique bien équipée.

3. Cette clinique de catégorie I dispense des soins de médecine générale et de gynécologie. Le médecin, qui a fait le choix de la pré-retraite de manière à pouvoir exercer toute la journée dans le privé, a installé ses activités dans ce local situé en plein centre-ville. Assisté de trois confrères, il reçoit 20 patients par jours. Satisfait de son activité, il aimerait ouvrir un hôpital privé.

4. Située dans le péricentre, cette clinique dentaire est ouverte toute la journée bien que le médecin n'ait pas encore reçu l'autorisation d'exercer.

5. Aménagée au domicile du médecin, cette clinique de catégorie I est ouverte uniquement en fin de journée. Elle dispose d'un équipement important : une pharmacie (à gauche), un échographe (au milieu) et le matériel nécessaire pour effectuer des analyses de sang (à droite).

Source : V. Mobillion, 2007

B/ Des activités peu contrôlées

Le développement actuel du dispositif de soins privé renvoie à un faible encadrement des autorités dont nous présentons les causes après en avoir établi les principales manifestations.

- **Les manifestations d'un faible contrôle**

Seules les cliniques et les pharmacies sous licence sont soumises à un contrôle des autorités sanitaires. Les autres, celles « en cours d'autorisation »⁶⁴, débutent leur activité sans être inquiétées. Quant aux cliniques informelles, qui exercent sans même avoir demandé de licence, elles ne subissent aucune surveillance particulière.

Outre un champ d'action réduit, l'exercice même du contrôle présente, dans ses applications, plusieurs défaillances qui mettent en cause son efficacité.

Bien que les cabinets médicaux soient soumis à un contrôle annuel, l'inspection reste peu approfondie. Elle consiste à caractériser l'activité (type de licence, médecine dispensée, etc.), les locaux (surface, propreté, etc.) et l'équipement, sans renseigner sur les pratiques réelles des licenciés. De plus, la périodicité des contrôles, soumise aux aléas du budget alloué par le ministère⁶⁵, n'est pas toujours respectée. Par conséquent, dans les cliniques, « *la qualité des soins et les modalités de fonctionnement peuvent aller du meilleur au pire* » [Strigler, 2005, 126]. Les agents de santé responsables des cliniques s'accordent notamment pour dénoncer deux types majeurs de transgression : la sous-location de licence et l'exercice de pratiques médicales illicites. L'usage des prête-noms sert principalement les intérêts des médecins retraités et des médecins étrangers (Chinois, Vietnamiens). Les premiers y voient le moyen de compenser leur baisse de salaire et les seconds la possibilité de pratiquer une activité qui, aujourd'hui encore, leur est interdite. Quant aux pratiques médicales illégales, il s'agit principalement, selon les agents enquêtés, de chirurgie esthétique et d'avortements, des abus dénoncés auprès des autorités par des plaintes manuscrites anonymes. Face à ces problèmes, le Ministère de la Santé a décidé en 2002 de suspendre la délivrance de nouvelles licences, le temps de définir une politique plus efficace. Or cette mesure a favorisé le développement des cliniques « en cours d'autorisation » et a donc contribué à abaisser davantage encore la qualité des soins.

En ce qui concerne les pharmacies, elles sont, *a priori*, soumises à un contrôle plus rigoureux qui repose sur l'analyse précise de dix indicateurs⁶⁶ faisant chacun l'objet

⁶⁴ Clinique dont la demande de licence en cours.

⁶⁵ Contrôler les structures de soins privés engage plusieurs types de frais liés au coût du déplacement des agents de contrôle et à la prise en charge des heures supplémentaires qu'ils effectuent.

⁶⁶ Les dix indicateurs concernent : la qualité des locaux, l'absence de médicaments interdits, de médicaments essentiels et des instruments utiles à leur délivrance, la qualité des médicaments, la présence de facture garantissant la provenance des médicaments, le mode de délivrance des médicaments et plus spécifiquement des antibiotiques, la connaissance en pharmacologie et la présence de personnel qualifié.

d'une notation. A partir de ces résultats, une note finale sur 10, consignée dans un carnet de suivi, résume la qualité de la pharmacie. Ce protocole d'inspection, fruit de la coopération en 1993-95 entre le Ministère de la Santé et l'agence internationale de développement suédoise (SIDA), ne garantit pas pour autant des pratiques correctes. En témoignent les nombreuses études qui détaillent les insuffisances des services pharmaceutiques, notamment une faible qualité des médicaments (sans label, sans principe actif, expirés), des modes de délivrance inadaptés (vente sans ordonnance et/ou sans conseil, mélange des médicaments dans un même sachet), l'absence fréquente des médicaments essentiels et le manque de qualification des vendeurs [Dumoulin, 1995, 1996 ; Houamboum, 2003 ; Stenson, 2001 ; Syhakhang, 2002]. Les informations collectées lors de nos enquêtes corroborent ces mêmes idées :

- Dans près de 50% des pharmacies, la vente n'est pas assurée par le licencié lui-même mais par une personne extérieure, souvent peu ou non qualifiée.
- La notation des pharmacies montre une faible qualité de ces structures : elle est comprise entre 4 et 6 pour 40% d'entre elles et supérieur ou égal à 8 pour seulement 1% des pharmacies⁶⁷.
- La majorité des vendeurs déclarent délivrer, dans 70% des cas, les médicaments sans ordonnance.
- Dans 13% des pharmacies, nous avons pu observer, le temps de l'entretien, qu'un membre de la famille du vendeur, sans qualification et sans autorisation, vendait des médicaments. Ce pourcentage sert plus d'indice qu'il ne révèle l'ampleur du phénomène. Le caractère circonstanciel de nos visites, la probable discrétion de ces pratiques et enfin la fréquente domiciliation des pharmacies au sein de la maison familiale concourraient à réévaluer ces observations à la hausse. A titre personnel, il nous est arrivé d'acheter des antibiotiques non prescrits, et c'est un enfant de moins d'une quinzaine d'années qui, seul dans la boutique, nous les a spontanément délivrés. Cette anecdote nous instruit de l'ordre des possibles en matière de délivrance des médicaments.

Pour améliorer ce service, les autorités ont entrepris en 1998 [Jica, 11-6, 2002] de fermer progressivement les pharmacies de catégorie III, celles dont la qualité est jugée la plus médiocre. A terme, l'objectif est de ne disposer que des pharmacies de première catégorie. En 2002, cette mesure a d'abord été appliquée en tant que projet-pilote dans les quatre districts les plus urbains de Vientiane (Chanthabouly, Sikhottabong, Xaysetha et Sissathanak). L'effectif des pharmacies III a diminué significativement – entre 2001 et 2006 leur nombre est passé de 239 à 110⁶⁸ –, mais la qualité des pratiques n'a pas pour autant été améliorée. Il est fréquent que les licenciés de l'ancienne catégorie III cherchent à intégrer une pharmacie de niveau supérieur en sous-louant une licence de catégorie I ou II. Ils se déclarent comme « assistants »⁶⁹ auprès des autorités alors qu'ils sont, dans les faits, les principaux responsables de la pharmacie. Parmi les structures de

⁶⁷ Selon Syhakhang [2002], il faut considérer ces notes avec précaution car le personnel d'inspection ne serait pas assez formé pour les évaluer correctement.

⁶⁸ Statistiques annuelles obtenues en 2007 auprès du département « Aliments et médicaments » du ministère de la Santé.

⁶⁹ Parmi plusieurs propositions de reconversions possibles, 70% des licenciés de catégorie III ont déclaré vouloir devenir assistants dans une pharmacie de catégorie I ou II.

catégorie supérieure, beaucoup offrent donc un service de moindre qualité que celle qui en est attendue.

Comme en témoignent les transgressions et les défaillances mentionnées, le système de soins privé, quoique théoriquement sous l'autorité des pouvoirs publics, parvient à s'affranchir de la tutelle des pouvoirs publics. En réalité, les licenciés sont les principaux administrateurs de ce système. En cela, mis à part son statut légal, l'offre de soins privée actuelle se différencie peu des structures de soins informelles développées avant la révolution de 1975.

- **Des causes structurelles aux causes politiques**

Deux facteurs principaux, l'un de nature structurelle, et l'autre de nature politique, expliquent ces imperfections du contrôle.

Le premier facteur dépend de la faiblesse des organes institutionnels laotiens. En effet, ces derniers se sont développés récemment, sans fondement traditionnel auquel se rapporter [Stuart Fox, 2004] et dans un contexte économique peu favorable (PED). Pour ces raisons, les institutions souffrent, dans tous les secteurs publics, de faibles capacités d'administration. Le législateur peine non seulement à édicter mais aussi à faire appliquer les lois, et l'administré est par conséquent peu apte à les respecter.

Dans le secteur privé de la santé, cela se traduit par d'importantes difficultés à contrôler le développement des structures de soins.

En particulier, les autorités parviennent difficilement à appliquer des modifications de la législation. D'abord permis à l'ensemble de la population, le commerce du médicament est désormais autorisé aux seuls professionnels de la santé. Or, les acquis faisant force de loi, les dirigeants ne parviennent pas à imposer cette mesure. Ils se trouvent dans un imbroglio consistant à retirer à des fonctionnaires des autorisations qu'ils leur ont autrefois accordées. Par ailleurs, les différentes lois édictées restent insuffisantes pour garantir un développement optimal des structures privées. Pour les cliniques comme pour les pharmacies, il n'existe pas de textes réglementant leurs effectifs, établissant des quotas par catégorie, des densités maximales, etc. Enfin, les autorités disposent de peu de moyens pour faire respecter la réglementation établie. En cas d'infraction, les sanctions encourues sont soit trop faibles pour être redoutées (simple avertissement verbal), soit trop rigides pour être appliquées (fermeture de la structure). Les pouvoirs législatif et exécutif manquant de robustesse, le dispositif de soins privé est principalement le résultat de la somme des volontés individuelles des licenciés.

Ces problèmes d'ordre structurel sont accentués sous l'effet du second facteur : la volonté des politiques, qui voient dans l'autonomisation du système de soins privé un moyen de se protéger.

Introduite depuis le milieu des années 1980, l'entreprise privée est devenue, après l'échec du collectivisme, l'un des nouveaux fondements de la légitimité du pouvoir politique. Dès lors, les autorités ne sauraient s'attaquer aux entrepreneurs privés sans se mettre elles-mêmes en danger. Dans ces circonstances, le domaine de l'économie devient par nécessité la chasse gardée du pouvoir. C'est donc au même titre que les autres acteurs du privé que les licenciés des cliniques et des pharmacies bénéficient d'une

certaine liberté d'entreprendre leur permettant, dans certains cas, d'outrepasser les règles établies. En effet, il arrive que les fonctionnaires, s'ils considèrent que c'est dans leur propre intérêt, fassent fi des infractions commises par les licenciés. L'existence, encore en 2006, de la moitié des pharmacies III, en dépit de la loi décrétant leur fermeture, traduit non seulement l'incompétence de l'administration mais aussi le pragmatisme ambiant. De manière tacite, les autorités consentent à les maintenir de façon à éviter contestation ou rancœur des licenciés. Elles sont en effet conscientes qu'il est difficile d'obliger les fonctionnaires retraités à fermer leur pharmacie étant donné qu'ils n'ont pas d'autres moyens de subsistance et que ceux-ci ont, pour la plupart, servi l'Etat plusieurs dizaines d'années durant. Parmi eux, seuls ceux qui ont commis des abus flagrants (sous-location de licence, implantation dans un marché, vendeurs non qualifiés, etc.) sont invités à fermer boutique.

Plusieurs responsables de santé ont pu dire à propos de différentes violations perpétrées dans le secteur de soins privé et des moyens permettant de les enrayer :

- « On est entre Laotiens, on ne peut pas fermer une clinique. On n'intervient pas ici comme en France, avec les C.R.S »
« Il n'existe pas de sanctions contre ceux qui ouvrent une clinique et n'ont pas encore l'autorisation. Pour la loi, ils sont hors-la-loi. C'est tout » (responsable des cliniques privées, Ministère de la Santé, novembre 2004)
- « C'est délicat de faire fermer les cliniques « en cours d'autorisation » car la majorité des médecins ont déjà investi dans le local, dans le matériel médical... » (un inspecteur des cliniques privées, avril 2006)
- « La législation, elle existe mais elle n'est pas strictement appliquée. Nous donnons des avertissements mais nous ne fermons pas les pharmacies. Car au Laos, il y a beaucoup de politique, alors, on laisse comme cela » (un responsable des pharmacies privées, Ministère de la Santé, avril 2007)

Ces opinions démontrent une faible intervention régulatrice de l'Etat et implicitement, les liens unissant les parties – les hauts fonctionnaires et les licenciés. Elles font référence aux anciens codes sociaux *lao*⁷⁰ qui lient des individus de statuts différents. Les individus sont

« liés par des obligations réciproques et [...] peuvent légitimement quitter la relation ou la remettre en question s'ils s'estiment floués. [...] les termes du « contrat » sont asymétriques, du point de vue de l'inférieur, le supérieur est toujours plus grand donneur que preneur. S'il manque à ce devoir, il perd toute influence et tout droit sur son dépendant qui trouvera un autre « patron » [Mariani 2006, 33].

Le « patron », dénommé *phou nyay*, « personne importante », s'incarnait dans la personne du roi, de divers notables de l'administration royale et plus tard dans celle d'individus plus communs, mais détenant une forme de supériorité, notamment politique ou professionnelle. Mis à mal pendant la période collectiviste et totalitaire, cet ancien schéma socio-politique commande à nouveau les réseaux sociaux. Il organise

⁷⁰ Système de relations sociales dont l'origine provient du mode d'organisation spatial tai. Ce dernier consistait en un emboîtement de plusieurs *muang* (royaumes) dont l'aire d'influence et la taille, pouvaient varier en fonction de la capacité du souverain à contenter les besoins de la population. Le roi ne pouvait jouir de ses droits qu'une fois ses devoirs envers ses subordonnés accomplis, au risque d'être destitué s'il ne s'y soumettait pas.

progressivement l'espace social lorsque, la libéralisation économique entamée, les politiques recherchent une nouvelle légitimité. Le retour à cette tradition permet de consolider l'assise d'un pouvoir politique fragilisé par les années de collectivisation manquée et de totalitarisme. En se positionnant en *phou nyay*, les représentants de l'Etat offrent une protection pouvant prendre plusieurs formes qui, en retour, leur permet d'accroître leur rayonnement et légitimité [Mariani, 2006]⁷¹.

Dans le domaine du système de soins privé, cette relation de don/contre don conduit à une politique générale de « laisser-faire », en vertu de laquelle les autorités espèrent conforter leur position. Ce modèle relationnel souffre pourtant quelques exceptions. Dans le cas des cliniques chinoises⁷², toutes illégales, les pouvoirs publics ne recherchent pas la conciliation. Le plus souvent, ils décident, de manière péremptoire, leur fermeture immédiate⁷³. Les étrangers, exclus du processus de légitimation étatique, subissent au contraire une grande méfiance de la part des autorités. C'est ainsi que la plupart des agents de santé du Ministère de la Santé, du département provincial ou des hôpitaux de district, nous ont mentionné le problème des cliniques chinoises sans qu'on les ait nécessairement invités à en parler.

Outre une permissivité généralisée, la quête de légitimité s'exprime aussi par la protection des personnes les plus influentes. Comme le démontre L. Mariani [2006], cette ancienne forme de patronage, qui fait également référence à l'ancien système socio-politique lao, et que l'auteur étudie dans le cadre actuel des mariages, se manifeste notamment par le parrainage d'importants hommes d'affaires par de hauts dignitaires de l'Etat. Traduits dans le secteur des soins privés, ces mécanismes reviennent à permettre à d'éminents médecins des pratiques pourtant transgressives. En témoignent les propos d'un agent du bureau de santé provincial: « *parfois, les agents de santé du district ne peuvent rien faire contre les mauvaises pratiques lorsque les licenciés en cause sont des médecins trop importants* ». Lors de l'enquête de localisation des structures, il nous a été donné d'observer l'une des expressions de ce type d'accommodement. L'agent de santé qui nous assistait sur le terrain nous a priées de ne pas tenir compte de l'une des pharmacies que nous avons repérée, car le propriétaire, un *phou nyay*, n'avait pas d'autorisation. Pour au moins deux raisons, ces faits ne seraient pas des pratiques isolées : d'une part, car le cadre juridique et institutionnel actuel n'offre pas les moyens de réprimer ce type d'abus et, d'autre part, car le coudoisement existant entre les médecins administrant le système de soins public (fonctionnaires au Ministère de la Santé, aux bureaux de santé provincial ou de district) et ceux exerçant dans le privé serait propice à de fréquents arrangements peu soucieux de la loi. Les médecins, qu'ils travaillent dans le secteur public ou dans le privé, se connaissent souvent par ailleurs, soit parce qu'ils proviennent

⁷¹ Après la tentative totalitaire (1975-1979), pendant laquelle ils avaient « *modifié subtilement les termes du contrat hiérarchique* », les dirigeants comprirent « *que cette situation serait ingérable à moyen terme et qu'il faudrait passer par les chemins « traditionnels » de la légitimation* » [Mariani 2006, 33-34].

⁷² Cliniques pour lesquelles des médecins de nationalité chinoise sous-louent des licences à des médecins laotiens.

⁷³ Nous avons rassemblé plusieurs documents obtenus auprès du département de santé provincial attestant l'inspection et la fermeture de plusieurs cliniques chinoises (informations, par ailleurs, confirmées sur le terrain).

du même réseau des grandes familles lao, soit parce qu'ils ont partagé le même cursus universitaire.

Ainsi, compte tenu du contexte structurel et politique, les agents de santé ne seraient pas en mesure de contrôler efficacement les structures de soins privées. Le cadre législatif offre peu de recours face au poids des réseaux de clientèles existants. L'inspection des cliniques et des pharmacies se limite, dans la plupart des cas, à un contrôle protocolaire et consensuel, voire factice lorsque le licencié est un *phu nyay*⁷⁴. En outre, les mauvaises conditions de travail des inspecteurs aggravent la situation. En effet, les entretiens et les différentes observations faites sur le terrain mettent en évidence le faible effectif des inspecteurs⁷⁵, l'absence de formation aux pratiques de l'inspection et un budget insuffisant pour financer les coûts de déplacements et les heures supplémentaires effectuées.

Parmi les deux principaux facteurs en cause, le politique constituerait le point nodal de la construction du dispositif de soins privé⁷⁶ puisqu'il revient aux dirigeants les modalités du développement de l'offre privée. Ces derniers ont autorisé l'ouverture des cliniques et des pharmacies sans pour autant établir de véritable réglementation. En cela, ils seraient responsables des imperfections du dispositif actuel. Les autorités auraient pris le parti, dans leur intérêt, d'une faible administration, de manière à offrir une certaine autonomie aux licenciés. Si, dans les faits, les licenciés disposent d'une importante liberté d'entreprise, c'est en vertu de la volonté politique. Les dirigeants privilégient une relation fondée sur l'échange (don/contre-don) leur permettant de s'apparenter à l'image populaire des *phou nyay*. Ils octroient certaines libertés aux acteurs économiques pour, en retour, gagner leur faveur et accroître leur légitimité, donc se maintenir au pouvoir. Peu autoritaires, les termes de la relation entre les représentants du pouvoir et les licenciés reposeraient sur un compromis tacite. Concernant l'hostilité qu'éprouvent les autorités envers les médecins étrangers (chinois, vietnamiens), elle témoigne du même objectif : elles condamnent leur exercice car elles craignent qu'une expansion de l'influence étrangère déstabilise le pouvoir établi.

Le dispositif de soins privé résulte d'une stratégie de l'Etat qui, jugeant opportun d'octroyer une certaine marge de manœuvre aux licenciés, laisse dans les faits les intérêts

⁷⁴ La relation entre l'inspecteur et l'inspecté est fonction de l'âge, du sexe, de la formation et du groupe social de chacun. Par exemple, l'inspecteur considérera avec respect et déférence les licenciés plus âgés et/ou plus qualifiés que lui.

Il arrive que les inspecteurs contrôlent des licenciés qui, par ailleurs, sont leurs supérieurs hiérarchiques dans le secteur public. Dans ce cas de figure, l'inspecteur prend naturellement la place du subordonné.

⁷⁵ Quelque soit la superficie du district et le nombre de structures privées à inspecter, le contrôle du dispositif est assuré par un seul agent de santé de district, parfois accompagné d'un responsable du département de santé provincial.

⁷⁶ Le facteur politique comprend le facteur économique car le budget alloué à la santé n'apparaît pas, en comparaison des autres secteurs de l'économie laotienne, comme étant une priorité (cf. seconde partie).

particuliers de ces derniers en orienter l'organisation. Peu contrôlé et principalement motivé par des objectifs commerciaux, le système de soins privé se présente de qualité inégale, à la merci de la volonté et de la conscience professionnelle des licenciés. Dans le cas des pharmacies, la qualité du service est d'autant plus sujette à caution que les licenciés sont soumis à peu de contraintes (vente de médicaments par des non-pharmaciens autorisée, sous-location de licence tolérée, conditions de conservation des médicaments non réglementées⁷⁷).

⁷⁷ En 2006, seulement 6% des pharmacies étaient équipées de climatiseurs et 13% d'une baie vitrée (données issues de l'enquête de caractérisation). Ainsi, dans la plupart des pharmacies, les médicaments sont exposés à la poussière et soumis à une température et un taux d'humidité élevés.

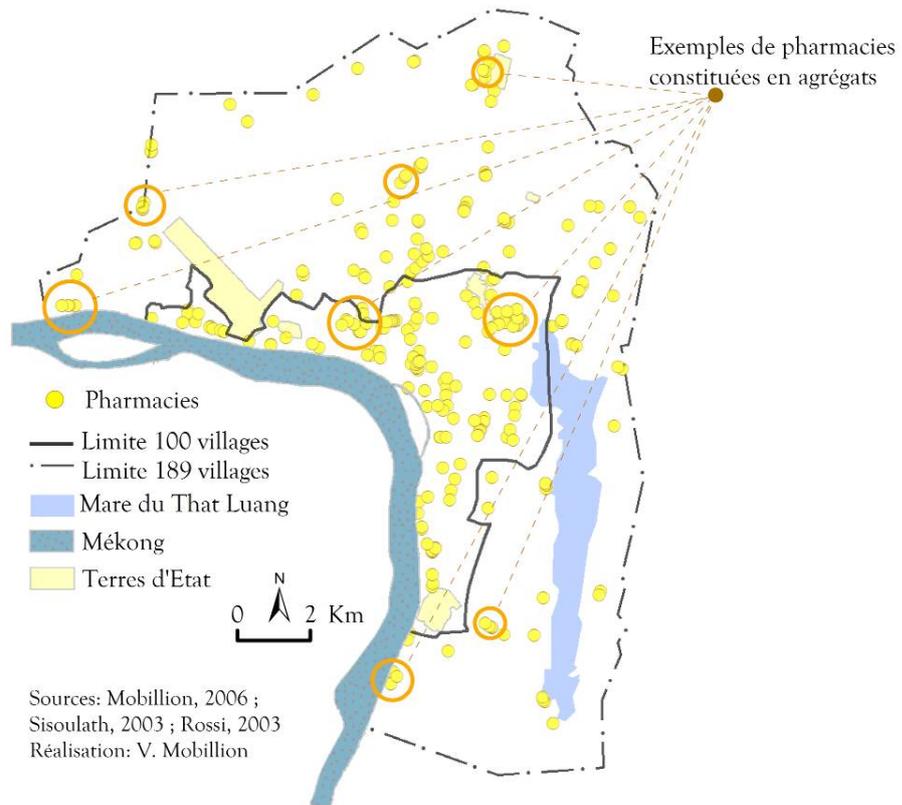
II. Les territoires d'implantation des pharmaciens : le produit de stratégies commerciales

A/ Répartition des pharmaciens : entre dispersion et concentration

Si une première lecture de la cartographie des pharmacies (carte 15) donne à voir une répartition éparse au sein du périmètre des 189 villages, il faut associer à cette organisation deux autres dynamiques qui, elles, œuvrent localement à une concentration des pharmacies.

L'une de ces dynamiques conduit au regroupement des structures dans l'espace restreint des 100 villages urbains : bien qu'ils accueillent 43% de la population de Vientiane, ils comptent plus de 55% des pharmacies. La seconde dynamique consiste en des nœuds de concentration, visibles sur l'ensemble du périmètre urbain (photographie 14). En effet, près de 40% des pharmacies sont implantées à proximité d'une ou de plusieurs autres (moins de 50 mètres), créant ainsi des « quartiers de pharmacies ».

Carte 15 - Distribution spatiale des pharmacies à Vientiane (2006)



Photographie 14- Concentration de pharmacies privées à Vientiane



B/ Logique d'installation des pharmacies : la proximité des consommateurs

Quels éléments déterminent une telle répartition des pharmacies ? Principalement motivés par le profit, les pharmaciens cherchent-ils à s'installer à proximité de la population, dans les zones densément peuplées et dans celles urbanisées ?

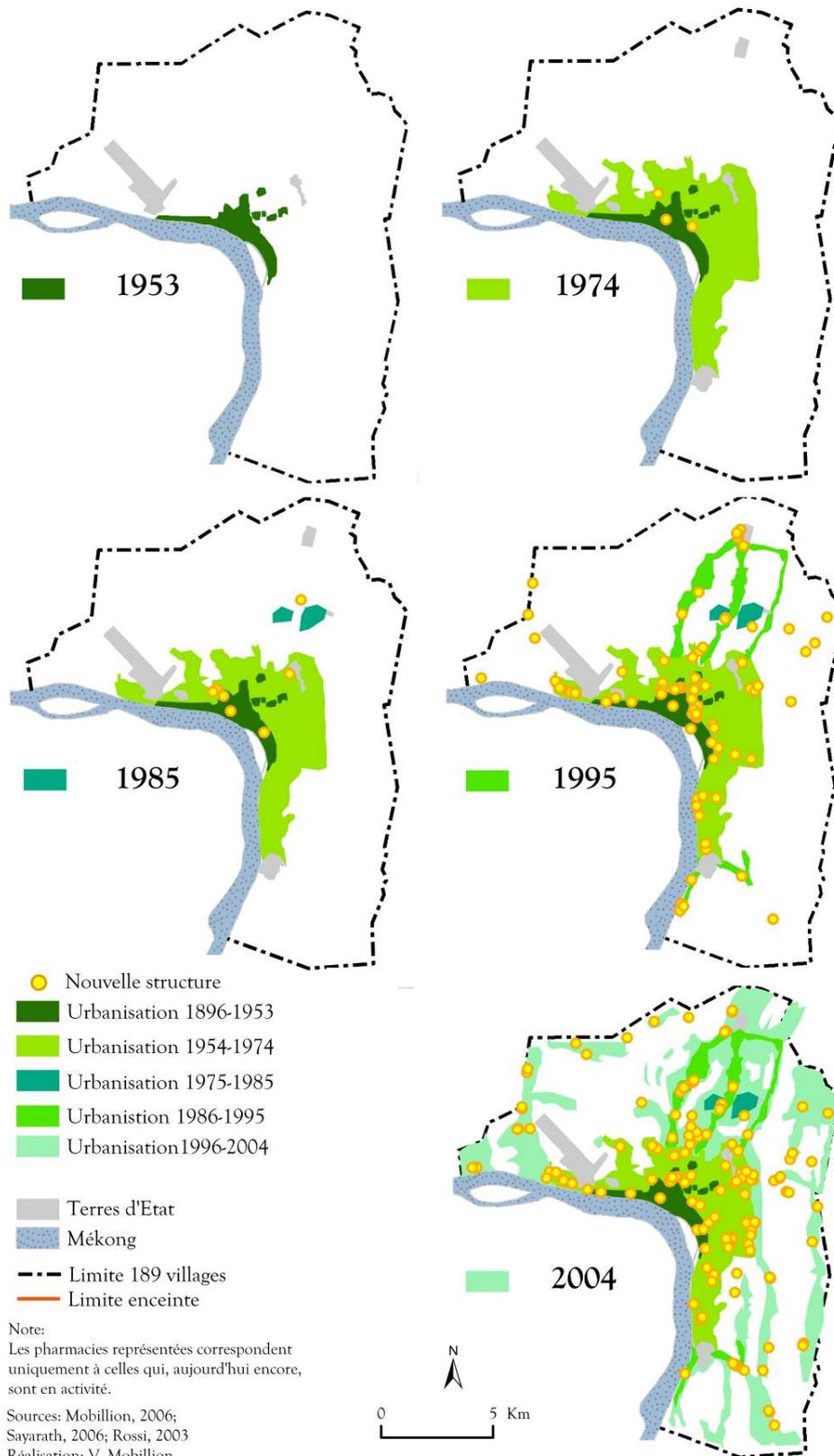
Pour répondre à ces questions, nous avons confronté la distribution des pharmacies à la répartition de la population puis à celle de la croissance urbaine.

Une analyse de la corrélation entre l'effectif de la population et le nombre de pharmacies ne montre pas de lien entre ces deux variables, ni à l'échelle du district ni à celle du village. Que l'on retienne les quatre districts les plus urbains (Chanthabouly, Sikhottabong, Xaysetha et Sissathanak) ou les sept associés aux 189 villages, le coefficient de corrélation reste faible (0,3) voir quasi-nul (0,07)⁷⁸. A l'échelle villageoise, l'étude de la relation indique également une faible corrélation : dans les 37 villages du district de Chanthabouly, le coefficient est de 0,3, une valeur peu significative, rendant par ailleurs inutile l'étude de la relation dans les autres districts.

Si l'installation des pharmaciens n'est pas dépendante de la densité du peuplement, peut-être est-elle davantage liée à la croissance urbaine, dont les axes de développement multidirectionnels pourraient expliquer la distribution dispersée de ces structures. Ces deux dynamiques, mises en perspective sur la carte 16, montrent que l'implantation des pharmaciens, sans se calquer strictement sur les zones d'extension urbaine, lui correspond en partie. Alors que les premières pharmacies, datant des années 1970, s'intègrent dans le quartier urbain le plus ancien, la plupart des plus récentes s'installent en périphérie, le long des nouveaux « cordons urbains ». Dès lors, il convient d'identifier quelles sont parmi les composantes urbaines celles qui, en particulier, structurent l'implantation des pharmaciens. Est-ce le réseau routier, le profil social des lieux, les activités économiques, etc. ? Ou bien, est-ce la somme de ces composantes ?

⁷⁸ Compris entre un et moins un, le coefficient de corrélation est significatif lorsqu'il est proche de l'une de ces deux bornes.

Carte 16 - Croissance urbaine et installation des pharmacies à Vientiane (1953-2004)



Libres d'installer leur commerce où ils le souhaitent, les pharmaciens cherchent en priorité des emplacements stratégiques capables de leur assurer un revenu suffisant, puisque pour 83% d'entre eux il s'agit d'un emploi à plein temps. Compte tenu des modalités d'achat du « produit » médicament - le client se rend chez le fournisseur et non l'inverse -, et de la fréquence de la demande, on fait l'hypothèse que le prestataire privilégie un site qui tient compte de la mobilité de la clientèle, celle-ci étant naturellement soucieuse de minimiser le temps et le coût de ses déplacements. De ce fait, le pharmacien s'implanterait certes à proximité de la population mais en particulier là où se concentrent les consommateurs.

Dans cette perspective, nous avons étudié le rôle de certains facteurs urbains susceptibles d'être considérés par les licenciés comme favorables à leur activité. Nous avons retenu les hôpitaux, les marchés et les principaux axes routiers (la voirie primaire). Les premiers, parce qu'ils génèrent les besoins de la clientèle, les seconds, car ils permettent à la population de concentrer leurs achats de tous types en un même lieu, et les troisièmes, car ils correspondent aux itinéraires les plus empruntés. Concrètement, nous avons comparé le nombre de pharmacies recensées à proximité⁷⁹ de ces trois éléments avec le nombre de pharmacies attendues en cas d'équi-répartition spatiale. Dans les trois cas, la sur-représentation des pharmacies est manifeste⁸⁰; le test du khi² d'indépendance⁸¹ indique pour chacun une forte corrélation ($p < 1\%$). En outre, vu que 87% des pharmacies sont localisées à proximité des marchés, des hôpitaux ou de la voirie primaire, on peut conclure que ces trois éléments structurent l'essentiel de leur distribution spatiale.

Dans ce principal sous-ensemble, la majorité des pharmacies (60%) se concentrent aux abords des hôpitaux et des marchés. Or, ces équipements étant répartis sur l'ensemble des 189 villages, la distribution de ces pharmacies explique autant la formation dispersée que les nœuds de concentration, qui tous deux apparaissent sur la cartographie générale (carte 17).

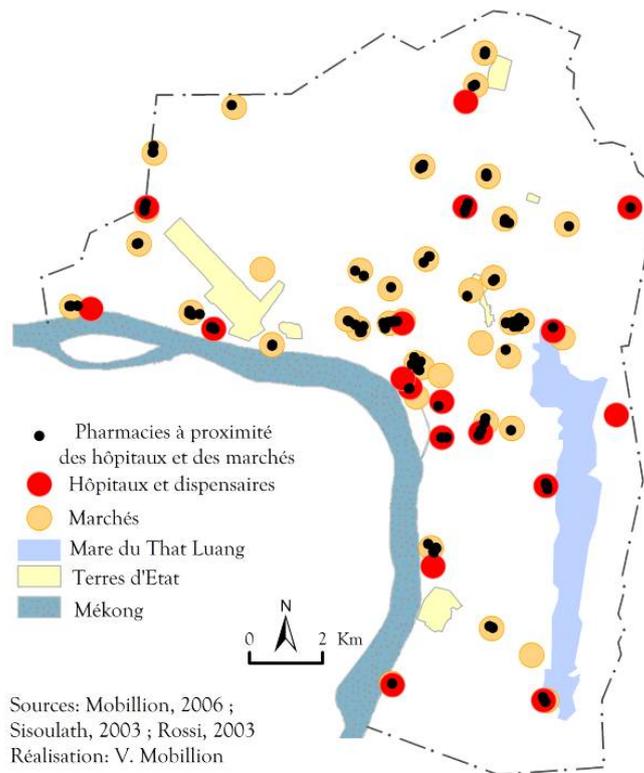
⁷⁹ Par proximité, nous entendons une distance inférieure ou égale à 200 mètres pour les hôpitaux et les marchés, et, concernant les principaux axes routiers, nous avons retenu l'espace longeant la chaussée.

Des 22 hôpitaux et structures sanitaires publics, nous n'en avons retenu que 18 car quatre d'entre eux, les centres de réhabilitation et antituberculeux, l'hôpital de médecine traditionnelle et l'hôpital ophtalmologique, vendent eux-mêmes des médicaments en raison de leur spécificité.

⁸⁰

⁸¹ Le test du khi² permet d'établir s'il existe ou non une liaison entre deux variables qualitatives, à la condition que les effectifs théoriques soient supérieurs ou égaux à 5.

Carte 17 - Pharmacies de Vientiane implantées à proximité des marchés et des hôpitaux



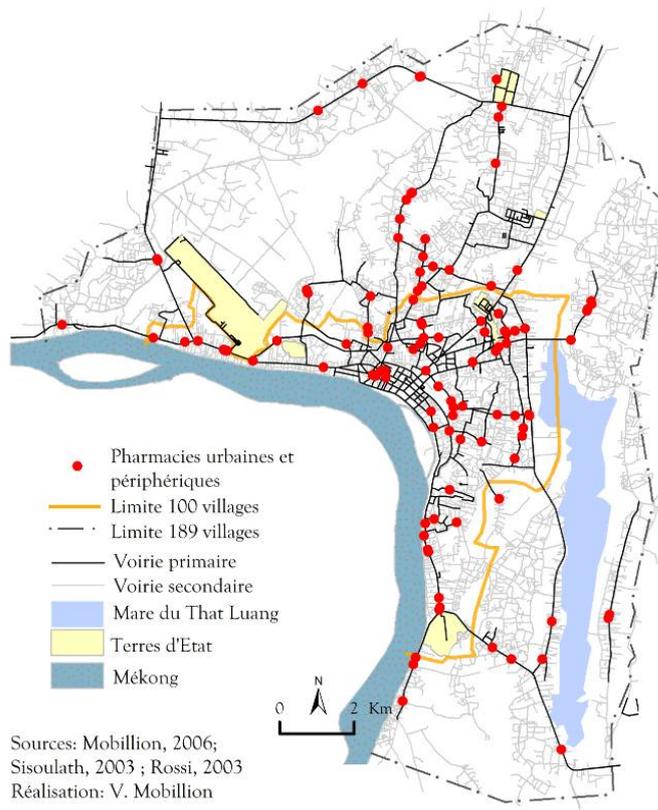
Des deux pôles attractifs, les marchés sont les plus « polarisants » en ce sens qu'ils attirent en moyenne deux fois plus de pharmacies que les hôpitaux (3 pharmacies pour un marché et 1,5 pharmacie pour un hôpital). En effet, les médicaments étant assimilés à des biens de consommation courante, de nombreux pharmaciens se sont implantés dans l'enceinte même des marchés ou à leur proximité. L'attractivité exercée par les hôpitaux est plus faible car, à la différence des marchés, ils disposent de peu locaux commerciaux dans leurs environs et que la demande de médicaments est principalement satisfaite au sein même de ces établissements. Néanmoins, leurs abords garantissent un emplacement de choix pour qui veut tirer profit des ruptures de stock de médicaments des pharmacies publiques, ou des malades souhaitant se soustraire à l'affluence que rencontrent parfois ces services.

Que les licenciés s'installent à proximité des marchés ou des hôpitaux, leur logique d'implantation renvoie au « principe de différenciation minimum » : « *l'intérêt est d'être à proximité des activités complémentaires [...] Le regroupement d'activité proche minimise les risques et réduit l'incertitude à la fois pour les entrepreneurs et leurs clients [...] Il accroît la visibilité de l'ensemble et multiplie l'attractivité du lieu* » [Mérenne-Schoumaker, 2003,113-114].

Les pharmacies bordant les principaux axes routiers, quant à elles, ne sont pas nécessairement regroupées car, quel que soit leur lieu d'implantation, elles bénéficient indifféremment d'une bonne visibilité (carte 18). Cependant, elles se distinguent selon qu'elles se sont implantées à l'intérieur ou à l'extérieur du périmètre des 100 villages. Les

premières, que nous qualifions d'« urbaines », bénéficient d'un emplacement très attractif en raison de leur situation centrale à proximité des principales activités (économiques, politiques, religieuses) de Vientiane. Quant aux secondes, installées à l'extérieur de cette zone le long de la voirie primaire, nous les désignons comme « périphériques ».

Carte 18 - Pharmacies de Vientiane implantées le long de la voirie primaire : une distribution à la fois centrale et dispersée (2006)



En bref, l'ensemble de ces pharmacies – urbaines, périphériques, et celles se trouvant à proximité des hôpitaux ou des marchés – objectivent les trois dynamiques observées précédemment œuvrant à la répartition du dispositif global (carte 15) :

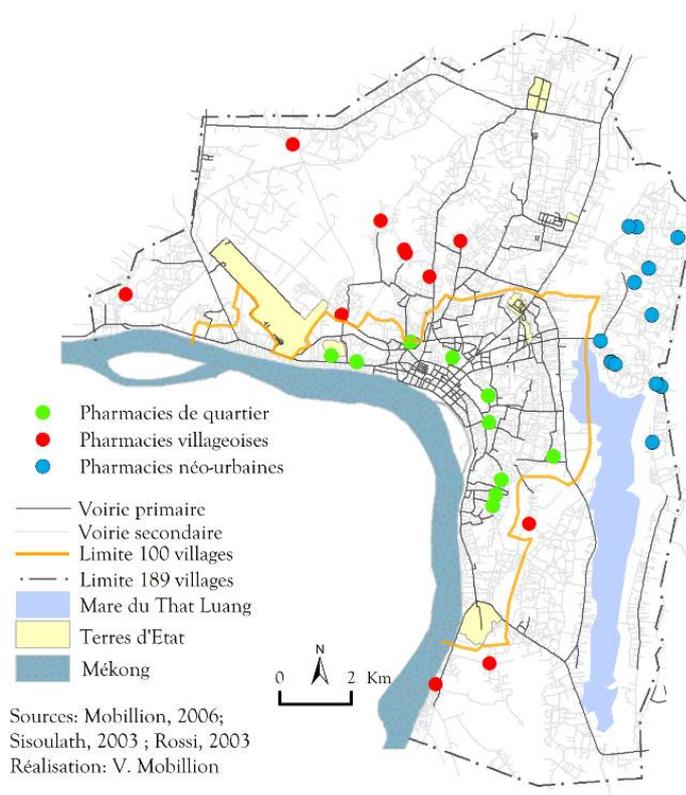
- Les nœuds de concentration renvoient aux modalités d'installation des pharmacies « des marchés » et celles « des hôpitaux »
- La concentration dans le centre-ville correspond essentiellement aux modalités d'implantation des pharmacies « urbaines »
- La dispersion sur l'ensemble des 189 villages renvoie d'abord aux modalités d'installation des pharmacies « périphériques »

Trente quatre pharmacies, soit 13% du dispositif total, sont installées à proximité ni de la voirie ni des marchés ou hôpitaux. A quelle logique d'implantation renvoient-elles ?

Partant du principe que la sélection d'une localisation est un compromis – « *on choisit « ce qui convient le mieux » à partir de « ce que l'on veut » et en fonction de « ce qui est possible »* » [Mérenne-Schoumaker, 2003, 71] –, leurs implantations dépendraient principalement de raisons personnelles et notamment des capacités financières des intéressés.

Dix pharmacies localisées au sein du périmètre des 100 villages s'apparenteraient à des pharmacies « de quartier ». Implantées à distance des grands axes routiers, donc le long de la voirie secondaire ou tertiaire, elles seraient connues et fréquentées pour l'essentiel par les habitants du village et des villages avoisinants. Leur faible effectif dénotant un emplacement peu stratégique, leur installation aurait davantage été subie que réellement choisie.

Carte 19 - Pharmacies « de quartier », villageoises et néo-urbaines de Vientiane



Concernant les 24 autres pharmacies, elles sont installées au-delà de la limite des 100 villages et à distance de tout autre élément structurant. En exceptant un regroupement de plusieurs pharmacies au nord de la mare du That Luang, nous pouvons qualifier toutes les autres de « villageoises », vu leur position retirée et leur distribution éparse. Leur installation, ne répondant à aucune dynamique spécifique, renverrait, comme dans le cas des pharmacies « de quartier », aux faibles capacités financières des licenciés. Quant au regroupement observé au nord de la mare du That Luang, nous émettons l'hypothèse qu'il indique l'existence d'un pôle en voie de développement urbain. D'une

part, parce que c'est dans cette même zone que nous avons identifié l'un des 148 villages urbains (cf. p.66) – celui-ci occupant une position isolée par rapport aux autres villages –, et d'autre part, car la densité et la forme insulaire de la trame viaire témoignent respectivement d'une importante dynamique de peuplement et d'un fonctionnement autonome et déconnecté du continuum urbain. Pour ces raisons, nous qualifions ces pharmacies de « néo-urbaines ». Celles-ci mobiliseraient les mêmes logiques d'implantations que les pharmacies urbaines, mais transposées à l'échelle de cet îlot urbain. Les observations faites sur place révèlent, en effet, que la majorité de ces pharmacies sont installées le long des routes les plus empruntées de ce sous-espace.

Ainsi, la typologie établie distingue sept types de pharmacies – à proximité des hôpitaux, à proximité des marchés, urbaines, de quartier, périphériques, néo-urbaines et villageoises – qui toutes, exceptées les pharmacies « villageoises » et « de quartiers », témoignent d'une stratégie commerciale. Pareils aux autres commerçants, les pharmaciens, exemptés de toute forme d'obligation, recherchent d'abord la proximité de la clientèle.

Tableau 13 - Typologie des pharmacies de Vientiane (2006)

	Type de pharmacie	effectifs	Pourcentage
Emplacement stratégique	à proximité des marchés	117	41
	à proximité des hôpitaux	27	9
	urbaines	62	22
	périphériques	46	16
	néo-urbaines	13	5
	Sous-total	265	93
Emplacement non stratégique	de quartier	10	3
	villageoises	11	4
	Sous-total	21	7
	Total	286*	100

*Parmi les 299 pharmacies recensées, 13 n'ont pas été intégrées à cette typologie. Neuf se situent à la fois à proximité d'un hôpital et d'un marché, relevant ainsi de deux types déjà identifiés et les quatre autres sont implantées aux abords de l'Université Nationale. Du fait de leur faible effectif et de leur singularité, nous ne les avons pas retenues afin de ne pas complexifier inutilement la typologie.

Source : enquête des pharmacies par questionnaire, 2006

Installées principalement à proximité d'importants équipements (hôpitaux et marché) et dans le périmètre des 100 villages, les pharmacies s'apparentent à un service urbain. Or, si le nombre de pharmacies décroît à mesure qu'on s'éloigne de ces éléments « urbains », la qualité de l'offre en est également affectée. Le centre-ville bénéficie *a priori*, en plus de la quantité de l'offre, de la meilleure qualité. L'étude des caractéristiques des différentes pharmacies nous a permis de démontrer cette hypothèse, notamment à partir des critères suivants : présence et formation du licencié, horaires d'ouverture et catégorie de la pharmacie, niveau d'équipement pour conserver les médicaments (baie vitrée et climatiseur), matériaux de construction de la pharmacie, vente de produits non-

pharmaceutiques, nombre de médicaments disponibles, prix des médicaments et leur mode de délivrance (avec ou sans ordonnance) (tableau 14, page 146).

Si les pharmacies « urbaines » se singularisent peu par rapport au profil moyen des pharmacies, et ne s'illustrent pas par des insuffisances particulières, le profil des pharmacies « des hôpitaux » et « des marchés » est parmi les plus satisfaisants. Ces deux types de pharmacies se caractérisent par une bonne disponibilité de médicaments et une représentation des catégories I et II supérieure ou égale à la moyenne. Aussi, les pharmacies « des marchés » présentent les prix les plus abordables et celles « des hôpitaux » ont le meilleur taux d'équipement (baie vitrée et climatiseur) et une forte présence des licenciés. Par ailleurs, ces derniers ont un niveau de formation supérieur à la moyenne et vendent les médicaments presque exclusivement sur ordonnance.

Les pharmacies de « quartiers », dernières de la typologie à être localisées en centre-ville, présentent un profil très différent, proche à certains égards de celui des pharmacies « villageoises » (vente de produits non pharmaceutiques, faible disponibilité et cherté des médicaments, attractivité du service réduite aux environs immédiats). La présence de ces pharmacies affecterait toutefois peu la qualité du dispositif implanté dans le centre de Vientiane vu leur nombre limité (10).

En s'éloignant du centre-ville, le long de la voirie primaire, sont installées les pharmacies « périphériques ». Bien qu'elles présentent un équipement correct et un profil par catégorie moyen, elles sont un peu moins bien achalandées que celles du centre-ville et le prix des médicaments y est légèrement plus élevé. De plus, la proportion, même faible, de pharmacies construites en bois ou en bambou révèle la forme parfois rudimentaire de ces commerces⁸². Quant aux pharmacies « néo-urbaines », elles proposent un service en partie semblable à celui du centre-ville (bonne représentation des catégories I et II, bon niveau d'équipement, construction en briques ou béton), à la différence que le service y est de qualité inférieure (licencié rarement présent et peu qualifié, disponibilité réduite de médicaments). Enfin, les pharmacies « villageoises », installées dans les zones reculées, présentent les indicateurs les plus médiocres : absence de catégorie I, manque d'équipement, faible variété de médicaments, horaires d'ouverture limités, vente de médicaments sans ordonnance et à prix élevé, importante proportion de pharmacies construites en bois – des caractéristiques qui les rendent peu attractives (la clientèle ne proviendrait que de leur environnement immédiat).

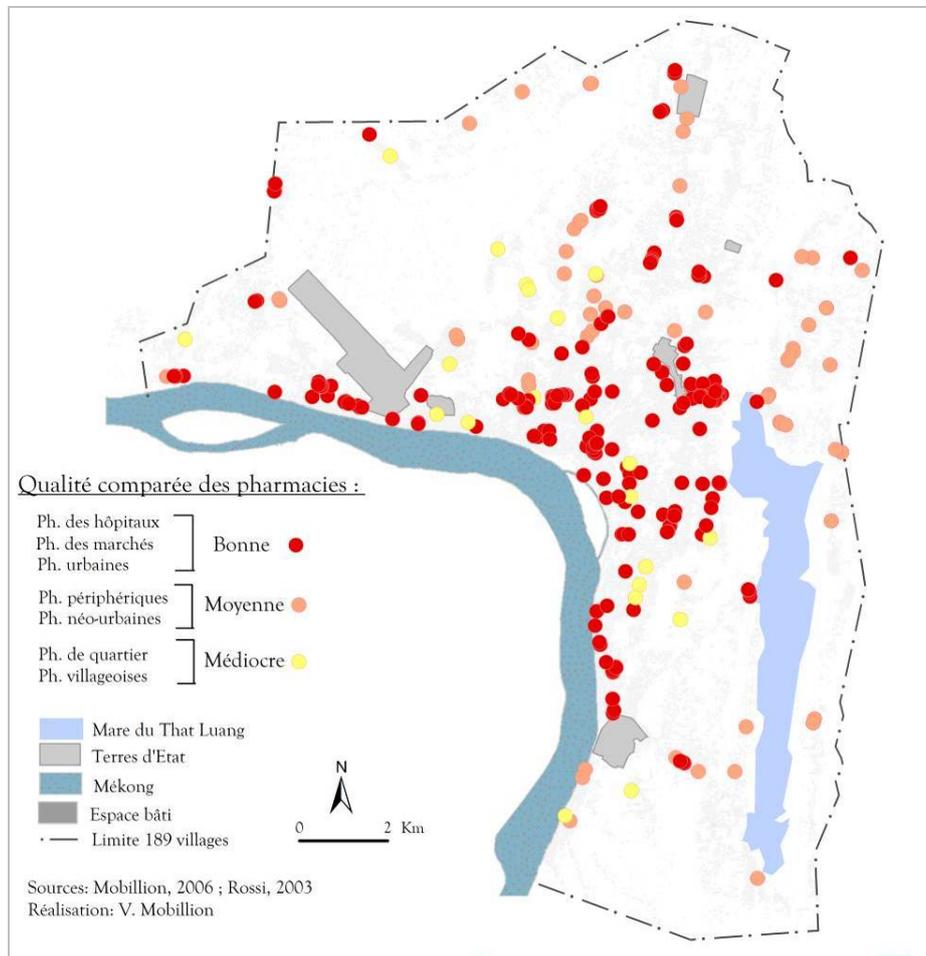
⁸² Dans les cas des pharmacies en bois ou en bambou qui sont installées à proximité des marchés, elles révèlent le degré de modernité de ces marchés, qui selon qu'ils sont urbains, périurbains ou ruraux, sont construits avec différents matériaux. Quant aux pharmacies en bois qui figurent parmi les pharmacies urbaines, elles traduisent la persistance de l'habitat traditionnel lao (maison en bois sur pilotis) dans les quartiers du centre les plus anciens.

Tableau 14 - Caractéristiques des pharmacies privées de Vientiane (2006)

		TYPE DE PHARMACIES								
		Pharmacies des marchés (n=111)	Pharmacies des hôpitaux (n=27)	Pharmacies urbaines (n=58)	Pharmacies périphériques (n=44)	Pharmacies villageoises (n=8)	Pharmacies néo-urbaines (n=13)	Pharmacies de quartier (n=6)	Toutes les pharmacies (n=276)	
VARIABLES	Pharmacies ouvertes toute la journée	93%	81%	86%	70%	37%	77%	83%	83%	
	Pharmacies où le licencié ne travaille jamais	40%	26%	36%	41%	37%	61%	17%	39%	
	Pharmacies où le licencié a une formation inférieure à 5 ans	64%	50%	81%	80%	80%	100%	75%	70%	
	Pharmacies par catégorie	Catégorie 1	17%	11%	14%	16%	0%	15%	17%	16%
		Catégorie 2	27%	54%	23%	21%	12%	23%	50%	26%
		Catégorie 3	56%	35%	63%	63%	88%	62%	33%	58%
	Pharmacies équipées d'une baie vitrée	13%	22%	10%	14%	0%	15%	17%	13%	
	Pharmacies équipées d'un climatiseur	6%	18%	5%	2%	0%	15%	0%	6%	
	Matériaux de construction de la pharmacie	Brique ou Béton	73%	100%	90%	91%	87%	100%	83%	83%
		Bois	24%	0%	10%	5%	12%	0%	17%	14%
		Bambou	3%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	3%
	Pharmacies où sont vendus des produits autres que des médicaments	37%	37%	43%	29%	25%	38%	50%	36%	
	Pharmacies disposant de moins de 50 sortes de médicaments	3%	4%	9%	7%	12%	8%	50%	5%	
	Pharmacies où les médicaments sont peu coûteux (cachet d'ampicilline égal ou inférieur à 150 kips)	26%	8%	4%	10%	0%	15%	0%	15%	
Pharmacie où l'achat se fait majoritairement sans ordonnance	44,5%	11%	30%	41%	62%	46%	50%	38%		
Pharmacie dont la majorité de la clientèle habite à proximité	71%	41%	76%	79%	100%	77%	100%	73%		

Source : enquête des pharmacies par questionnaire, 2006

Carte 20 - Qualité des pharmacies de Vientiane : des inégalités spatiales modérées



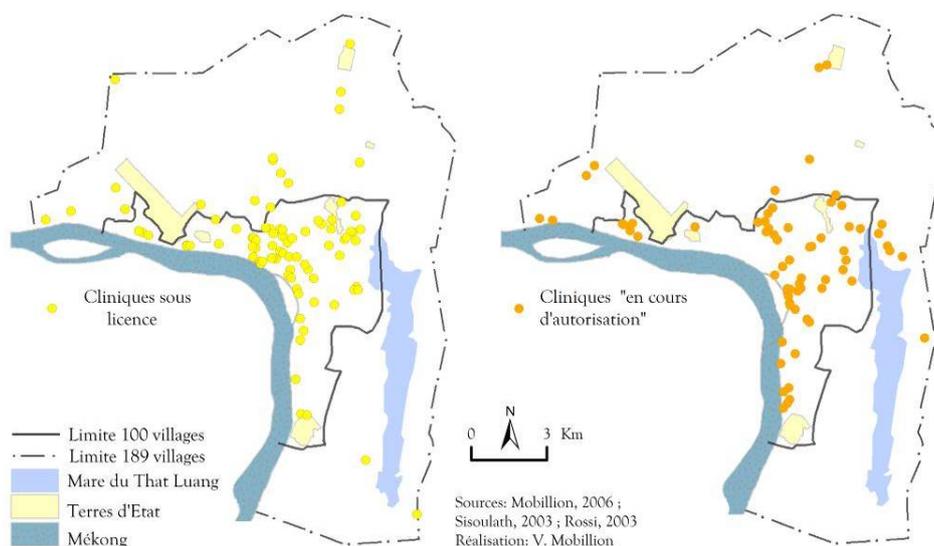
Certes, le centre-ville de Vientiane bénéficie de la meilleure offre, néanmoins la dispersion des marchés comme des hôpitaux - à côté desquels s'installent des pharmacies - contribue à assurer aux différentes zones de la capitale une accessibilité relativement bonne aux pharmacies de niveau satisfaisant.

III. Les territoires d'implantation des médecins privés : le résultat d'enjeux commerciaux modérés

A/ Répartition des médecins privés : une concentration dans les villages urbains

Comparées aux pharmacies, les cliniques se développent dans un espace plus circonscrit. Les 88 cliniques recensées se concentrent principalement dans les villages urbains : 78% d'entre elles s'intègrent dans le périmètre des 100 villages. Concernant la distribution des cliniques « en cours d'autorisation », même si leur recensement est incomplet⁸³, elle propose une forme similaire, regroupée à 77% dans ce même sous-espace urbain.

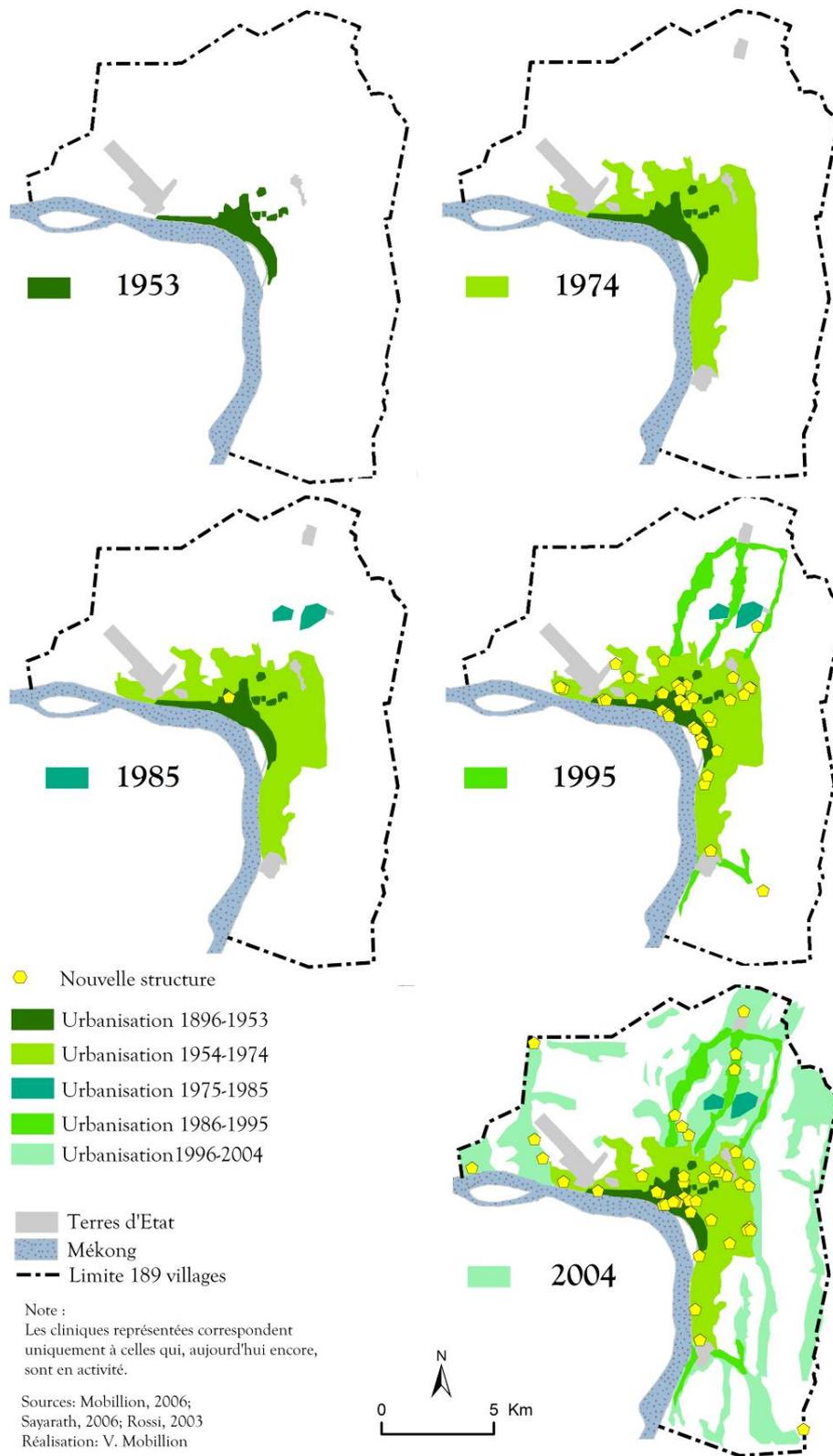
Carte 21- Distribution spatiale des cliniques à Vientiane (2006)



La distribution des cliniques, compte tenu de sa forme resserrée, n'aurait donc pas de correspondance avec la répartition de la population, que l'on sait par ailleurs diffuse. Quant à la superposition du déploiement des cliniques avec celui de la croissance urbaine, elle n'est pas plus convaincante, l'urbanisation s'étendant dans la zone élargie des 189 villages. Le développement spatio-temporel de la croissance urbaine confronté à celui des cliniques traduit en effet un important décalage (carte 22). Lors des nouvelles phases d'expansion de la ville, les cliniques nouvellement établies gagnent principalement les espaces anciennement urbanisés.

⁸³ Le dispositif des cliniques « en cours d'autorisation » est mal connu des agents de santé et n'a donc pu être précisément recensé. Nous avons géoréférencé 67 cliniques « en cours d'autorisation ». En outre, nous n'avons pas procédé à la caractérisation de ces cliniques, les futurs licenciés n'assurant souvent qu'une activité irrégulière.

Carte 22 - Croissance urbaine et installation des cliniques privées à Vientiane (1953-2004)



B/ Logiques d'installation des cliniques : beaucoup de « cliniques-maisons », quelques « cliniques-structures »

Si la spatialité des cliniques correspond principalement à celle des villages urbains, elle n'en dépend pourtant qu'indirectement.

A la différence des licenciés des pharmacies, ceux des cliniques, pour la plupart, ne recherchent pas un emplacement stratégique pour s'établir⁸⁴. La majorité d'entre eux (66%) exerce à leur propre domicile, sans qu'il ait été choisi à des fins autres que personnelles. L'installation de la clinique est postérieure au choix du logement⁸⁵. Cela s'explique par les objectifs que se fixent les licenciés. Pour 90% des médecins privés, les soins dispensés en clinique ne représentent qu'une activité secondaire (pratiquée en soirée et le week-end), complétant leur salaire perçu dans le secteur public. En effet, les médecins préfèrent préserver leur statut de fonctionnaire car, comme en témoignent plusieurs de nos entretiens auprès de médecins privés ou d'agents responsables des cliniques, la pratique médicale dans les structures de soins publiques serait la condition *sine qua non* pour se constituer une clientèle privée. C'est ainsi que seuls 10% des médecins privés ont une licence « 24 heures ». La démarche des médecins privés se distingue donc des pharmaciens, dont la majorité exerce à plein temps. Ainsi, soumis à moins de pressions, les licenciés des cliniques exercent fréquemment à leur domicile, pour des raisons évidentes de commodité et de coût.

A côté des licenciés qui pratiquent à leur domicile, les autres, beaucoup moins nombreux (34%), travaillent dans des locaux, le plus souvent loués et aux installations plus perfectionnées. Ces cliniques se singularisent en effet par un meilleur équipement médical et une pratique plus fréquente des différentes spécialités médicales (figure 9). En outre, il arrive que les licenciés travaillent avec un ou plusieurs associés, confrères ou investisseurs. Le développement de partenariats, tout comme les autres caractéristiques de ces cliniques, témoignerait de projets commerciaux ambitieux.

⁸⁴ Les résultats qui suivent sont issus de l'enquête de caractérisation des cliniques sous licence. Sur les 88 cliniques, nous avons pu en enquêter 80.

⁸⁵ 80% déclarent avoir choisi leur maison sans avoir eu, au préalable, l'objectif d'y installer une clinique.

Figure 9 - Profil des cliniques de Vientiane établies soit au domicile du médecin soit dans un local

		Cliniques établies au domicile du médecin (n=53)	Cliniques établies dans un local n=27)
Caractéristiques des cliniques	% dont le licencié travaille avec un ou plusieurs associés	49%	89%
	% de catégorie 1 (les mieux équipées)	11%	27%
	% dispensant uniquement des soins de médecine générale	26%	11%
	% dont le financement résulte de plusieurs personnes	5%	15%

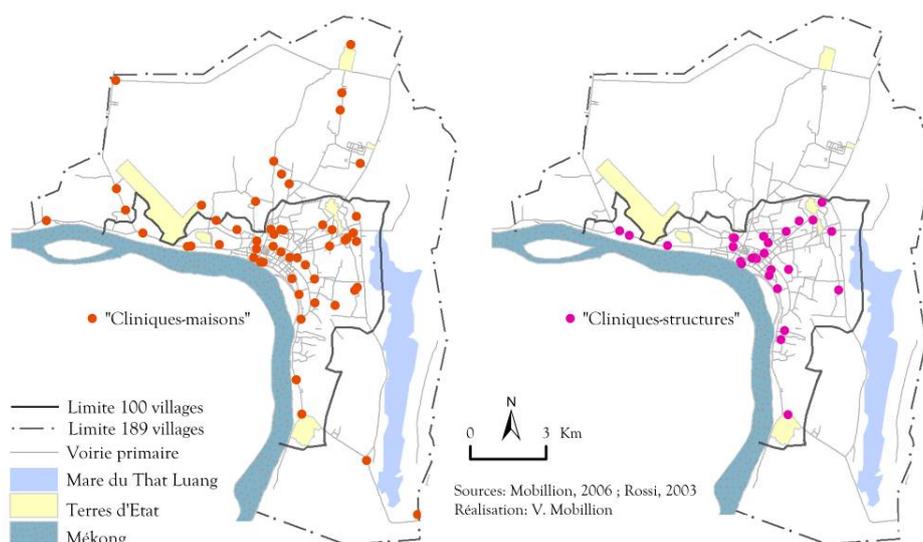
Source : enquête des cliniques par questionnaire, 2006

Les cliniques se divisent donc en deux groupes, en fonction des attentes qu'en ont les licenciés. On distingue les « cliniques-maisons » établies au domicile du licencié, des « cliniques-structures », installées dans un local loué à cet effet. Nous retenons ces deux appellations « maison » et « structure », car la première souligne les moyens modestes mobilisés, et la seconde exprime au contraire, une démarche plus construite. Les « cliniques-maisons » ont d'humbles ambitions alors les « cliniques-structures » ont toutes les qualités d'une entreprise commerciale. Les premières sont de loin les plus nombreuses (2/3 du dispositif), les licenciés se risquant rarement à d'importants investissements pour cette activité principalement secondaire (dépenses liées au loyer et aux coûts du matériel médical, etc.).

Or, si la majorité des licenciés installent leur activité à leur domicile, pourquoi la distribution spatiale des cliniques se concentre-t-elle essentiellement dans le périmètre des 100 villages ? La répartition des « cliniques-structures » troublerait-elle la lecture cartographique des « cliniques-maisons » ?

Sur la carte 23, nous avons distingué la distribution des « cliniques-maisons » de celle des « cliniques-structures ». Si les « cliniques-maisons » donnent à voir une répartition plus diffuse que les autres, elles restent néanmoins essentiellement concentrées, pour 70% d'entre elles, dans les 100 villages urbains. Leur implantation serait liée à la répartition spatiale des catégories socioprofessionnelles et à la localisation des institutions sanitaires (structures de soins publiques et administrations nationales, provinciales et des districts). En effet, la plupart des médecins appartiennent à de grandes familles dont l'ancienneté et le prestige les ont conduites à s'installer dans les quartiers centraux de Vientiane. De plus, par souci d'économie de temps et d'argent, les médecins habitent de préférence à proximité de leur lieu de travail ; or la majorité des administrations sanitaires se situent au sein des 100 villages. En outre, il y aurait d'autant moins de cliniques recensées dans les périphéries que les rares médecins qui y résident pratiqueraient, plus qu'ailleurs, la médecine de manière informelle. Cette information, soulignée à plusieurs reprises par différents agents de santé, paraît cohérente eu égard aux espaces dont il est question, reculés et peu équipés en structures de soins. Enfin, les cliniques restantes (30%), réparties sans organisation précise dans les zones périphériques, renverraient à la domiciliation excentrée d'une minorité de médecins.

Carte 23 - Localisation des « cliniques-maisons » et des « cliniques-structures » de Vientiane



En ce qui concerne les « cliniques-structures », qui occupent exclusivement la zone des 100 villages urbains, leur distribution est encore plus resserrée. Outre leur caractéristique centrale, ces cliniques sont aussi significativement sur-représentées le long de la voirie primaire⁸⁶ - une corrélation non-avérée pour les « cliniques-maisons ». Mis à

⁸⁶ Dans la zone restreinte des 100 villages, nous avons comparé le nombre de cliniques implantées le long de la voirie primaire à celles implantées le long d'axes secondaires ou tertiaires. Le test du khi² confirme une sur-représentation des cliniques le long de la voirie primaire ($p < 0,5$).

part ces deux éléments structurants, le centre-ville et les routes principales, leur répartition ne dépendrait pas d'autres facteurs urbains. Les abords des marchés, notamment, ne sont pas sur-investis par les licenciés (absence de corrélation statistique). Les licenciés des « cliniques-structures » favoriseraient finalement des emplacements qui bénéficient d'une bonne visibilité (sur la voirie primaire) et attractivité (dans la zone centrale). Recrutant l'essentiel de leur clientèle parmi celle des structures sanitaires publiques, ils se contenteraient d'une implantation accessible, c'est-à-dire facile à repérer et au sein de zones connues par l'ensemble de la population.

Ainsi, qu'il s'agisse des « cliniques-structures » ou des « cliniques-maisons », toutes deux dépendent de logiques favorisant une implantation centrale. Par conséquent, les populations résidant en périphérie bénéficient d'une faible accessibilité à ce type de service. De plus, les cliniques implantées en dehors des 100 villages offrent un profil de moindre qualité et diversité (tableau 15). Les licenciés concernés sont en effet moins formés et sont souvent à la tête d'un service modeste nécessitant rarement de partenariat entre confrères. Ces cliniques disposent d'un équipement rudimentaire et dispensent moins que les autres cliniques des soins de spécialité. Compte tenu du niveau des prestations offertes, leurs capacités d'attraction sont réduites aux environs et le prix de la consultation parmi les plus abordables.

Tableau 15 - Profil des cliniques implantées soit à l'intérieur soit à l'extérieur du périmètre des 100 villages urbains de Vientiane

		Cliniques établies à l'extérieur des 100 villages (n=16)	Cliniques établies dans les 100 villages (n=64)
Caractéristiques des cliniques	% dont le licencié a une formation inférieure à 6 ans	19%	12%
	% dont le licencié a un ou plusieurs associés	6%	20%
	% de catégorie I	6%	19%
	% dispensant uniquement des soins de médecine générale	31%	19%
	% dont le prix de consultation est inférieur à 50 000 kips (environ 5 US\$)	88%	66%
	% ayant surtout une clientèle de proximité	69%	17%

Source : enquête des cliniques par questionnaire, 2006

* * *

Les territoires d'implantation des cliniques et des pharmacies sont le résultat d'une faible régulation des pouvoirs publics. Le pragmatisme des autorités en est la principale raison.

La quête de légitimité recherchée par le gouvernement à la fin des années 1980 passe par la libéralisation économique mais aussi, après la courte période totalitaire, par la réintroduction des codes traditionnels lao régissant les relations sociales et hiérarchiques. Selon ces codes, les deux parties, le supérieur et l'inférieur, sont unies par une relation asymétrique de don/contre-don en faveur de l'inférieur : le premier, afin de préserver son influence, offre sa protection, qui doit être significative pour que le second ne se démette pas de sa dépendance. Dans cette perspective, les contraintes imposées aux entrepreneurs privés – ceux sur lesquels se fonde le processus de légitimation étatique – sont mineures, d'autant plus qu'il n'existe pas au Laos d'administration efficace pour les appliquer. Les pharmaciens et les médecins bénéficient par conséquent d'importantes marges de liberté pour organiser leur activité. La répartition spatiale différente des pharmacies et des cliniques que nous avons pu observer résulte de ce fait, non d'une planification différenciée des deux types de services, mais des attentes et stratégies propres à chaque profession, pharmacien ou médecin privé. Les intérêts particuliers de l'Etat – le contrôle du pouvoir – conduisent finalement à laisser s'exprimer les intérêts particuliers des entrepreneurs privés.

Cette analyse effectuée à partir des professionnels de santé privés illustre le type de relations nouées entre les pouvoirs publics et les acteurs économiques. La politique clientéliste adoptée à l'égard de ces derniers laisse supposer l'existence de dérives et d'abus divers dans les différents secteurs de l'économie (commerce, éducation, construction, etc.).

Synthèse

Vientiane, pareille à la plupart des capitales, dispose finalement de nombreuses structures de soins, publiques et privées, concentrées pour l'essentiel dans les espaces les plus urbanisés.

Ce paysage sanitaire, *a priori* peu original, se montre toutefois singulier, voire paradoxal, au vu du contexte politique. Plutôt que d'un Etat omnipotent, c'est en effet d'une multitude d'acteurs et de logiques que dépendent le développement et l'implantation des systèmes de soins public et privé. Même s'il revient aux autorités seules de définir le dispositif sanitaire (établissement de la pyramide sanitaire, autorisation des cliniques et pharmacies privées), leur ingérence reste mineure concernant le lieu d'installation des services de santé. En dehors du rattachement à leur unité administrative, les différentes infrastructures publiques occupent des sites témoignant au final d'aucune structuration particulière ni de contrôle de l'espace. Au lieu d'une planification rigide prédéfinie, les circonstances de tout ordre (jeux de pouvoir locaux, disponibilité des terrains, etc.) interviennent largement. Les professionnels de santé privés, quant à eux, ne trouvent aucune difficulté à exercer leur activité, parfois même sans en avoir l'autorisation, et s'installent dans les lieux qu'ils jugent stratégiques, quitte à créer d'importants déséquilibres dans l'accès aux soins.

Comment expliquer un tel laisser-faire de la part des dirigeants ? A quelle logique répond cette contradiction apparente entre autoritarisme et laisser-faire ?

Face aux fournisseurs de soins privés, la démarche du gouvernement est pragmatique : en protégeant leur activité, il accroît son influence. En revanche, dans le secteur public, quelle signification donner aux marges de liberté dont bénéficient les agents publics intermédiaires ? Est-ce le signe d'insuffisances de l'administration ? l'illustration du fait qu'une organisation politique, même autoritaire, ne peut résister aux réalités sociales complexes ? ou bien le résultat d'un dessaisissement de la santé publique de la part des autorités, d'une instrumentalisation révolue ?

La seconde partie, en proposant un nouvel angle d'analyse du système de soins, fournira des éléments de réponse à ces questions.

Partie 2 :

Les territoires d'attraction des structures de soins



Introduction

L'analyse précédente a permis d'établir l'offre de soins disponible et sa localisation ; la présente étude, centrée sur son attraction, la poursuit et l'approfondit.

L'attraction d'une structure s'exerçant sur un espace défini, elle correspond aux flux de patients qu'elle parvient à drainer, c'est-à-dire à son champ d'action (ou territoire d'attraction). De taille variable, plus ou moins adapté aux besoins de soins et concordant ou non aux choix de la planification, le champ d'action d'une structure traduit son fonctionnement et son opérationnalité.

Quelle attraction exercent les différentes structures sanitaires implantées à Vientiane⁸⁷ ? Existe-t-il une correspondance entre leur champ d'action réel et leur champ d'action théorique prévu par l'administration sanitaire ? En vertu de la planification établie, les hôpitaux de district, premier niveau du système de référencement, prennent-ils en charge la plupart des besoins courants des habitants du district ? Remplissent-ils tous un rôle comparable ? Complètent-ils les fonctions des hôpitaux centraux ? Ou bien au contraire, observe-t-on des phénomènes de concurrence et des déséquilibres d'attraction entre ces différentes structures ? Comment se partagent-elles l'espace ? *In fine*, quel fonctionnement du système de soins cela traduit-il ?

Objet central de l'analyse, les ressources sanitaires, « lieux où s'élaborent à travers l'accueil, le traitement, la prise en charge des personnes souffrantes, des enjeux à la fois scientifiques, sociopolitiques, économiques et éthiques » [Boileau et Eboko, 2000], révèlent ainsi l'engagement des institutions responsables de la gestion sanitaire et, plus généralement, constituent une clé de lecture du rôle de l'Etat.

Quel degré d'implication, d'administration, d'étatisme des autorités peut-on lire au travers du fonctionnement des structures de soins ? Si, comme nous l'avons vu, les dirigeants interviennent peu dans le développement de l'offre de soins, et celui du secteur privé en particulier, compensent-ils ce laisser-faire par une gestion déterminée et appliquée des infrastructures sanitaires publiques ? A l'heure de la libéralisation économique et de la multiplication des services de santé privés, l'utilisation et le rayonnement des structures publiques constituent-ils encore un enjeu politique ?

Pour formuler des éléments de réponse, il convient, dans un premier temps, de définir les territoires d'attraction des différentes structures de soins. De manière à caractériser les modalités d'attraction des établissements sanitaires, nous étudierons non seulement leur aire d'influence mais aussi leur activité (à partir des effectifs de consultants) ainsi que le profil démo-épidémiologique de leur patientèle (âge, sexe, morbidité). De la sorte,

⁸⁷ Comme cela sera expliqué dans l'introduction méthodologique qui suit, l'analyse se concentre principalement sur les infrastructures publiques.

leur fonctionnement et dysfonctionnement seront plus visibles ; nous pourrons définir où, comment et qui les structures attirent et parvenir ainsi à une vision synthétique de leurs territoires d'attraction.

Dans un second temps, c'est précisément l'engagement des politiques et ses répercussions locales sur les structures que nous étudierons, en vue d'expliquer les mécanismes de production de ces territoires.

Tout en caractérisant le fonctionnement du système de soins de Vientiane, cette analyse nous renseignera sur l'Etat laotien ; ses choix, ses priorités et ses moyens d'action dans le champ social de la santé, n'admettant que sa propre autorité, révèlent sa manière d'ordonner la société actuelle.

Chapitre 5. Éléments méthodologiques⁸⁸

I. Secteurs de soins et structures sanitaires éligibles

Pour satisfaire au mieux nos objectifs de recherche, l'idéal aurait été d'étudier l'ensemble des différents établissements de soins, que ces derniers relèvent du secteur public, privé ou de pratiques informelles.

Or, l'opacité qui caractérise les activités thérapeutiques informelles (cf. chap. 2), a formé un obstacle tel qu'il a été impossible d'évaluer l'attractivité. Quant aux structures privées, l'absence ou la déféctuosité de leurs données nous a interdit d'en tirer des conclusions fiables. En effet, bien que les médecins et les pharmaciens privés soient, au regard de la loi, tenus de rendre compte trimestriellement de leur activité aux autorités, dans les faits, rares sont ceux qui se conforment à cette obligation. Pour ces raisons, les structures de soins publiques constituent notre unique population d'étude, elles seules disposant de registres d'activité. A défaut d'analyser l'attractivité des différents secteurs de soins, cette recherche présente néanmoins l'intérêt majeur d'étudier le secteur dominant⁸⁹.

Parmi les 22⁹⁰ structures de soins publiques comprises dans le périmètre des 189 villages, nous avons choisi de retenir uniquement celles dispensant des soins courants⁹¹ ; les autres, plus spécialisées (les hôpitaux Contre la Tuberculose, de Réhabilitation, Ophtalmologique et Dermatologique), ont été exclues de l'étude car elles répondent à des besoins marginaux. En plus des établissements à vocation généraliste (hôpitaux centraux et de district), nous avons sélectionné l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant puisqu'il prend en charge les besoins courants des populations ciblées. En revanche, nous avons exclu l'Hôpital de la Police car il attire surtout les policiers et leurs familles⁹², ainsi que les dispensaires, qui enregistrent une activité marginale⁹³.

Au total, notre population d'étude comprend neuf établissements :

⁸⁸ Si l'argumentaire qui suit a pour principal objet de présenter la démarche poursuivie, il témoigne aussi, en filigrane, des dysfonctionnements spécifiques aux institutions sanitaires publiques. Nous incitons donc le lecteur à dépasser l'aspect méthodologique des contraintes imposées par le terrain pour les considérer comme autant d'éléments qui participent à l'explication des problèmes d'attractivité des structures de soins publiques que nous aurons pu mettre en évidence.

⁸⁹ Les structures de soins publiques sont, contrairement aux cliniques privées, utilisées par l'ensemble de la population et sont, en outre, les seules habilitées à offrir certains actes ou services médicaux tels que les accouchements, les opérations chirurgicales et les urgences.

⁹⁰ 7 dispensaires, 4 hôpitaux de district, 3 hôpitaux centraux de médecine générale, 6 hôpitaux centraux spécialisés (les hôpitaux Ophtalmologique, Dermatologique, de médecine traditionnelle, de la Mère et de l'Enfant, de Réhabilitation et Contre la Tuberculose), l'Hôpital de la Police et l'Hôpital Militaire.

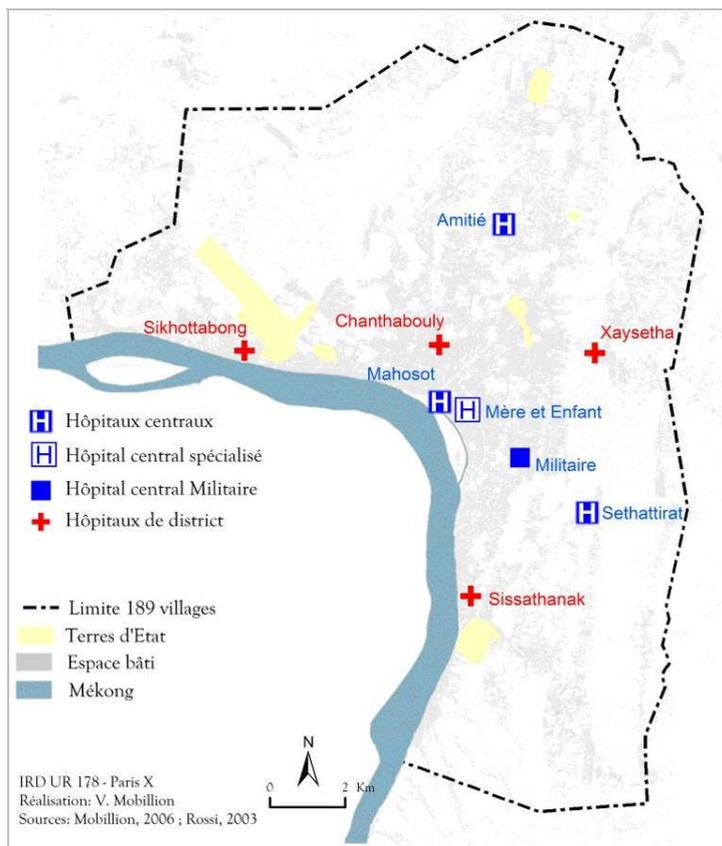
⁹¹ Les soins courants, que nous qualifions indifféremment de « généralistes », comprennent ceux qui, indépendamment de la spécialité médicale de laquelle ils dépendent (gynécologie, stomatologie, etc.), répondent aux besoins les plus fréquents.

⁹² Bien que la vice-directrice de l'hôpital de la Police estime à 30% la proportion de consultants policiers et affiliés, l'analyse des registres permet de réévaluer à 80% cette proportion.

⁹³ A partir des entretiens effectués auprès des responsables des dispensaires et de l'analyse des registres d'activité, nous avons estimé à moins de dix le nombre mensuel moyen de consultations curatives.

- les quatre hôpitaux de district : Chanthabouly, Sikhottabong, Xaysetha et Sissathanak
- les trois hôpitaux centraux à vocation généraliste : Mahosot, Amitié et Sethattirat
- l'Hôpital central spécialisé de la Mère et de l'Enfant
- l'Hôpital Militaire.

Carte 24 - Hôpitaux de Vientiane dont les territoires d'attraction ont été étudiés



II. Services de soins, variables et période étudiés

L'un des objectifs de notre recherche étant de comparer l'attractivité des hôpitaux, la similarité des données d'activité enregistrées dans les structures constitue le principal critère de sélection des services de soins étudiés. Ainsi, les services éligibles sont ceux dont les registres sont disponibles et présentent la même démarche d'enregistrement que les autres établissements.

De façon à s'offrir les perspectives de recherche les plus larges, nous avons procédé, dans les neuf hôpitaux, à l'inventaire des registres de tous les services de type généraliste⁹⁴. Au

⁹⁴ Pour lister les services de soins généralistes, nous nous sommes fondés sur ceux disponibles dans les hôpitaux de district, ces derniers ayant la charge de répondre à la plupart des besoins courants. Nous avons retenu tous les services existant dans les hôpitaux de district, à l'exception du service

cours de cette pré-enquête, nous avons constaté que les agents de santé conservaient la plupart des anciens registres. Nous avons donc pu étudier les différents types de services existants, ce qui nous a permis de caractériser le profil d'activité général des hôpitaux. Les différents services sélectionnés relèvent tant de la médecine générale (consultations externes pour enfants et adultes), des soins de santé primaires (consultations prénatales) que des spécialités médicales (stomatologie, gynécologie, urgences⁹⁵ et accouchements). En vue de rassembler un volume de données qui permette d'étudier l'activité des différents services en particulier, nous avons recueilli un volume de consultations correspondant à deux mois d'activité (décembre 2005 et janvier 2006⁹⁶).

Parmi les variables individuelles renseignées dans les registres, nous avons retenu le village de provenance des consultants (pour définir l'aire de recrutement des structures), l'âge, le sexe et le motif de consultations (pour établir le profil démo-épidémiologique des patientèles) ainsi que l'adhésion à une assurance (pour dissocier les assurés des non-assurés). Ont été d'écartées de l'étude les variables d'intérêt secondaire⁹⁷ compte tenu de l'ampleur du travail préparatoire nécessaire à la saisie des données sélectionnées. La préparation des données comprenait en effet la reproduction de chacun des registres⁹⁸, le déchiffrement, la traduction et la réécriture des diagnostics, la correction de l'alignement des enregistrements et la dissociation des assurés et non assurés, et cela pour plusieurs milliers de patients.

d'hospitalisation qui est peu comparable d'une structure à l'autre (spécialités médicales et mode d'enregistrement de l'activité différents). Dans les neuf hôpitaux, nous avons donc étudié la disponibilité des registres dans les services de médecine générale (pour enfants et adultes), de gynécologie, de stomatologie, des urgences et ceux liés à la protection maternelle et infantile (vaccinations, consultations prénatales, contraception, accouchement).

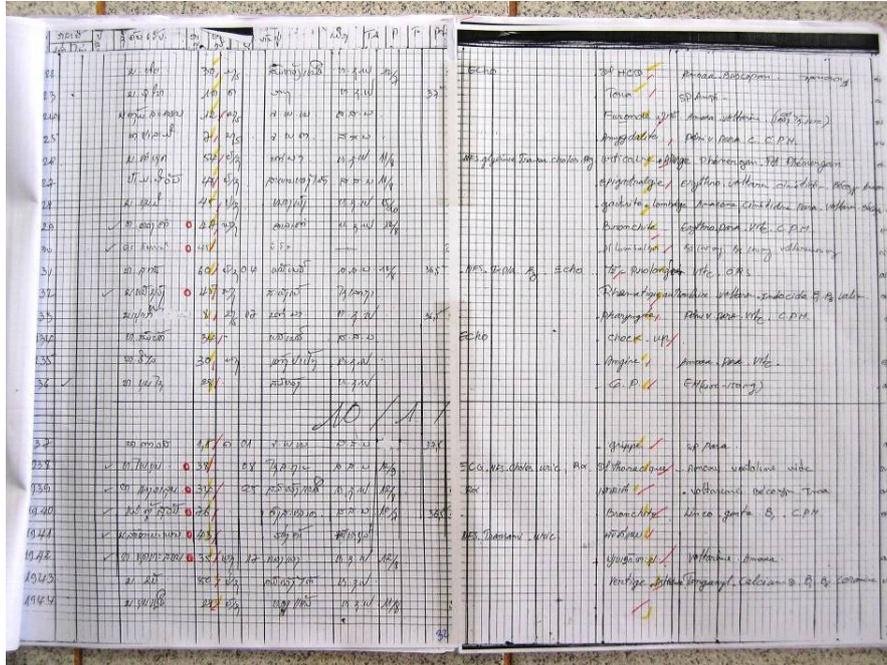
⁹⁵ Les agents de santé distinguent les urgences de médecine interne des urgences chirurgicales. Nous n'avons retenu que les urgences de médecine interne car les hôpitaux de district ne prennent pas en charge les urgences chirurgicales. En outre, en raison de l'indisponibilité de plusieurs registres, cette étude porte uniquement sur les consultants adultes.

⁹⁶ Période pour laquelle la complétude des données était la meilleure.

⁹⁷ Poids, taille, médicaments prescrits, tension artérielle, heure de visite, etc.

⁹⁸ La reproduction des données, non-informatisées et consignées dans des cahiers de formats non standardisés, nécessitait une impression des feuillets un à un.

Photographie 15 - Support d'enregistrement des consultations médicales dans les hôpitaux de Vientiane



Source : V. Mobilion, 2007

Ici, le registre de consultations externes de l'hôpital de district de Sissathanak. Quel que soit le type d'hôpital, la plupart des registres sont, comme celui-ci, de simples cahiers. La clarté des informations enregistrées varie d'un service à l'autre.

En dépit des corrections et des remaniements effectués, notre corpus de données présente quelques particularités nécessitant des adaptations :

- En ce qui concerne le service dentaire de l'Hôpital Xaysetha, nous ne disposons pas de l'âge précis des patients mais de leur appartenance à l'une des cinq classes d'âges suivantes : moins d'un an, de 1 à 4 ans, de 5 à 14 ans, de 15 à 49 ans et 50 ans et plus. Par conséquent, nous avons appliqué cette même classification à l'ensemble des patients des services dentaires.
- En ce qui concerne le service des consultations prénatales de l'Hôpital Mahosot, le village de provenance des consultantes n'est pas renseigné. De ce fait, nous n'étudierons pas l'aire d'attraction des hôpitaux pour ce service particulier.
- Etant donné que les consultations des patients assurés ne sont pas systématiquement consignées dans les registres, nous les avons extraites de la base de données. Notre analyse repose donc uniquement sur la population consultante non-assurée.

III. Les limites de l'étude

Bien que nous ayons collecté près de 40 000 lignes de consultations, les données recueillies sont parfois insuffisantes pour déterminer avec précision le profil démographique des consultants ou l'aire d'attraction des hôpitaux. Ce problème concerne principalement certains services de soins spécialisés des hôpitaux de district

(maternité, stomatologie, gynécologie) qui enregistrent pour la période étudiée souvent moins d'une centaine d'observations.

Tableau 16 - Consultations enregistrées par service dans les hôpitaux publics de Vientiane, en décembre 2005 et janvier 2006

Types de consultations		Hôpitaux de district				Hôpitaux centraux					Total
		Chanthabouly	Sikhottabong	Xaysetha	Sissathanak	Mahosot	Amitié	Sethattirat	Militaire	Mère et Enfant	
Cs* externes	Adultes (15 ans et +)	240	428	217	654	3546	1910	1986	1766	nc	10747
	Enfants (- de 15 ans)	238	280	158	180	1126	511	542	153	2011	5199
	Cs externes totales	478	708	375	834	4672	2421	2528	1919	2011	15946
Cs en urgence (adultes**)		79	419	196	473	3618	1508	1241****	nc	nc	7534
Cs prénatales		186	363	245	100	1613***	595	964	211	3575	7852
Maternité		2	25	11	14	356	130	160****	98	691	1487
Cs dentaires		107	389	61	57	612	294	214	238	nc	1972
Cs gynécologiques		nc	10	5	11	1178	433	755	88	1407	3887
Total		852	1914	893	1489	12049	5381	5862	2554	7684	38678

nc : non concerné

* Cs : consultations

** Nous n'avons pas étudié les consultations d'urgence pour enfant car les registres étaient indisponibles dans plusieurs hôpitaux

***Service où le village de provenance des patients n'est pas renseigné

****Les agents de ce service ne dissocient pas les assurés des non-assurés; nous avons donc dû retrancher, au moyen d'un tirage au sort, le nombre d'assurés estimé. Le nombre d'assurés a été évalué en tenant compte du pourcentage moyen d'assurés qui ont été enregistrés dans les autres services de cet hôpital.

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Une solution aurait consisté à rallonger la période d'étude, une option néanmoins difficilement réalisable vu les difficultés rencontrées pour rassembler ce type de données. D'une part, il a été difficile de trouver une période où tous les registres étaient disponibles et d'autre part, la recherche d'un seul registre a souvent nécessité plusieurs jours d'investigation ; or, nous avons dû collecter plus de quatre-vingt cahiers de registres pour recueillir seulement deux mois d'activité. A titre d'exemple, le récit qui suit détaille la recherche d'un registre dans le service de gynécologie de l'un des hôpitaux centraux et illustre les types de difficultés rencontrées :

Lors de notre première visite dans le service, les agents de santé cherchent brièvement et sans grande conviction les registres dans le tiroir du bureau puis préfèrent ajourner leur recherche, en raison de l'absence du responsable de service. Notre autorisation, signée du directeur de l'hôpital, n'y change rien. Le jour

suivant, nous parvenons à rencontrer le responsable du service, mais celui-ci nous explique qu'il ne dispose pas des clés du local où il dit avoir rangé les registres. Le troisième jour, le responsable est présent, les clés du local en sa possession, mais les registres restent toujours introuvables. Nous nous apprêtons à partir quand le responsable voit les registres dans le tiroir de son bureau, à l'endroit même où ses subalternes les avaient prétendument cherchés deux jours auparavant.

Cette anecdote témoigne des obstacles qui ont fréquemment retardé voire empêché la consultation de certains registres. Les problèmes rencontrés sont principalement de nature organisationnelle (absence du responsable, indisponibilité des clés des locaux, archivage des documents peu soigné) mais sont aussi liés aux usages bureaucratiques et aux relations hiérarchiques établies entre les soignants (déresponsabilisation des agents subalternes, cloisonnement du personnel dirigeant) – deux éléments caractéristiques des dysfonctionnements du système de soins que nous développerons par la suite.

A défaut de pouvoir rassembler davantage de registres, nous avons cherché à collecter les rapports d'activité annuels de chaque hôpital afin de multiplier nos observations. Cependant, leur format non-normalisé et l'imprécision des statistiques consignées, ne nous ont pas permis de compléter notre corpus de données. En dernier recours, nous avons soumis un même questionnaire aux différents responsables des hôpitaux afin de recueillir des données d'activité comparables. Or, cette entreprise s'est soldée par un échec car les données collectées étaient incomplètes, parfois incohérentes, donc inexploitable. Notre démarche concordait mal, en effet, avec l'administration interne des structures, qui archivent les informations chacune à leur manière, sans que l'on puisse les désagréger.

Par conséquent, les données issues des registres constituent notre unique source d'informations, qui, malgré les limites qu'elle présente, a néanmoins l'avantage de brosser pour chacun des hôpitaux un profil d'attractivité nuancé.

Il convient par ailleurs de signaler que les données dont nous disposons ne nous permettent pas de distinguer les nouveaux patients (ceux qui consultent pour un premier épisode morbide) des anciens (ceux qui consultent une nouvelle fois pour le même épisode morbide). En conséquence, notre analyse repose sur les effectifs de consultations, non sur ceux des consultants. De ce fait, il est possible que certaines populations de consultants (les enfants, les femmes, les personnes âgées, etc.) ou certains diagnostics aient été sur- ou sous-estimés.

L'imprécision des diagnostics enregistrés constitue une autre des limites de notre étude. Si les variables comme l'âge, le sexe ou le village de provenance se prêtent à peu d'erreurs d'interprétation, le diagnostic du patient recouvre différentes significations, étroitement dépendantes de la formation, de l'expérience et de la compétence des soignants. Selon le cas, le diagnostic enregistré désigne soit une pathologie, soit un symptôme déclaré par le patient et/ou décelé par les agents de santé. De la sorte, les données sont peu exploitables à l'état brut. Une fois remaniées, celles-ci peuvent néanmoins nous renseigner sur les grandes familles épidémiologiques dont relèvent les maladies et les symptômes enregistrés. Pour ce faire, nous avons classé les enregistrements parmi les 22 familles d'affections proposées par la Classification Internationale des Maladies

(C.I.M)⁹⁹ (tableau 17). La seule adaptation que nous nous sommes permis d'apporter concerne certains symptômes, auxquels la C.I.M attribue une catégorie à part, mais qui nous ont semblés plus pertinents de classer dans l'une des familles épidémiologiques, afin d'assurer une meilleure lisibilité des résultats. Par exemple, nous avons classé les enregistrements de « mal à l'oreille » dans la catégorie « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » plutôt que dans celle intitulée « Symptômes ».

Ce ré-encodage permet de caractériser le profil de morbidité des consultants, et non, comme les données brutes nous y invitaient, la qualité d'enregistrement des diagnostics. Nous évitons ainsi de conclure à des motifs de consultation différents quand c'est, en réalité, le diagnostic prononcé qui diffère. Si les données ne nous renseignent ni sur la gravité des diagnostics posés, ni sur la morbidité elle-même, elles permettent cependant d'estimer s'il existe, selon les grandes familles épidémiologiques considérées, une attraction différenciée des hôpitaux. Les établissements de même rang prennent-ils en charge le même type d'affections ? Et si oui, celles-ci sont-elles représentées dans des proportions comparables ? Voici les questions auxquelles nous serons en mesure de répondre.

Enfin, il faut préciser qu'environ 20% des diagnostics sont manquants, soit parce que les agents de santé ne les ont pas enregistrés, soit parce que nous n'avons pas pu les définir¹⁰⁰. En raison des différents problèmes que pose la variable « diagnostic », les profils épidémiologiques établis à partir de ces données ne révèlent finalement qu'une tendance.

⁹⁹ La C.I.M est la référence internationale pour catégoriser les maladies.

¹⁰⁰ Le pré-codage des diagnostics, effectué à partir de l'analyse des registres, a permis d'identifier 90% des modalités.

Tableau 17 - Classification des maladies et des symptômes à partir des différentes familles épidémiologiques de la C.I.M*

Catégorisation (élaborée sur le modèle de la C.I.M)	Exemples de maladies et de symptômes associés	Catégorisation (élaborée sur le modèle de la C.I.M)	Exemples de maladies et de symptômes associés
Principales maladies infectieuses et parasitaires	<i>Escherichia coli</i> Dysenterie Fièvre Dengue Diarrhée Infection virale	Maladies de l'appareil circulatoire	Hypertension Extrasystole ventriculaire Angine de poitrine Cardiopathie
Tumeurs	Cancer du sein Cancer du foie autres cancers	Maladies de l'appareil respiratoire	Pharyngite Bronchite Asthme Amygdalite Toux Etat grippal
Maladies du sang	Anémie Thalassémie Purpura	Maladies de l'appareil digestif	Dyspepsie Gastrite Colite Cirrhose du foie Cholécystite Douleur épigastrique Douleur abdominale Maux de ventre
Maladies endocriniennes, nutritionnelles	Diabète Hyperthyroïdie Béribéri Hypocalcémie Malnutrition	Maladies de la peau	Urticaire Eczéma Maladie de peau
Troubles mentaux et du comportement	Psychose Schizophrénie Dépression Névrose	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	Myalgie Arthrite Sciatique Néuralgie Douleur lombaire Douleur au dos
Maladie du système nerveux	Méningite Encéphalite Migraines	Maladies de l'appareil génito-urinaire	Néphrite Calcul rénal Urétrite Cystite Douleur pelvienne
Maladie de l'œil et de ses annexes	Conjonctivite Mal aux yeux	Symptômes	Bradycardie Vomissement Vertige Céphalée Asthénie Fièvre
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	Otite Infection vestibulaire Mal à l'oreille	Lésions traumatiques	Traumatisme Plaie Allergie Intoxication alimentaire Morsure de chien

* Cette classification a été établie pour étudier le profil épidémiologique des consultants des services de médecine générale et des urgences. Les symptômes et maladies observés dans les services de gynécologie relèvent tous de la catégorie « maladies de l'appareil génito-urinaire ». Quant aux symptômes et maladies enregistrés dans les services dentaires, ils réfèrent à la catégorie « maladies de l'appareil digestif ».
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

* * *

Les obstacles que nous avons rencontrés pour déterminer l'activité des hôpitaux et la qualité médiocre de ces données témoignent du dysfonctionnement du système de soins public et soulignent par ailleurs les difficultés auxquelles s'exposeraient les responsables de santé s'ils cherchaient à caractériser l'attractivité des établissements sanitaires.

Chapitre 6. Le champ d'action des hôpitaux publics : des dysfonctionnements visibles à plusieurs échelles

De manière à rendre compte de l'attractivité du système de soins public en général et des hôpitaux en particulier, nous avons organisé la présentation des résultats autour des trois volets suivants : le champ d'action de tous les hôpitaux (pour caractériser l'attractivité spécifique du secteur de soins public), la comparaison des champs d'action entre hôpitaux centraux et hôpitaux de district (pour déterminer les relations de complémentarité ou de concurrence entre ces types de structures) et la comparaison des champs d'action entre hôpitaux de même rang (pour définir l'attractivité particulière de chaque hôpital). Grâce à cette analyse progressive, nous mettrons en évidence plusieurs particularités du fonctionnement du système de soins.

Comme cela a été annoncé, le champ d'action des structures de soins distingue trois points d'analyse : outre l'aire d'attraction *stricto sensu*, c'est également son « épaisseur » (le volume d'activité) et ses caractéristiques (le profil démo-épidémiologique de la patientèle) que nous allons définir.

I. L'attractivité générale des hôpitaux publics

Les données recueillies, bien qu'elles ne permettent pas de qualifier le niveau d'activité des hôpitaux publics¹⁰¹, permettent de caractériser la patientèle de ces établissements ainsi que leur attraction spatiale - deux éléments qui rendent compte respectivement de la capacité de ces structures à répondre aux besoins de la population et du rayonnement de ce secteur de soins.

A/ Quelle population le système de soins public attire-t-il ?

Le profil des consultants est étudié à partir de trois indicateurs : le sexe, l'âge et le diagnostic posé.

▪ Une sur-représentation des femmes :

L'analyse faite à partir des services de médecine générale montre que 56,5% des consultants sont des femmes. Peut-on pour autant affirmer que les hôpitaux publics attirent davantage les femmes que les hommes ? Cette sur-représentation des femmes est-

¹⁰¹ Pour estimer le niveau d'activité du système de soins public, il est intéressant de mettre en perspective le nombre annuel de consultations enregistrées par habitant dans le secteur public (calculée à partir des registres d'activité des hôpitaux) avec le nombre annuel de consultations par habitant tous secteurs confondus.

elle le reflet d'une inégale répartition par genre au sein de la population de Vientiane (51% de femmes) ? La comparaison des deux distributions (les patientes/les habitantes de Vientiane) selon la méthode statistique du khi² démontre leur indépendance ($p < 0,01$), ce qui signifie que les femmes sont effectivement plus nombreuses que les hommes à recourir aux établissements publics.

Tableau 18 - Répartition par genre des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane

	Population consultante (n=13 453)	Population de Vientiane (n= 365 249)
Femmes	56,5%	51%
Hommes	43,5%	49%
Total	100%	100%

Les deux distributions sont significativement différentes ($p < 0,001$)
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005

En ce qui concerne les autres services de soins, ceux de stomatologie et des urgences, les résultats sont comparables : dans les deux cas, les femmes représentent 56% des consultants, une proportion qui est tout aussi significativement supérieure au pourcentage de femmes dans la population de Vientiane.

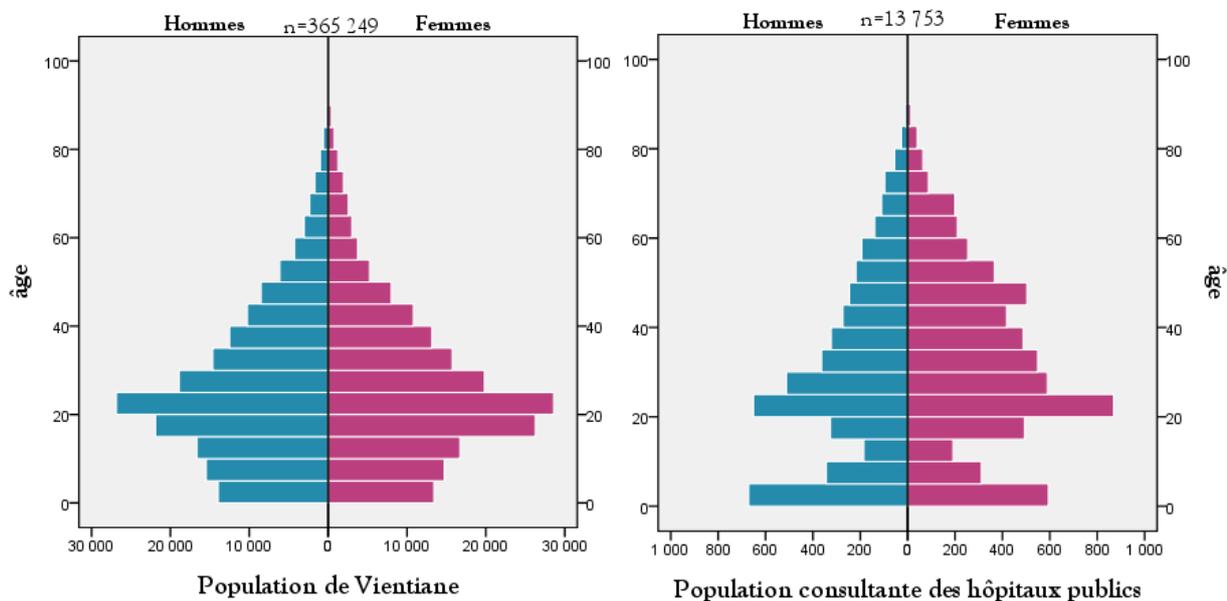
Ces résultats paraissent logiques puisque les femmes fréquentent les hôpitaux plus que les hommes (suivis prénataux, accouchements, soins gynécologiques, etc.) et sont donc davantage familiarisées avec les actes médicaux. Cependant, cela n'interdit pas de se demander si les hommes ne seraient pas plus enclins que les femmes à recourir aux cliniques privées. Ne disposant pas des données d'activité du secteur privé, nous tenterons de répondre à cette question dans la partie suivante, à partir des données de population.

▪ L'âge des consultants : un profil en rapport avec les besoins de la population ?

Afin de dégager la spécificité du profil démographique des consultants, nous avons comparé leur pyramide des âges à celle des Vientianais¹⁰².

¹⁰² Population résidant dans le périmètre des 193 villages.

Figure 10 - Pyramide des âges de la population de Vientiane et des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006)



Source : recensement 2005 ; registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Ces deux pyramides présentent une distribution nettement différente. La pyramide des âges de la population de Vientiane présente la forme d'une « toupie », signant ainsi l'engagement de la population dans un processus de transition démographique. La base étroite témoigne de l'abaissement de la natalité tandis qu'au sommet l'étirement de la pyramide reflète l'augmentation progressive de l'espérance de vie. La structure démographique de la population de Vientiane se caractérise donc par une population jeune - pic démographique pour la classe d'âge des 15-35 ans - et témoigne des phénomènes de dénatalité et de vieillissement.

La pyramide des âges des consultants des services de médecine générale présente, quant à elle, la forme d'un « as de pique ». Elle est élargie pour les enfants, rétrécie pour les adolescents et semblable au profil de la pyramide des âges de la population urbaine pour les classes d'âges suivantes. La structure par âge des consultants, comparée à celle de Vientiane, présente donc deux particularités : une nette sur-représentation des 0-4 ans et une faible proportion d'adolescents.

Le profil démographique de la patientèle révèle-t-il pour autant une attraction spécifique des hôpitaux ? Ou bien est-il conforme à l'évolution progressive des besoins ?

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la consommation des soins généralistes suit, au cours de la vie, une courbe en U : elle est « forte pour les enfants et les personnes âgées, minimum pour les 16-39 ans » [Mizrahi, 1996]. Cette logique se vérifie-t-elle à Vientiane ? Si les observations faites à partir des pyramides des âges confirment la sur-représentation des jeunes enfants parmi les consultants, elles sont insuffisantes pour évaluer le poids des autres classes d'âges. De ce fait, nous avons comparé la répartition par âge des deux populations, consultante et urbaine, pour les classes d'âges qui nous

intéressent (adultes/personnes âgées). Les résultats montrent que les hôpitaux exercent une attraction conforme aux besoins de la population : elle est forte pour les populations âgées (55 ans et plus) – les établissements attirent 14% de personnes âgées alors que ces dernières ne représentent que 7,5% de la population urbaine – et faible pour les jeunes adultes (15 à 34 ans) – les hôpitaux n'attirent que 38% des jeunes adultes alors que ces derniers représentent 47% de la population urbaine.

Tableau 19- Répartition par classe d'âge des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane

Classes d'âge	Population consultante (n=13 453)	Population de Vientiane (n= 365 249)
15 – 34 ans	38%	47%
35 – 54 ans	25%	20,5%
55 ans et +	14%	7,5%
Total	100%	100%

Les deux distributions sont significativement différentes ($p < 0,01$)
 Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005

Ainsi, les hôpitaux publics attirent les populations les plus fragiles, c'est-à-dire les enfants et les personnes âgées.

Nous avons mené cette même analyse pour les soins dentaires et les soins gynécologiques¹⁰³.

Dans le cas des soins dentaires, les hôpitaux enregistrent une sur-représentation des enfants (5 à 14 ans) et des personnes âgées et une sous-représentation des enfants de moins de 5 ans et des adultes (tableau 20). S'il est logique que les consultants de moins de cinq ans soient sous-représentés, cela l'est moins concernant les consultants adultes (15-49 ans). En définitive, la population fréquenterait les services dentaires des hôpitaux publics en cas de maux bénins (caries des enfants) ou bien, au contraire, lorsque le problème est tel que le malade ne peut plus faire l'économie d'une consultation.

¹⁰³ Nous n'avons pas étudié la répartition par âge des consultants pour les services d'obstétrique (accouchements et consultations prénatales) et d'urgences puisque, d'une part, les hôpitaux publics sont les seuls à offrir ces services et que, d'autre part, les populations concernées se voient obligées de recourir à des soins.

Tableau 20 - Répartition par classe d'âge des consultants du service dentaire des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane

Classes d'âge	Population consultante (n= 1 955)	Population de Vientiane (n= 365 249)
<i>moins d'1 an</i>	0%	1%
<i>1-4 ans</i>	3%	6%
<i>5-14 ans</i>	22%	17%
<i>15-49 ans</i>	57%	65%
<i>50 ans et +</i>	18%	10%
<i>Total</i>	100%	100%

Les deux distributions sont significativement différentes ($p < 0,01$)
 Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005

Concernant les soins gynécologiques, les hôpitaux publics attirent essentiellement les femmes âgées de 15 à 49 ans (95%), donc en âge de procréer (tableau 21). Quant aux consultantes âgées de 50 ans et plus, leur proportion est modeste eu égard à l'accroissement des besoins à l'âge de la ménopause. Ces résultats supposent que les femmes recourent aux services de gynécologie principalement pour des raisons liées à la santé reproductive, donc lorsqu'elles s'y sentent contraintes.

Tableau 21 - Répartition par classe d'âge des consultantes du service gynécologique des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane

Classes d'âge	Population consultante (n= 3 829)	Population de Vientiane (n= 365 269)
<i>0-14 ans</i>	0,5%	25%
<i>15-49 ans</i>	95%	65%
<i>50-59 ans</i>	4%	4%
<i>60 ans et +</i>	0,5%	6%
<i>Total</i>	100%	100%

Les deux distributions sont significativement différentes ($p < 0,01$)
 Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005

Ces analyses mettent en évidence l'attractivité inégale des hôpitaux publics : celle-ci est conforme aux besoins pour les soins de médecine générale et faible dans le cas des soins spécialisés. Cela signifie-t-il que la population sollicite de préférence le secteur privé pour les soins spécialisés ? Nous tenterons de répondre à cette question dans la partie suivante.

- Les diagnostics enregistrés¹⁰⁴ correspondent-ils au profil épidémiologique de la population de Vientiane ?

Vientiane, à l'image des villes des P.E.D, présente un tableau épidémiologique complexe comprenant les maladies infectieuses et parasitaires caractéristiques des pays pauvres et les affections dites de développement, occasionnées par l'urbanisation en cours [Salem, 1998 ; Brucker, 2000 ; Prost, 2000]. Aux pathologies classiques de la pauvreté (affections respiratoires, diarrhées, parasitoses, etc.) s'ajoutent donc d'autres affections, le plus souvent chroniques et dégénératives (obésité, diabète, hypertension artérielle, cardiopathies, cancers, troubles psychologiques, etc.) qui sont induites par la sédentarité, les nouveaux comportements alimentaires, l'isolement, le stress et le vieillissement de la population. A Vientiane, par exemple, l'obésité est huit fois supérieure au taux national, l'hypertension artérielle deux fois plus importante et la consommation d'alcool et de tabac quatre fois supérieure [Vallée, 2008b, 92].

L'activité des hôpitaux reflète-t-elle la situation épidémiologique décrite ?

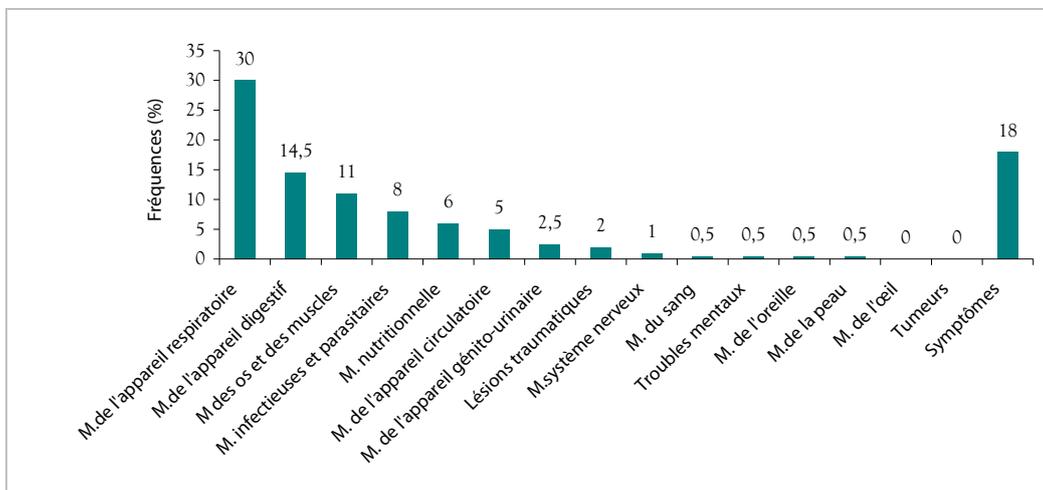
Pour répondre à cette question, nous avons analysé la distribution des diagnostics (figure 11) que nous avons regroupés par familles d'affections et dont le détail figure dans le tableau 22.

Il apparaît que la majorité des enregistrements fait référence à des pathologies dites de pauvreté. Parmi elles, on distingue les affections respiratoires (30%), les maladies infectieuses et parasitaires (8%) et celles de l'appareil digestif¹⁰⁵ (14,5%). La part des maladies chroniques et dégénératives est plutôt secondaire : les affections de l'appareil circulatoire (comprenant principalement l'hypertension artérielle) et les maladies endocriniennes (comprenant principalement le diabète) correspondent en effet à 11% des enregistrements.

¹⁰⁴ Nous n'avons retenu que les diagnostics des services de médecine générale car ces derniers sont les plus à même de rendre compte du profil épidémiologique des consultants.

¹⁰⁵ Parmi les diagnostics enregistrés, nous avons relevé d'importantes proportions de « maux de ventre » et de « gastrites », qui laissent supposer une forte prévalence de parasitoses (cf. tab. 4).

Figure 11 - Diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane (n=11 603)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 22 - Principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane et familles d'affections associées

Principaux diagnostics enregistrés	Familles d'affections associées
<i>grippe, pharyngite, amygdalite, angine</i>	M.de l'appareil respiratoire
<i>fièvre, asthénie, vertige, céphalées</i>	Symptômes
<i>gastrite, maux de ventre, gastralgie, hépatite, douleurs abdominales</i>	M.de l'appareil digestif
<i>névralgie, douleurs lombaires, douleurs au dos</i>	M. des os et des muscles
<i>parasitose, fièvre de la dengue, diarrhée, opistorchis</i>	M. infectieuses et parasitaires
<i>diabète, hyperthyroïdie</i>	M. nutritionnelles
<i>hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu</i>	M. de l'appareil circulatoire

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

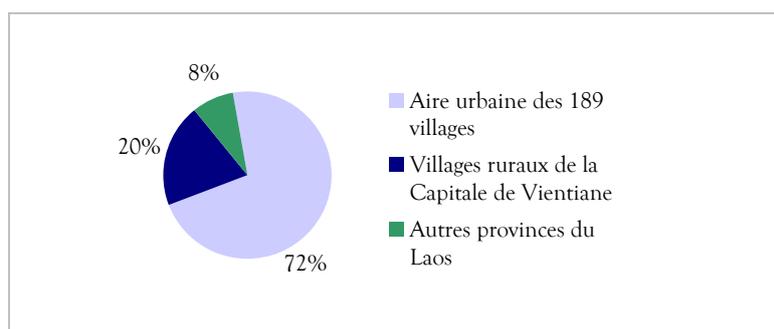
En résumé, il apparait que les hôpitaux attirent peu les populations atteintes de maladies chroniques et dégénératives. Toutefois, l'importante proportion des symptômes¹⁰⁶ remet en cause ces observations. Il est en effet probable que la faible proportion de certaines pathologies témoigne moins d'une attraction spécifique des hôpitaux que de l'inaptitude du personnel à poser les diagnostics. Ainsi, l'analyse des diagnostics enregistrés ne nous permet pas de définir avec assurance le profil épidémiologique des consultants. La structure par âge de la patientèle nous invite néanmoins à penser qu'il est diversifié.

¹⁰⁶ Les symptômes, classés soit dans la famille «Symptômes », soit dans les autres familles d'affections, correspondent à 35% des enregistrements.

B/ Zone d'influence des hôpitaux publics

La zone d'influence des services de médecine générale des hôpitaux publics déborde des frontières de Vientiane. Comme le montre la figure ci-dessous, 20% des consultants proviennent de villages ruraux de la Capitale de Vientiane, situés pour certains à plus de 60 kilomètres du centre-ville, et 8% de l'une des autres provinces du Laos.

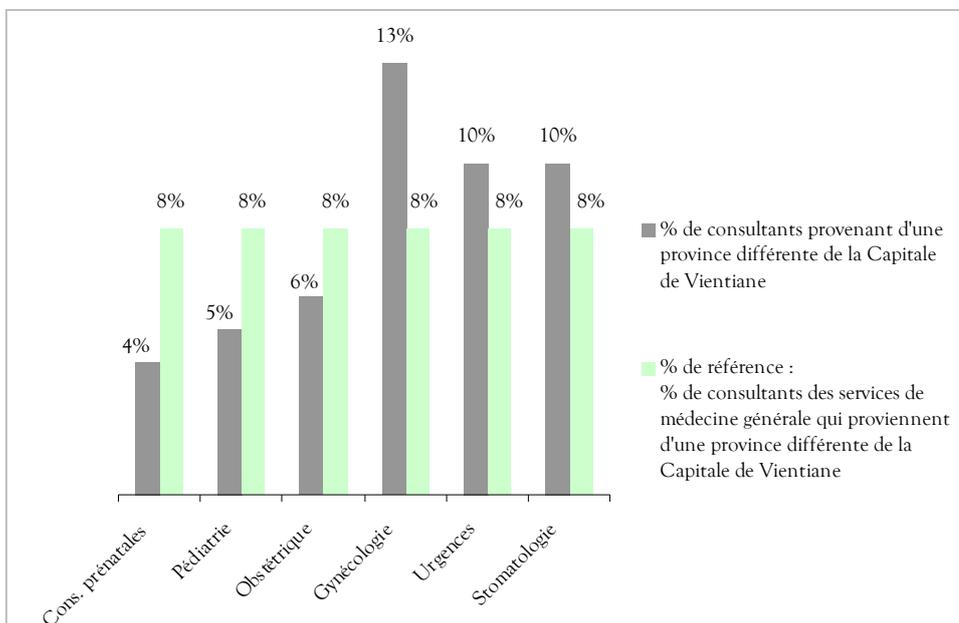
Figure 12 - Provenance géographique des consultants des services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane (n=12 902)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Comme attendu, l'aire d'attraction des hôpitaux de Vientiane est d'autant plus étendue qu'il s'agit de soins spécialisés (figure 13). Si la proportion des consultants qui proviennent des provinces éloignées atteint 8% pour les soins de médecine générale, celle-ci s'élève à 10% pour les soins dentaires ou les urgences, et à 13% pour les soins gynécologiques. En revanche, la tendance s'inverse pour les soins à caractère fréquent (prénataux, pédiatriques) ou pour les accouchements, qui nécessitent une accessibilité physique aisée. Dans ces cas précis, la proportion de patients provenant des provinces éloignées est plus faible, oscillant entre 4 et 6%.

Figure 13 - Proportion de consultants provenant d'une province différente de la Capitale de Vientiane pour chaque service (déc.2005-jan.2006)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Cette analyse montre que le rayonnement des hôpitaux de Vientiane dépasse le strict cadre urbain, phénomène accentué dans le cas de soins spécialisés, ce qui témoigne de l'attractivité des structures de soins de la capitale. Néanmoins, il reste à déterminer si celle-ci est caractéristique de l'ensemble des établissements hospitaliers ou bien spécifique à une partie du dispositif seulement.

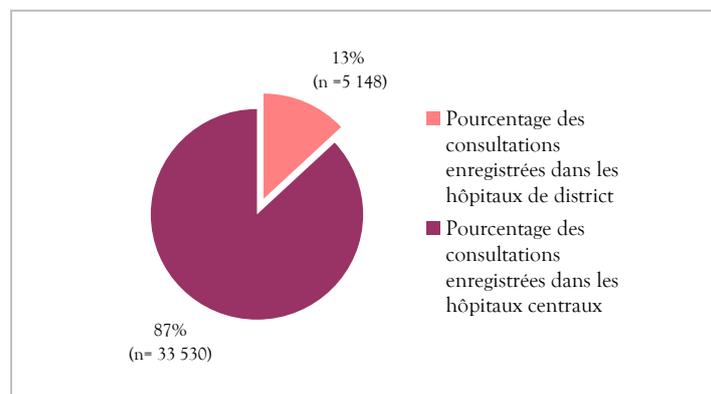
II. Le rôle majeur des hôpitaux de rang supérieur

A/ Comparaison Hôpitaux de district/hôpitaux centraux

- **Charge de travail : sous-activité caractérisée des hôpitaux de district**

Bien que les hôpitaux de district aient la charge d'assurer la plupart des soins ambulatoires, leur niveau d'activité est néanmoins marginal. Ils n'assurent en effet que 13% du total des consultations - les 87% restants revenant aux hôpitaux centraux.

Figure 14 - Répartition des consultations totales entre hôpitaux de district et hôpitaux centraux de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

A partir de différentes observations faites dans les hôpitaux de district et plus particulièrement dans celui de Sikhottabong¹⁰⁷, nous avons en effet pu constater que l'activité était faible, voire nulle plusieurs heures durant.

Bien que ces structures soient ouvertes au public toute la journée, l'essentiel des consultations se déroulent le matin, entre 8h30 et 10h. Passé ce créneau horaire, les consultants se raréfient et les marchands de fruits et autres commerçants ambulants s'installent dans l'enceinte de l'hôpital. Les soignants se réunissent alors en différents endroits de l'établissement pour discuter et partager les fruits achetés. Dès 11 heures, des agents de santé quittent l'hôpital pendant que d'autres s'apprêtent à y déjeuner. Aux

¹⁰⁷ Il s'agit d'observations formelles et informelles.

Les observations informelles découlent des différentes visites que nous avons faites dans chacun des hôpitaux (enquêtes des responsables d'hôpitaux et des chefs de service, collecte des registres, etc.). Quant aux observations formelles, il s'agit de deux enquêtes, d'une semaine chacune, inspirées de la méthode de l'observateur participant, effectuées dans un hôpital de district (Sikhottabong) et un hôpital central (Mahosot).

environs de 14 heures, l'activité reprend, calmement. En effet, seuls quelques patients font le déplacement l'après-midi, souvent moins d'une dizaine. Vers 15 heures, le personnel se trouve à nouveau désœuvré, les marchands de fruits reviennent. La plupart des soignants attendent ainsi jusqu'à 16 heures avant de quitter les lieux.

Au contraire, dans les hôpitaux centraux, les pauses sont rares, les heures de travail double et le rythme plus soutenu. A Mahosot, entre 8h15 et 11 heures, de nombreuses personnes patientent dans la salle d'attente, d'autres dans les couloirs, les infirmières s'affairent pour organiser l'accueil des malades et les consultations se succèdent sans interruption. En fin de matinée, le rythme se relâche, même si, les soignants sont rarement libérés avant midi. Dès 13h30, les agents de santé reprennent le service qu'ils ne finiront qu'aux environs de 16 heures.

Photographie 16 - Fréquentation des services de médecine générale dans les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux de Vientiane aux différentes heures de la matinée

Dans les hôpitaux de district :



Sikhottabong, 8h43, même en début de matinée, le service est peu fréquenté



Chanthabouly, 10h10, derniers patients



Xaysetha, 10h50, le service est désert



Sissathanak, 13h50, quatre agents de santé patientent

Dans les hôpitaux centraux :



Amitié, 9h55, accueil des patients un à un par les infirmières et dans le couloir (à droite de l'image), des personnes patientent



Mahasot, 10h03, une trentaine de personnes attendent dans la salle d'accueil pendant que d'autres se sont installées dans le couloir desservant les salles de consultation



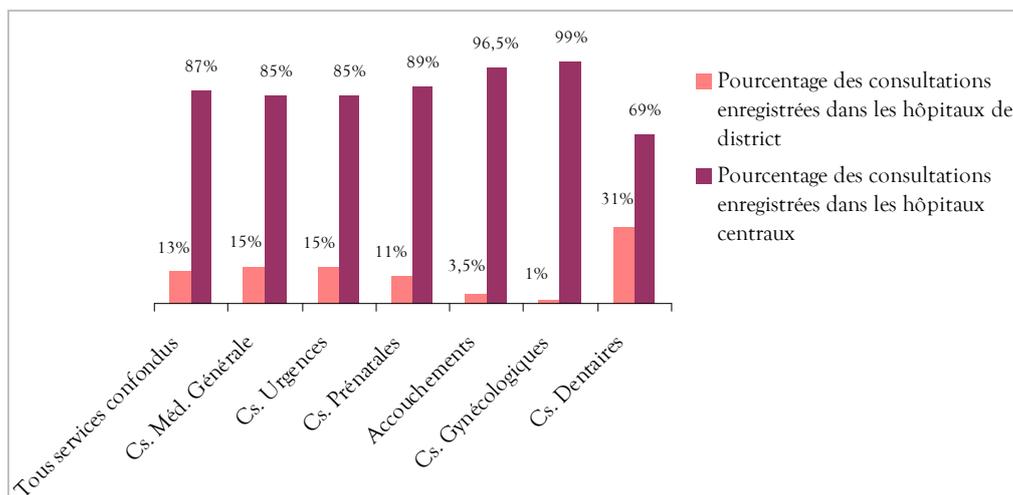
Sethattirat, 11h19, à l'approche de l'heure du repas, des personnes patientent, toutes les salles de consultation étant encore occupées

Source : V. Mobilion, 2008

Les informations qui précèdent ont permis d'établir que les hôpitaux de district assurent, comparés aux hôpitaux centraux, une part mineure de l'activité. Néanmoins, qu'en est-il si l'on appréhende les services de soins séparément ? Les hôpitaux de district seraient-ils plus attractifs pour certains services ?

Pour répondre à cette question, nous avons calculé, pour chaque service, la part des consultations enregistrées par les hôpitaux de district. On observe (figure 15) que le pourcentage de consultations varie selon le service de soins. Il atteint 31% pour les consultations dentaires. En revanche, pour les soins de médecine générale et les urgences, la prise en charge est deux fois inférieure (15%) et est comparable à la proportion de consultations moyenne assurée par les hôpitaux de district (13% tous services confondus). Enfin, pour les consultations prénatales, obstétriques et gynécologiques, le rôle de ces structures est mineur, voire insignifiant, ces hôpitaux n'assurant respectivement que 11%, 3,5% et 1% des consultations totales.

Figure 15 - Répartition des consultations entre hôpitaux de district et hôpitaux centraux de Vientiane pour chaque service



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Si les services de stomatologie des hôpitaux de district semblent les plus à même de rivaliser avec ceux des hôpitaux centraux, ces résultats traduisent en réalité l'attractivité particulière de l'un de ces établissements, comme nous l'expliquerons dans la suite de notre développement.

Les hôpitaux de district présentent finalement une activité faible pour les soins de médecine générale, très insuffisante pour les soins de santé primaires (pourtant censés être pris en charge par ce type de structure) et dérisoire pour les soins spécialisés. Cette situation sous-tend que les hôpitaux centraux sont les structures de premier recours pour la plupart des soins, même les plus basiques.

Si les hôpitaux de district s'imposent peu face aux établissements centraux, parviennent-ils néanmoins à concurrencer des petites infrastructures, telles que les cliniques privées ?

Nous avons comparé l'activité enregistrée par les hôpitaux de district à celle estimée par les médecins privés¹⁰⁸. De manière à rendre comparable ces deux sources d'informations, nous n'avons retenu parmi les cliniques que celles offrant un service similaire (en termes de types de soins dispensés et du nombre d'heures d'ouverture) à celui des hôpitaux de district.

C'est ainsi que nous pouvons constater (tableau 23) un net différentiel d'activité au bénéfice des cliniques. Quand les hôpitaux de district assurent près de 4 000 consultations, les cliniques en délivrent près de 13 000, soit plus du triple. Si l'on se réfère aux volumes journaliers de consultations des différents services – ces derniers ont l'intérêt d'annihiler l'inégalité des effectifs du personnel entre les deux types d'établissements –, le niveau d'activité des cliniques reste supérieur à celui des hôpitaux de district, sauf pour les consultations de médecine générale. Cette exception serait liée au fait que les services de médecine générale des hôpitaux de district mobilisent plusieurs soignants, à la différence des cliniques où le médecin exerce seul.

Tableau 23 - Volumes d'activité (totaux ou journaliers) des hôpitaux de district et des cliniques privées de Vientiane

	Consultations de médecine générale			Consultations de stomatologie			Consultations de gynécologie			Consultations de pédiatrie			Total des consultations Nb de cs /2 mois
	Nb de cs* /2 mois	Nb de cs /jour	Nb de structures	Nb de cs /2 mois	Nb de cs /jour	Nb de structures	Nb de cs /2 mois	Nb de cs /jour	Nb de structures	Nb de cs /2 mois	Nb de cs /jour	Nb de structures	
Hôpitaux de district**	2 395	15	4	614	4	4	26	> 1	4	856	5	4	3 891
Cliniques privées***	5 400	5	26	2 600	5	13	1 280	6	5	3 320	12	7	12 600

* cs : consultations **Résultats enregistrés à partir des registres d'activité (Déc. 2005-Janv. 2006) ***Résultats estimés à partir des déclarations des médecins privés lors de l'enquête de caractérisation des clinique
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; enquête de caractérisation des cliniques, 2006

Ainsi, les hôpitaux de district, malgré leur taille, leur visibilité et leurs prestations variées, sont moins attractifs que les cliniques privées, structures pourtant modestes nées d'initiatives individuelles.

• Profils des consultants : des caractéristiques démographiques distinctes

▪ Une attraction par genre similaire à celle des hôpitaux centraux

Pour les différents services concernés (médecine générale, stomatologie, urgences), il n'existe pas de différence significative de la distribution par genre entre les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux. Dans les deux types de structures, la proportion des femmes est d'environ 56%.

¹⁰⁸ Lors de l'enquête qui nous a permis de caractériser les cliniques privées, nous avons demandé à chaque médecin d'évaluer le nombre moyen de clients par jour.

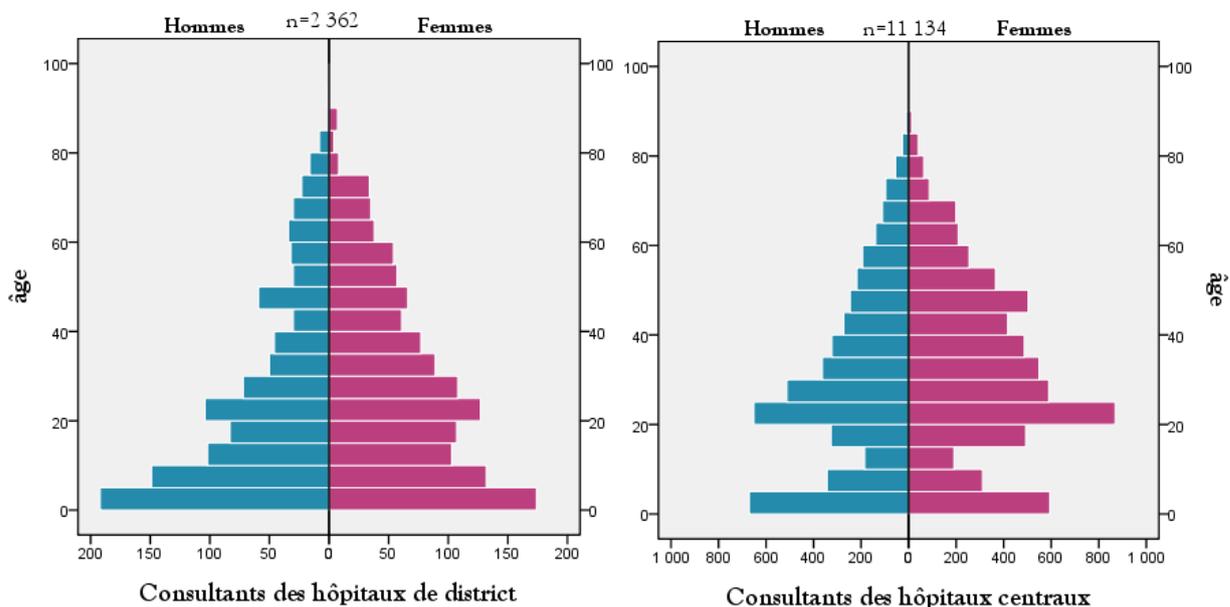
▪ L'âge des consultants : un recrutement dépendant du type de structure

Que l'on étudie les services de médecine générale, de pédiatrie, de stomatologie, d'obstétrique ou des urgences¹⁰⁹, l'analyse de la répartition par âge des consultants met en évidence une attraction différenciée entre les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux.

Le service de médecine générale attire une population plus jeune dans les hôpitaux de district.

Dans ces établissements, la pyramide des âges présente une forme pyramidale, donc de base élargie, alors que celle des structures centrales est en « as de pique », témoignant ainsi d'un net rétrécissement parmi les classes d'âges les plus jeunes. La proportion des jeunes consultants (âgés de 0 à 19 ans) est plus élevée dans les hôpitaux de district alors que pour les classes d'âges suivantes, de 20 à 54 ans, la tendance s'inverse au profit des structures centrales (figure 17). Les consultants de moins de vingt ans représentent 44% dans les hôpitaux de district et 28% dans les structures centrales. Au contraire, la proportion d'adultes atteint 58% dans les hôpitaux centraux et 42% dans les hôpitaux de district (tableau 24, page 191).

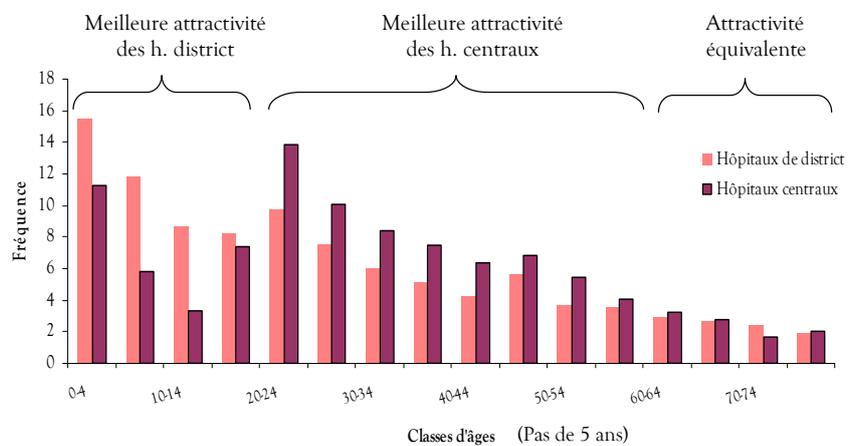
Figure 16 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005

¹⁰⁹ Pour les services de gynécologie et les consultations prénatales, les données ne permettent pas d'étudier la distribution par âge des consultants (faible volume d'activité ou mode d'enregistrement de l'âge incompatible).

Figure 17 - Distribution par classe d'âge des consultants du service de médecine générale des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 24 - Structure par âge des consultants des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane, pour chaque service de soins

		Hôpitaux de district (n= 2 374)	Hôpitaux centraux (n=11 379)	Significativité des différences observées
Soins de médecine générale	0-19 ans	44	28	p<0,01 (méthode khi ²)
	20-54 ans	42	58	
	55 et +	14	14	
	Total	100	100	
		Hôpitaux de district (n= 856)	Hôpitaux centraux (n=2 332)	Significativité des différences observées
Soins pédiatriques	0-4 ans	43	55	p<0,01 (méthode khi ²)
	5-9 ans	33	29	
	10-14 ans	24	16	
	Total	100	100	
		Hôpitaux de district (n= 612)	Hôpitaux centraux (n=1 343)	Significativité des différences observées
Soins dentaires	moins d'un an	0	0,5	* Pourcentage significativement différent d'un type d'hôpital à l'autre (méthode des écarts réduits)
	1-4 ans	3	3,5	
	5-14 ans	27,5*	19*	
	15-49 ans	49*	60*	
	50 ans et +	20,5	17	
	Total	100	100	
		Hôpitaux de district (n= 52)	Hôpitaux centraux (n=739)	Significativité des différences observées
Soins obstétriques	moins de 20 ans	29	15	p<0,01 (méthode khi ²)
	20 à 29 ans	36,5	59	
	30 à 34 ans	19	18	
	35 ans et +	15,5	8	
	Total	100	100	
		Hôpitaux de district (n= 1 163)	Hôpitaux centraux (n=6 320)	Significativité des différences observées
Soins urgentistes	15-24 ans	36	30,5	p<0,01 (méthode khi ²)
	25-54 ans	50	49	
	55 ans et +	14	20,5	
	Total	100	100	

Pour chaque type de soins, nous avons déterminé les classes d'âges de manière à tenir compte de la distribution des données (notamment grâce à la lecture de la pyramide des âges) et des besoins potentiels associés à chaque âge. Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Concernant les services d'urgences et de stomatologie, on observe les mêmes tendances que pour le service de médecine générale : les hôpitaux de district attirent les jeunes populations, davantage que les structures centrales (tableau 24).

En revanche, pour les soins pédiatriques, la proportion de la population infanto-juvénile est significativement plus élevée dans les structures centrales (55%) que dans les hôpitaux de district (43%).

Enfin, dans le cas du service obstétrique, il apparaît que les hôpitaux de district prennent en charge, plus que les hôpitaux centraux, les grossesses précoces (à moins de 20 ans) ou tardives (à 35 ans et plus).

Que conclure de ces différences de « recrutement » entre les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux ?

Ces résultats montrent que la population assigne des fonctions particulières à chaque type de structure. Les hôpitaux de district prennent davantage en charge les besoins basiques et fréquents (soins de médecine générale et dentaires pour les enfants) alors que les hôpitaux centraux assurent des soins plus spécifiques (soins pédiatriques des très jeunes enfants, soins de médecine générale et dentaires des adultes, soins d'urgence des personnes âgées). Les différences d'attraction observées entre les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux reposent donc sur la variabilité du risque de santé.

Dès lors, comment expliquer que les hôpitaux de district attirent plus que les structures centrales les parturientes à risques ?

Comme nous l'avons démontré précédemment, très peu de femmes accouchent dans les hôpitaux de district. Il est donc probable que ces rares parturientes soient surtout des femmes de milieux défavorisés n'ayant pas les moyens financiers pour recourir dans les structures centrales ; du fait de leur condition sociale défavorable, elles seraient aussi plus exposées que les autres femmes à une grossesse à risques.

▪ Les diagnostics enregistrés : des profils différents¹¹⁰

Dans les hôpitaux de district, les affections respiratoires constituent l'essentiel des enregistrements (52%), suivies de loin par les symptômes non diagnostiqués (14%), les maladies transmissibles (9%) et les affections digestives (8%). Le tableau épidémiologique est donc peu diversifié, comprenant principalement des problèmes infectieux et parasitaires.

Tableau 25 - Fréquence des familles d'affections et principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux de district

Famille d'affections	Fréquence valide* des différents types d'affections (n=1 943)	Principaux diagnostics enregistrés
Maladies de l'appareil respiratoire	52	Angine (28%), amygdalite (22%), grippe (21%), pharyngite (14%)
Symptômes	14	Vertige (30%), asthénie (29%), fièvre (12%), céphalées (11%)
Principales maladies infectieuses et parasitaires	9	Fièvre dengue (33%), parasitoses (23%), diarrhée (20%)
Maladies de l'appareil digestif	8	Gastrite (57%), douleurs abdominales ou épigastriques (34%)
Autres types d'affections (prévalence inférieure à 5%)	17	-
Total	100	-

*ne comprend pas les données manquantes (18,5%)
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

¹¹⁰Cette analyse repose uniquement sur les consultations enregistrées dans les services de médecine générale car pour les urgences, les données ne sont pas comparables entre hôpitaux de district et hôpitaux centraux. Parfois, les urgences des hôpitaux de district prennent en charge des consultants du service de médecine générale qui ne veulent pas patienter.

Dans les hôpitaux centraux, les diagnostics enregistrés sont plus variés et leur répartition plus équilibrée (tableau 26). Même si les affections de l'appareil respiratoire sont majoritaires (26%), elles ne suffisent pourtant pas à résumer le profil épidémiologique de la patientèle. Les symptômes, les maladies de l'appareil digestif et les pathologies des os et des muscles présentent également des proportions significatives, comprises entre 17,5 et 12%. On peut remarquer également des diagnostics graves tels que des cas de pneumonies et d'hépatites.

Tableau 26 - Fréquences des familles d'affections et principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux centraux de Vientiane

Famille d'affections	Fréquence valide* des différents types d'affections (n=9 660)	Principaux diagnostics associés
Maladies de l'appareil respiratoire	26	Pharyngite (24%), grippe (22%), amygdalite (15%), angine (9%), pneumonie (9%)
Symptômes	17,5	Fièvre (28,5%), asthénie (24%), vertige (12%), céphalées (12%)
Maladies de l'appareil digestif	16	Douleurs abdominales ou épigastriques (30%), gastrite (21%), hépatite (14%), Gastralgie (14%)
Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	12	douleurs au dos ou lombaires (39,5%), névralgie (33%), arthrite (6%)
Principales maladies infectieuses et parasitaires	8	Parasitoses (34 %), fièvre dengue (19,5%), diarrhée (13%)
Autres types d'affections (prévalence moins de 5%)	20,5	-
Total	100	-

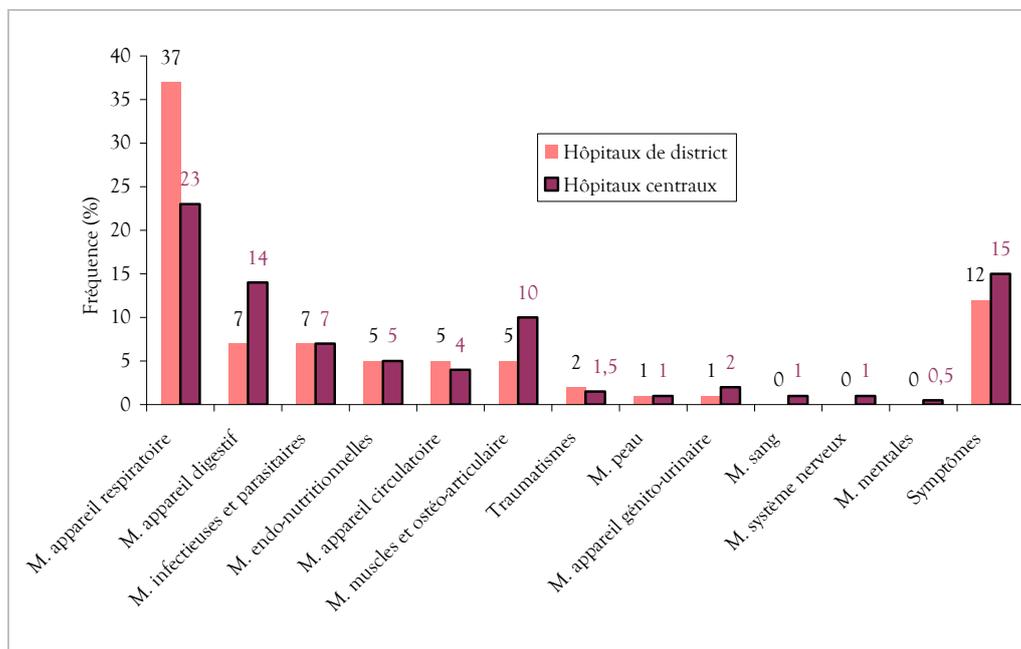
*ne comprend pas les données manquantes (14%)

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Afin de comparer les deux profils épidémiologiques observés, nous avons standardisé les différents taux de morbidité sur le critère de l'âge afin d'annuler les effets de la structure démographique, celle-ci étant variable d'un type d'hôpital à l'autre. Nous avons ainsi appliqué les taux de morbidité de chacune des deux distributions à la structure par âge d'une population de référence (nous avons retenu la population consultante totale). Cette méthode nécessite d'appréhender et de comparer les proportions d'affections une à une.

L'interprétation de la figure 18 met en évidence des résultats comparables à ceux des données non-standardisées. Les hôpitaux de district se distinguent par une sur-représentation des maladies respiratoires dont le taux est de 15 points supérieur à celui des hôpitaux centraux. Ces derniers, quant à eux, sont plus attractifs dans le cas des autres affections (maladies digestives, des os, du sang, du système nerveux, mentales et symptômes divers).

Figure 18 -Diagnosics standardisés sur l'âge pour les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Ainsi, la distribution des affections, tout comme celle des classes d'âges, varie selon le type d'hôpital. Les caractéristiques mises en évidence pour chaque type de structure dévoilent des modalités d'attraction différentes : les hôpitaux de district attirent, pour l'essentiel, une population jeune en demande de soins courants alors que les hôpitaux centraux recrutent une patientèle *a priori* plus à risques (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées), dont les besoins sont plus importants et/ou diversifiés.

- **Emprise spatiale : le monopole des structures centrales**

Comment les zones d'influence des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux s'agencent-elles dans l'espace urbain de Vientiane ?

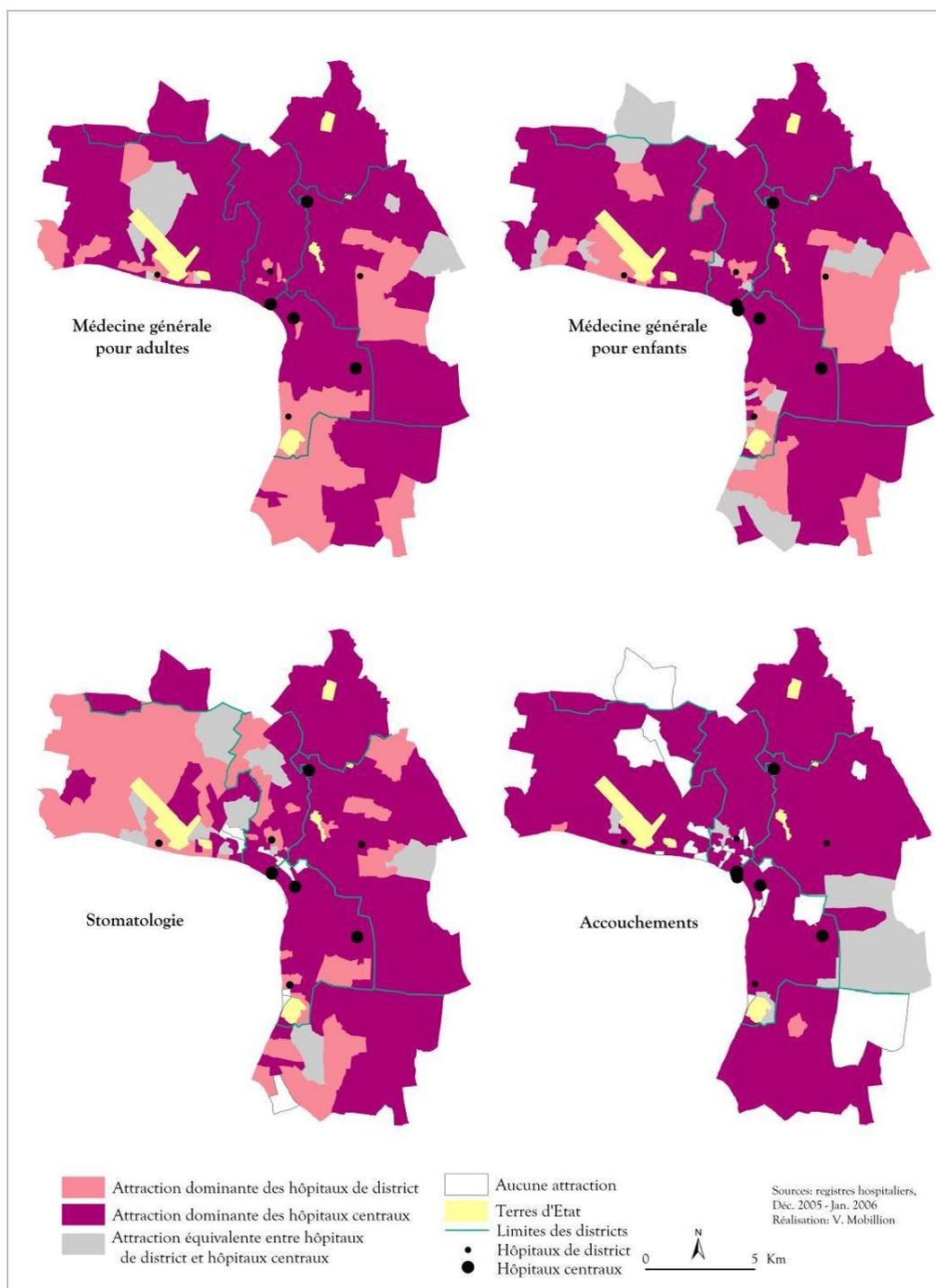
De manière à qualifier l'attraction spatiale de chaque type d'hôpital, nous avons différencié l'espace urbain selon qu'il est sous l'emprise des hôpitaux de district ou des hôpitaux centraux. Concrètement, nous avons distingué les villages dont le taux de consultation¹¹¹ dominant relève d'un des hôpitaux de district, des villages dont le taux de consultation dominant relève d'un des hôpitaux centraux. Cette méthode a l'avantage de présenter de manière simultanée l'emprise spatiale de différentes infrastructures. Les résultats cartographiés ne traduisent donc pas l'aire d'attraction des hôpitaux proprement dit mais les espaces où ils sont les plus influents.

¹¹¹Le taux de consultation est le rapport entre le nombre de consultants et la population totale de l'unité spatiale considérée.

On observe sur la carte 25 (page 196) que l'emprise spatiale des hôpitaux centraux recouvre les différents quartiers de Vientiane et, de surcroit, l'essentiel de l'espace urbain, quel que soit le service retenu¹¹². Les hôpitaux de district ont par conséquent un rayonnement réduit qui s'articule donc imparfaitement avec les limites de district censées pourtant borner leur bassin de recrutement. La zone d'influence des hôpitaux de district présente néanmoins certaines variations : elle est insignifiante pour les accouchements, minime pour les soins de médecine générale et plus étendue dans le cas des soins dentaires (en raison, comme nous l'avons déjà évoqué, de l'attractivité particulière de l'une de ces structures).

¹¹² Cette analyse concerne tous les services, excepté celui des consultations prénatales pour lequel les données de l'hôpital Mahosot sont indisponibles, ainsi que celui de gynécologie car les volumes d'activité des hôpitaux de district sont quasi nuls.

Carte 25 - Zone d'influence dominante des hôpitaux centraux et des hôpitaux de district à Vientiane



Les cartes confirment que les établissements centraux dominent l'espace des soins, laissant aux hôpitaux de district un rôle négligeable, qui ne correspond pas aux principes de la planification sanitaire. En définitive, les hôpitaux centraux concurrencent moins

les hôpitaux de district qu'ils ne s'y substituent. Le déclassement dont ces structures de premiers recours font l'objet interroge la qualité de leurs prestations.

B/ Comparaison Hôpital central général/Hôpital central spécialisé

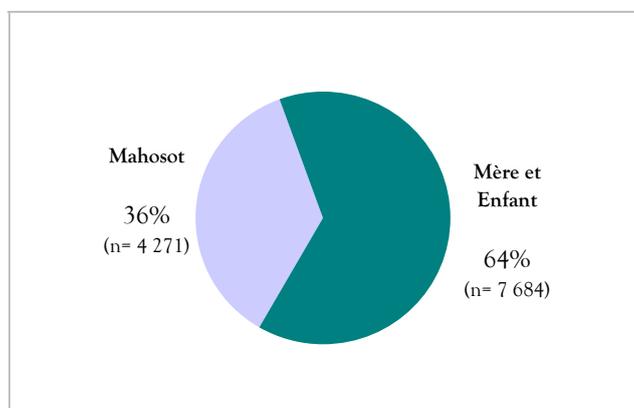
Nous souhaitons désormais déterminer si la spécialisation d'une structure a une incidence sur son niveau d'attractivité. Un hôpital spécialisé est-il plus attractif qu'un hôpital général, pourtant de même rang et proposant de mêmes services ?

De manière à mettre en perspective ces deux types de structures, nous avons retenu l'Hôpital central spécialisé de la Mère et de l'Enfant et l'hôpital central général Mahosot¹¹³, qui proposent tous deux des services comparables (pédiatrie, consultations prénatales, gynécologie, obstétrique).

- **Charge de travail : une activité plus forte dans la structure spécialisée**

La distribution des volumes de consultations témoigne de l'attractivité écrasante de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Le nombre de consultations de cet établissement, proche de 8 000, est près de deux fois supérieur à celui de Mahosot.

Figure 19 - Répartition des consultations entre l'Hôpital Mahosot et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (services de pédiatrie, des consultations prénatales, de gynécologie et maternité)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Si l'on tient compte des capacités d'accueil de chacune des structures, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant occupe la première position. Le nombre moyen d'actes quotidiens de cet hôpital est deux fois plus important que celui de Mahosot pour tous les services, excepté celui d'obstétrique, pour lequel le niveau d'activité est comparable (tableau 27).

¹¹³ Parmi les trois hôpitaux centraux généraux, nous avons retenu l'hôpital Mahosot, qui, du fait de son ancienneté, de sa taille imposante et de sa proximité avec l'hôpital de la Mère et de l'Enfant, est le plus susceptible de concurrencer la structure centrale spécialisée.

Tableau 27 - Nombre moyen d'actes quotidiens à l'Hôpital Mahosot et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

	Hôpital Mahosot	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
Consultation de médecine générale enfant	13	22,5
Consultations gynécologiques	13	32
Consultations prénatales	12	27
Accouchements	3	3

Source : registre hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

- **Profils des consultants : une population plus à risques dans la structure spécialisée**

L'Hôpital Mahosot et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant attirent-ils des populations identiques ? La structure spécialisée présente-t-elle un recrutement spécifique ?

- Une répartition par genre indifférenciée...mais des profils distincts selon l'âge

D'après l'analyse des consultations pédiatriques (seul service concerné par l'analyse), aucune différence de la répartition par genre n'est significative.

Sur le critère de l'âge, le profil des consultants varie d'une structure à l'autre, notamment pour les services pédiatriques et gynécologiques.

Comme l'illustre le tableau 28, la part relative des jeunes enfants (moins de cinq ans) est largement supérieure dans l'hôpital spécialisé (81%) comparée à celle observée à l'Hôpital Mahosot (55%).

Concernant le service de gynécologie, la proportion de femmes âgées de moins de 45 ans est plus importante à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

Tableau 28 - Distribution par classe d'âge des consultants de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'enfant, pour chaque service de soins

		Hôpitaux Mahosot (n=2 332)	Hôpital de la Mère et de l'Enfant (n=1 974)	Significativité des différences observées
Soins pédiatriques (moins de 15 ans)	0-4 ans	55	81	p<0,01 (méthode khi ²)
	5-9 ans	29	18	
	10-14 ans	16	2	
	Total	100	100	
		Hôpitaux Mahosot (n=2 420)	Hôpital de la Mère et de l'Enfant (n=1 388)	Significativité des différences observées
Soins gynécologiques	moins de 45 ans	87,5	94,5	p<0,01 (méthode khi ²)
	45 ans et plus	12,5	5,5	
	Total	100	100	
		Hôpitaux Mahosot (n=739)	Hôpital de la Mère et de l'Enfant (n=688)	Significativité des différences observées
Soins obstétricaux	moins de 18 ans	4,5	7	p>0,05 (méthode khi ²)
	18-35 ans	90,5	88	
	36 ans et plus	5	5	
	Total	100	100	
		Hôpitaux Mahosot (n=3 353)	Hôpital de la Mère et de l'Enfant (n=3 536)	Significativité des différences observées
Soins prénataux	moins de 18 ans	1	1	
	18-35 ans	95	95	
	36 ans et plus	4	4	
	Total	100	100	

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

L'hôpital spécialisé serait donc, davantage que la structure générale, sollicité par des populations spécifiques : les enfants de moins de 5 ans, parce qu'ils sont les plus fragiles et les femmes de moins de 45 ans, car elles sont en âge de procréer. Pour les autres services, les accouchements et les consultations prénatales, on n'observe pas de différence significative entre les deux établissements.

▪ Les diagnostics enregistrés :

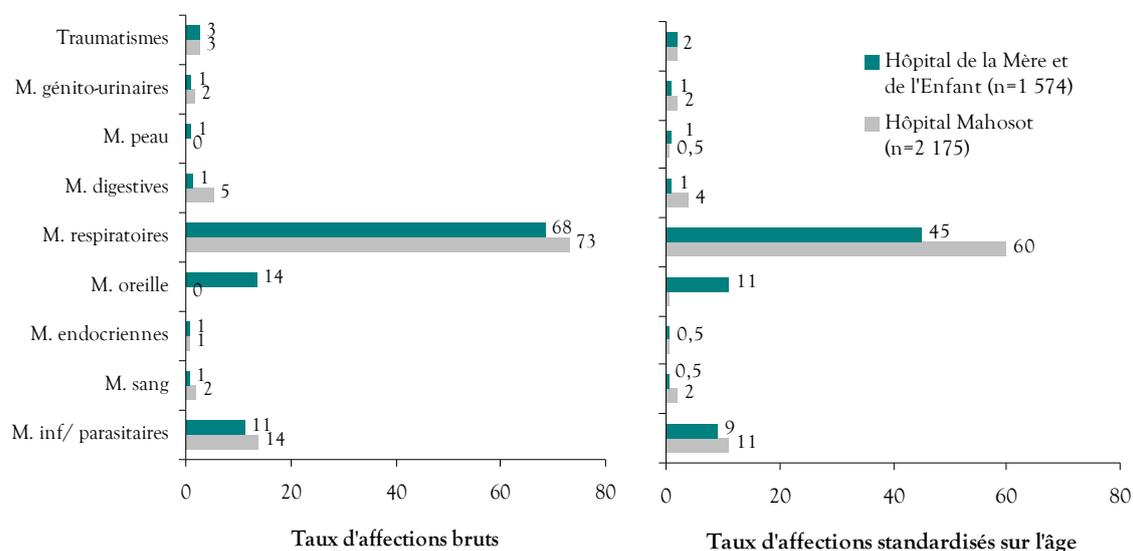
Le profil morbide des consultants enfants de l'Hôpital Mahosot et celui de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant présentent tous deux une distribution comparable des affections (figure 12a). Les maladies de l'appareil respiratoire dominant, rassemblant respectivement 73 et 68% des enregistrements, suivies par les maladies infectieuses et parasitaires, qui correspondent à 14 et 11% des diagnostics. Les autres affections se présentent toutes dans des proportions minimales, excepté les maladies de l'oreille qui, non signalées à Mahosot, comptent pour 14% des consultations à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Ceci traduit-il un différentiel d'attraction entre les deux établissements ? L'analyse des diagnostics enregistrés démontre qu'il s'agit d'otites dans 100% des cas. Or, compte tenu de la fréquence de ce type d'affection chez l'enfant, il est probable que les maladies de l'oreille n'apparaissent pas à Mahosot en raison d'un codage différent.

L'analyse des affections à partir des taux standardisés sur l'âge (figure 20, à droite) ne met pas en évidence de différence majeure entre les deux structures, sinon une meilleure attraction de Mahosot pour les maladies respiratoires. Serait-ce le signe que la structure

générale prend plus en charge les besoins courants que la structure spécialisée ? Les diagnostics trop imprécis ne nous permettent pas de répondre à cette question ni de déterminer, plus généralement, si le profil morbide de chaque hôpital diffère.

La structure par âge observée dans chaque établissement atteste cependant d'une spécialisation effective de l'Hôpital de la Mère et de l'enfant dans la petite enfance.

Figure 20 -Diagnostics enregistrés dans les services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (gauche) et diagnostics standardisés sur l'âge (droite)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

- **Emprise spatiale : une attractivité supérieure de la structure spécialisée**

L'emprise spatiale de chaque établissement correspond à son aire d'attraction, tant du point de vue des contours (forme, étendue, orientation) que des modalités internes (évolution des taux de consultation¹¹⁴ en fonction de la distance, niveau de proximité du recrutement).

De la sorte, la comparaison de l'emprise spatiale des hôpitaux, présentée ci-dessous, repose non seulement sur l'analyse cartographique des taux de consultation (cf. carte 26) mais également sur l'étude du graphique représentant la fréquence cumulée des consultants en fonction de la distance (cf. figure 21) et du tableau distinguant le type de provenance des consultants (urbaine, périurbaine ou du reste du Laos cf. tableau 29).

A l'analyse des illustrations qui suivent (cf. p 202-207), il n'existe pas de différences d'attraction entre l'Hôpital Mahosot et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant excepté le fait que ce dernier présente des taux de consultation globalement plus élevés. Pour chaque service de soins étudié (pédiatrique, gynécologique, obstétrical), les deux structures ont en effet des aires d'attraction de taille, de forme et d'orientation comparables, ainsi qu'un type de recrutement similaire en fonction de la distance.

Mahosot et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant ont finalement une emprise spatiale presque identique, seule la force de l'attraction diffère.

¹¹⁴ Taux de consultation = population consultante du village rapportée à la population totale du village.

Pour chaque hôpital, nous avons calculé les taux de consultation des villages en prenant comme dénominateur la population villageoise concernée, celle-ci variant selon le service de soins étudié : les enfants de moins de 15 ans pour la pédiatrie, les femmes âgées de 15 ans et plus pour les soins gynécologiques, la population générale pour les services dentaires et généralistes, les femmes âgées de 15 à 49 ans pour les consultations prénatales et les accouchements et enfin les adultes de 15 ans et plus pour le service des urgences.

Par ailleurs, compte tenu des effectifs de consultations dont nous disposons (correspondent à uniquement deux mois d'activité d'un service) et de manière à faciliter la lecture des taux de consultation observés dans les villages, nous avons, pour toutes les analyses qui suivent, multiplié par six (pour ainsi s'approcher d'un taux de consultation annuel) tous les volumes de consultations.

Carte 26 - Aire d'attraction de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et de l'Hôpital Mahosot, consultations pédiatriques

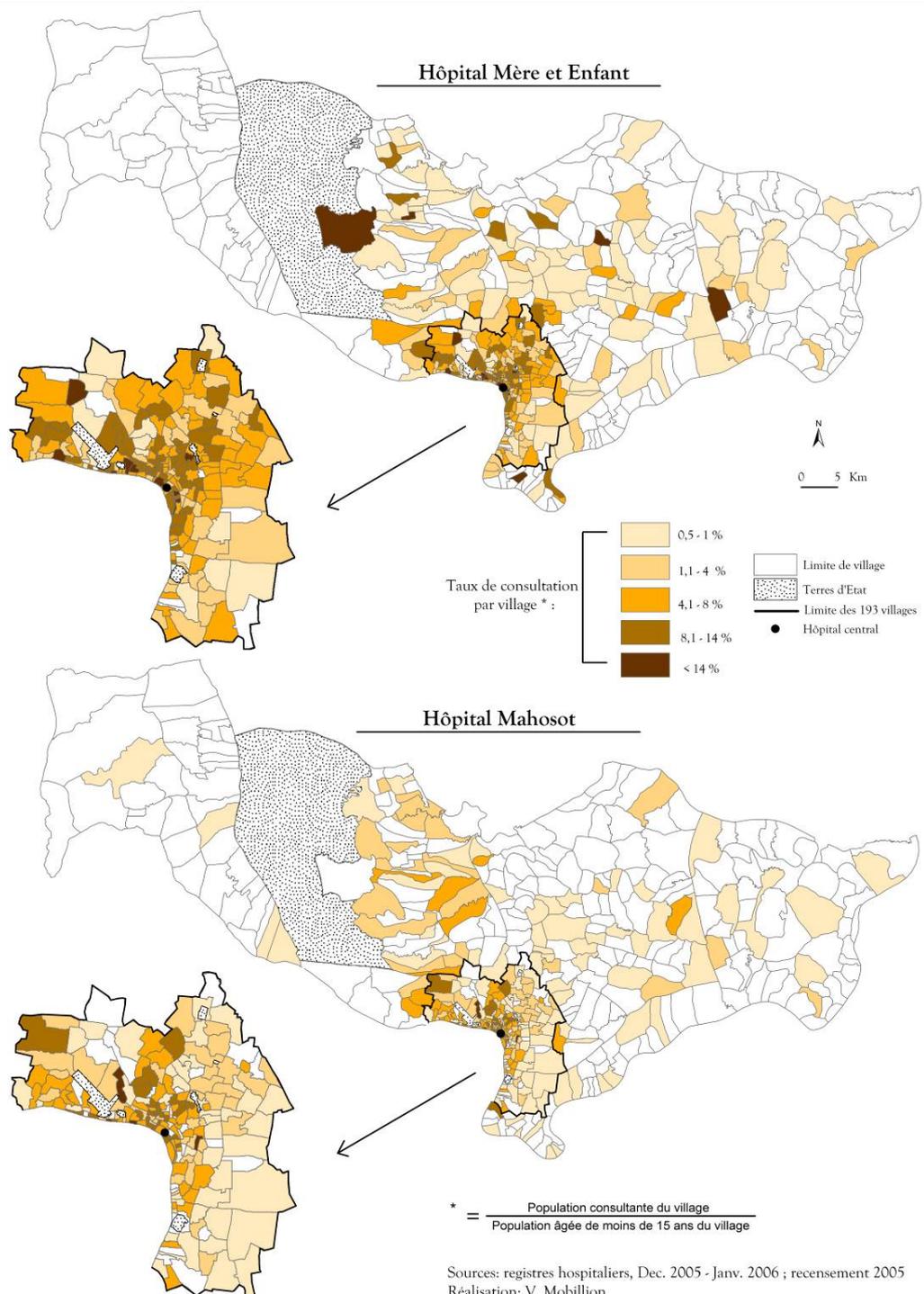
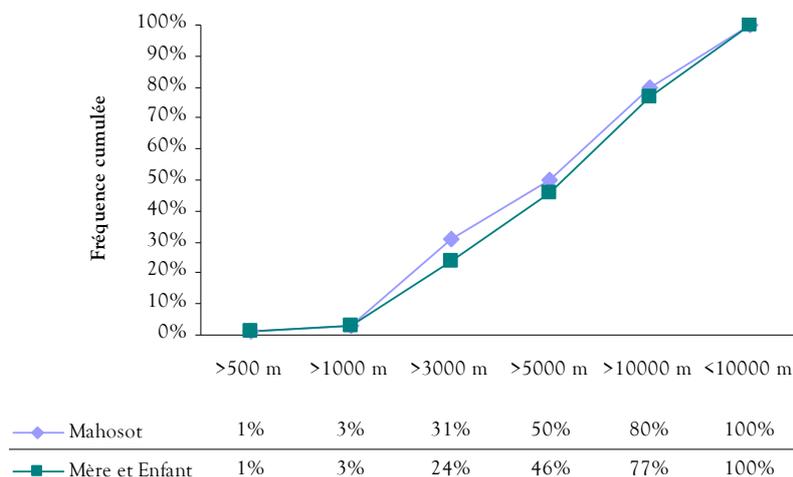


Figure 21 - Fréquence cumulée en fonction de la distance* des consultants des services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant



*il s'agit de la distance euclidienne entre la structure de soins et le centroïde des villages de provenance des patients

Afin de faciliter la comparaison entre hôpitaux de ces fréquences cumulées (qui figurent dans le tableau de données ci-dessus), les résultats ont également été représentés par une courbe. Celle-ci a été réalisée à partir d'abscisses dont les espacements ne sont pas proportionnels compte tenu de l'amplitude des distances.

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 29 - Provenance des consultants des services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	75%	20%	5%
	Mère et Enfant	72%	21%	7%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 27 - Aire d'attraction de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et de l'Hôpital Mahosot, consultations gynécologiques

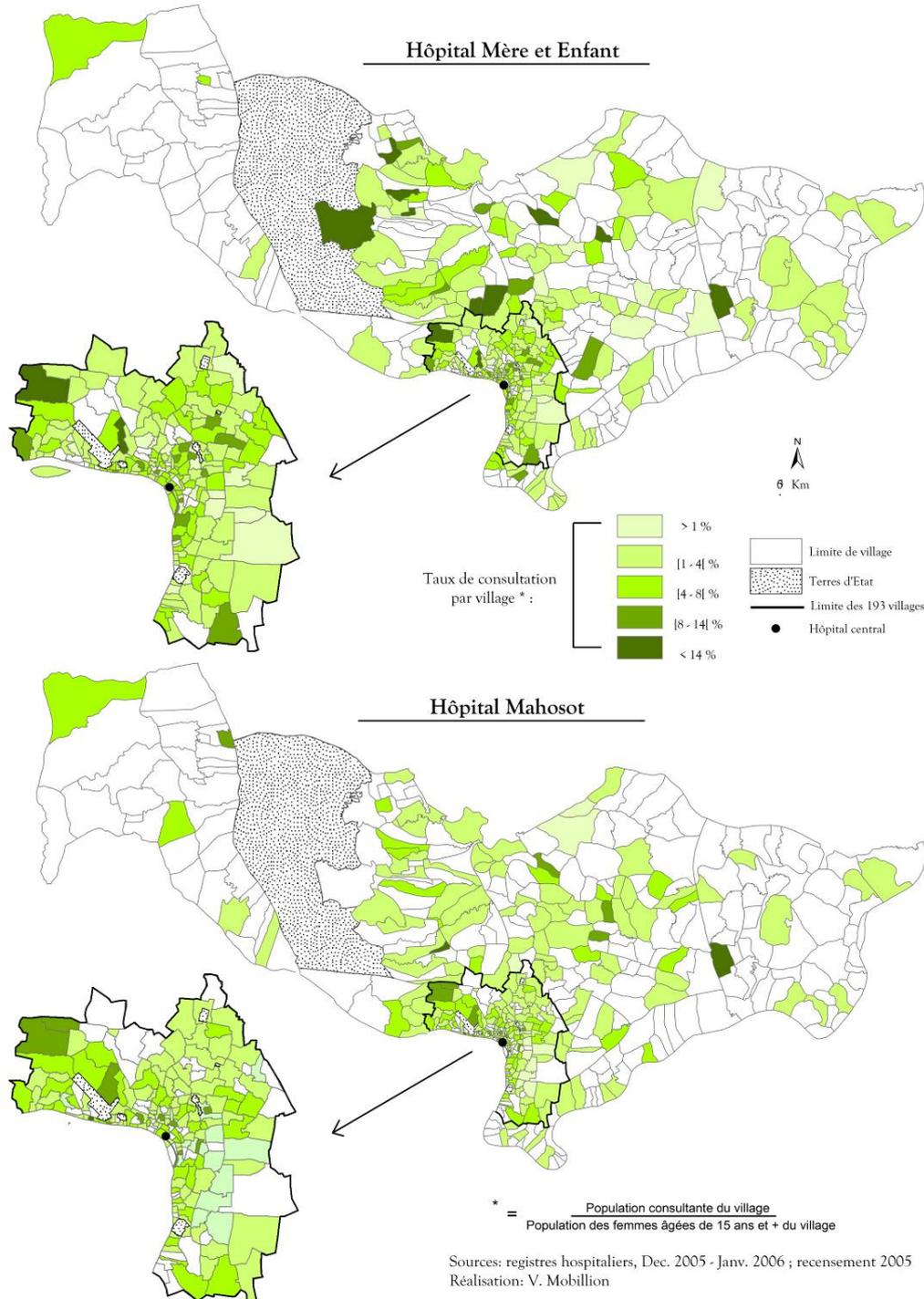
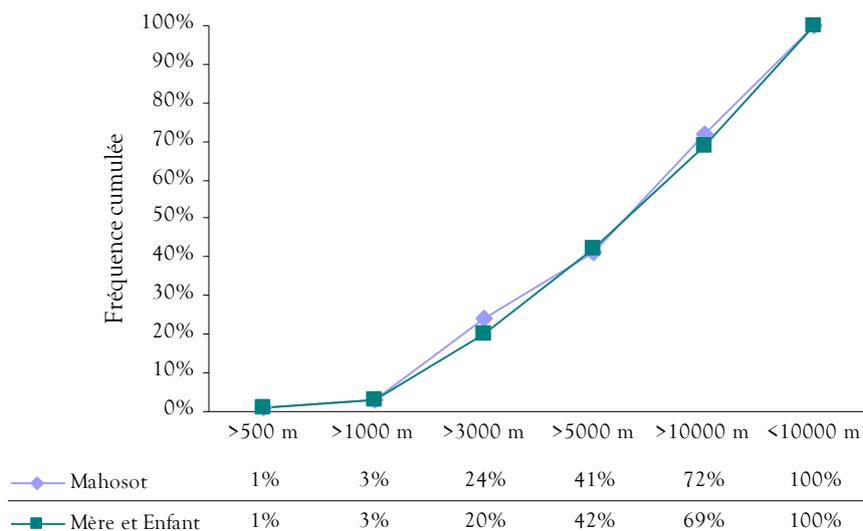


Figure 22 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultantes des services gynécologiques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 30 - Provenance des consultantes des services gynécologiques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

		<u>Provenance :</u>		
		193 villages urbains	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	69%	23%	8%
	Mère et Enfant	64%*	24%*	12%*

*16% de données manquantes sur l'ensemble de l'échantillon

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 28- Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, accouchements

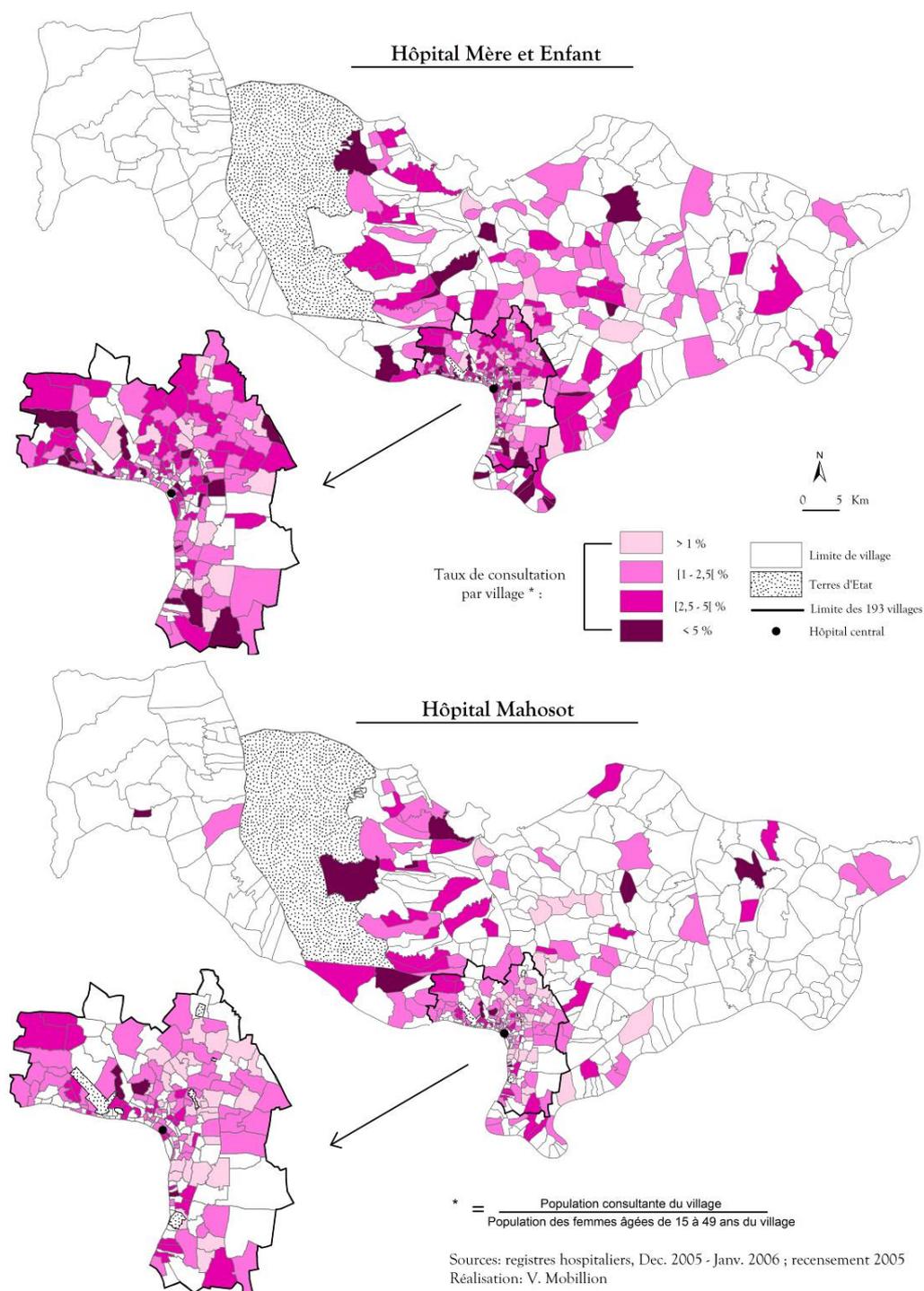
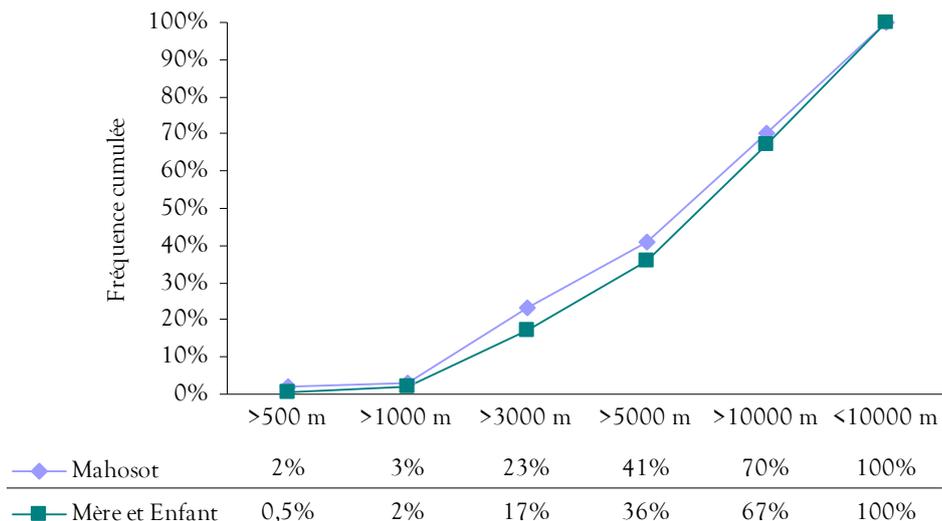


Figure 23 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des parturientes de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 31 - Provenance des parturientes de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	66%	29%	5%
	Mère et Enfant	61%	31%	8%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

En résumé, on a pu observer que l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant bénéficie d'une meilleure attractivité que Mahosot. Ces résultats renvoient à la même logique que celle constatée entre les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux : les structures les plus élevées de la hiérarchie sanitaire sont les plus attractives. De manière comparable à un mouvement de subduction, le champ d'action des hôpitaux de rang inférieur glisse sous celui des structures de catégorie supérieure : les hôpitaux de district sous les hôpitaux centraux généraux et ces derniers sous les hôpitaux centraux spécialisés. Pourquoi la population contourne-t-elle les structures de rang inférieur ? Cette situation traduit-elle une crise de confiance à l'égard du système de soins public ?

III. Attractivité inégale des hôpitaux de même rang

Après avoir étudié l'attractivité des différents types d'hôpitaux, nous caractérisons à présent l'attraction particulière de chaque établissement, en comparant les hôpitaux de même rang. Nous étudierons d'abord le champ d'action des hôpitaux de district puis celui des hôpitaux centraux.

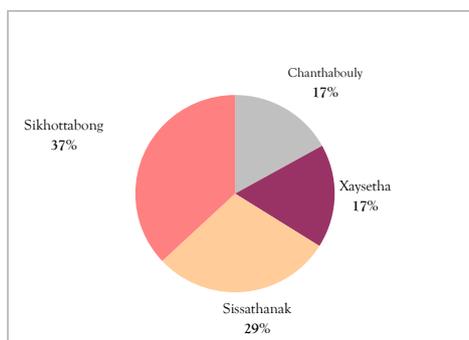
Ayant des responsabilités sanitaires identiques, les hôpitaux de même rang présentent-ils pour autant des champs d'action comparables ?

A/ Le champ d'action des hôpitaux de district

- **Charge de travail : des volumes d'activité inégaux**

Lorsqu'on étudie la distribution des volumes totaux d'activité entre les quatre hôpitaux de district¹¹⁵, deux groupes d'établissements se distinguent : d'une part, les hôpitaux Sikhottabong et Sissathanak, qui assurent chacun environ le tiers du volume des consultations et, d'autre part, les hôpitaux Chanthabouly et Xaysetha, dont la part d'activité est modeste, chacune de 17%.

Figure 24 - Répartition des consultations (tous services) entre les hôpitaux de district de Vientiane



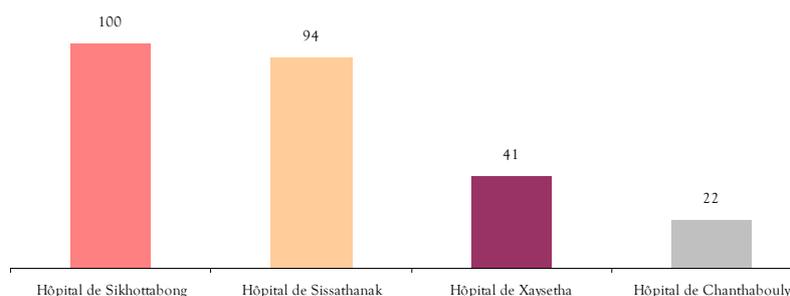
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

¹¹⁵ Les volumes d'activité sont comparables car les quatre structures présentent de mêmes capacités d'accueil (nombre de médecins et nombre de salles de consultations).

La construction pour chaque hôpital d'un indice d'activité prenant en compte la population résidant dans ses environs (dans un rayon de deux kilomètres autour de l'établissement) nuance cette analyse. Cet indice résulte du calcul de taux de consultation dont le dénominateur correspond à la population vivant à proximité de la structure (population consultante de la structure/population résidant dans le rayon défini de deux kilomètres¹¹⁶). Pour chaque hôpital, les taux des différents services ont été calculés et additionnés avant d'être étalonnés sur la base d'un indice 100 en vue de permettre la comparaison avec les autres établissements.

Sur la base de ces calculs (figure 25), l'Hôpital Sikhottabong reste le plus attractif (indice 100) et est de nouveau suivi par celui de Sissathanak (indice 94). En revanche, on observe une attraction différenciée entre les deux autres hôpitaux : l'indice d'attraction de Xaysetha (41) est deux fois supérieur à celui de Chanthabouly (22). Ce dernier exerce donc la plus faible attraction sur son environnement alors qu'il occupe la position la plus centrale, à proximité du centre-ville.

Figure 25 - Indice d'attraction des hôpitaux de district de Vientiane (tous services)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006 ; recensement 2005 ; Rossi 2003

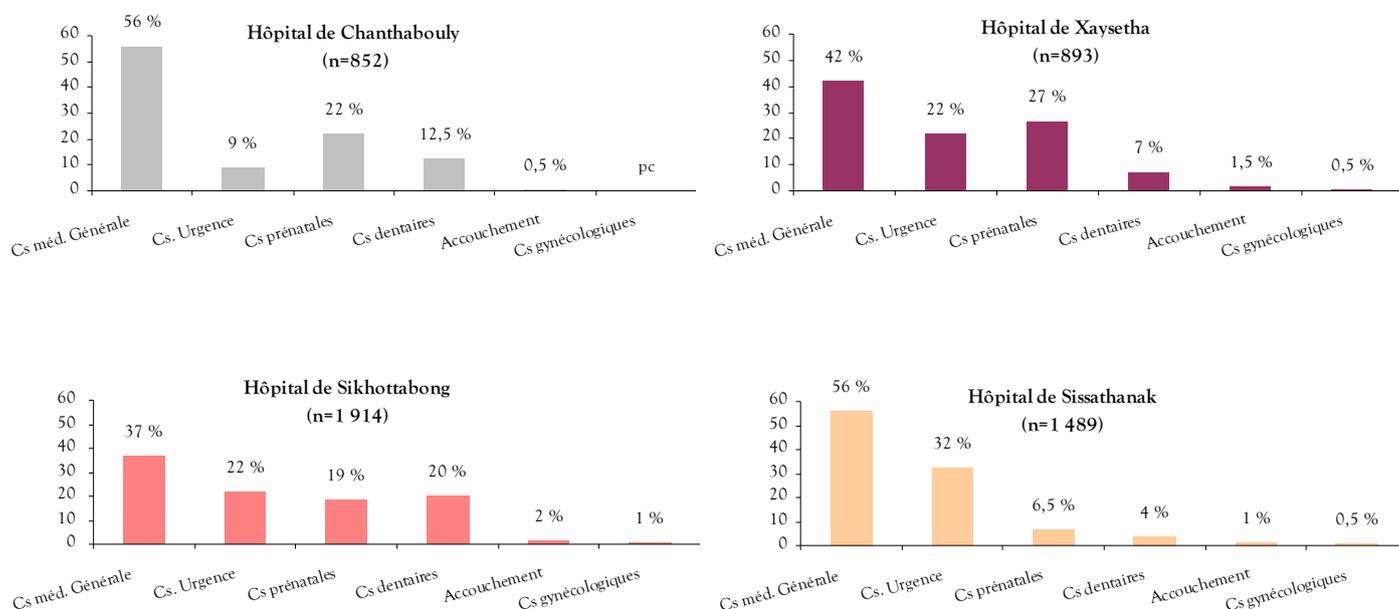
Analysons à présent les profils d'activité des hôpitaux, c'est-à-dire la répartition des volumes de consultations par service pour chaque structure.

Comme le montre la figure 26, les quatre hôpitaux présentent chacun un profil particulier ; ils ont cependant tous en commun une activité obstétrique et gynécologique insignifiante.

L'Hôpital Chanthabouly se caractérise par une activité peu diversifiée, principalement tournée vers les soins de base (médecine générale (56%), consultations prénatales (22%). En comparaison, le profil d'activité de Xaysetha est plus complet, comprenant une proportion importante de consultations aux urgences (22%). Quand à l'Hôpital Sikhottabong, il enregistre une activité significative dans la plupart des services, qui enregistrent chacun entre 19 et 37% des volumes de consultations. A l'inverse, Sissathanak présente le profil le moins diversifié : 90% des consultations relèvent de la médecine générale (d'urgence ou non).

¹¹⁶ Dans les villages situés dans un rayon de deux kilomètres autour de l'hôpital, nous avons retenu les femmes âgées de 15 à 49 ans pour les consultations prénatales et obstétricales, les femmes de 15 ans et plus pour la gynécologie, les personnes âgées de 15 ans et plus pour la stomatologie et les urgences, et enfin, la population totale pour les consultations de médecine générale.

Figure 26 - Profil d'activité des hôpitaux de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

• **Profils des consultants : des patientèles cloisonnées**

▪ Une même répartition par genre :

Dans les quatre hôpitaux de district (tous services confondus), les femmes constituent la majorité des consultants. En proportion, la répartition par genre est équivalente entre les structures : la part des femmes est en moyenne de 55%.

Tableau 32 - Répartition par genre dans les quatre hôpitaux de district

		Hommes	Femmes	Total
Tous services (n = 4 124)	Hôpital Chanthabouly	46	54	100
	Hôpital Sikhottabong	46	54	100
	Hôpital Xaysetha	45	55	100
	Hôpital Sissathanak	44	56	100

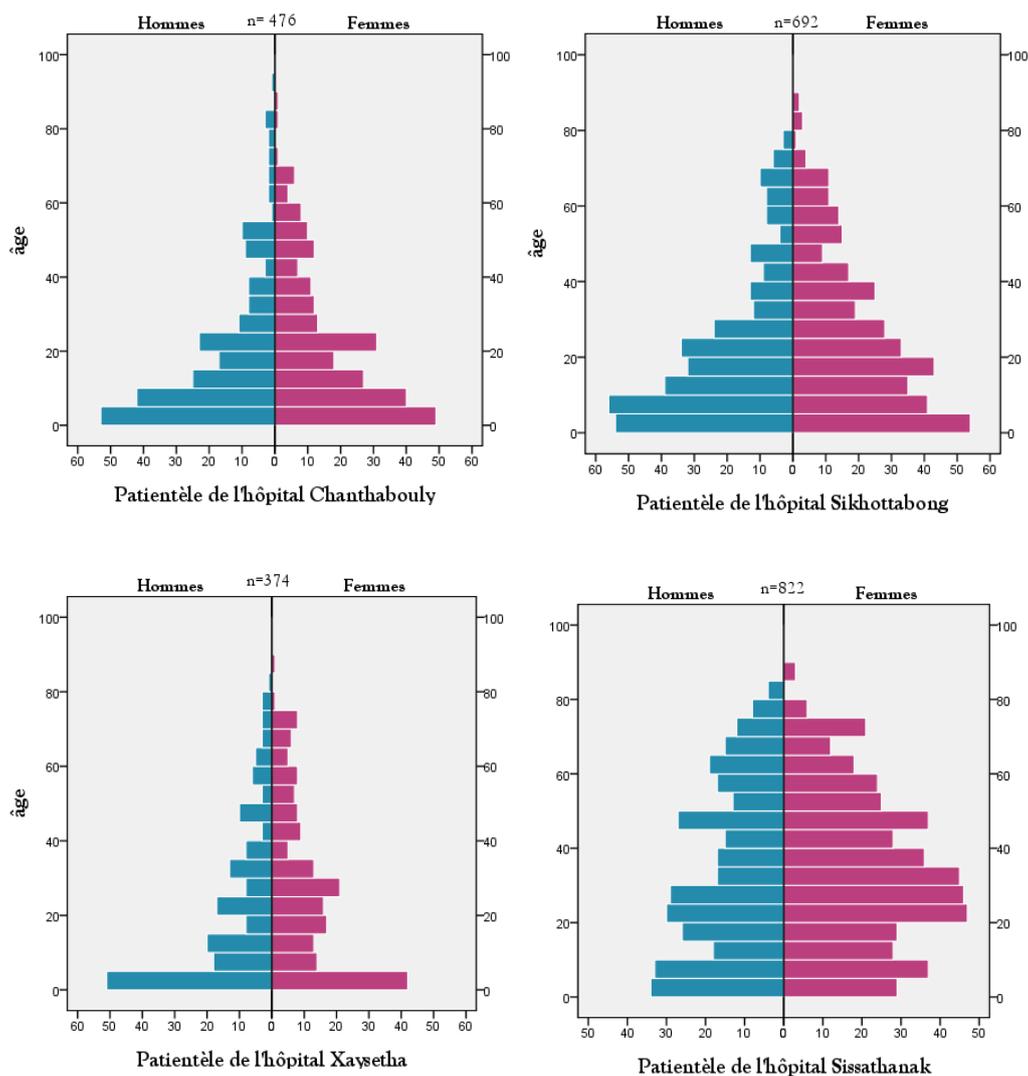
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

▪ L'âge des consultants : un profil démographique spécifique à chaque structure

A la lecture des pyramides des âges (figure 27), on observe un profil démographique différent pour chaque hôpital. Bien que les structures par âge des hôpitaux de Chanthabouly, Xaysetha et Sikhottabong présentent toutes une forme pyramidale, chacune d'elle est néanmoins particulière : Xaysetha attire surtout les enfants de moins

de cinq ans, Chanthabouly les jeunes classes d'âges et Sikhottabong, les enfants et les adultes. Concernant Sissathanak, il exerce une forte attraction quelque soit l'âge, également parmi les personnes âgées.

Figure 27 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane

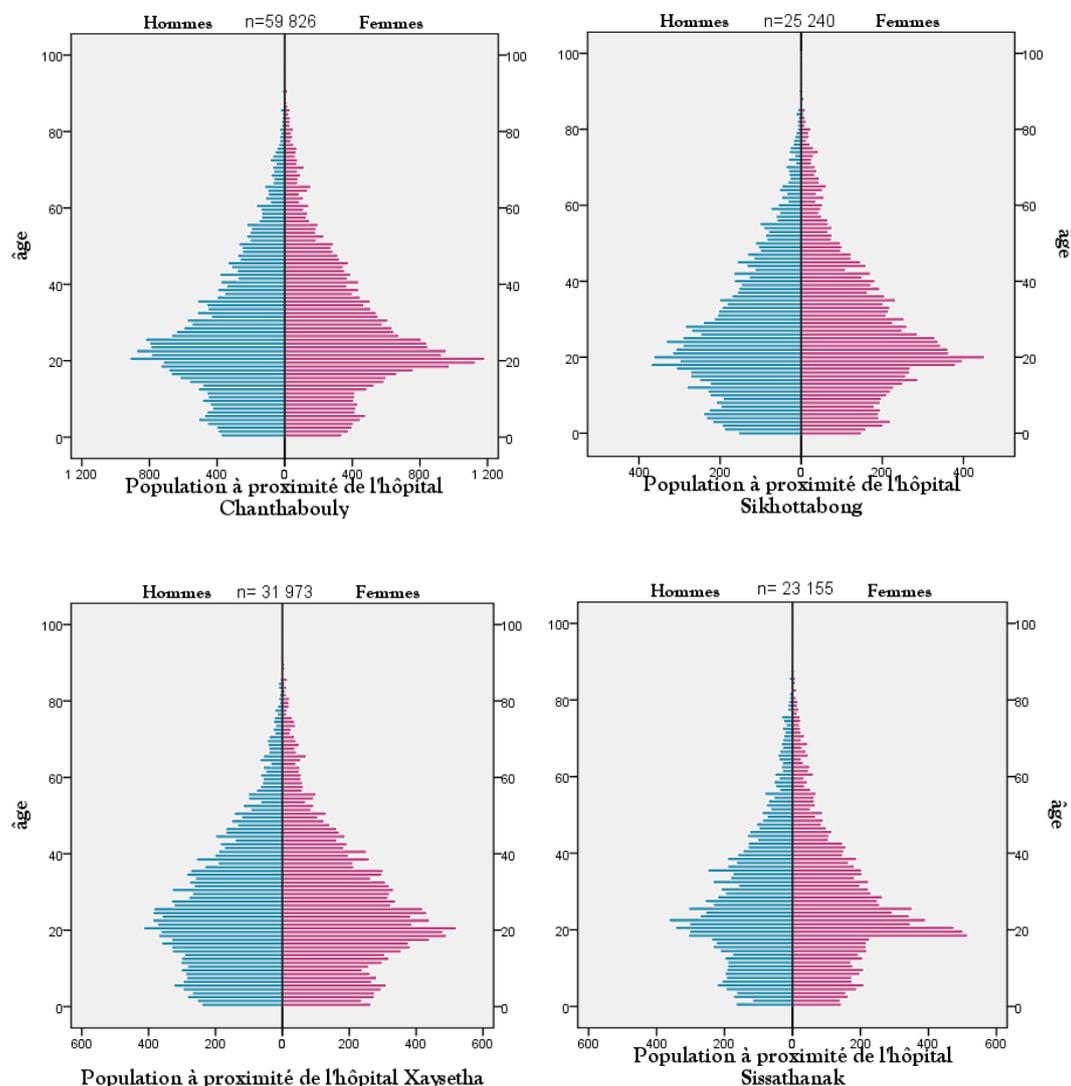


Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Pour vérifier si les profils démographiques observés révèlent une attraction spécifique des hôpitaux, nous les avons comparés à ceux de la population qui réside autour de chaque structure (dans un rayon de deux kilomètres).

Comme le montre la figure 28 (page 212), les pyramides des âges de la population vivant à proximité des hôpitaux sont toutes comparables. Nous concluons donc à l'attraction particulière de chaque structure.

Figure 28 - Pyramides des âges de la population environnant chaque hôpital de district de Vientiane en 2005



Source : recensement 2005

▪ Les diagnostics enregistrés :

Les profils épidémiologiques des patientèles sont, de manière générale, conformes aux distributions par âge observées (tableau 33).

Chanthabouly, qui attire principalement les enfants, présente une part dominante de maladies de l'appareil respiratoire (69,5%) ainsi qu'une proportion significative de pathologies infectieuses et parasitaires (7,5%).

A l'Hôpital Xaysetha, où les enfants de moins de cinq ans constituent l'essentiel de la patientèle, la part des affections respiratoires est également importante (52%) ainsi que celles des maladies transmissibles (8%) et digestives (6,5%). Toutefois, on observe que les

maladies de l'appareil circulatoire (principalement l'hypertension artérielle) comptent pour 6,5% des enregistrements. Cette proportion est inattendue au regard du profil démographique des consultants. Cela signifierait-il que l'Hôpital Xaysetha représente pour les consultants adultes un établissement de référence ? Ou bien serait-ce le signe d'un dépistage efficace de l'hypertension artérielle ? Le fait que les lésions traumatiques (3%) figurent aussi parmi les diagnostics invite à penser que l'activité de cet hôpital ne se limite pas aux soins de santé primaires et qu'il constitue pour certaines populations un recours de référence.

Concernant l'Hôpital Sikhottabong, le profil épidémiologique est semblable à celui de Xaysetha, plutôt diversifié, et donc en rapport avec la distribution par âge des consultants. On observe toutefois une part mineure d'affections circulatoires (2%) qui, compte tenu de l'importante proportion des consultants adultes, serait dû à un problème de détection.

Enfin, à Sissathanak, les diagnostics enregistrés sont divers et leur distribution équilibrée, ce qui reflète la variété des âges de sa patientèle. Les affections respiratoires comptent en effet pour moins de la moitié des diagnostics ; les maladies digestives, circulatoires, transmissibles et nutritionnelles correspondent respectivement à 13%, 8%, 7% et 5% des enregistrements.

Tableau 33 - Diagnostics enregistrés dans chaque hôpital de district de Vientiane

	Hôpital Chanthabouly (n=451)	Hôpital Xaysetha (n=352)	Hôpital Sikhottabong (n=513)	Hôpital Sissathanak (n=627)
M. appareil respiratoire	69,5	52	52	40,5
Autres m. infectieuses et parasitaires (transmissibles)	7,5	8	13	7
M. appareil digestif	2	6,5	7	13
M. appareil circulatoire	3	6,5	2	8,5
M. ostéo-articulaire et des muscles	5	4	6	4
Lésions traumatiques	1	3	1	2
M. endocriniennes et nutritionnelles	-	2	2	5
M. appareil génito-urinaire	-	2	1	1
M. peau	2	-	2	2
M. œil	-	1	-	-
M. oreille	-	-	-	1
Symptômes divers	10	15	14	16
Total	100	100	100	100

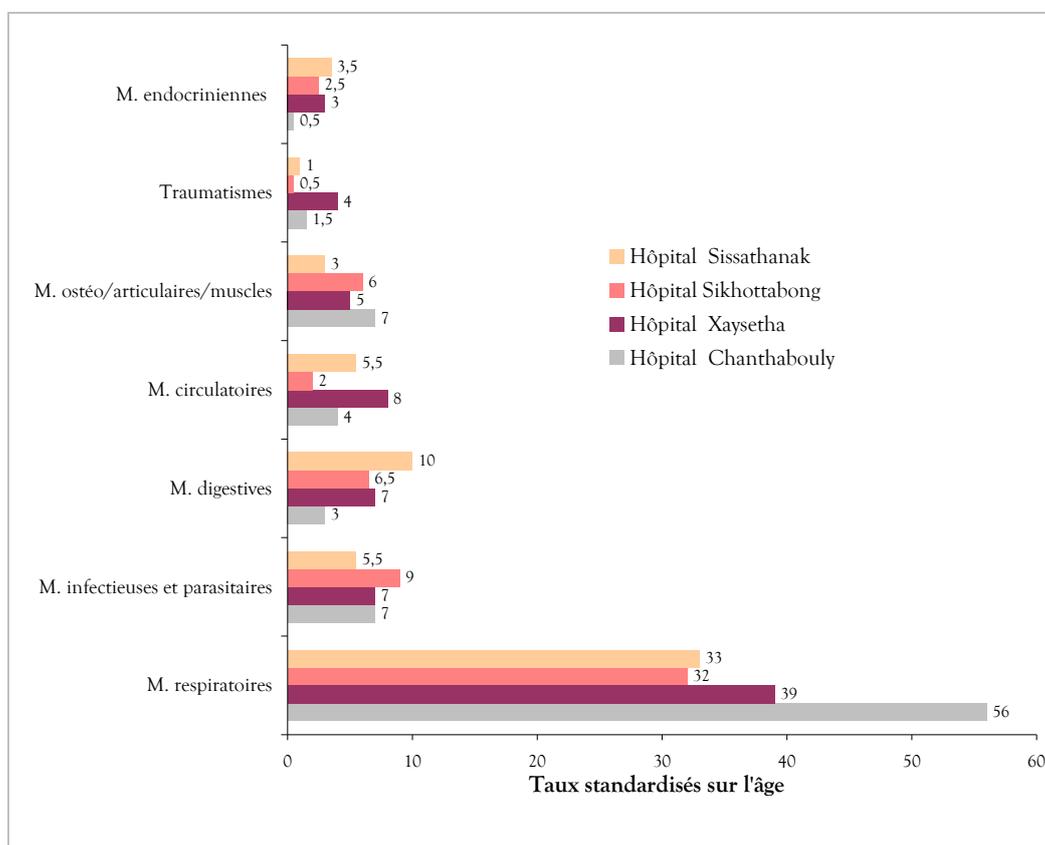
Ce tableau présente les pourcentages valides, donc calculés sans tenir compte des données manquantes (4% à Chanthabouly, 6% à Xaysetha, 27% à Sikhottabong et 24% à Sissathanak).

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

A structure par âge égale, observe-t-on encore un profil morbide différencié entre hôpitaux ?

A la lecture des taux d'affections standardisés sur l'âge¹¹⁷ (figure 29), Chanthabouly se montre particulièrement attractif pour les maladies respiratoires mais est, en revanche, moins fréquenté que les autres hôpitaux pour la plupart des autres affections. Ce résultat atteste de nouveau le rôle mineur accordé à cet établissement. Xaysetha présente une attraction préférentielle pour les maladies circulatoires et les traumatismes, ce qui confirme l'idée que cet hôpital est pour certains une structure de référence. Quant aux deux autres hôpitaux, Sikhottabong et Sissathanak, ils ne présentent pas de critère précis d'attractivité.

Figure 29 - Diagnostics standardisés sur l'âge pour chaque hôpital de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

¹¹⁷ Compte tenu de la taille de notre échantillon, nous n'avons interprété, parmi les écarts observés, que les plus remarquables.

A l'issue de l'analyse des volumes d'activité et des profils démo-épidémiologiques des consultants (récapitulés dans le tableau 34), nous sommes en mesure d'identifier les profils d'attraction suivants :

- L'Hôpital Chanthabouly est, des quatre établissements, le moins attractif de tous. La fréquentation est faible et ne concerne que les services de soins de base (médecine générale, consultations prénatales). La population consultante comprend pour l'essentiel des enfants dont les maladies sont bénignes.
- L'Hôpital Sikhottabong est, à l'inverse, la structure la plus attractive. Il présente le plus important volume de consultations et a un profil d'activité diversifié (médecine générale, urgences, soins dentaires, consultations prénatales).
- L'Hôpital Xaysetha présente, quant à lui, un profil complexe. Son niveau d'activité est faible mais les soins sollicités sont spécifiques (soins d'urgences, soins de médecine générale pour les enfants de moins de cinq ans et pour les adultes affectés de maladies chroniques et de traumatismes, etc.).
- L'Hôpital Sissathanak a un niveau d'activité élevé, comparable à celui de Sikhottabong. Toutefois, seuls les services de médecine générale sont attractifs et drainent tous les profils de consultants, sans distinction d'âge ou de motif de consultation.

Tableau 34 - Profil d'attraction de chaque hôpital de district

	Le profil d'activité		Le profil des consultants (service de médecine générale)	
	Indice d'activité	Profil d'activité	Principales classes d'âge	Principaux diagnostics enregistrés
Hôpital Chanthabouly	22	soins de base	enfants	maladies respiratoires
Hôpital Sikhottabong	100	tous les soins	enfants et adultes	maladies respiratoires et autres
Hôpital Xaysetha	41	soins de base, urgences	moins de 5 ans	maladies respiratoires et autres
Hôpital Sissathanak	94	soins de médecine générale (d'urgence ou pas)	tous les âges	toutes les affections

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

• Emprise spatiale : une variabilité inter-hôpitaux

L'emprise spatiale des hôpitaux a été étudiée pour l'ensemble des services, excepté ceux dont les données sont insuffisantes (gynécologie, accouchements) ou incomparables (urgences).

- Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins de médecine générale (cf. illustrations p.218-220) :

Il apparaît que chaque hôpital exerce une attraction particulière.

L'hôpital Chanthabouly présente un rayonnement de taille modeste et d'orientation septentrional atteignant la limite urbaine. Néanmoins seuls 4% des consultants

proviennent de villages ruraux. La structure exerce par ailleurs une attraction irrégulière en fonction de la distance : elle est plus forte à proximité de la structure et dans les villages éloignés que dans la zone intermédiaire. Par commodité, nous qualifions ce phénomène d'« attraction en U », expression dont nous ferons l'usage en cours de développement. L'« attraction en U » témoigne de la faible attractivité de la structure. L'hôpital n'attire finalement que les populations qui s'en trouvent proches. La proximité recouvre ici une réalité physique pour ceux qui habitent à côté de la structure ou mentale pour ceux qui vivent en périphérie et considèrent l'hôpital comme la structure de référence la plus proche car ils n'en connaissent pas d'autres. Quant aux habitants des villages situés dans la zone intermédiaire, ils demeurent dans la zone d'influence d'autres structures concurrentes (hôpitaux centraux et cliniques privées) et contournent dès lors l'hôpital de district. Reste que la particularité de Chanthabouly est de recruter sa patientèle à proximité : près de 40% des consultants habitent à moins d'un kilomètre de l'hôpital, une proportion atteignant au maximum 25% dans les autres structures.

L'Hôpital Sikhottabong, localisé à l'entrée ouest de Vientiane, se distingue par une aire d'attraction étendue. Celle-ci couvre les villages situés à l'ouest de la structure et ceux localisés au nord, jusqu'à atteindre la frontière de la province (distante de plus de 50 kilomètres de l'hôpital). Dans un rayon de trois kilomètres, l'hôpital rassemble 44% de sa patientèle, ce qui est peu comparé aux autres structures où cette proportion varie entre 64 et 73%. Aussi, la proportion de consultants provenant des villages ruraux est relativement importante : 7%, soit le double de celle de Chanthabouly.

L'aire d'attraction de Xaysetha présente quant à elle une superficie modeste et de forme ramassée. Pour l'essentiel, elle se déploie dans la zone située à l'est de l'hôpital, jusqu'à atteindre les villages ruraux où elle recrute près de 20% de sa patientèle – cette particularité « rurale » du recrutement de Xaysetha ne peut être attribuée qu'à sa position périphérique dans la ville puisque les hôpitaux de Sikhottabong et de Sissathanak présentent aussi une situation périphérique mais n'attirent chacun que 7% de villageois ruraux.

Il n'en reste pas moins vrai que l'attraction de Xaysetha est également forte aux environs de la structure : l'hôpital recrute plus de 60% de ses consultants dans un rayon inférieur à trois kilomètres.

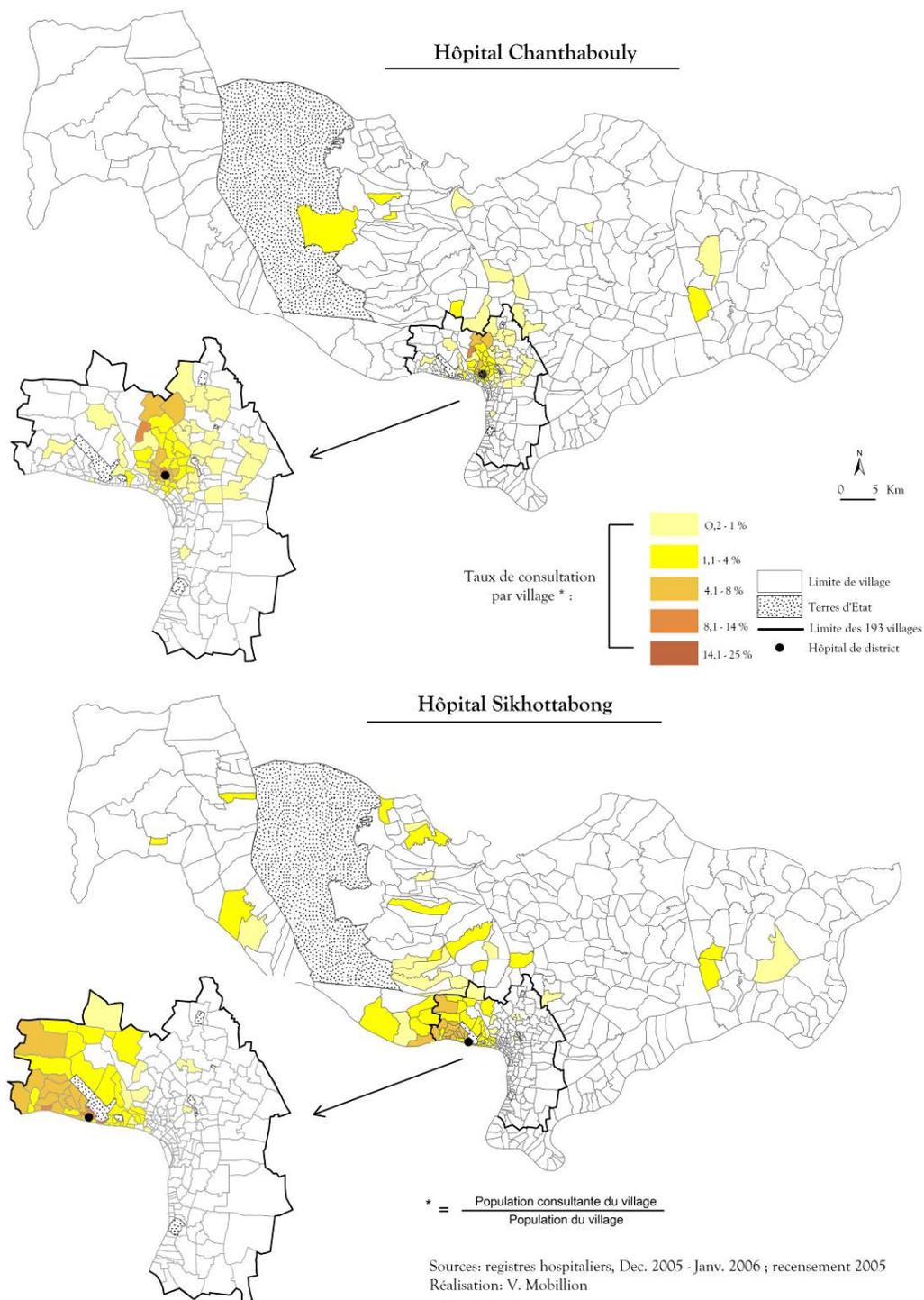
L'Hôpital Sissathanak, situé à l'entrée sud-est de Vientiane, a une aire d'attraction modeste tout en étant « multidirectionnelle » : celle-ci gagne les villages de Vientiane situés au sud et nord de l'hôpital, et, plus à l'est, au-delà de la limite urbaine, les villages ruraux longeant la route du Pont de l'Amitié. L'attraction étant la plus forte dans la zone sud de Vientiane, 92% des consultants sont urbains ; une conclusion qu'il faut néanmoins nuancer étant donné que les villages situés dans cette zone présentent par ailleurs d'importantes caractéristiques rurales (rizières).

Pour résumer, les hôpitaux ont chacun un mode d'attraction spécifique. L'Hôpital Chanthabouly, outre qu'il présente une « attraction en U », est avant tout une structure de proximité. Xaysetha, présente, quant à lui, un rayonnement circonscrit aux villages périphériques et périurbains. A l'inverse, la zone d'influence de Sissathanak est

essentiellement urbaine, même si elle concerne d'abord les quartiers de l'extrémité sud de Vientiane. Enfin, Sikhottabong propose le rayonnement le plus diffus, lequel gagne les villages urbains, périurbains et ruraux.

Néanmoins, ces hôpitaux présentent tous une aire d'attraction orientée principalement vers la périphérie, ce qui signifie qu'ils constituent rarement un recours pour les urbains.

Carte 29 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations de médecine générale



Carte 30 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations de médecine générale

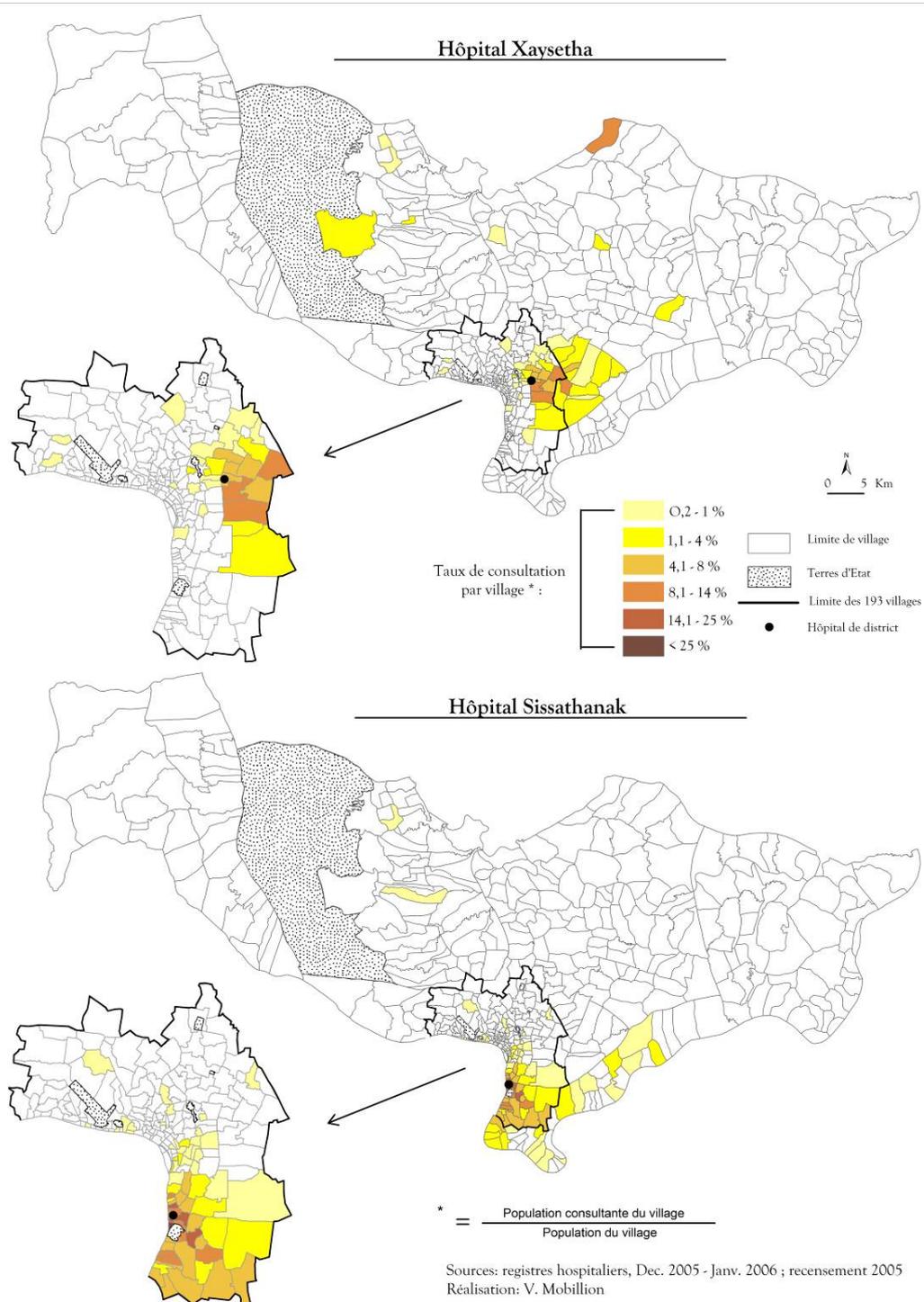
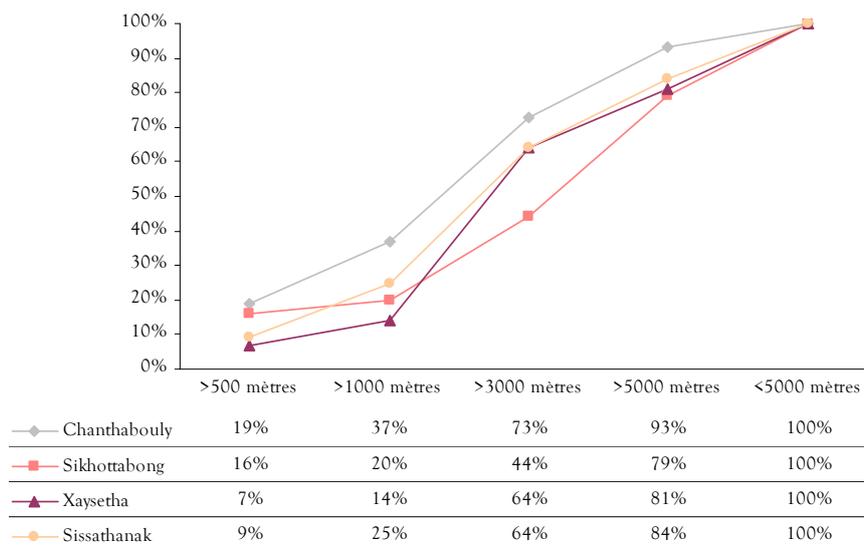


Figure 30 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 35 - Provenance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane

		Provenance :		
		193 villages urbains	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Chanthabouly	96%	4%	0%
	Sikhottabong	92%	7%	1%
	Xaysetha	81%	20%	0%
	Sissathanak	92%	7%	1%

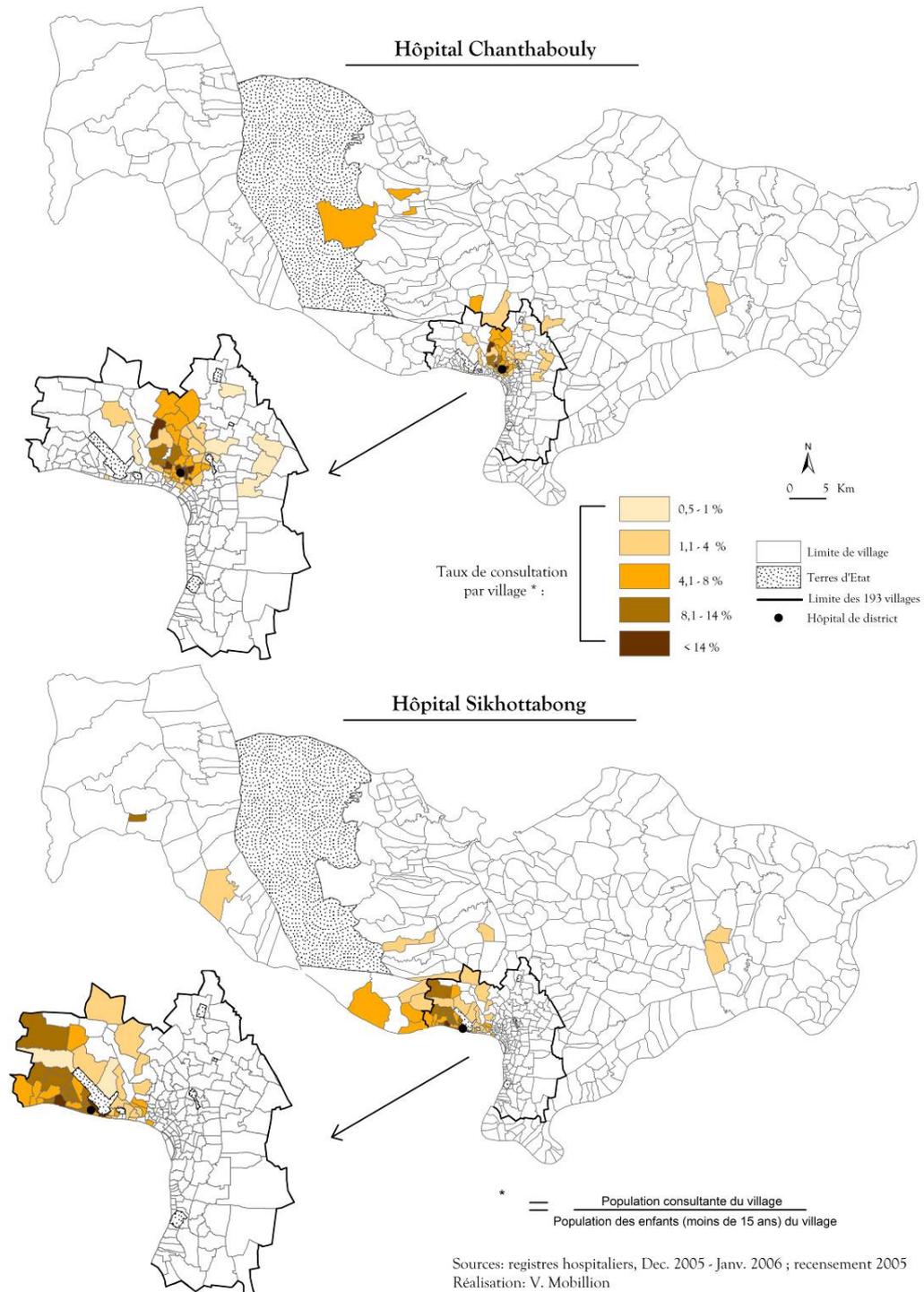
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

- Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins pédiatriques (cf. illustrations p.222-224) :

Les résultats mettent en évidence les mêmes modalités d'attraction que celles identifiées pour les soins de médecine générale.

On observe cependant que les zones de recrutement des quatre hôpitaux sont moins étendues que pour les soins généraux : cela montre que les consultants privilégient les structures de proximité en cas de besoins fréquents et courants tels que le sont la plupart des soins pédiatriques.

Carte 31 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations pédiatriques



Carte 32 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations pédiatriques

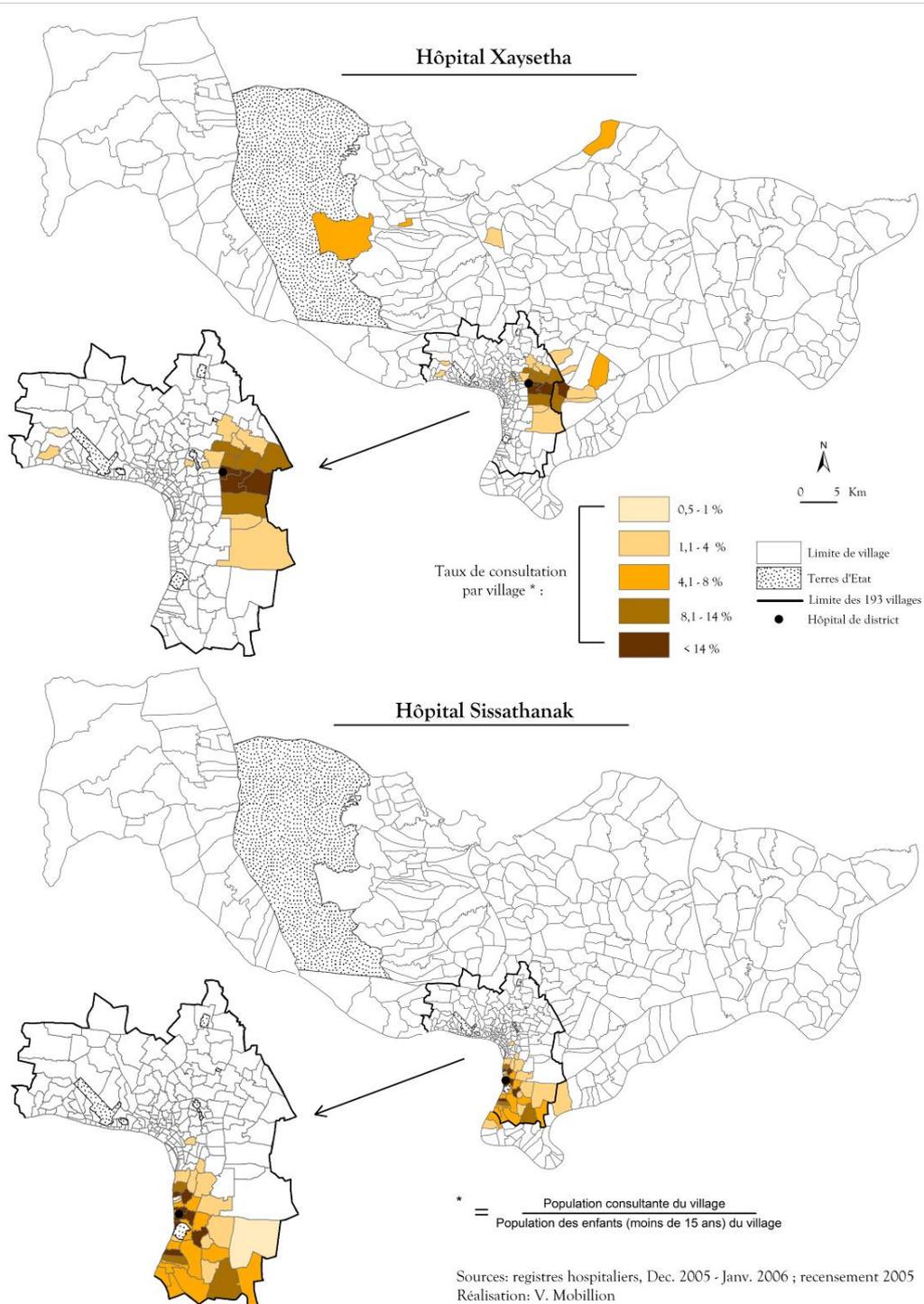
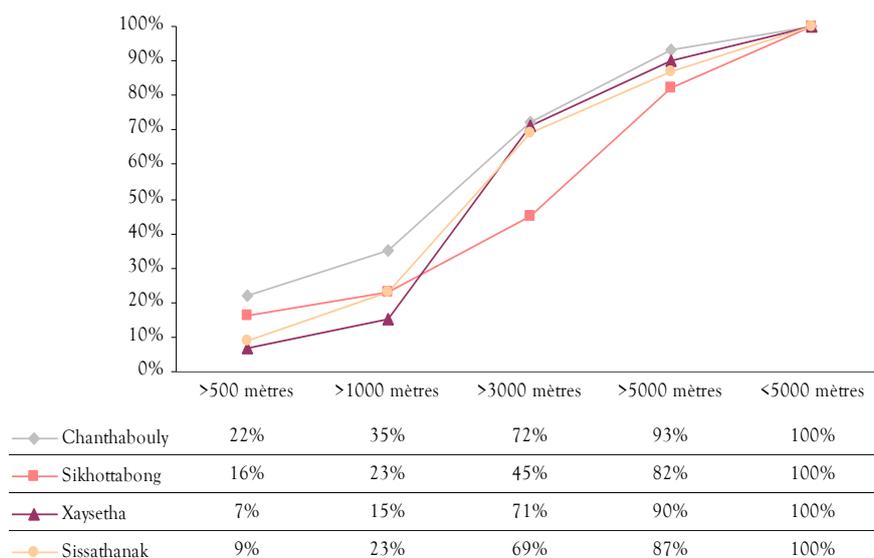


Figure 31 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 36 - Provenance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital de district de Vientiane

		Provenance :		
		193 villages urbains	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Chanthabouly	98%	2%	0%
	Sikhottabong	88%	12%	0%
	Xaysetha	82%	18%	0%
	Sissathanak	95%	5%	0%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

▪ Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins dentaires (cf. illustrations p.226-228) :

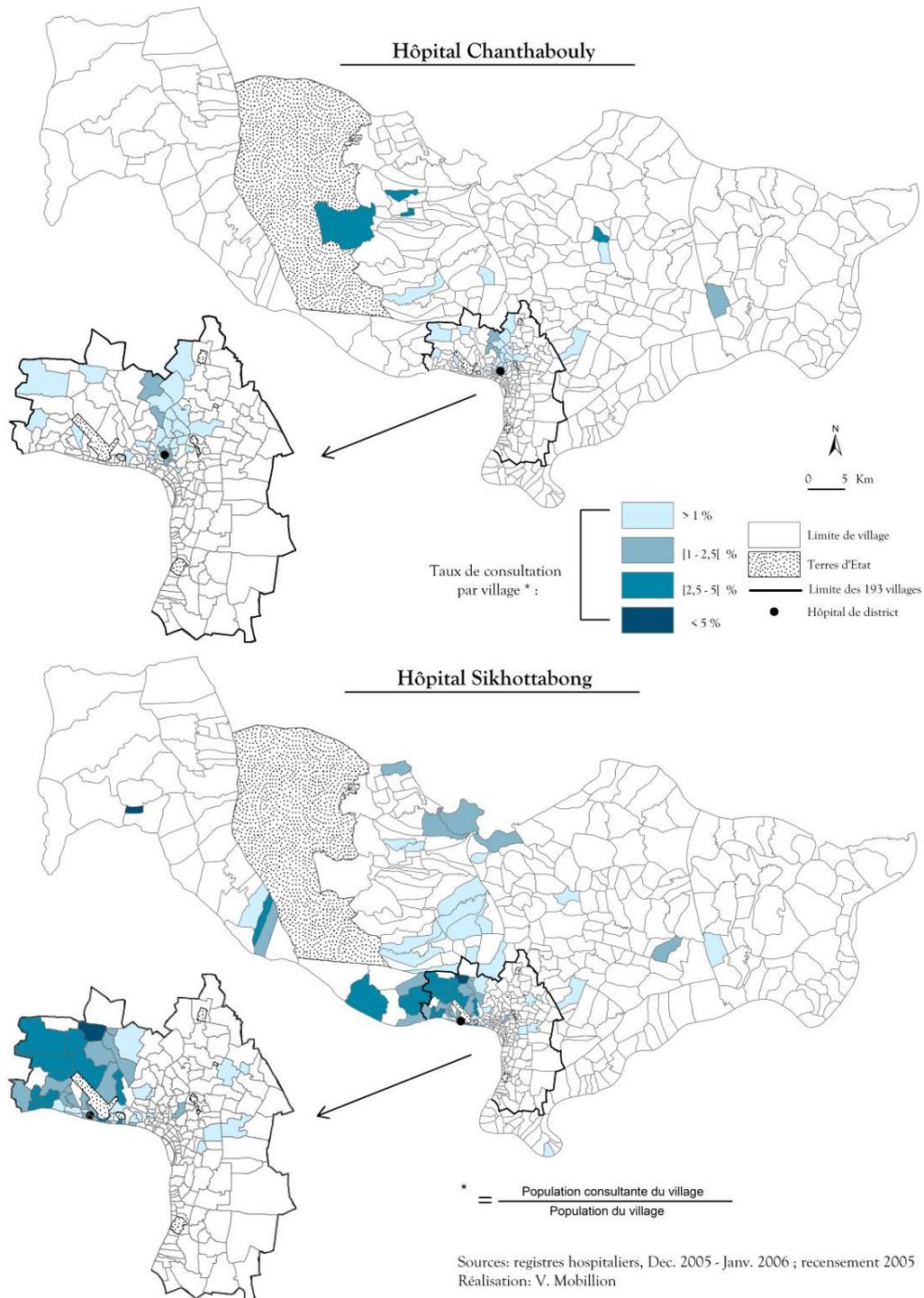
Concernant les soins dentaires, les hôpitaux de district présentent tous une attraction en U (cf. cartes 33, 34). Néanmoins, mis à part cette caractéristique commune, les établissements présentent chacun un mode de recrutement singulier.

L'aire d'attraction de Chanthabouly, orientée vers le nord, comprend les villages à proximité de la structure et quelques villages ruraux dispersés. L'Hôpital Sikhottabong, quant à lui, a la plus vaste zone d'influence, couvrant des villages du centre-ville, d'autres situés à l'ouest et au nord de la structure, et des zones reculées de la province. De ce fait, il rassemble dans un rayon de trois kilomètres la plus faible proportion de patients : 29% contre plus de 50% pour les autres hôpitaux. Concernant Xaysetha et Sissathanak, ils présentent tous deux une aire d'attraction compacte et peu étendue. Xaysetha attire néanmoins une importante proportion de consultants ruraux (38%). Quant à Sissathanak, l'essentiel des patients provient de l'extrémité sud de Vientiane.

Ainsi, excepté Sikhottabong, les hôpitaux présentent tous une zone d'influence plutôt réduite et sont peu attractif comme en témoigne l'attraction en U qu'ils exercent¹¹⁸.

¹¹⁸ Concernant Sikhottabong, il est probable que l'attraction en U observée soit liée à la taille de notre échantillon, trop réduite pour rendre compte de l'évolution des taux de consultation dans de nombreux villages.

Carte 33 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations dentaires



Carte 34 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations dentaires

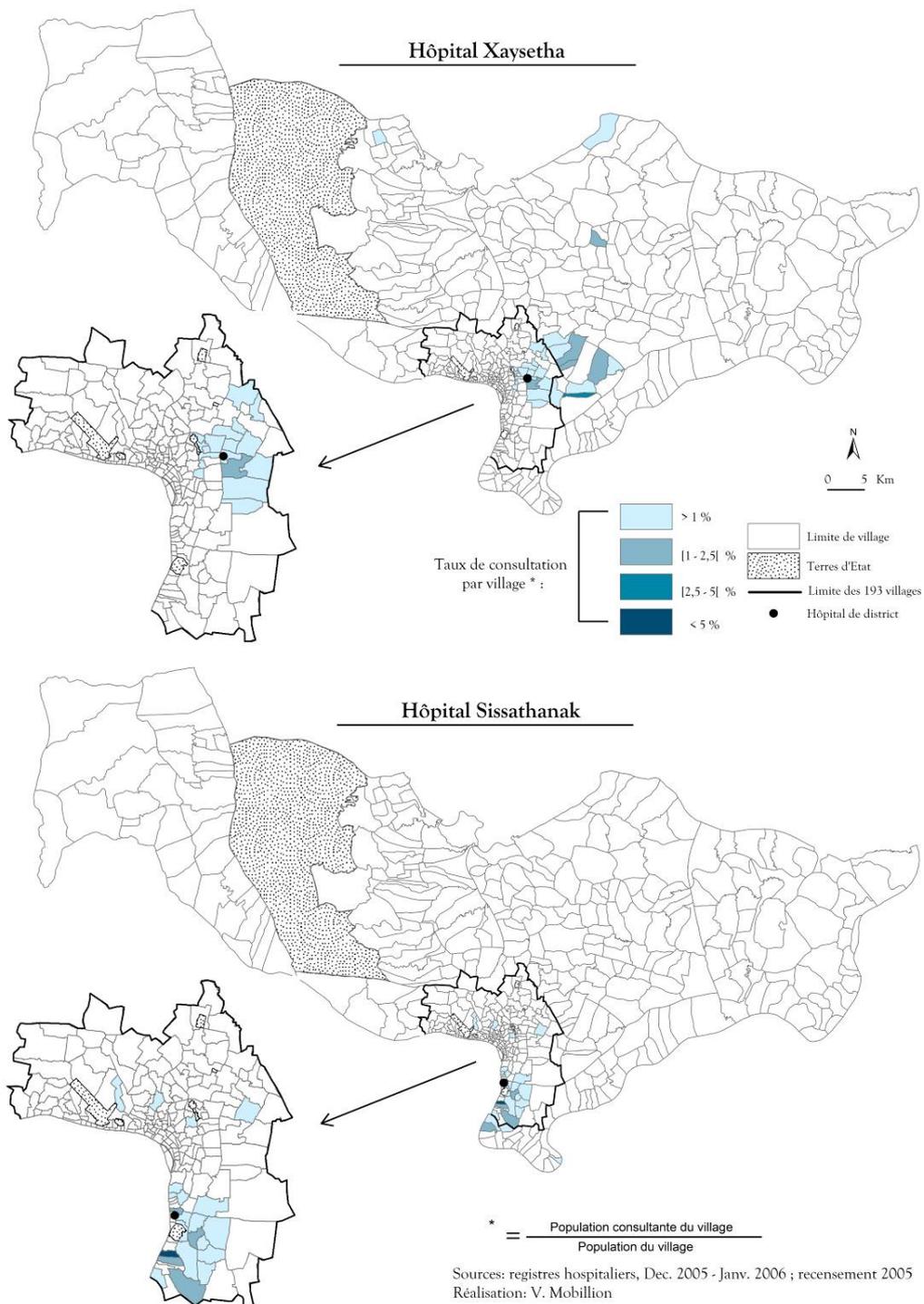
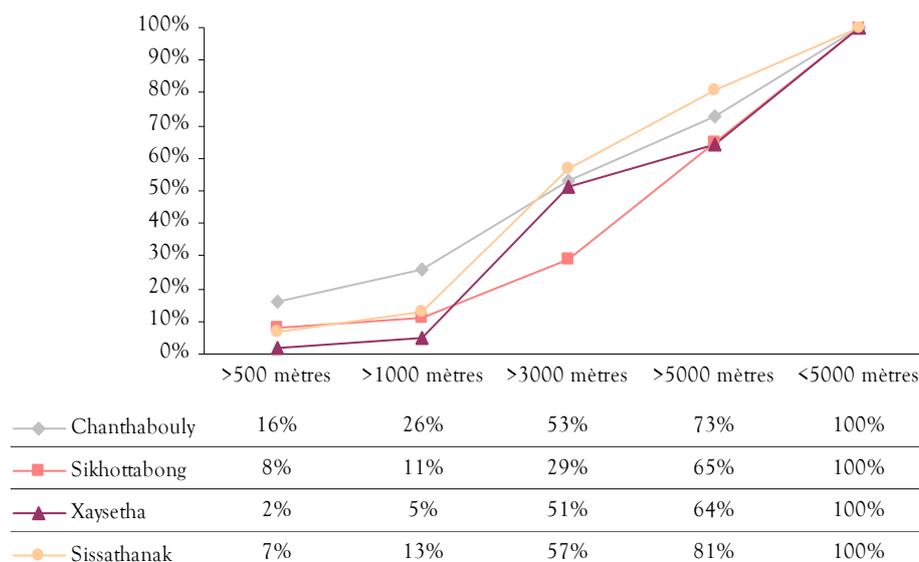


Figure 32 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service dentaire de chaque hôpital de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 37 - Provenance des consultants du service dentaire de chaque hôpital de district de Vientiane

		Provenance :		
		193 villages urbains	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Chanthabouly	80%	20%	0%
	Sikhottabong	73%	24%	3%
	Xaysetha	62%	38%	0%
	Sissathanak	91%	9%	0%

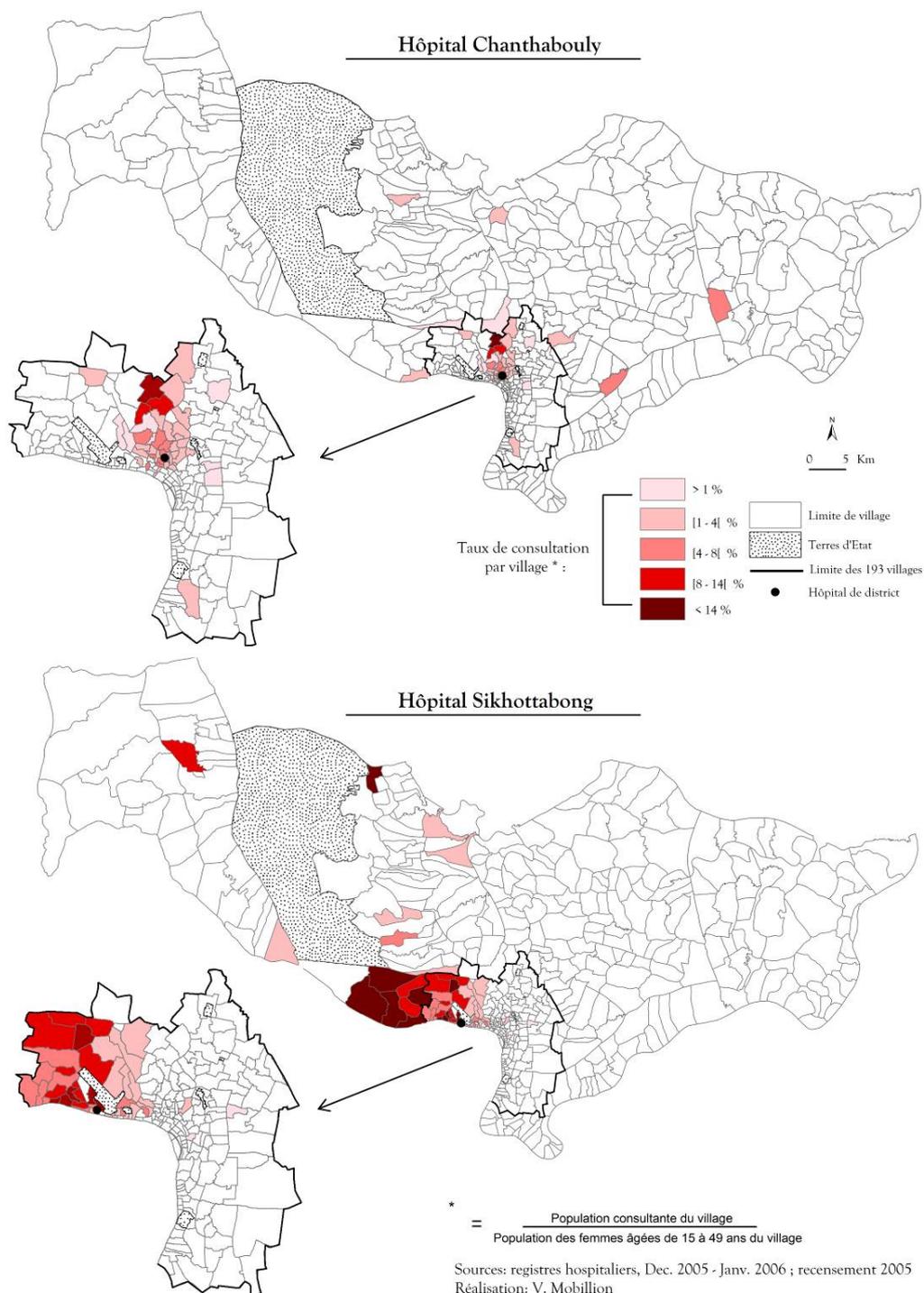
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

▪ Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins prénataux (cf. illustrations p.230-232) :

Si, comme pour les consultations dentaires, les hôpitaux présentent une attraction en U, on distingue néanmoins deux modes de recrutement distincts.

Les hôpitaux Chanthabouly et Sissathanak ont une aire d'attraction orientée vers la périphérie et peu étendue, principalement circonscrite au périmètre urbain (environ 90% des consultants sont urbains). Quant aux hôpitaux Xaysetha et Sikhottabong, leur zone d'influence est plus vaste et englobe davantage les villages ruraux situés à leur périphérie : respectivement 25 et 40% des consultants proviennent de villages extérieurs à Vientiane.

Carte 35 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations prénatales



Carte 36 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations prénatales

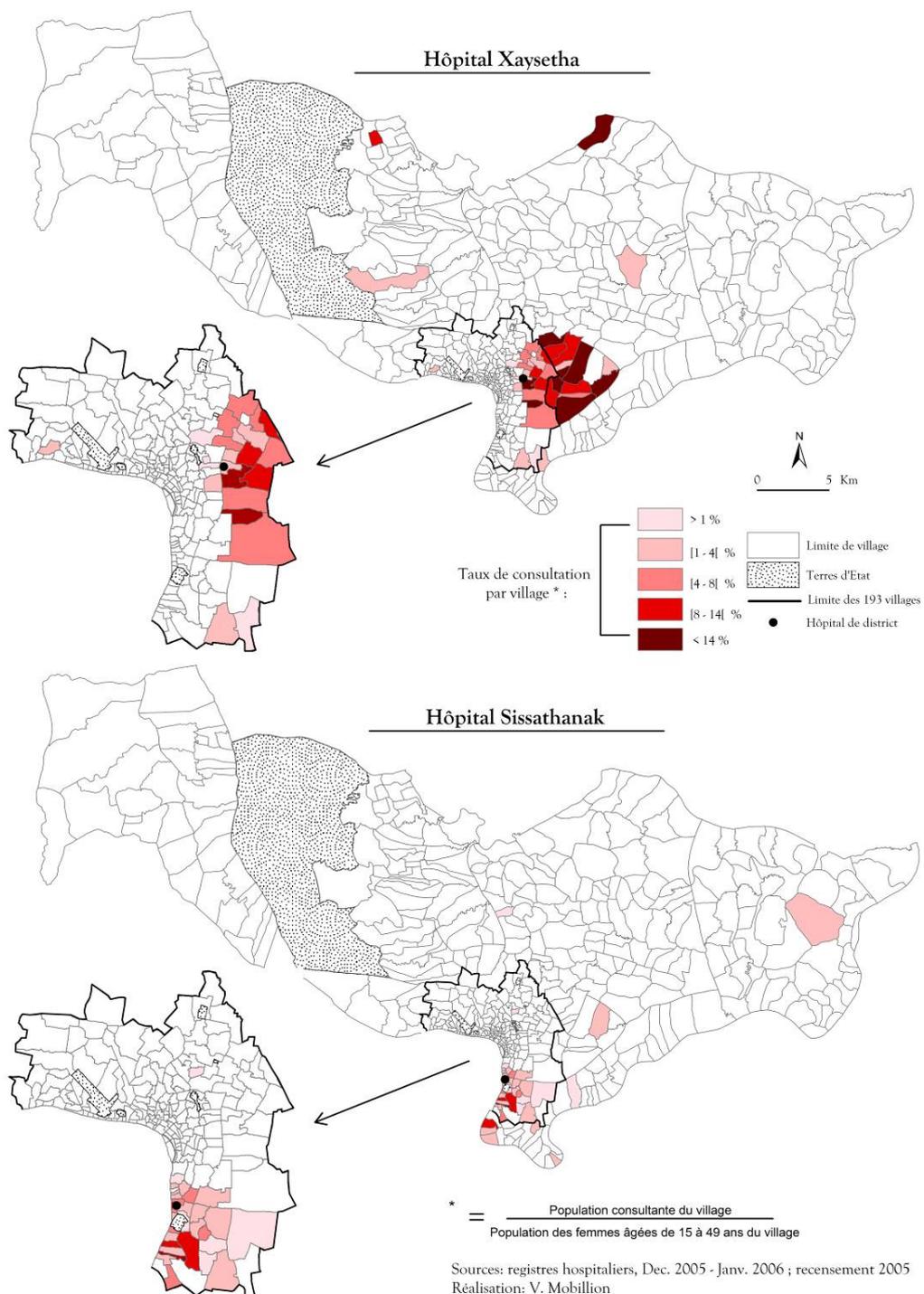
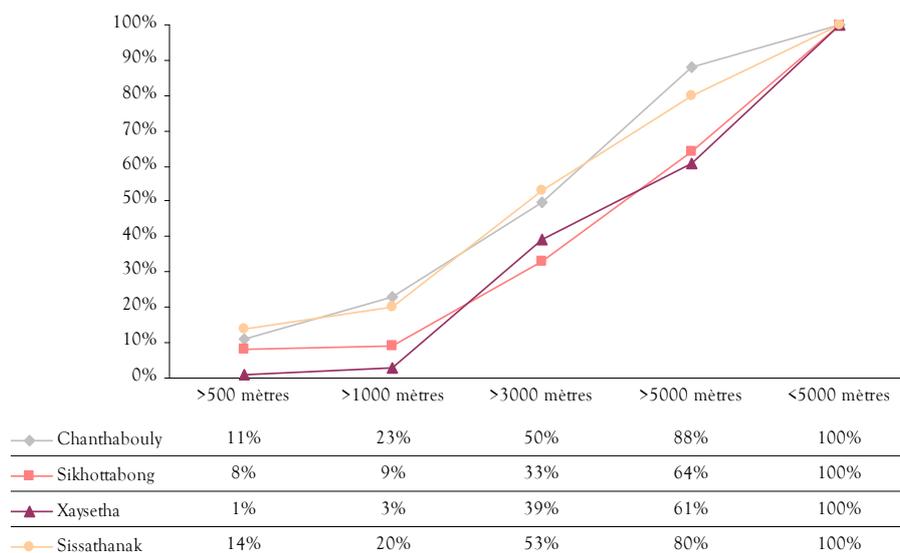


Figure 33 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de consultations prénatales de chaque hôpital de district de Vientiane



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 38 - Provenance des consultants du service de consultations prénatales de chaque hôpital de district de Vientiane

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Chanthabouly	91%	9%	0%
	Sikhottabong	74%	25%	1%
	Xaysetha	60%	40%	0%
	Sissathanak	86%	14%	0%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

A l'issue de cette analyse, nous constatons que, pour un service de soins donné, le mode de recrutement des hôpitaux varie d'une structure à l'autre. De plus, chaque établissement présente un mode d'attraction différent selon les services de soins. En effet, l'étendue de la zone d'influence, l'évolution des taux d'attraction en fonction de la distance ou la proportion de consultants ruraux varient selon le service de soins étudié. Si, par exemple, le rayonnement de Sissathanak est important pour la médecine générale, il est réduit pour les soins dentaires ou les consultations prénatales. Il est donc délicat d'établir une typologie des hôpitaux quand les variations s'expriment à une échelle si fine.

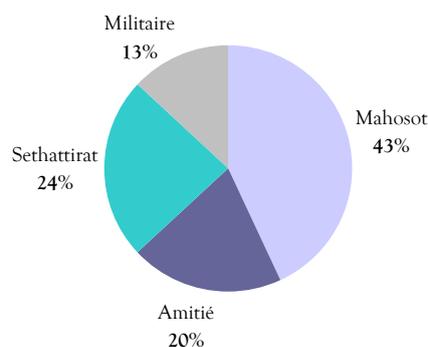
Ces observations témoignent de la « parcellisation » des hôpitaux de district : la population appréhende, non la structure dans sa globalité, mais chaque service de soins. Ce phénomène reflète les difficultés que rencontrent ces établissements pour fournir des prestations de qualité et traduit finalement leur état de vulnérabilité.

B/ Le champ d'action des hôpitaux centraux :

- **Charge de travail : des niveaux d'activité différents, une productivité équivalente**

Lorsque l'on appréhende les volumes d'activité totaux des hôpitaux centraux, l'Hôpital Mahosot est de loin le plus actif. Ce dernier assure 43% des consultations, soit près du double des hôpitaux de l'Amitié (20%) et de Sethattirat (24%). L'Hôpital Militaire, quant à lui, n'enregistre que 13% des consultations.

Figure 34 - Répartition des consultations totales entre les hôpitaux centraux (n= 19 479)



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Ces établissements ne disposant pas tous de mêmes capacités d'accueil, nous pouvons nous interroger sur les éventuelles différences que cela implique. A capacité égale, les hôpitaux présenteraient-ils un niveau d'activité comparable ?

Nous avons estimé les capacités des hôpitaux à partir d'indicateurs disponibles dans toutes les structures. Il s'agit du nombre de salles de consultations et de médecins pour

les services de médecine générale, prénatale et gynécologique ; du nombre de fauteuils de soins pour le service dentaire et, enfin, du nombre de tables d'accouchement pour le service obstétrique. Nous avons calculé le nombre d'actes moyen de chaque service en divisant le nombre de consultations par l'indicateur de capacité. Cette approche nous permet donc de comparer à l'échelle du service les niveaux d'activité des hôpitaux.

Comme l'illustre le tableau 39, les résultats obtenus permettent de nuancer la position dominante de Mahosot en matière d'activité : on observe en effet que la plupart des services de l'Hôpital de l'Amitié présentent des niveaux d'activité qui lui sont similaires. Comparé à ces deux établissements, l'Hôpital Sethattirat présente des volumes d'activité légèrement inférieurs. L'Hôpital Militaire se maintient, quant à lui, en fin de classement.

Tableau 39 - Nombre moyen quotidien d'actes médicaux par service dans les hôpitaux centraux

	Hôpital Mahosot	Hôpital de l'Amitié	Hôpital Sethattirat	Hôpital Militaire
Cs. médecine générale pour adultes	16	22	22,5	20
Cs. méd. générale pour enfants	13	12	6	3
Cs. dentaires	2	2	2	2
Accouchements	3	1,5	2	1
Cs. prénatales	12	13,5	11	5
Cs. de gynécologie	13	10	9	2
Cs. urgences	5,5	4	3	nc

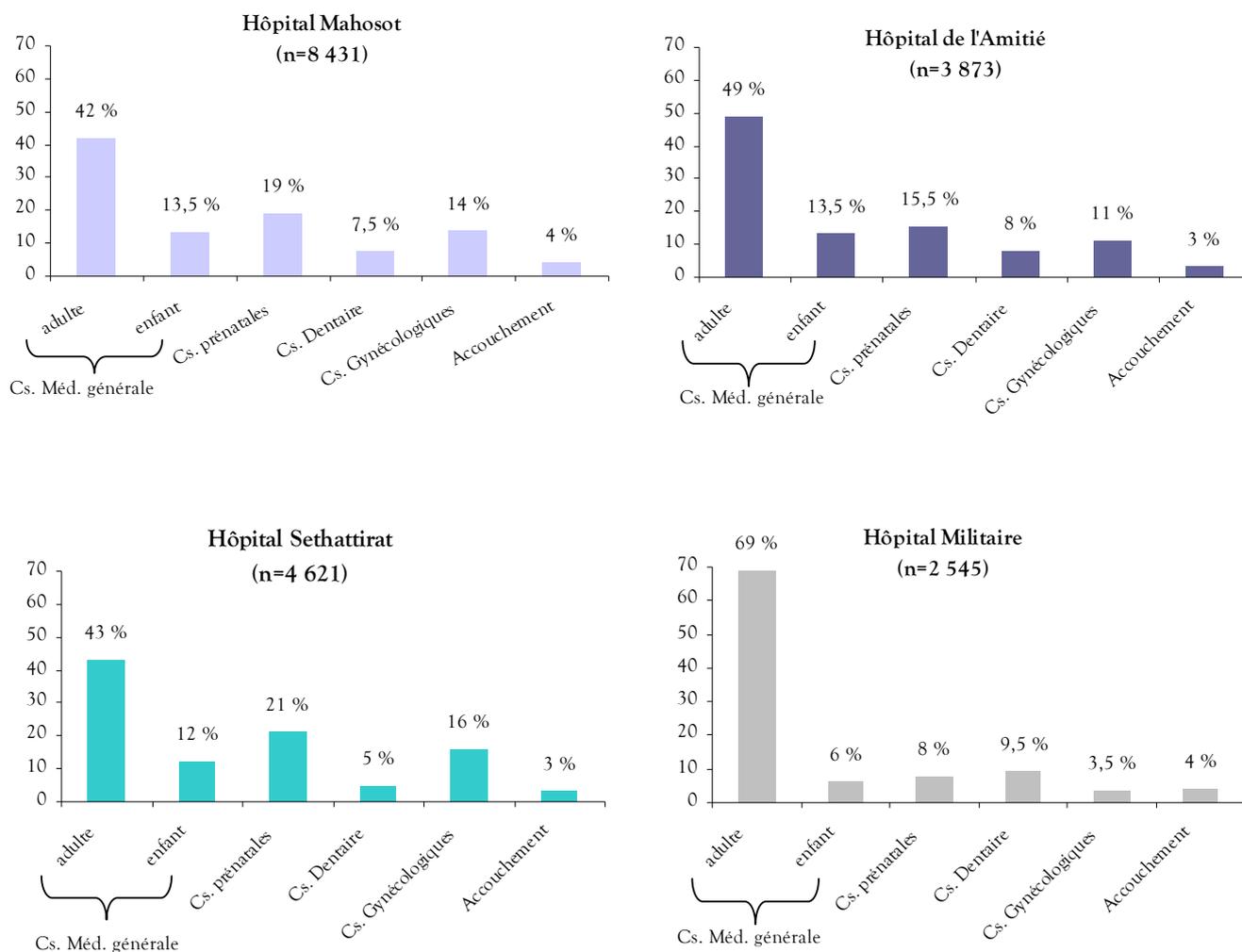
nc : non concerné [Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006]

Ainsi la première analyse, fondée sur des volumes d'activité bruts, traduit plus une différence de capacités d'accueil qu'une inégale attractivité des hôpitaux. En effet, l'Hôpital Mahosot, quoiqu'il présente d'importants volumes d'activité, a en réalité une charge de travail comparable aux autres établissements hospitaliers, à l'exception de l'Hôpital Militaire, nettement moins actif que tous les autres.

Si les volumes d'activité de la plupart des hôpitaux sont comparables, qu'en est-il de leurs profils d'activité ? Les établissements présentent-ils des spécialités ?

Comme nous pouvons l'observer sur la figure 35, les hôpitaux Mahosot, Amitié et Sethattirat ont un profil d'activité comparable. Les différents services de ces trois établissements enregistrent en effet des volumes d'activité similaires : 55 à 62,5% des consultations relèvent de la médecine générale, 15,5 à 20% des consultations prénatales, 11 à 16% des consultations gynécologiques, 5 à 8% des consultations dentaires et enfin 3 à 4% des consultations obstétriques. L'Hôpital Militaire, quant à lui, propose un profil peu diversifié : 75% de son activité correspond à des soins de médecine générale.

Figure 35 - Profil d'activité des hôpitaux centraux



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

• **Profil des consultants : des patientèles plutôt comparables**

▪ Une attraction différenciée des hommes et des femmes

L'étude par genre porte sur trois services : médecine générale, stomatologie et urgences. Dans les quatre hôpitaux centraux, il apparaît que les femmes constituent la majorité des consultants (tableau 40). En proportion, la répartition par genre est équivalente entre les structures, à l'exception du service de médecine générale de Mahosot et de celui de stomatologie de Sethattirat, où la sur-représentation des femmes est plus significative qu'ailleurs (respectivement 60% et 67%).

Pour quelle raison ces deux services en particulier attirent-ils encore plus les femmes ? Nous formulons l'hypothèse que les femmes, sensibles aux soins et à leur qualité,

privilégieraient les services dont la renommée et le niveau d'équipement sont attendus les meilleurs – Mahosot, le plus ancien, reste l'hôpital central de référence et Sethattirat, le plus récent, bénéficie d'installations médicales modernes.

Tableau 40 - Distribution par genre de la population consultante pour chaque hôpital central (services de médecine générale, de stomatologie et des urgences)

		Hommes	Femmes	Total
Méd. générale (n=11 134)	Hôpital Mahosot	40	60	100
	Hôpital Amitié	45	55	100
	Hôpital Sethattirat	47	53	100
	Hôpital Militaire	43,5	56,5	100
Stomatologie (n=1 311)	Hôpital Mahosot	44	56	100
	Hôpital Amitié	44	56	100
	Hôpital Sethattirat	33	67	100
	Hôpital Militaire	47	53	100
Urgences (n=6 315)	Hôpital Mahosot	43	57	100
	Hôpital Amitié	46	54	100
	Hôpital Sethattirat	42	57	100

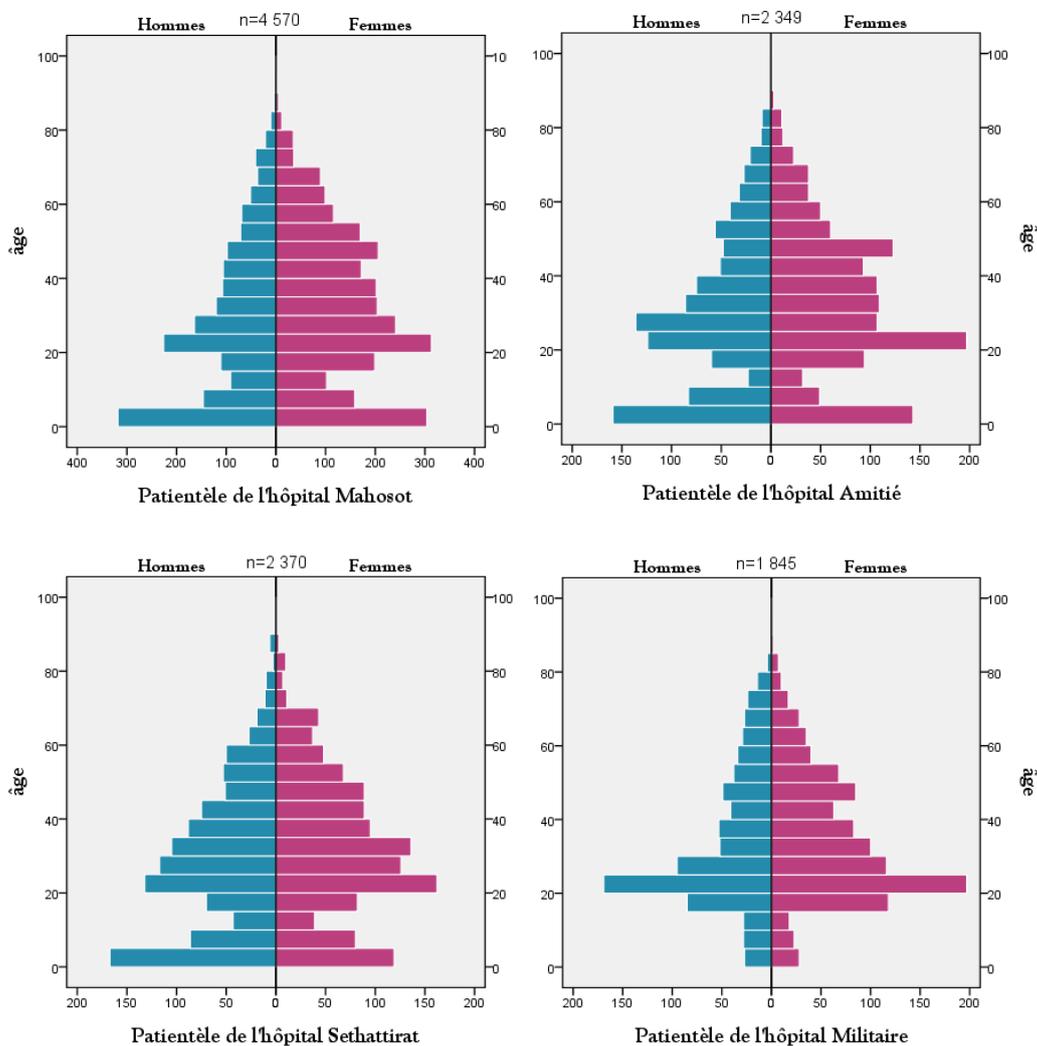
*Pourcentage significativement différent de ceux observés dans les autres hôpitaux
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

▪ L'âge des consultants : des distributions semblables

En raison des volumes réduits de patients, l'analyse concerne uniquement les services de médecine générale et des urgences.

Concernant les soins de médecine générale, il apparaît que les hôpitaux Mahosot, Amitié et Sethattirat ont une distribution par âge similaire (figure 36). En revanche, l'Hôpital Militaire présente une distribution particulière avec une faible proportion d'enfants, 8%, contre 20% dans les autres structures (tableau 41).

Figure 36 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 41 - Distribution par classe d'âge des consultants du service de médecine générale pour chaque hôpital central

		Mahosot (n=4 506)	Amitié (n=2 346)	Sethattirat (n=2 389)	Militaire (n=1 863)	Significativité des différences observées
Classes d'âges	0-14 ans	25	21	23	8		p<0,01 (méthode khi^{2})
	15-24 ans	19	20	19	31	
	25-54 ans	42	45,5	46	46	
	55 ans et +	14	13,5	12	15	
	Total	100	100	100	100	

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Concernant les soins d'urgence, Mahosot, Amitié et Sethattirat présentent de nouveau une distribution comparable, excepté en ce qui concerne la proportion de jeunes adultes (15-24 ans), significativement plus importante à l'Amitié (tableau 42). Cette particularité traduit la spécialisation de cet hôpital en soins traumatologiques, dont l'essentiel consiste en la prise en charge des accidentés de la route (principalement des jeunes adultes).

Tableau 42 - Distribution par classe d'âge des consultants du service des urgences pour chaque hôpital central

		Mahosot (n= 3 603)	Amitié (n=1 493)	Sethattirat (n=1 223)	Militaire	Significativité des différences observées
Classes d'âges	15-24 ans	29,5	36	28	-	p<0,01 (méthode khi ²)
	25-54 ans	49	48	49	-	
	55 ans et +	21,5	16	23	-	
	Total	100	100	100	-	

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

De manière générale, les structures centrales exercent donc une attraction analogue sur les différentes classes d'âges. Néanmoins, l'Hôpital Militaire se distingue par une faible prise en charge des enfants en raison de son statut particulier.

▪ Les diagnostics enregistrés : des profils comparables

L'analyse qui suit repose sur les données du service de médecine générale des hôpitaux Mahosot, Amitié et Sethattirat¹¹⁹. Bien que la structure par âge des hôpitaux soit similaire, nous avons étudié, par précaution, la fréquence des affections à partir de taux standardisés sur l'âge.

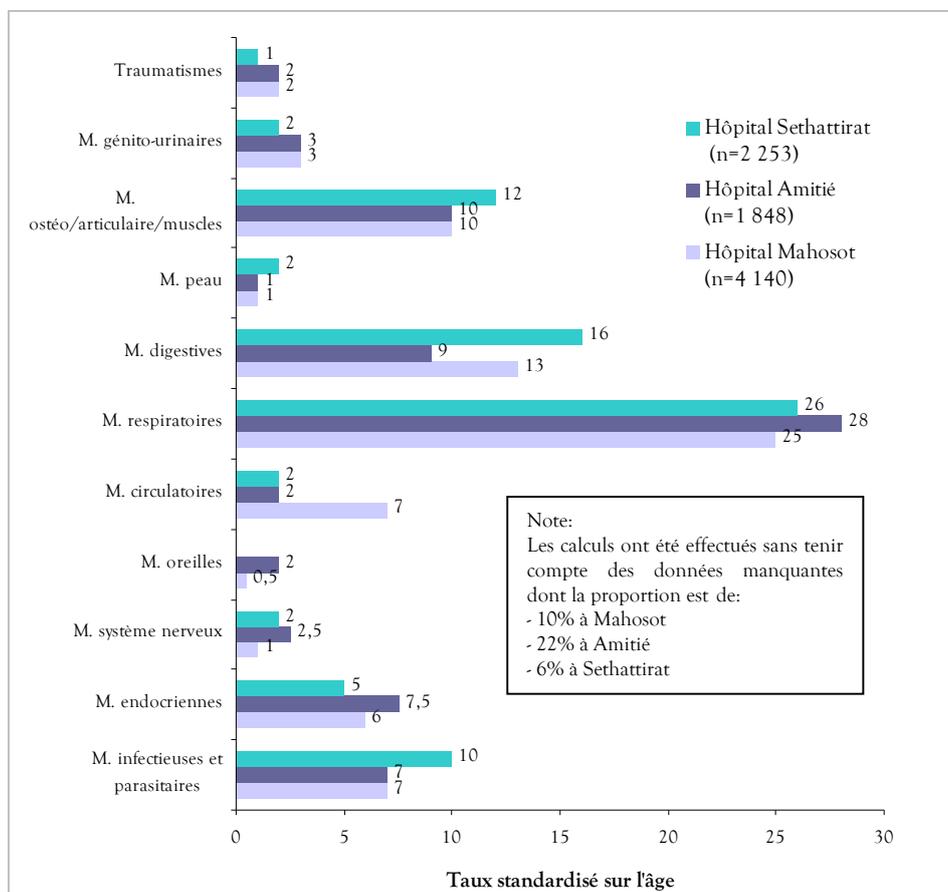
Comme en témoigne la figure 37, les hôpitaux centraux présentent un profil épidémiologique similaire, excepté pour les affections de l'appareil circulatoire. Or, la sur-représentation de ces affections à Mahosot serait simplement due à l'enregistrement systématique de la tension artérielle¹²⁰ ; l'hypertension apparaît donc sous-estimée à Sethattirat et l'Amitié.

¹¹⁹ A l'Hôpital Militaire, le personnel n'enregistre pas les diagnostics des patients du service de médecine générale, raison pour laquelle nous ne les avons pas étudiés.

Concernant les hôpitaux Mahosot, Amitié et Sethattirat, le service des urgences n'a pas pu être étudié car l'une des structures ne disposait pas de l'information.

¹²⁰ L'attraction supérieure qu'exerce Mahosot pour les affections circulatoires (taux de 7% contre 2% dans les deux autres hôpitaux) s'expliquerait par les pratiques d'enregistrement de la tension artérielle qui sont propres à cet établissement : les infirmières mesurent et consignent systématiquement la tension artérielle des chaque patient dans le carnet médical, qui est ensuite transmis au médecin lors de la consultation.

Figure 37 - Diagnostics standardisés sur l'âge pour chaque hôpital central



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

L'analyse du profil des consultants nous permet de tirer la conclusion suivante : les structures centrales (excepté l'Hôpital Militaire) exercent une attraction similaire sur les individus, au regard de leur âge et des pathologies qui les affectent.

- **Emprise spatiale : une variabilité inter-hôpitaux**

- Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins de médecine générale (cf. illustrations p.242 -244) :

La cartographie des zones de patientèle met en évidence une attraction très différente selon les hôpitaux centraux.

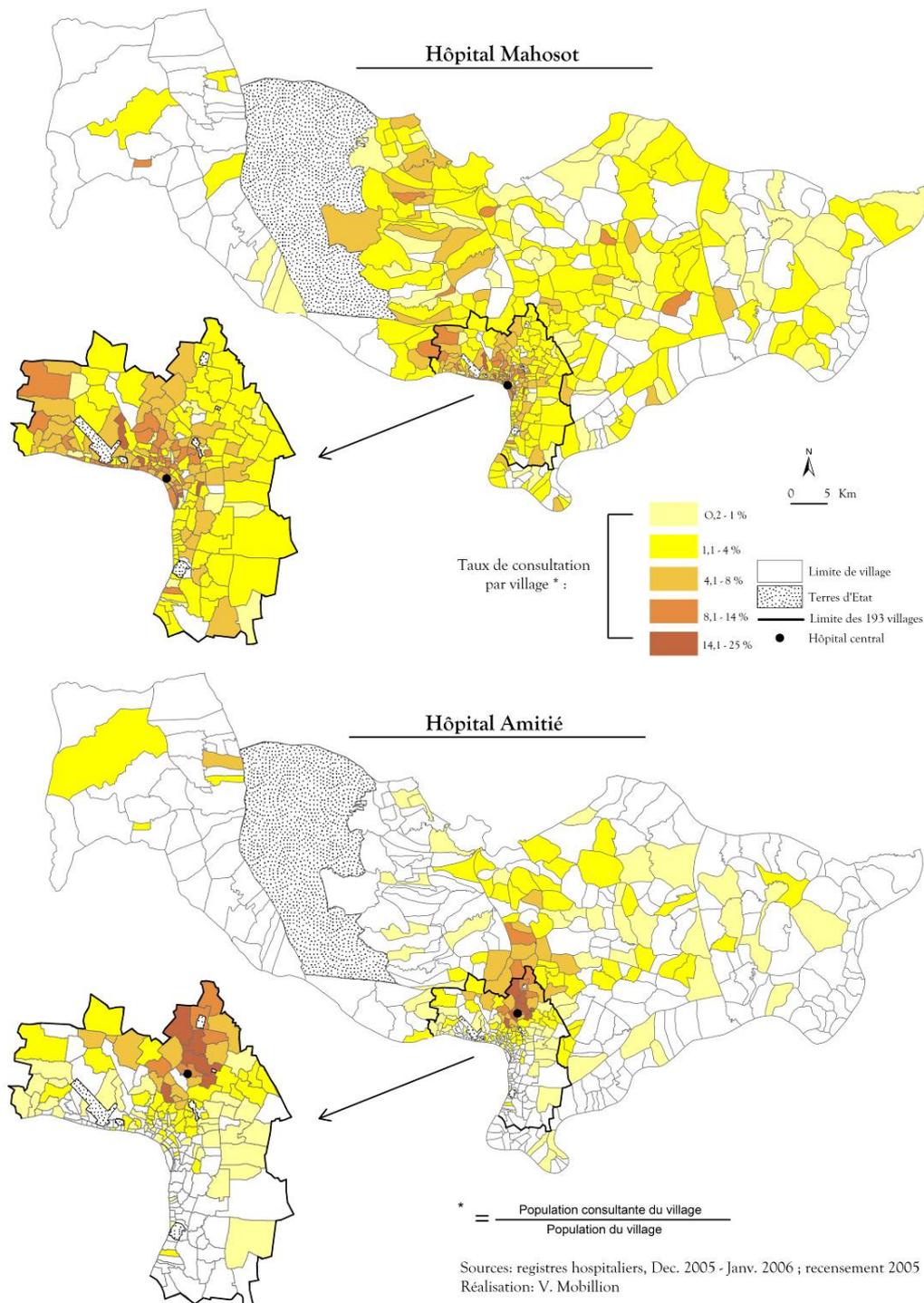
Le rayonnement de l'Hôpital Mahosot est le plus étendu et couvre l'ensemble de la province. Les taux d'attraction s'abaissent à mesure que la distance augmente mais restent néanmoins élevés dans les villages reculés. Ainsi, malgré sa position au cœur du centre-ville, l'établissement enregistre une proportion de consultants ruraux (31%) équivalente à celle des autres hôpitaux centraux situés en périphérie de Vientiane. L'ensemble de ces observations illustre la forte emprise spatiale de l'hôpital.

L'aire d'attraction de l'Hôpital Militaire est de taille comparable à celle de Mahosot, néanmoins elle s'organise de manière clairsemée, laissant çà et là des villages hors de son influence. Les taux d'attraction ne décroissent pas, comme on pourrait s'y attendre, en fonction de la distance, mais révèlent une structuration en îlots. L'emprise spatiale de l'Hôpital Militaire est donc originale, ce qui, comme nous le détaillerons par la suite, s'explique par son statut.

L'Hôpital de l'Amitié présente un rayonnement de taille modeste. Il étend son influence sur la plupart des villages situés au nord de la structure, de part et d'autre de la limite urbaine, avant de gagner de manière plus lâche la partie nord-est de la province. La force de son attraction suit cette même organisation, importante dans les villages contigus et faible dans les villages éloignés. L'Amitié recrute donc l'essentiel de sa patientèle dans son environnement proche : près de 50% de ses consultants habitent dans un rayon de moins de trois kilomètres, quand cette proportion varie de 13 à 38% dans les autres structures. L'emprise spatiale de l'Amitié reflète un fonctionnement de proximité.

Enfin, le rayonnement de l'Hôpital Sethattirat est relativement étendu : il recouvre la moitié est du territoire urbain et, de manière plus irrégulière, les villages ruraux situés au nord et au nord-est de la province. Son attraction s'exerce surtout dans ces villages éloignés : seulement 13% de sa patientèle réside à moins de trois kilomètres. On peut ainsi qualifier l'emprise spatiale de l'Hôpital Sethattirat de vaste mais modérée.

Carte 37 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations de médecine générale



Carte 38 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations de médecine générale

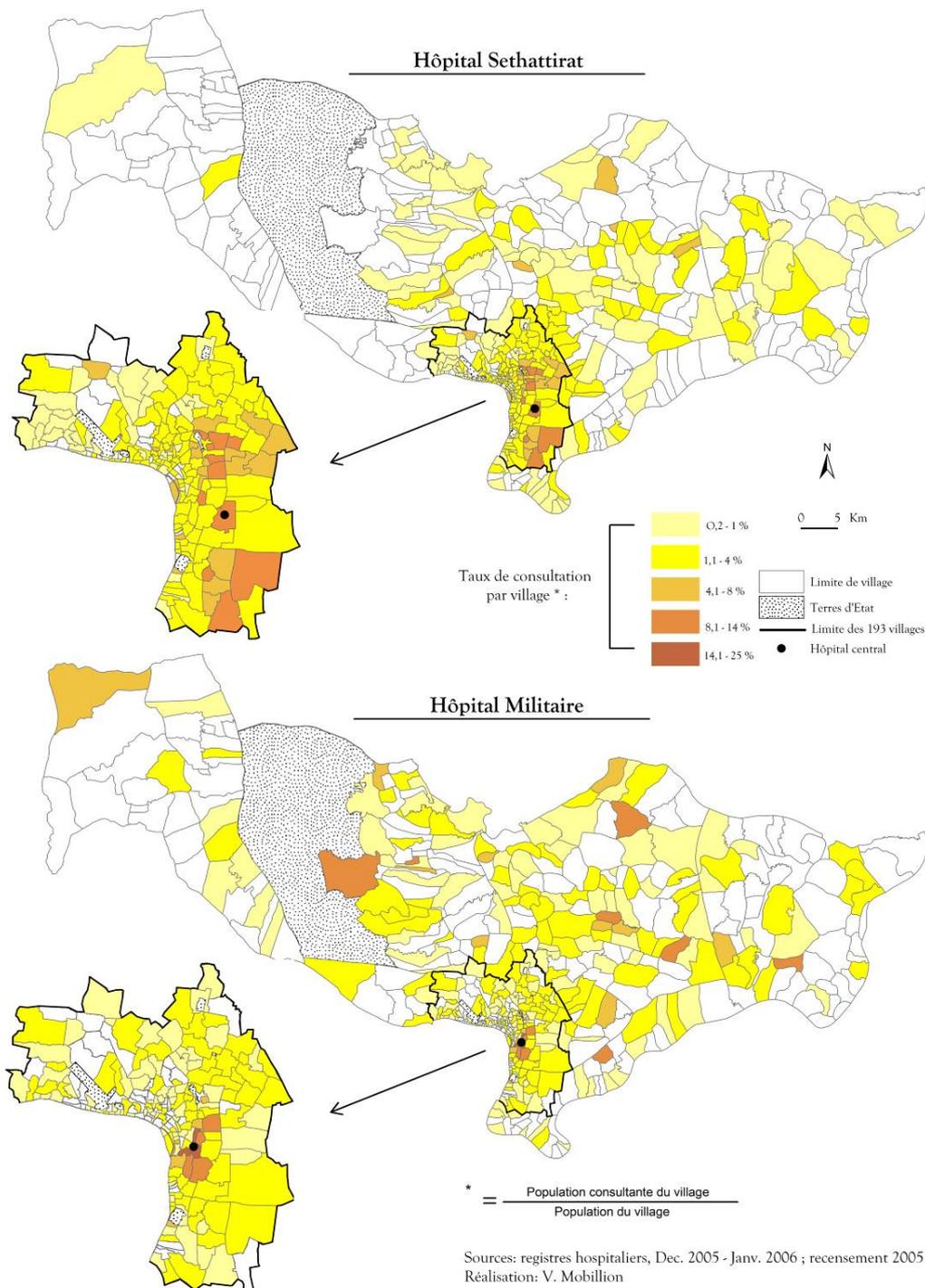
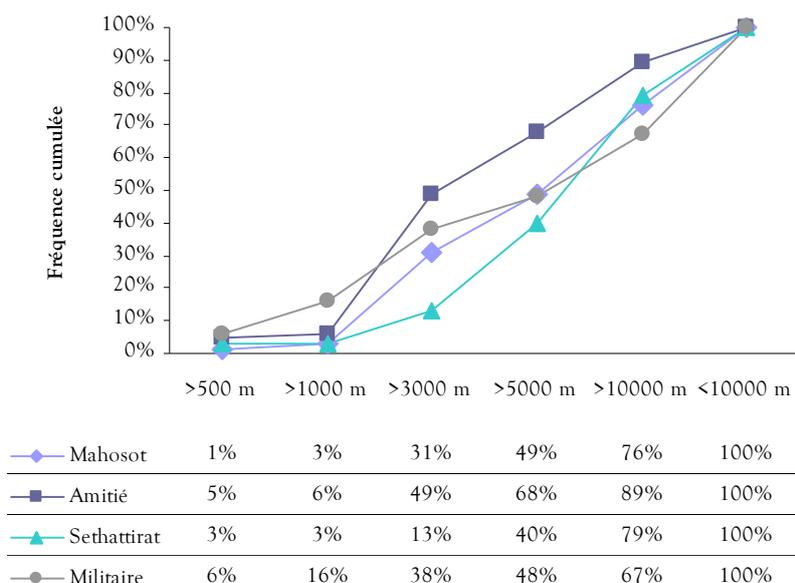


Figure 38 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 43- Provenance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central

		<u>Provenance :</u>		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	69%	23%	8%
	Amitié	71%	19%	10%
	Sethattirat	68%	17%	15%
	Militaire	66%*	34%*	0%*

*21% de données manquantes sur l'ensemble de l'échantillon
 Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

- Emprise spatiale des hôpitaux pour les soins pédiatriques, dentaires, obstétriques, gynécologiques, les accouchements et les urgences¹²¹ :

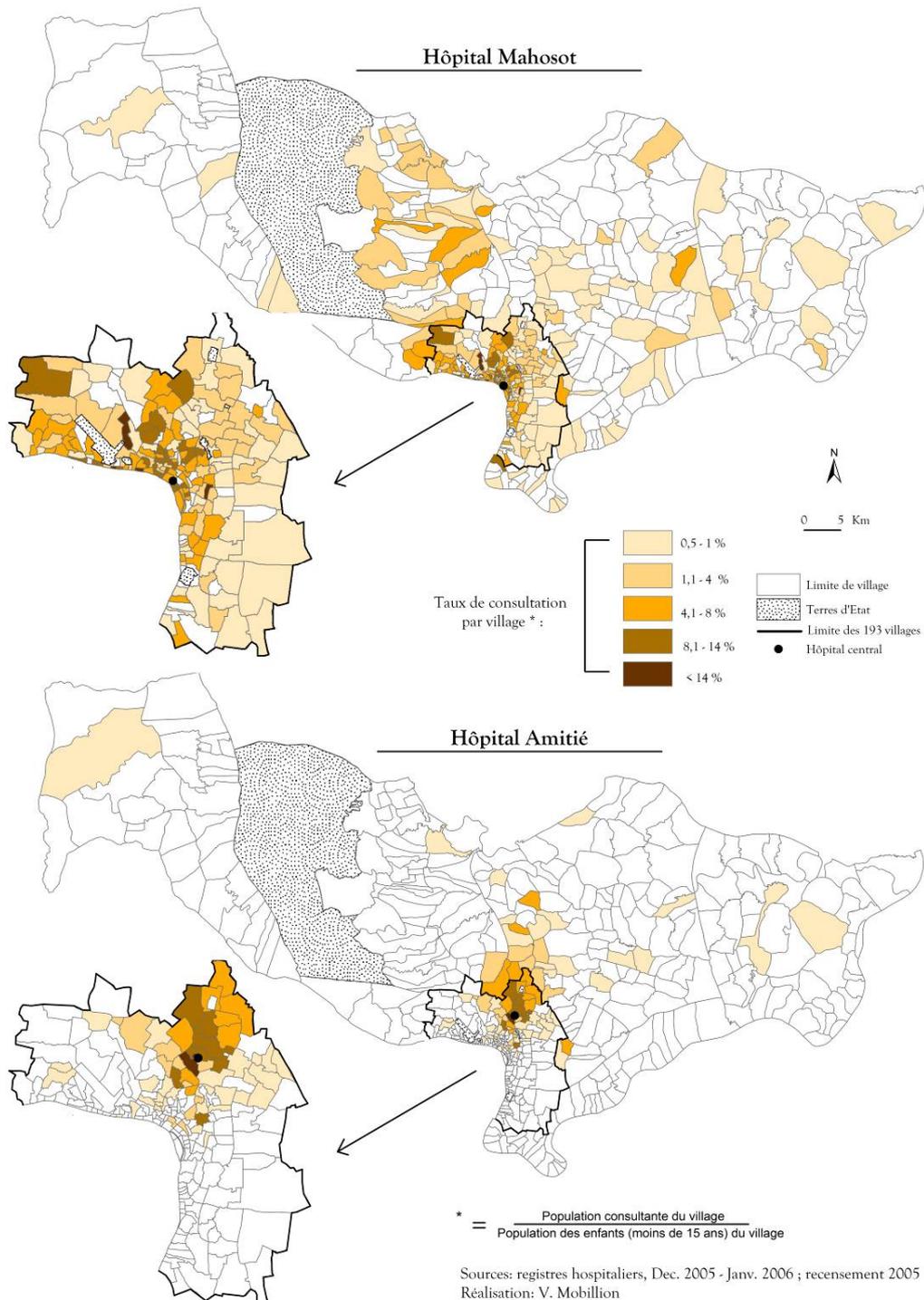
Pour ces différents services, les modalités d'attraction des hôpitaux centraux sont semblables à celles observées pour les soins de médecine générale. Pour cette raison, nous n'avons pas présenté le détail de ces résultats.

Du reste, on observe, pour chaque service, quelques particularités communes à toutes les structures. Dans le cas des soins pédiatriques (cf. illustrations p.246-248), le rayonnement des hôpitaux est globalement moins étendu que pour les soins de médecine générale ; ce phénomène, déjà observé pour les hôpitaux de district, résulte du caractère fréquent des besoins pédiatriques. A l'inverse, pour les soins gynécologiques (cf. illustrations p.250-252) et les urgences (cf. illustrations p.254-256), la zone d'influence est plus large, compte tenu de la rareté de ce type d'offre. Enfin, concernant les soins dentaires (cf. illustrations p.258-260) et les accouchements¹²² (cf. illustrations p.262-264), les hôpitaux présentent une attraction disséminée dans les villages de Vientiane. On peut expliquer cette situation par la petite taille de notre échantillon, celle-ci ne permettant pas de rendre compte avec précision de la structuration spatiale de ces recours.

¹²¹ Ne figure pas le service de soins prénataux car les données sont incomplètes, le service de l'Hôpital Mahosot n'enregistrant pas le village de provenance des patientes.

¹²² Pour interpréter les aires d'attraction observées dans le cas des accouchements, nous n'avons pas tenu compte de la distribution spatiale des taux de consultation parce qu'elle est liée à la distribution des taux de fécondité, plus élevés dans les villages ruraux qu'en ville.

Carte 39 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations pédiatriques



Carte 40 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations pédiatriques

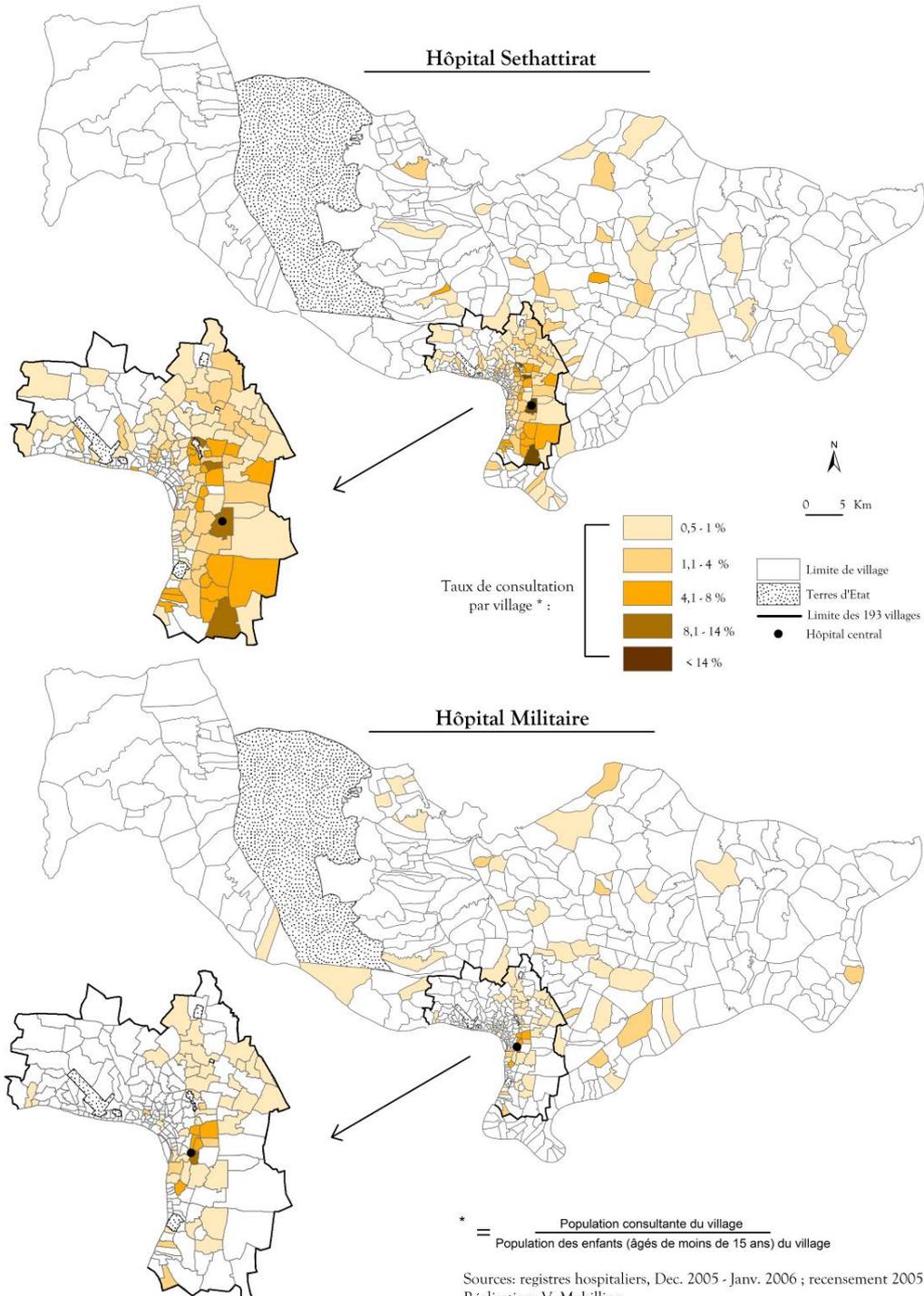
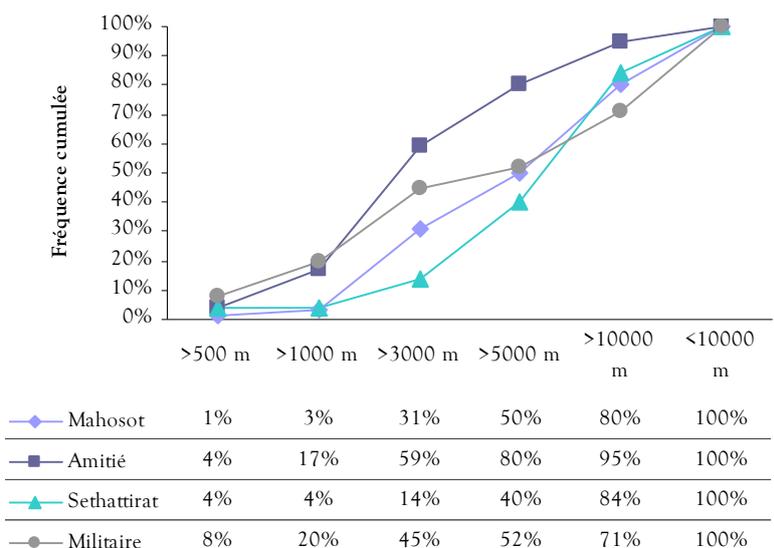


Figure 39 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital central



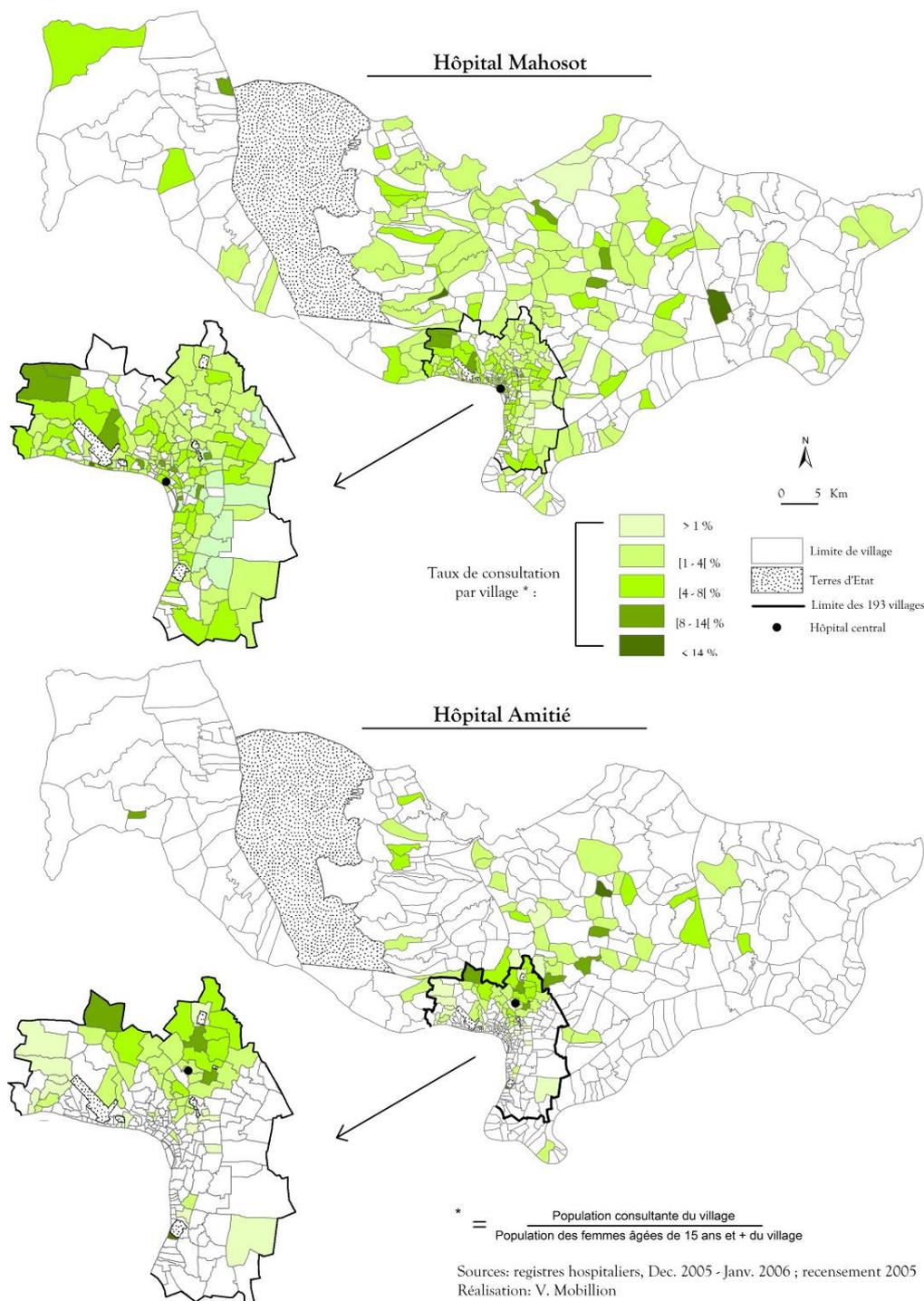
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 44 - Provenance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital central

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	75%	20%	5%
	Amitié	80%	18%	2%
	Sethattirat	78%	15%	7%
	Militaire	70%*	30%*	0%*

*14% de données manquantes sur l'ensemble de l'échantillon
 Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 41 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations gynécologiques



Carte 42 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations gynécologiques

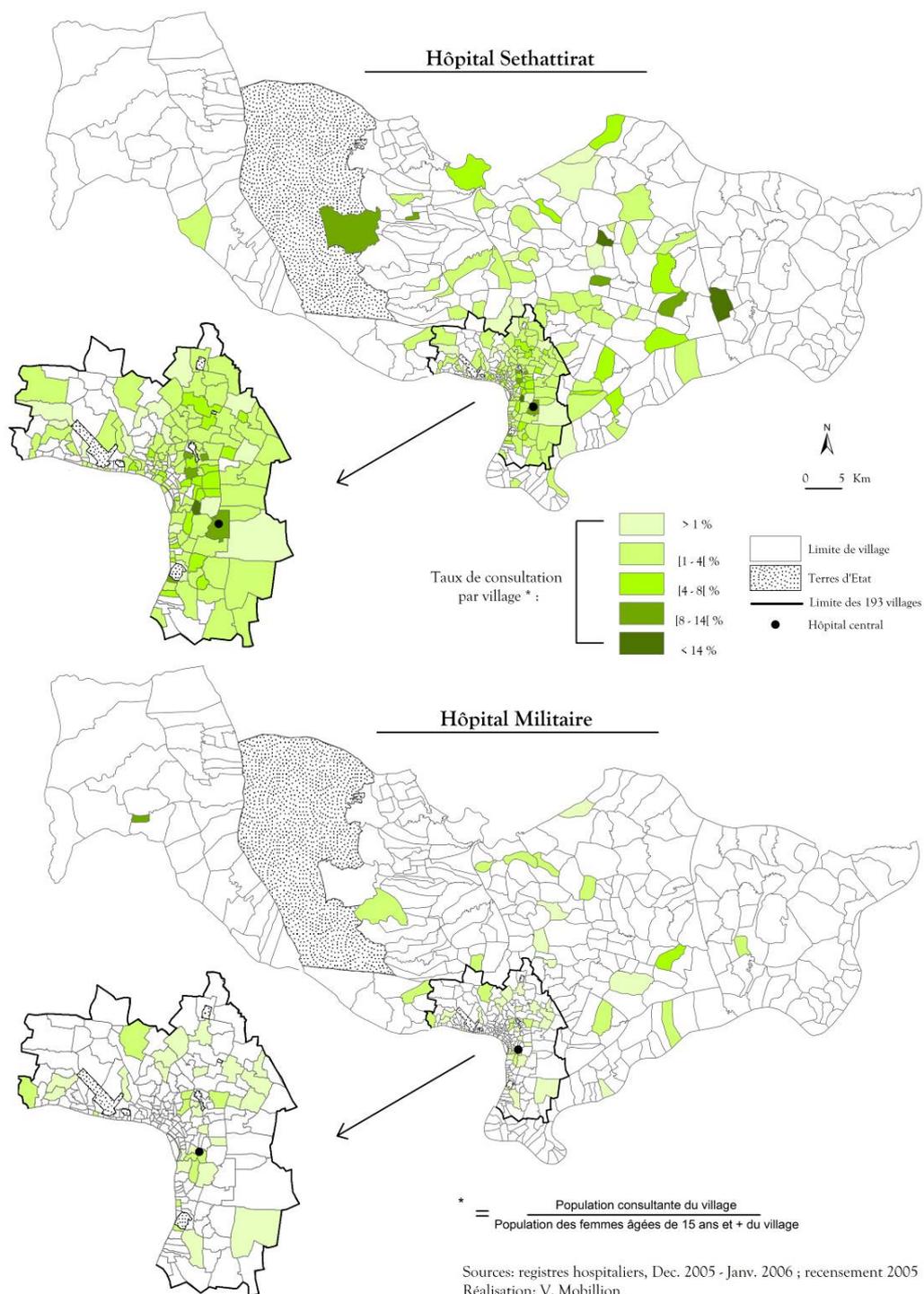
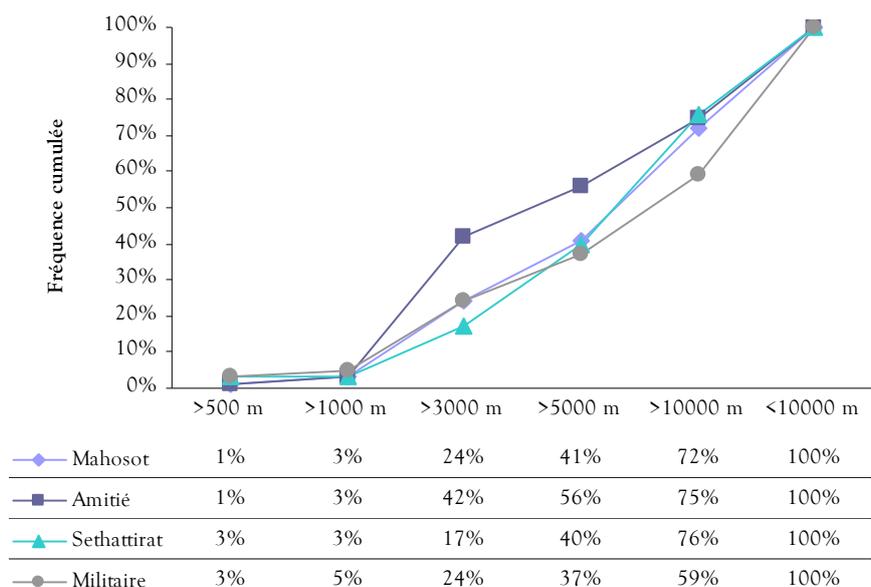


Figure 40 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service gynécologique de chaque hôpital central



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

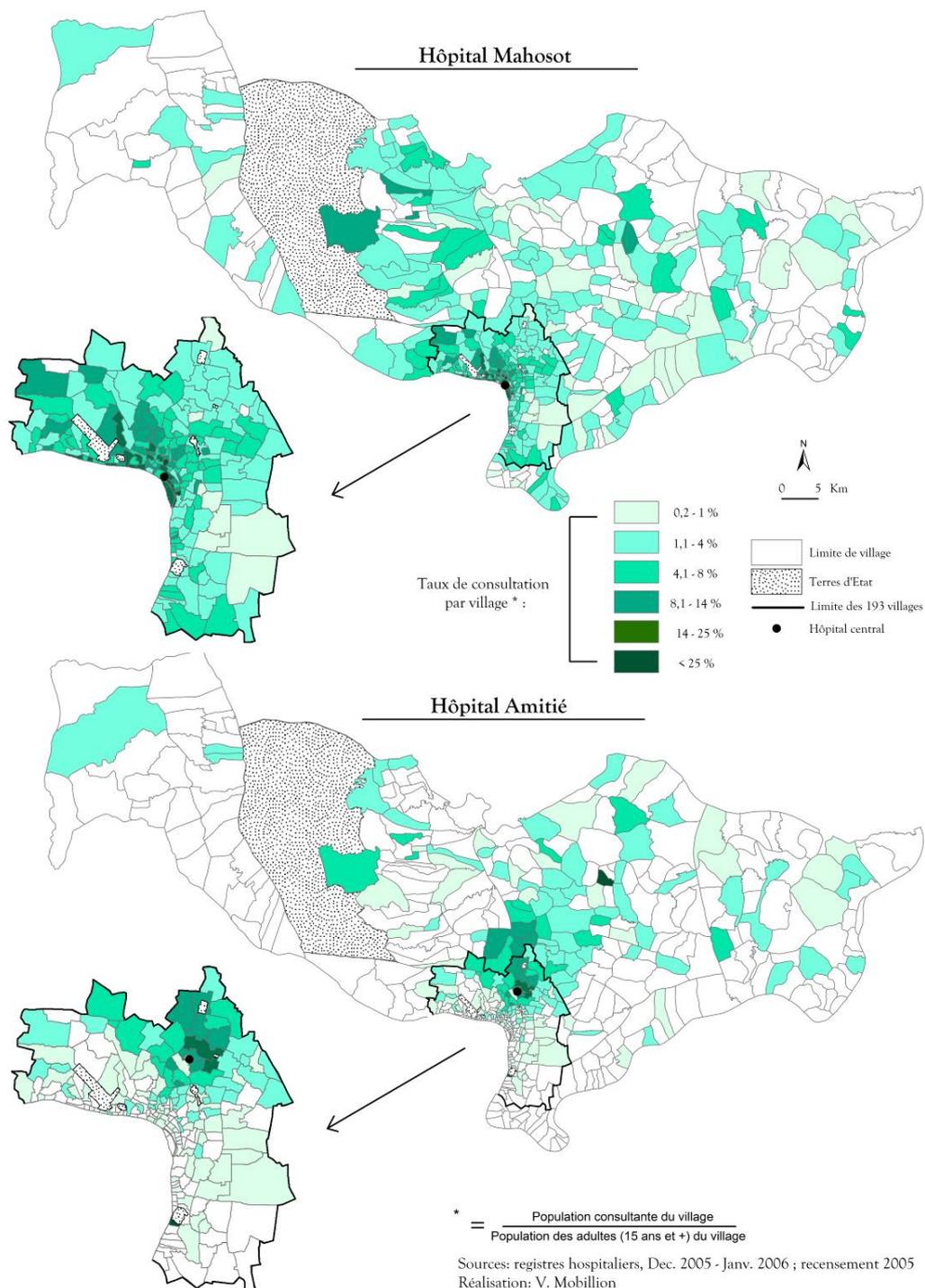
Tableau 45 - Provenance des consultants du service gynécologique de chaque hôpital central

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	69%*	23%*	8%*
	Amitié	58%	25%	17%
	Sethattirat	69%	14%	17%
	Militaire	51%	25%	24%

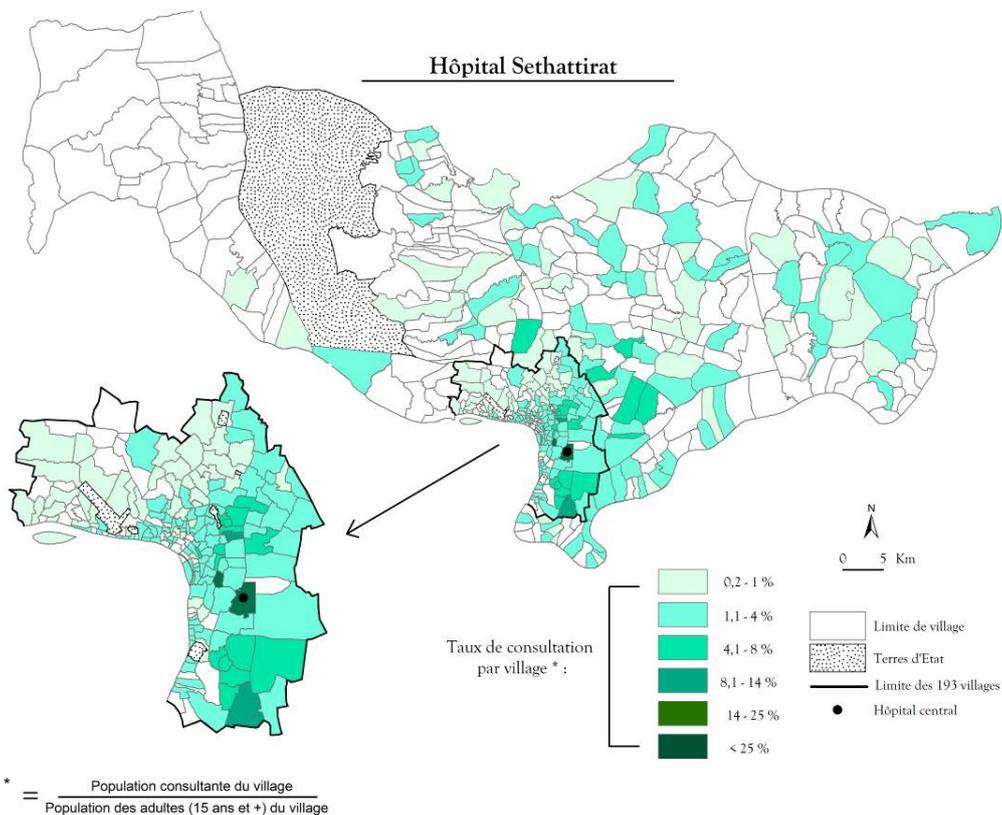
*16% de données manquantes sur l'ensemble de l'échantillon

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 43 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations aux urgences

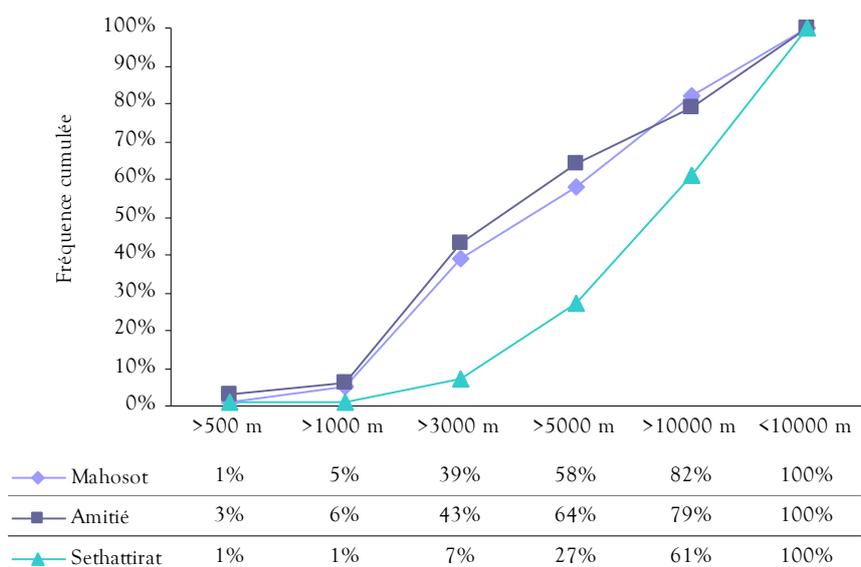


Carte 44 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat, consultations aux urgences



Sources: registres hospitaliers, Dec. 2005 - Janv. 2006 ; recensement 2005
Réalisation: V. Mobillion

Figure 41- Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service des urgences de chaque hôpital central



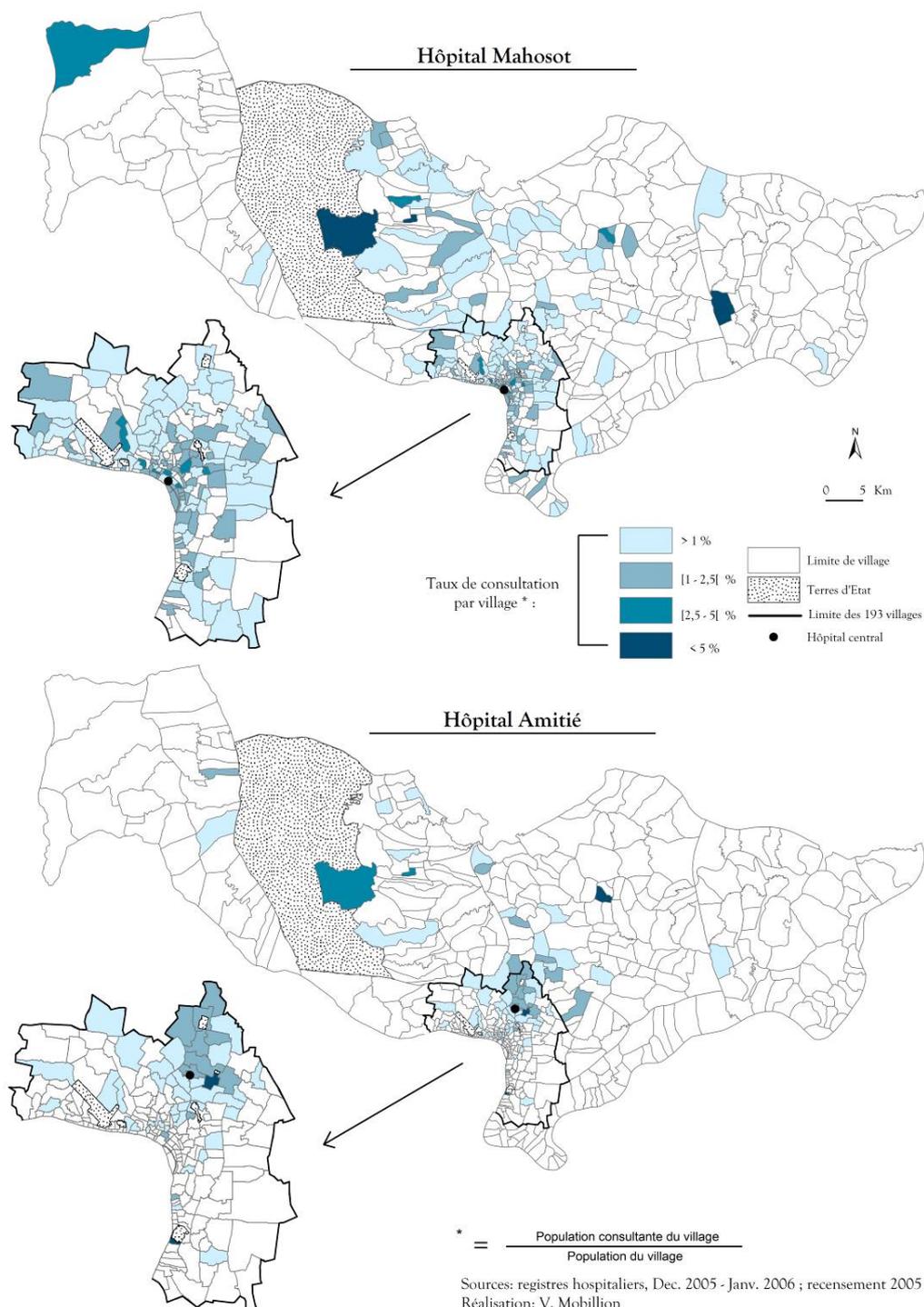
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 46 - Provenance des consultants du service des urgences de chaque hôpital central

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	72%	17%	11%
	Amitié	77%	12%	11%
	Sethattirat	73%	18%	9%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 45 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations dentaires



Carte 46 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations dentaires

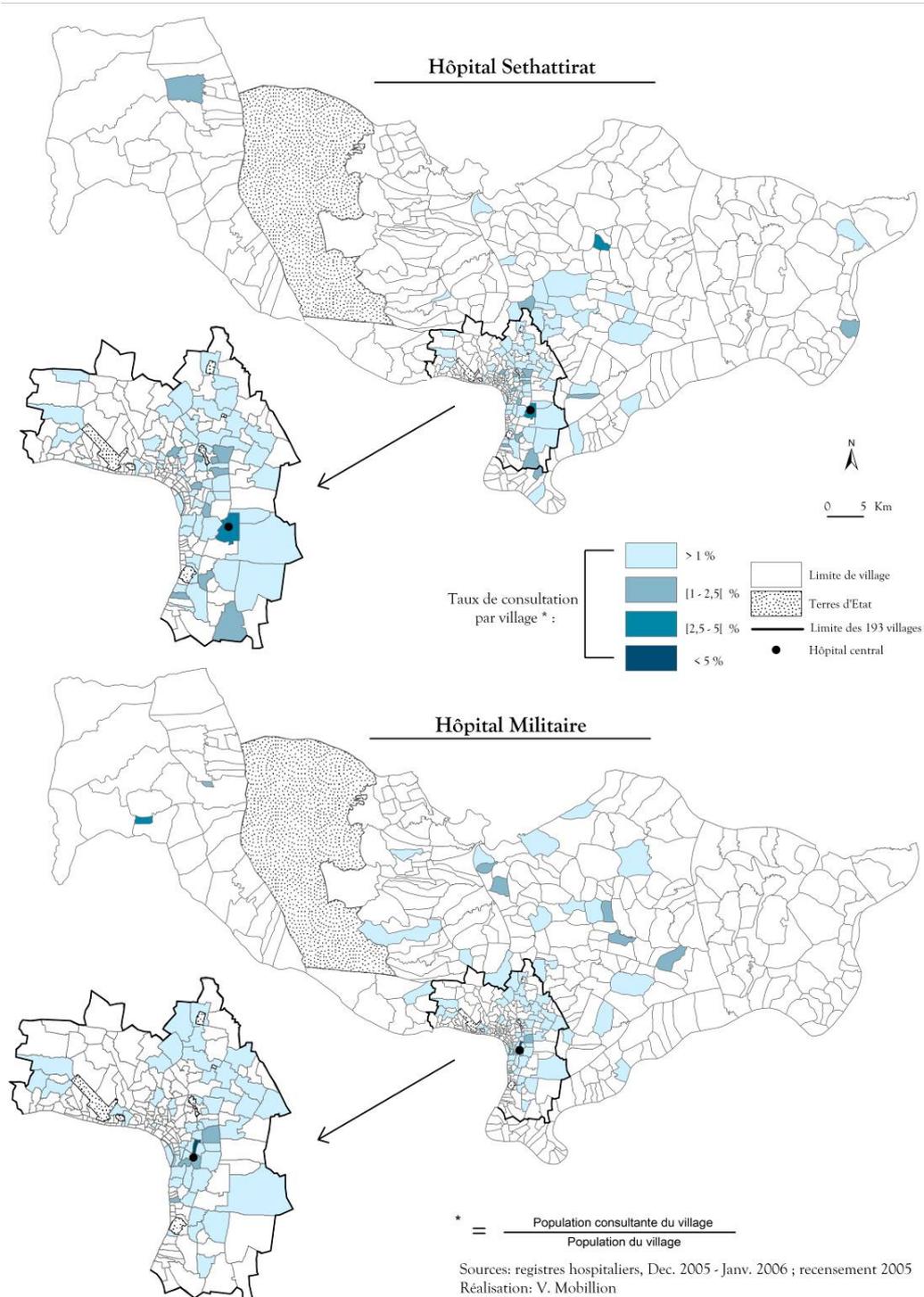
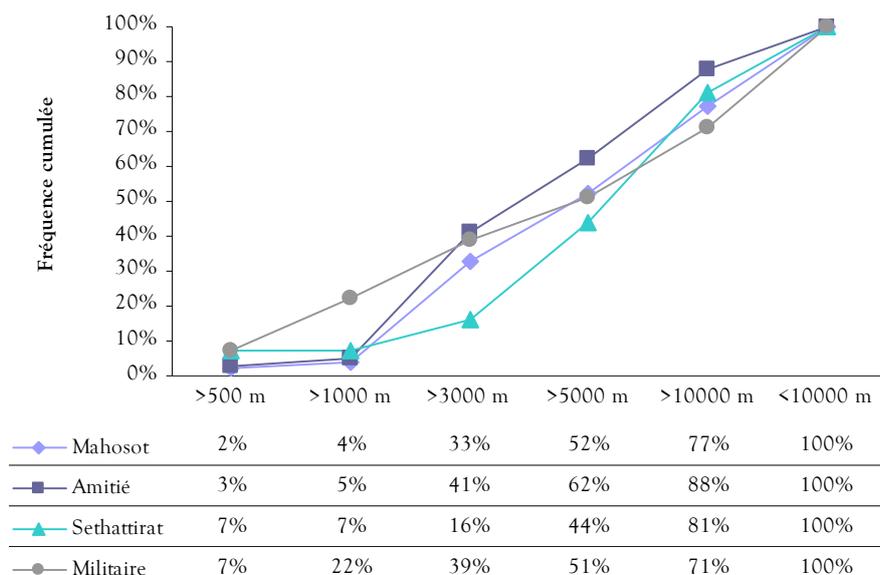


Figure 42 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service dentaire de chaque hôpital central



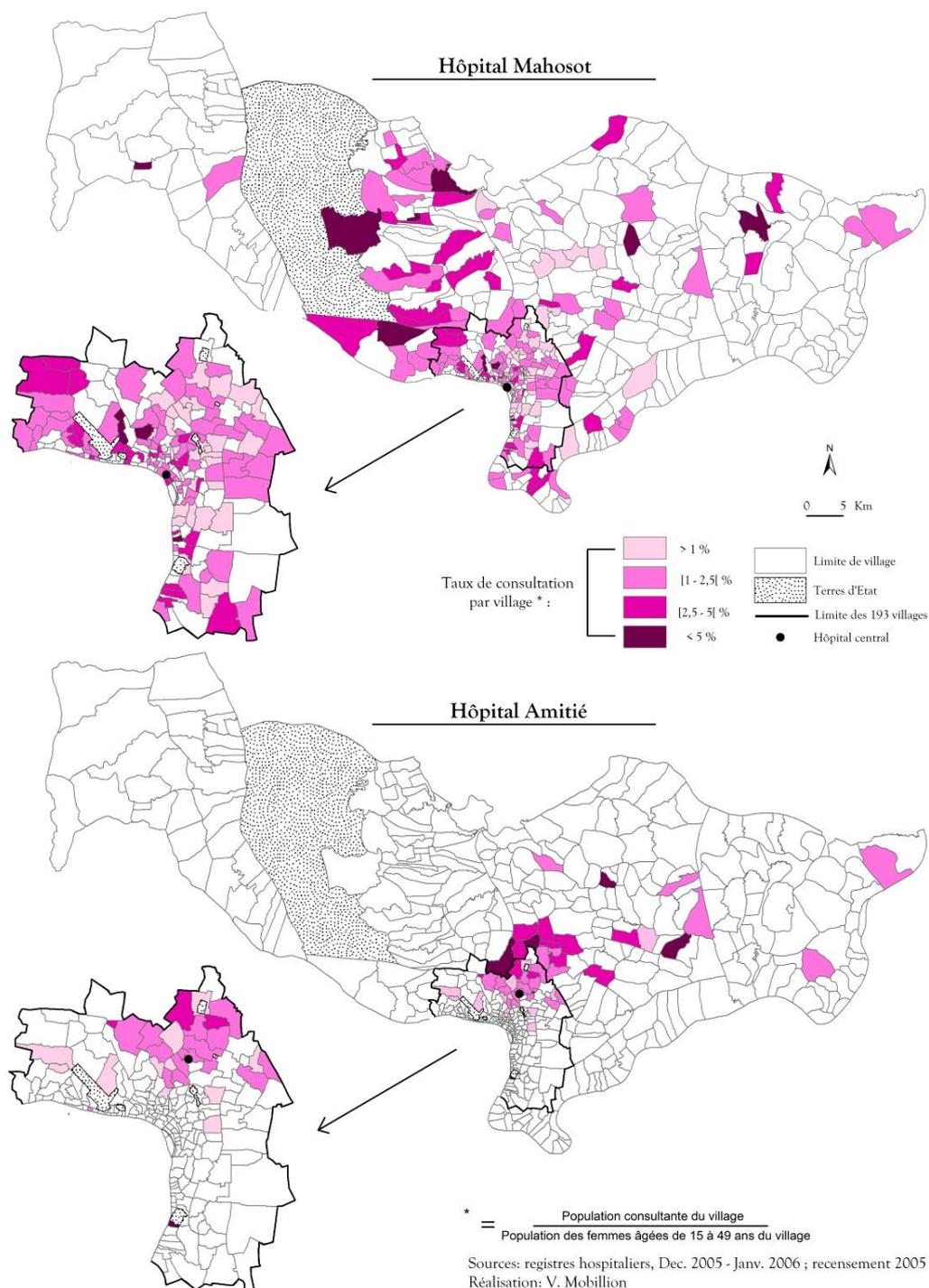
Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 47 - Provenance géographique des consultants du service dentaire de chaque hôpital central

		<u>Provenance :</u>		
		193 villages urbains de Ventiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	71%	19%	10%
	Amitié	71%	19%	10%
	Sethattirat	76%	16%	8%
	Militaire	50%	17%	33%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Carte 47 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, accouchements



Carte 48 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, accouchements

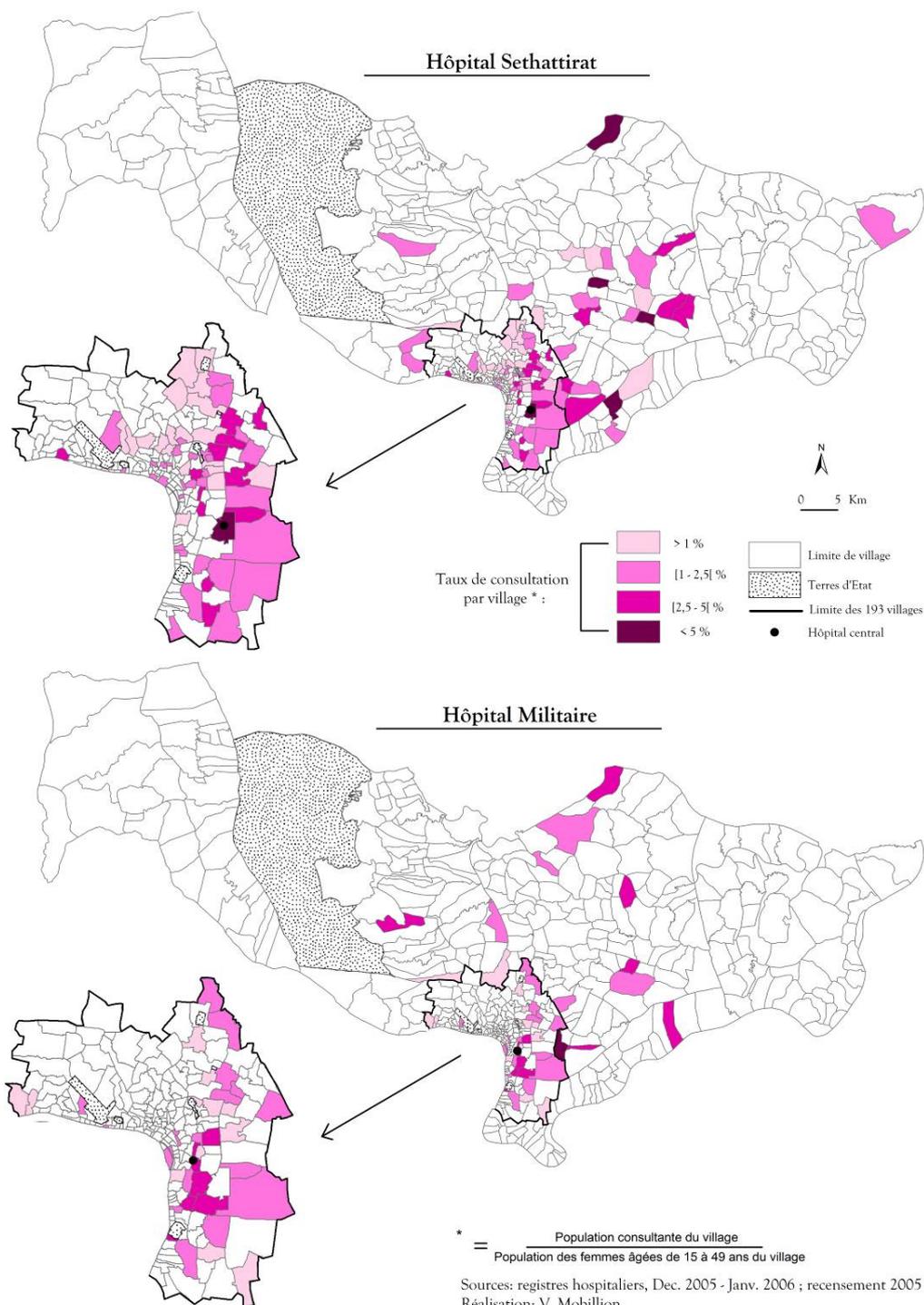
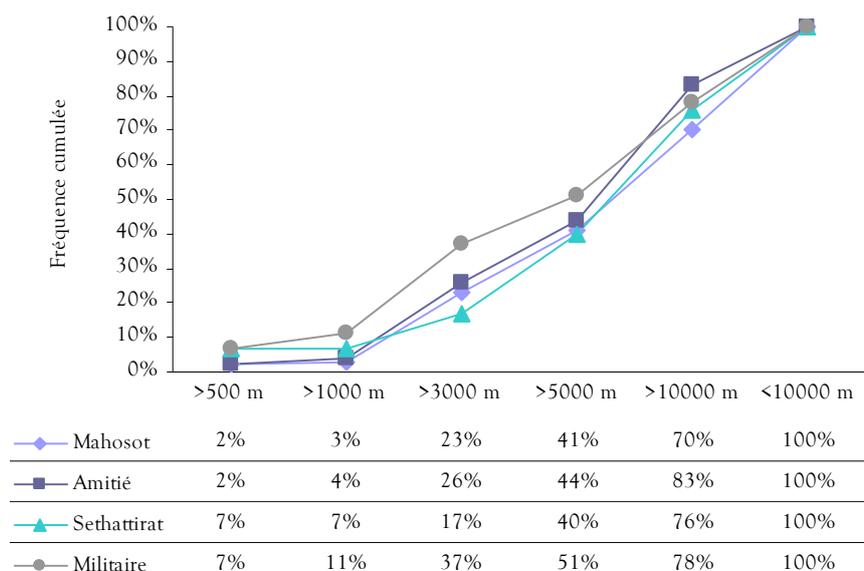


Figure 43 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des parturientes de chaque hôpital central



Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Tableau 48 - Provenance des parturientes de chaque hôpital central

		Provenance :		
		193 villages urbains de Vientiane	Villages ruraux de la province de la capitale	Du reste du Laos
Hôpital	Mahosot	66%	29%	5%
	Amitié	54%	44%	2%
	Sethattirat	75%	21%	4%
	Militaire	62%	21%	7%

Source : registres hospitaliers, Déc. 2005 - Jan. 2006

Si la ressemblance des profils démo-épidémiologiques des patientèles des différents hôpitaux¹²³ confère à ces structures un rôle identique, la dissemblance de leur emprise spatiale montre néanmoins des rayonnements distincts. Mahosot pénètre les espaces de la ville, de la province, et même plus largement du pays entier ; il se révèle, somme toute, être l'établissement hospitalier de référence pour le plus grand nombre. Sethattirat exerce une influence étendue mais n'atteint pas celle de Mahosot. Enfin, l'Amitié rayonne principalement dans ses périphéries.

* * *

Au terme de cette analyse, les territoires d'attraction des différents hôpitaux révèlent d'importants dysfonctionnements du système de soins au vu de la pyramide sanitaire établie. D'une part, les hôpitaux de district, bien qu'ils correspondent au premier niveau de référencement et donc au pivot du système de soins, montrent un champ d'action minimal. Leur activité, de productivité comparable à une simple clinique, assure en effet seulement un dixième de l'ensemble des consultations et leur zone d'influence reste largement dominée par les hôpitaux centraux. D'autre part, cette étude montre que les hôpitaux de même niveau, les hôpitaux de district ou bien les hôpitaux centraux, ont des champs d'action peu comparables alors qu'en théorie leurs fonctions sont semblables.

Quels sont les facteurs à l'origine des territoires observés ? Parmi les déterminants sociaux et spatiaux, quels sont ceux qui interviennent dans leur construction ?

La faible fonctionnalité des hôpitaux de district est-elle le résultat d'une impuissance de l'administration sanitaire ou bien la traduction d'un laisser-faire ? Les différences d'attraction entre hôpitaux de même rang procèdent-elles de l'établissement de priorités spécifiques ou plutôt des qualités locales propres à chaque structure ?

Le chapitre suivant propose des éléments des réponses à ces questions.

¹²³ A l'exception de l'hôpital Militaire, au statut particulier.

Chapitre 7. Les structures de soins publiques : entre perdition et autogestion

De manière à expliquer les territoires d'attraction observés, nous avons poursuivi une analyse en deux temps, en interrogeant successivement les facteurs sociaux puis spatiaux à l'œuvre. Ainsi, l'étude est d'abord centrée sur l'acteur central, celui qui orchestre l'organisation du système de soins public, l'Etat. Elle rendra compte des déterminants structurels qui affectent le fonctionnement des hôpitaux. Ensuite, l'appréhension de l'espace, qui correspond ici aux caractéristiques locales¹²⁴ propres à chaque structure, viendra compléter l'analyse.

I. L'Etat, un acteur absent et fragilisant

A/ Vers un désengagement des dirigeants

- **La diminution du financement public**

Avant de présenter la situation budgétaire du secteur de la santé, il convient de préciser que les données disponibles sont de qualité incertaine compte tenu des manipulations dont elles font vraisemblablement l'objet. Comme nous l'explique un responsable de la planification budgétaire du Ministère de la Santé : « *il y a deux vérités : il y a la vérité pour faire de la politique et la vérité qui est la réalité... Vous savez, au Laos, si vous voulez avoir des vraies données, il faut les collecter soi-même* ».

Cette mise en garde signifie-t-elle que le budget publié est sous-estimé (pour mobiliser le soutien international) ou surestimé (pour démontrer la respectabilité des autorités) ?

Lorsqu'on confronte le montant national des dépenses de santé transmis à l'O.M.S. à celui dont dispose notre interlocuteur (unique information que celui-ci ait consenti à nous révéler), les données budgétaires publiées apparaissent surestimées : la part des dépenses de santé communiquée en 2002 par l'organisme international de santé correspond en effet à 3,2% du P.I.B alors que l'agent chargé du budget l'estime à seulement 1,2%.

Il faut donc garder à l'esprit que les statistiques budgétaires présentées ci-dessous montrent une situation moins inquiétante qu'elle ne l'est en réalité.

Les dépenses de santé par habitant, estimées à 11 dollars en 2003, sont loin d'atteindre les normes internationales, dont le seuil est fixé à 30 dollars pour subvenir aux besoins

¹²⁴ Pris dans son sens étymologique, *local* provient du latin *localis* qui signifie « qui a rapport au lieu » et le lieu étant ici, la structure de soins, nous entendons, par « caractéristiques locales », les caractéristiques qui réfèrent à la structure elle-même (niveau d'équipement, renommée du personnel, état des infrastructures, etc.) ainsi qu'à son environnement (liaison au réseau routier, situation dans la ville, proximité d'offres de soins concurrentes, etc.).

essentiels [Derche, 2005, 35]. Aussi, elles sont parmi les plus basses de la région du Sud-Est asiatique. Sur la base des dollars internationaux, le total des dépenses par habitant du Laos (56\$) est en effet loin d'atteindre ceux du Vietnam (164\$), du Cambodge (188\$) et de la Thaïlande (260\$).

Tableau 49 - Dépenses de santé par habitant dans les pays du Sud-Est asiatique en 2003

	Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)	Total des dépenses de santé par habitant <u>en dollars internationaux</u>
RDP Lao	11	56
Cambodge	33	188
Myanmar	394	51
Thaïlande	76	260
Vietnam	26	164

Source : http://www.who.int/whosis/whostat2006_erratareduce.pdf

Or, en dépit de la situation budgétaire critique, l'Etat diminue progressivement sa participation aux dépenses de santé. Celle-ci, évaluée à 22% au début des années 90, correspond en 2000 à 9% des fonds injectés dans le système de santé (tableau 50). Par conséquent, les deux autres sources de financement, l'assistance internationale et les ménages, assurent la contrepartie en participant respectivement à hauteur de 35% et 56% du budget.

Tableau 50 - Sources de financement des dépenses nationales de santé de 1992 à 2000

Sources de financement	1992/1993	1994/1995	1997/1998	1999/2000
Gouvernement	22%	31,50%	11,50%	9%
Assistance internationale	23%	16,5%	30,5%	35%
Ménage	55%	52%	58%	56%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Jica, 2001

La participation gouvernementale est si faible qu'elle laisse peu de place aux investissements : les charges courantes (salaires des fonctionnaires et frais de fonctionnement des services de santé) correspondent en effet à 70% des dépenses publiques [Jica, 2002, 9-6]. Du reste, les salaires des agents de santé ne sont pas pour autant suffisants. Compris entre 15 et 50 dollars, ils obligent les fonctionnaires à recourir à des activités complémentaires. En outre, le gouvernement ne rémunère pas le personnel en attente de titularisation¹²⁵, ce qui contraint les structures d'accueil à

¹²⁵ Une fois diplômés, les médecins et les infirmières doivent rechercher un hôpital d'exercice. Les structures qui acceptent de les accueillir font alors une demande auprès des autorités en vue de le

rétribuer ces agents sur leurs propres fonds, quand leur trésorerie le permet. Un jeune médecin vacataire de Sikhottabong nous explique qu'il assure le maximum de gardes (payées chacune 2 dollars) car il ne perçoit aucun salaire, ni du gouvernement ni de l'administration de l'hôpital.

Le financement de la santé revient donc principalement aux deux autres agents, les ménages et les donateurs. L'un permet de réapprovisionner les pharmacies publiques à travers le paiement des médicaments. L'autre investit les différents champs de la santé publique tels que la construction des infrastructures, la formation médicale, le développement des plateaux techniques, la planification de programmes de santé, etc. Néanmoins, malgré l'ampleur des fonds étrangers, les retombées sur le système de soins ne sont pas à la hauteur des résultats escomptés. Cette situation s'explique par une combinaison de facteurs. Si les bailleurs sont nombreux (agences bilatérales, multilatérales, ainsi que plus d'une cinquantaine d'O.N.G), leurs actions sont finalement de faible portée, atomisées en différents projets et sur des sites variés en fonction de leurs sensibilités et de leurs stratégies. En outre, l'aide étrangère est peu coordonnée par les autorités locales, ce qui ne permet pas un développement structurel cohérent et intégré dans la politique nationale.

Ce contexte est propice à créer des situations absurdes, notamment en ce qui concerne l'attribution de matériel médical. Dans un hôpital de district, nous avons par exemple pu constater que le plateau technique comprenait une couveuse, alors que ce type de structure n'a pas pour fonction de prendre en charge les naissances prématurées. L'équipement reste donc inutilisé car le personnel soignant n'a ni la formation ni les connaissances requises. Aussi, la diversité de provenance des appareils médicaux pose de manière générale des problèmes d'entretien car les pièces de rechange, fabriquées dans des pays souvent lointains, sont difficilement accessibles. Ils fonctionnent ainsi le plus souvent jusqu'à leur première panne, après laquelle ils restent hors-service.

Enfin, l'aide internationale est d'autant plus inefficace qu'elle est perçue comme telle par les responsables locaux. Ces derniers, conscient de la « volatilité » des actions des bailleurs, s'impliquent peu dans les projets, ce qui aboutit à des résultats improductifs au lieu d'une amélioration progressive des services. Nous avons pu saisir ce phénomène en constatant notamment que les responsables des structures avaient une faible connaissance des projets en cours : l'un ne connaît pas le fonctionnement du système d'assurance qu'une O.N.G a appliqué dans son hôpital, l'autre ne peut nous expliquer la présence temporaire d'un médecin japonais, etc.

Au reste, la profusion de projets a des effets contre-productifs qui fragilisent le fonctionnement du système de soins. Du fait qu'elle nécessite la participation d'agents de santé locaux, elle conduit en effet à détourner ces derniers de leur fonction première. L'objectif d'intégrer un projet étranger devient pour les fonctionnaires un but en soi, l'opportunité de hausser leur salaire. Comme l'illustrent les témoignages suivants, la logique de projets prend ainsi le pas sur les principes de santé publique.

titulariser. Cependant, cette procédure nécessite, en général, deux à trois années avant que la titularisation ne prenne effet.

Nous avons recensé 80 agents non titulaires à l'Amitié, 100 à Mahosot, 85 à Sethattirat, 23 à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, 12 à Sissathanak, 3 à Chanthabouly, 3 à Sikhottabong et 6 à Xaysetha.

Discussion avec un jeune médecin non titulaire qui travaille depuis un mois au service de consultations externes de l'Hôpital de district de Sikhottabong :

« Êtes-vous satisfait de travailler dans cet hôpital ?

- *Non. Pas trop. Si dans trois mois je n'ai pas de salaire, j'essaierai de travailler avec les étrangers.*
- *Pourquoi n'avez-vous pas cherché à travailler dès le début avec les étrangers ?*
- *Je veux travailler pour le gouvernement pour participer au développement du pays, mais si ce n'est pas possible, je chercherai un travail auprès des étrangers. »*

Discussion avec une jeune infirmière affectée depuis quelques mois au service de vaccinations de l'Hôpital Sikhottabong :

« Est-ce vous qui avez décidé de travailler à l'Hôpital de Sikhottabong ?

- *Non. Je voulais travailler à Mahosot mais il y a trop de demandes. Alors j'ai proposé ma candidature ici, dans cet hôpital, et c'était possible... Moi je ne voulais pas être infirmière, je voulais être laborantine mais je n'ai pas pu car je n'avais pas d'assez bonnes notes pour cela.*
- *Peut-être aurez-vous la possibilité de continuer vos études par la suite ?*
- *Oui, c'est possible, mais pour cela il faut d'abord être titulaire. J'aimerais bien être titulaire. Comme ça, je pourrais aller en province et travailler pour un projet avec les étrangers... un projet de promotion de la santé. On gagne beaucoup plus d'argent quand on travaille avec les étrangers ».*

Discussion avec le responsable d'un des départements du Ministère de la Santé :

« Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?

- *Cela fait trois ans... non, deux ans. La personne qui travaillait ici avant moi, elle travaille maintenant pour la Banque Asiatique... et elle gagne 800 dollars ! Par contre, en ce moment, dans ce département, il n'y a malheureusement aucun projet en cours ! »*

On assiste donc à une inversion des rôles. Si, à l'origine, l'assistance étrangère offre ses services au développement du pays, elle produit l'effet contraire : les agents locaux, attirés par d'avantageuses conditions de travail, cherchent à se mettre à la disposition des organismes internationaux. Leur rôle revient ainsi plus à appliquer qu'à initier les différents programmes socio-économiques financés par l'aide étrangère. Une situation qui, à terme, risque de conduire à un développement par procuration.

En outre, la mise en disponibilité d'agents de santé au bénéfice de projets de développement contribue à désorganiser les services de santé. A l'Hôpital Sikhottabong, par exemple, le responsable des services de consultations externes et des urgences, qui, par ailleurs, est l'unique médecin titulaire de la structure, consacre deux journées par semaine à la coordination d'un programme de l'O.N.G. Care International. En son absence, aucun personnel qualifié n'est donc en mesure de recevoir les patients. De plus, dans cette même structure, sept autres agents travaillent par intermittence au service d'une organisation internationale (Family Health International, Care International, Handicap International, etc.).

Ces organismes mobilisent de la même manière les agents des principales administrations sanitaires (ministère, bureaux provinciaux, etc.), pourtant en charge d'élaborer et de planifier la santé publique. Considérons le cas du vice-directeur du Département des ressources humaines du Ministère de la Santé : en poste depuis 1990, il a mis en suspens ses fonctions durant quatre années, de 1999 à 2003, le temps d'assister, dans une province septentrionale du Laos, le développement d'un projet de la Banque Mondiale.

Ainsi, quand bien même les projets réalisés par l'aide internationale auraient des impacts sanitaires bénéfiques, la mise à disposition de nombreux fonctionnaires contribue indirectement à la précarisation du système de santé.

- **Quand la santé publique n'est plus un enjeu politique**

Comme nous venons de le voir, la santé souffre d'un sous-financement de l'Etat, que ni les ménages ni les donateurs ne sont d'ailleurs en mesure d'enrayer. Or, à la lumière des politiques successives appliquées depuis 1975, l'insuffisance budgétaire résulterait davantage du désengagement des dirigeants que de la faillite des ressources publiques. Le passage du communisme au néolibéralisme eut en effet des impacts considérables sur le niveau de participation du gouvernement aux dépenses publiques, dans le secteur de la santé comme ailleurs.

Lors des premières années qui suivirent la prise de pouvoir par les communistes, en 1975, la santé constitua l'un des principaux fers de lance et enjeux du développement économique ; elle devint ainsi la chasse-gardée de l'Etat. Aidé par les autres pays socialistes, le gouvernement finança non seulement le développement d'un réseau de services de santé mais encore la gratuité des soins.

Néanmoins, dès la fin des années 1970, lorsque débuta la période de récession économique, les usagers participèrent progressivement au financement des structures de soins, notamment au travers du paiement des médicaments [Holland, 1995, 40]. Avec la privatisation de l'économie en 1986, cette pratique s'intensifia et en 1995 l'application du décret 52 officialisa la mise en place d'un système de recouvrement des coûts. Défendue à l'origine par l'O.M.S. pour enrayer l'appauvrissement des services de santé, la politique du recouvrement des coûts constitue au Laos la première étape d'autonomisation financière du système de soins public. Autrefois garant de la gratuité des soins, l'Etat renonçait, avec l'application du décret 52, à l'un de ses principaux engagements. Suite à cette mesure, les structures devaient être capables de générer leurs propres fonds afin de prendre en charge les divers coûts de fonctionnement (frais courants, travaux de rénovation, salaires des agents non titulaires, réapprovisionnement du stock de médicaments, etc.). Néanmoins, elles reversaient 20% de leurs recettes à l'Etat dans le but de répartir équitablement les ressources. Or, depuis 2005, un nouveau décret (n°381), destiné à légiférer sur la gestion financière de l'ensemble des services publics, a abrogé ce système de redistribution, ce qui marque ainsi une nouvelle étape dans le processus de dés-étatisation du système de soins. Désormais, l'intégralité des ressources générées par le recouvrement des coûts revient aux responsables des services de santé ; ces derniers deviennent par conséquent gestionnaires des établissements sanitaires.

Ainsi la participation (financière et gestionnaire) du gouvernement s'est progressivement restreinte depuis l'ouverture à une économie de marché, si bien qu'à présent elle consiste principalement à financer le salaire des fonctionnaires.

On assiste, en outre, à un double mouvement de privatisation du système de santé : au processus d'autogestion des structures de soins publiques s'ajoute l'encouragement, par les autorités, du développement de l'offre de soins privée. Les politiques sont en effet soucieuses d'offrir à la frange montante et influente des populations enrichies par la libéralisation économique des services de soins de meilleure qualité que ceux proposés par le secteur public. Cette position est d'ailleurs ouvertement assumée par les responsables de santé locaux :

- « On soutient beaucoup plus le [secteur] privé qu'auparavant... Car une partie de la population a de l'argent et à ce jour il n'y a pas d'infrastructures où elle peut consommer. Le [secteur] public, c'est plus pour ceux qui n'ont pas d'argent », explique le vice-directeur du Bureau provincial de santé de la Capitale de Vientiane.
- « Dans le domaine de la santé, nous souhaitons développer le secteur privé pour qu'ils [les gens] ne partent pas en Thaïlande », dit le vice-ministre du Plan et de l'Investissement.

Document 6 - Publicité d'une société privée de protection sanitaire



Source : <http://www.laohmo.com/>

LaoHMO (Lao Health Maintenance Offices) est une société américaine qui propose un service privé de protection sanitaire. Ouverte en octobre 2007 à Vientiane et première du genre au Laos, elle est révélatrice du processus actuel de privatisation de la santé. Soutenue par les autorités, cette compagnie organise la prise en charge sanitaire de ses membres à partir d'un réseau de cliniques privées. En échange d'une cotisation annuelle d'environ 400 dollars, les clients ont accès aux soins dispensés par l'une des cliniques accréditées par LaoHMO - au nombre de quatre en 2008, toutes localisées à Vientiane. Les services couverts comprennent la plupart des soins ambulatoires, les médicaments prescrits et les examens médicaux.

Dans ce contexte d'abandon du système de soins public, l'Etat réserve néanmoins une exception aux fonctionnaires, pour qui il met en place, dès 1993, un système de couverture sociale pour compenser l'application de la politique du recouvrement des coûts. Ce système, qui s'est d'abord soldé par un échec - en raison d'un financement insuffisant, de l'avance des frais médicaux, du retard des remboursements, etc. -, fait depuis mai 2006 l'objet d'une nouvelle application. Les fonctionnaires, à condition qu'ils utilisent les hôpitaux de district en premier recours, n'ont plus comme par le passé à faire l'avance des frais médicaux. Suite à ces nouvelles dispositions, nous avons en outre pu constater au cours de l'année 2008 de nouveaux aménagements dans les hôpitaux de district alors de pareils changements n'avaient pu être observés depuis 2002, date à laquelle nous pris connaissance de ces structures. A Chanthabouly, d'anciens locaux inoccupés ont été réhabilités pour accueillir les services de vaccination et les

accouchements ; à Xaysetha, les services de consultations externes et des urgences ont été réaménagés et celui des vaccinations repeint et à Sikhottabong, une salle de consultation externe a été aménagée à l'intention des fonctionnaires pour qu'ils « *n'aient pas à attendre et puissent ensuite aller travailler* », nous explique la directrice de l'hôpital. Ces différents aménagements illustrent la distinction faite par l'Etat entre les fonctionnaires, exécutants du gouvernement, et le reste de la population. Les donateurs comblent le vide laissé par l'Etat, notamment en initiant et développant plusieurs systèmes de protection sanitaire destinés aux salariés, aux travailleurs du secteur informel et aux plus nécessiteux¹²⁶.

B/ Les pesanteurs bureaucratiques

Leur sous-financement mis à part, les structures de soins présentent par ailleurs, tout comme les autres administrations laotiennes, un mode de gestion centralisé à l'origine d'importants problèmes d'organisation interne. Nous en présentons ci-dessous les principales particularités et dysfonctionnements.

▪ Infiltration du politique à la tête des structures de soins :

Les politiques prennent part à la nomination des responsables de toutes les structures de soins (dispensaire, hôpital de district, hôpital central). L'affectation de ces postes est en effet le fruit d'une concertation entre les autorités sanitaires et les responsables politiques - parmi lesquels il faut compter ceux qui proviennent des comités du Parti et des gouvernements locaux. Par exemple, la nomination du directeur d'un hôpital de district suit le processus suivant : le directeur du bureau de santé provincial désigne dans un premier temps un candidat, après consultation des comités du Parti (de la province et du district) et des pouvoirs locaux (gouverneur de province et chef de district), qui, dans un second temps, est soumis à l'approbation du Ministère de la Santé [Jica, 2002, 10-13]. Il existe donc plusieurs entrées du politique dans les mécanismes de nomination : elles sont soit directes - à travers la concertation des comités du Parti et des gouvernements locaux -, soit indirectes - les responsables des instances sanitaires impliquées (directeur du bureau de santé provincial, ministre de la Santé, etc.) ayant, eux aussi, été choisis par les dirigeants. Par conséquent, la nomination des responsables des structures de soins se fait principalement par cooptation politique ; cela sous-tend que les compétences des postulants comptent moins que leur affiliation au Parti. Dès lors, le personnel nommé à la tête de l'administration des hôpitaux ou des dispensaires est souvent peu qualifié et faiblement impliqué dans ses fonctions. Les conséquences de tels parachutages ont d'ailleurs pu être observées lors d'entretiens avec les responsables d'hôpitaux qui, pour

¹²⁶ La Coopération Technique Belge et l'Organisation Internationale du Travail ont mis en place en 2001 un système de sécurité sociale obligatoire pour les salariés ; depuis 2003, l'O.M.S, Lux-Development et L'Agence Française de Développement expérimentent une assurance maladie communautaire (Community Based Health Insurance) destinée aux travailleurs du secteur informel et le fond de solidarité pour les pauvres (Health Equity Fund), encore à l'état de projet, est soutenu par la Croix-Rouge lao, Lux-Development, la Coopération Technique Belge, WB et la Banque Asiatique de Développement. Actuellement, seulement 10% de la population bénéficie d'une de ces protections [Strigler, 2005, 129].

certain, se sont révélés longs et infructueux. En effet, face aux questions posées, ces interlocuteurs peinaient à nous expliquer le fonctionnement de leur structure et nous servaient en échange une rhétorique vide de sens. L'atmosphère de leurs bureaux, entre désordre et abandon, où trônait l'effigie de révolutionnaires (portrait de Kaysone Phomvihane, buste sculpté de Lénine, etc.) témoignait encore de l'inertie de ces responsables.

▪ L'implication politique, principal ascenseur professionnel :

L'avancement des agents de santé repose lui aussi sur des critères politiques. Il dépend en effet du responsable des structures qui chaque année récompense d'une médaille et d'un certificat de félicitations les agents qu'il juge méritants, c'est-à-dire dévoués et soumis à la discipline du Parti [Hours, 1997, 73 ; Stuart-Fox, 1982, 112] ; les capacités professionnelles des soignants passent ainsi au second plan. Les responsables transmettent la liste des agents décorés aux autorités sanitaires supérieures qui attribuent en conséquence les promotions et augmentations de salaires. L'ascenseur professionnel, dont le fondement est finalement politique – il privilégie l'ascension d'hommes d'appareil à celle de personnes qualifiées –, remet en cause la qualité du service offert à la population.

▪ Une administration centralisée sclérosante

Le centralisme, système sur lequel repose depuis 1975 l'organisation administrative des services publics, est peu favorable aux échanges synergiques entre soignants, pourtant propices à un travail efficace. En outre, les initiatives individuelles sont rares et l'organisation interne peu souvent remise en question. L'immobilisme ambiant qui en résulte est perceptible en de nombreuses occasions ; nous l'illustrons ici par le déroulement d'une campagne de vaccination. Nous avons accompagné deux infirmières d'un hôpital de district chargées de vacciner les enfants habitant dans des villages éloignés, en périphérie de Vientiane. Après avoir parcouru une dizaine de kilomètres, nous nous sommes installées dans la cour d'une pagode où les villageois étaient censés venir – ces derniers avaient été informés quelques jours auparavant de la date et du lieu de la séance de vaccination par le chef du village. Or, nous sommes restées deux heures à attendre leur venue sans qu'aucun ne se présente. Les infirmières, coutumières du fait - « *il n'y a jamais personne qui vient* », nous disent-elles –, s'occupent donc en discutant avant de replier bagage quand approche l'heure du déjeuner. Rendues à l'hôpital, elles rangent les vaccins au réfrigérateur. L'épisode de la matinée est clos, elles rejoignent leurs collègues pour partager le repas ; le lendemain matin, elles partiront de nouveau dans des villages poursuivre la campagne de vaccination.

Comme le montre cet exemple, la centralisation des décisions contribue à déresponsabiliser les agents de santé. Ces derniers exécutent leur mission sans se préoccuper ni du résultat ni de l'amélioration des procédures, ces charges revenant à leurs supérieurs hiérarchiques. Or, les responsables des services de santé sont peu disponibles car fréquemment occupés aux tâches administratives ou conviés à des réunions, des conférences et des séminaires politiques. Dans ces circonstances, les démarches entreprises pour optimiser la qualité des services sont rares.

▪ La persistance de la rhétorique marxisante :

Les tâches assignées aux agents de santé renvoient encore pour beaucoup à l'idéologie marxiste telle qu'elle fut propagée par le gouvernement laotien après 1975. En effet, malgré l'abandon depuis deux décennies de la politique socialiste, les dirigeants maintiennent un discours révolutionnaire, lequel touche, au premier chef, les fonctionnaires dont les agents de santé font partie. Si le communisme n'est plus qu'un simulacre, certains de ses modes opératoires restent ainsi d'actualité : les agents de santé s'évertuent comme par le passé à exécuter, consigner, noter et chiffrer leurs activités pour faire la démonstration de leur participation à l'effort de développement national – le régime mesurait ainsi l'investissement des populations à la quantité des *phon ngane* (« effet-travail ») effectués [Stuart-Fox, 1982, 112]. De la sorte, encore aujourd'hui, le nombre d'accomplissements compte plus que leur qualité.

Les réunions du personnel organisées chaque matin procèdent de cette logique. Elles sont régulières mais ne durent pas plus de quinze minutes et s'apparentent à un exercice de style quotidien. Ces séances sont en effet rarement l'occasion de traiter de questions de fonds, d'exposer des dysfonctionnements ou de remettre en cause certaines activités. Lors de ces réunions, la parole est au responsable de la structure, qui expose rapidement quelques sujets courants (gestion du stock de médicaments, organisation de la fête du nouvel an, etc.), le programme des actions à venir (campagne de vaccination, recensement des pharmaciens privés, etc.) et les nouvelles directives des autorités supérieures (mise en place du système de protection sociale pour les fonctionnaires, etc.). Le contenu des rapports d'activité annuels révèle d'une autre manière la persistance de la culture des *phon ngane*. Après une présentation détaillée des principales ordonnances politiques de référence (éditées par le Congrès du Parti et par le Ministère de la Santé), le document comprend un long recensement chiffré d'activités de tout ordre, comprenant autant le nombre de vaccination effectué que le nombre de fois où une ampoule a été changée, un robinet réparé....

Voici plusieurs extraits tirés de ces documents¹²⁷ détaillant les activités sanitaires,

- « 228 fonctionnaires ont contrôlé la présence de larves de moustiques, dans 114 villages et 4 222 maisons »
- « Un fonctionnaire a distribué le produit contre les larves de moustiques, 98 fois »
- « Vaccination de 2 586 ouvriers, dans 8 usines »
- « 289 extractions de dents, 160 femmes¹²⁸ »
- « 70 plombages, 42 femmes »
- « Analyse de sang de 3 465 personnes, 2 011 femmes »
- « Dermatose, 84 personnes, 42 femmes », etc.

les activités administratives,

- « Les fonctionnaires ont reçu 147 documents »
- « Les fonctionnaires ont envoyé 186 documents »

¹²⁷ Rapports d'activité 2004-2005 des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de la capitale.

¹²⁸ Quelles que soient les maladies ou les examens médicaux concernés, les agents de santé mentionnent systématiquement le nombre de femmes. Serait-ce un fait connexe aux discours rebattus par les autorités depuis plusieurs décennies faisant de la santé maternelle une priorité ?

- « Le département de la statistique a reçu 357 documents et tapé à la machine 2 466 documents »
- « Photocopies de documents, 8 400 fois », etc.

les activités de maintenance,

- « Réparer le matériel de stérilisation, 64 fois »
- « Changer la lampe, 345 fois »
- « Réparer le robinet, 85 fois »
- « Peindre les murs, 1 400 mètres »
- « Laver le linge, 43 200 kg »
- « Sécher le linge, 28 800 kg », etc.

les activités sportives,

- « Organiser le concours de sport, 3 fois »
- « Réception de 18 ballons et de vêtements de sport », etc.

ou encore les activités des enfants du personnel gardés à la crèche de l'Hôpital Amitié¹²⁹:

- « Apprendre une chanson, 405 fois »
- « Répondre aux questions, 500 fois »
- « Apprendre à danser, 150 fois »
- « Faire des mathématiques, 240 fois », etc.

A la suite de ce décompte, ces rapports concluent sur « les points forts », « les points faibles » et la planification future : trois développements tous plus stériles les uns que les autres. Les points forts, non explicités, consistent en l'apologie des sphères dirigeantes : « les fonctionnaires de l'hôpital ont strictement appliqué les règles de l'hôpital et la loi du gouvernement [...], les fonctionnaires de l'hôpital sont solidaires et travaillent sérieusement grâce à la direction du Parti, du gouvernement de la Capitale de Vientiane et du Ministère de la Santé ». Quant aux points faibles, ils s'inscrivent dans la même logique, étant expliqués par le fait que « certains fonctionnaires n'ont pas compris la politique du Parti et du gouvernement ». Enfin, les tâches planifiées pour l'année à venir sont peu détaillées et se présentent comme une liste de généralités : « améliorer la santé des populations », « améliorer la santé de la mère et l'enfant », « lutter contre les maladies contagieuses », etc.

Une autre activité, qui consiste à labelliser des « villages sanitaires modèles », est elle aussi caractéristique de ce même vide opérationnel. Les agents de santé des hôpitaux de district utilisent des indicateurs d'hygiène et des méthodes qui mesurent leur ardeur au travail plutôt que la situation sanitaire réelle des villages. Comme pour les rapports d'activité, les agents procèdent à un recensement chiffré sans qu'il y ait de mise en perspective des informations collectées. Ils comptent par exemple le nombre de maisons ayant une fosse propre, un puits propre, des animaux vivant à distance, ou le nombre de ménages qui font bouillir l'eau, qui évacuent correctement les eaux usées, qui utilisent une moustiquaire, etc. A partir des « scores » obtenus, certains villages sont labellisés, d'autres non ; cette entreprise laborieuse n'aurait aucun autre corollaire.

Outre leur faible portée opérationnelle, ces différentes activités (organisation de réunions quotidiennes, réalisation de rapports d'activité, labellisation des villages sanitaires modèles) occasionnent des pertes de temps considérables et détournent les

¹²⁹ Cas isolé de l'Hôpital Amitié. En dehors de celle-ci, il n'existe pas de crèche dans les hôpitaux.

agents d'actions de santé pertinentes. Elles participent ainsi à maintenir figée l'organisation des services de santé.

A la fois financièrement absent et politiquement pesant, l'Etat, acteur au fondement du système de soins public, est à l'origine des défaillances actuelles des services de santé.

C/ La nature des dégâts : éléments généraux

Nous présentons ci-dessous les dysfonctionnements des structures de soins, tous occasionnés conjointement par le sous-financement public et les pesanteurs politiques. En effet, le désengagement financier cause l'appauvrissement des services de santé, qui s'aggrave sous l'effet de l'immobilisme ambiant.

- **Ressources humaines et matérielles : l'état du manque**

- Détachement et nonchalance des agents de santé :

La plupart des agents de santé ont une implication professionnelle faible, à l'image des salaires qu'ils perçoivent. Cela se traduit notamment par l'absentéisme quotidien de nombreux membres du personnel : « *Aujourd'hui, il n'y a que quatre infirmières sur sept* », nous explique l'infirmière en chef du service de consultations externes de Mahosot. Les absences sont encore plus nombreuses dès qu'une occasion s'y prête telle que la pluie, une fête religieuse ou encore l'approche du week-end. Un vendredi après-midi, alors que nous avons rendez-vous avec l'un des agents d'un hôpital, les services étaient déserts ; la personne de garde nous a expliqué : « *Vous savez, demain, c'est la fête des fusées. Et puis le vendredi, il y a peu de personnes qui viennent travailler à l'hôpital* ».

La faible implication des agents de santé s'observe aussi au travers de leur comportement, souvent nonchalant, tant dans leur manière de communiquer, de se déplacer que de soigner ou d'assurer le service en général. L'attention portée au patient passe au second plan derrière les préoccupations personnelles : ce médecin répond à ses appels téléphoniques privés pendant qu'il est en consultation, celui-ci garde son enfant malade en même temps qu'il reçoit des patients, d'autres interrompent le déroulement des consultations le temps de recevoir un ami, de prescrire une ordonnance pour un parent, de discuter avec un collègue, etc.

Aussi, le renoncement est parfois si intégré et généralisé que les soignants organisent des activités ludiques aux heures de service dans l'après-midi. A Sikhottabong, les soignantes prennent des cours de gymnastique dans la salle d'attente des consultations externes et, à Xaysetha, le personnel joue chaque jour au volley-ball sur le terrain attenant à l'hôpital.

- Faible compétence du personnel médical :

Si nos qualifications ne nous permettent pas d'évaluer avec précision la qualité des actes médicaux, celle-ci apparaît néanmoins insuffisante au regard de l'imprécision des diagnostics enregistrés par les agents de santé.

En outre, le vice-directeur du département des ressources humaines du Ministère de la Santé souligne lui-même le manque de qualifications professionnelles des soignants : « *La qualité de la formation médicale n'est pas satisfaisante, même les étudiants de la faculté des sciences médicales n'ont pas les connaissances suffisantes [...], il faudrait former les formateurs* ». Le problème est également formulé par les premiers intéressés, les soignants. En témoigne cette étudiante en dernière année de médecine et actuellement en stage à l'Hôpital Sikhottabong :

- « *Quels sont vos projets professionnels une fois diplômée ?*
- *Après l'obtention de mon diplôme, j'aimerais continuer des études de médecine. A la faculté, il y a un projet avec le Canada qui offre quelques bourses d'étude.*
 - *Pourquoi voulez-vous continuer vos études ?*
 - *Parce que pour le moment je ne suis pas encore assez bien formée.*»

▪ Plateau technique obsolète et défaillant

Le plateau technique des services de santé est souvent ancien et délabré. Les fonds dégagés par le recouvrement des coûts permettent en effet rarement d'investir dans l'achat d'équipement médical. Leur renouvellement dépend donc principalement du soutien des bailleurs de fonds et des ONG qui, néanmoins, n'ont pas les capacités de couvrir l'ensemble des besoins. L'équipement des structures est par conséquent inégal. Par exemple, Mahosot et l'Amitié disposent chacun de deux tables d'accouchements sommaires en service depuis plus de 20 ans tandis que le troisième hôpital central, Sethattirat, bénéficie du don de deux nouvelles tables perfectionnées.

Photographie 17 - Plateau technique inégal entre structures : type de table d'accouchement disponible dans les hôpitaux centraux



Source : V. Mobillion, 2007

A l'Hôpital Sethattirat (à gauche), une table d'accouchement récente et confortable ; dans les hôpitaux de l'Amitié (au centre) et de Mahosot (à droite), des tables d'accouchements anciennes et sommaires.

En outre, de nombreux appareils sont hors-service en raison d'un défaut d'entretien. Etant donné qu'il n'existe pas de service opérationnel de dépannage inter-établissements, l'entretien du plateau technique dépend à la fois de la capacité des établissements à générer des fonds propres et des priorités de la direction des hôpitaux. Nous avons pu établir à partir des déclarations des responsables des structures de soins de Vientiane (hôpitaux de district et centraux) que 30% des appareils étaient hors-service¹³⁰ - une proportion qui, de surcroît, paraît sous-estimée au regard de la fonctionnalité réelle des installations. Par exemple, l'Hôpital Xaysetha dispose d'un électrocardiogramme récent (2003) et en état de marche, mais il n'a pas les moyens d'acheter les consommables nécessaires à son emploi (papier ECG); l'Hôpital Sissathanak est équipé d'un fauteuil dentaire mais dont les fonctions sont hors-service ; etc.

Le sous-financement des structures de soins a des répercussions sur le niveau d'équipement et plus généralement sur les installations sanitaires, peu développées et peu entretenues par les pouvoirs publics. Ça et là, quelques actions de solidarité villageoise attestent de l'appauvrissement actuel du système de soins et du soutien dont il a besoin : à Sissathanak, des familles aisées ont financé la construction d'une salle d'urgence ; à Chanthabouly, le directeur déclare recevoir régulièrement de modestes dons des villageois ; au dispensaire de Salakham (district de Sikhottabong), la population a participé à hauteur de 30% à la construction du bâtiment.

▪ Un service minimum offert aux patients :

Dans ce contexte de restriction budgétaire, les hôpitaux offrent un service minimum à la population. Il n'existe pas, par exemple, de services d'accompagnement pour les patients hospitalisés, tels que la toilette ou les repas. Ces tâches reviennent à la charge des familles qui, lorsqu'elles viennent de province et n'ont pas de parents chez qui loger à Vientiane, se voient obligées de dormir à l'extérieur, dans l'enceinte de l'hôpital, pour assurer les soins quotidiens de leurs proches (planche photographique 18). Cette situation est peu propice au développement de bonnes conditions d'hygiène et participe au désordre ambiant, l'hospitalisation d'un patient entraînant l'installation de sa famille, équipée du nécessaire quotidien (matelas, nourriture, vaisselle, etc.).

¹³⁰ Données issues du questionnaire que nous avons soumis à chaque responsable et qui comprenait le recensement des équipements disponibles et de leur état.

Photographie 18 - L'accompagnement des patients hospitalisés par leurs familles



Hôpital Sethattirat, abri extérieur pour accueillir les familles,

Les proches des patients hospitalisés passent leur journée dans l'enceinte de l'hôpital, soit sous cet abri où ils dorment, se reposent et préparent à manger, soit dans la chambre du malade.



Hôpital Mahosot, abri extérieur pour accueillir les familles,

L'abri s'apparente à un campement de fortune ; on y trouve nattes, couvertures, moustiquaires, cuits-vapeur, gamelles, faitouts, etc.



Hôpital Amitié, dans une chambre à la maternité,

Lits 3 et 4: deux parturientes entourées chacune de leur famille venue leur porter assistance (bossins, repas, linge, etc.).



Hôpital Amitié, dans une chambre à la maternité,

Coin-cuisine improvisé par l'une des familles des patientes.

Source: V. Mobilillon, 2007

Les dysfonctionnements observés dans les structures de soins, relevant tant des capacités matérielles que des ressources humaines, s'aggravent du fait de l'incompétence des différents administrateurs. Les responsables des hôpitaux comme ceux des administrations sanitaires supérieures (Ministère de la Santé, bureau de santé provincial, etc.) sont en effet pour la plupart de simples médecins non formés aux techniques de gestion et de planification des activités sanitaires. De ces compétences dépendrait pourtant une organisation interne cohérente, articulant les activités de soins, la gestion des ressources humaines, l'entretien des locaux et du plateau technique, etc.

- **De l'abandon des soignants à l'abandon des soignés**

Insuffisamment rémunérés, la plupart des soignants sont obligés de rechercher des sources de revenus complémentaires. Dans cette intention, ils usent de pratiques qui, indirectement, causent préjudice à la qualité du service offert aux soignés.

▪ La « pluriactivité » des soignants :

La majorité des soignants ont une activité complémentaire qu'ils exercent en fin d'après-midi, après leur service à l'hôpital. Environ deux tiers du personnel des hôpitaux de Vientiane sont dans cette situation. Le type d'activité varie en fonction du niveau de qualification des agents : il est fréquent que les médecins travaillent dans une clinique privée tandis que les infirmières ont davantage des occupations à caractère vivrier (élevage de volailles, commerce de denrées alimentaires, cultures maraichères, etc.).

Vu les gains financiers que les soignants peuvent dégager de ces activités parallèles, celles-ci deviennent souvent prioritaires, au détriment de leur emploi au sein de la structure publique. Travaillant tard dans la soirée, les agents arrivent à l'hôpital fatigués et repartent fréquemment une à deux heures avant la fermeture pour se consacrer de nouveau à leur seconde activité. A la fois peu présents et peu opérationnels, ils offrent par conséquent un service minimum à la population.

Nombre de ceux qui travaillent dans une clinique incitent les patients de l'hôpital à venir consulter dans leur cabinet privé grâce à des arguments médicaux (meilleur équipement) ou pratiques (pas d'attente, rendez-vous personnalisé). Ils augmentent ainsi pour leur propre profit les dépenses de santé des malades. Cependant, les implications sont parfois plus graves. Dans un hôpital de district, nous avons vu un agent de santé sacrifier la santé d'une patiente au profit de son intérêt personnel :

Vers 15 heures dans la salle de repos pour les nouvelles accouchées, une jeune femme âgée de 19 ans est allongée, sous perfusion ; elle montre un visage fatigué, contracté par la douleur. Accompagnée de son mari et de sa belle-sœur, tous les trois viennent d'un village en périphérie de Vientiane. Eux mis à part, le service de soins est désert, sans patient ni personnel de santé. Le jeune homme explique que son épouse a fait une fausse-couche la nuit dernière alors qu'elle était enceinte de deux mois et demi. Il s'agit de leur première visite dans cette structure ; d'ordinaire ils consultent dans une clinique privée de leur village. Or, face à la gravité du problème, le médecin leur a conseillé de se rendre à l'hôpital. C'est ainsi qu'ils ont été reçus par une soignante du service de gynécologie qui leur a expliqué qu'elle ne pouvait pas procéder au curetage car elle ne disposait pas de l'équipement approprié. Elle leur a alors demandé d'attendre dans la salle de repos, le temps qu'elle finisse son travail – elle devait assister à une réunion avec les autres agents de l'hôpital – et leur a assuré qu'elle les conduirait ensuite dans une clinique privée. Elle leur a annoncé que l'intervention coûterait environ 300 000 kips (environ 30\$), ce qui représente une somme d'argent importante pour cette famille apparemment peu fortunée – aucun des trois n'a de motorcycle ni de téléphone portable et le mari, ouvrier, gagne moins de 500 000 kips par mois. Désespérés par l'urgence de la situation, ils ont néanmoins décidé de suivre les conseils de la gynécologue.

Le lendemain, de retour à l'hôpital, nous avons cherché à en savoir plus. Khao, l'un des agents de santé avec qui nous avons lié amitié, nous a expliqué que la gynécologue en question avait l'habitude de pratiquer des curetages pour son compte quand l'avortement s'était produit récemment (moins d'une heure), au-delà de ce délai, elle dirigeait les malades chez un médecin privé qui lui versait une commission en contrepartie. Fort de ces explications, nous avons ainsi pu comprendre pourquoi, la veille, la gynécologue s'était gardée de référer la patiente à l'Hôpital de la Mère et de

l'enfant, structure pourtant spécialisée dans ce type d'interventions délicates. Cela aurait permis d'écourter les souffrances de la jeune femme, de lui offrir les meilleurs soins disponibles de la capitale et d'éviter d'appauvrir ce ménage plus que nécessaire, mais ces considérations n'étaient pas prioritaires, pour la soignante, sous-payée au point d'avoir perdu sa compassion.

De manière générale, ce type de pratique fait rarement l'objet de remontrances de la part des responsables d'hôpitaux qui, en exerçant souvent eux-mêmes, se dispensent d'en être juge et partie. D'ailleurs, nous avons pu entendre l'un d'eux affirmer : « *Le problème, en ce moment, c'est que je n'ai pas beaucoup de patients dans mon cabinet car l'hôpital travaille bien !* ».

▪ La corruption :

De surcroît, les soignants ont pris l'habitude de monnayer leurs services : de manière tacite, ils obligent les malades à les rétribuer en échange de leur bienveillance. Ci-dessous, le témoignage d'une patiente qui dénonce les pratiques de corruption dans les hôpitaux¹³¹ :

« Il y a quelque temps, j'ai accouché de mon enfant dans un hôpital de la capitale. J'avais mal au ventre mais les médecins ne s'intéressaient pas à moi parce que j'étais pauvre. Après avoir accouché, les infirmières qui se sont occupées de moi ont mis mon lit dans un couloir où il y avait beaucoup de passants. Elles m'ont laissée là deux heures au lieu de me remettre dans ma chambre. Mon mari m'a alors dit qu'elles procédaient comme cela, parce qu'elles attendaient de l'argent, en plus de celui donné pour les médicaments et l'accouchement. Mon mari a alors donné de l'argent et quelques minutes plus tard, elles m'ont ramenée dans ma chambre. Depuis ce jour et jusqu'à aujourd'hui, je ne crois plus les médecins laotiens, ils n'en veulent qu'à l'argent des malades. »

Nous avons été témoin de ce type de pratiques à l'occasion d'une visite dans le service de consultations externes de l'un des hôpitaux centraux. Occupées à collecter des documents, nous étions installées à une table, de laquelle nous voyions et le couloir, où patientaient les malades, et la salle de consultation. Un homme d'une soixantaine d'années est arrivé et s'est assis parmi une dizaine d'autres patients. Aussitôt, l'un des soignants l'a invité à entrer dans la salle de consultation. Après avoir reçu une injection, l'homme en question lui a glissé un billet, l'a salué puis est parti.

Ces pratiques de corruption introduisent ainsi des inégalités de traitement entre les individus qui ont les moyens de soudoyer le personnel et ceux qui ne les ont pas.

¹³¹ Ce témoignage a été recueilli, en octobre 2006, par un journaliste du *Rénovateur* (hebdomadaire laotien francophone) dans le but d'exposer les motivations qui commandent le recours des Laotiens aux structures de soins thaïlandaises. Vu la teneur des propos, les autorités n'ont pas permis sa publication. Néanmoins, un ami français qui travaillait à l'époque au sein de la rédaction du journal nous a fourni la transcription originale de l'entretien.

D/ Les structures de rang inférieures, premières sinistrées

Les dysfonctionnements observés dans les structures de soins touchent avant tout les petites infrastructures (dispensaires et hôpitaux de district) et expliquent ainsi leur faible attractivité.

- **Une politique au bénéfice des hôpitaux centraux**

Les pouvoirs publics favorisent le développement des hôpitaux centraux par rapport à celui des structures de rang inférieur. L'enjeu d'une telle politique est double : faire la démonstration de la puissance nationale et concurrencer les complexes hospitaliers thaïlandais qui attirent les populations laotiennes. L'extrait de cet article intitulé « *L'hôpital Mahosot se modernise* » et paru dans le *Vientiane Times* en 2008 en témoigne :

« Les responsables de la Santé s'apprêtent à moderniser l'Hôpital Mahosot, pour en faire une installation modèle proposant des services médicaux améliorés. [...] « Nous considérons Mahosot comme un projet pilote. Il y aura davantage de lits disponibles, plus d'équipements médicaux modernes, comme le centre de chirurgie cardiaque » explique le Dr Chanphomma. Si le projet s'avère un succès, il sera étendu aux hôpitaux de la l'Amitié et de Sethattirat. Les médecins s'attendent à ce que les services proposés soient de même niveau que ceux présents dans les cliniques privées et structures des pays voisins », (cf. Annexe 4).

Par conséquent, les autorités ventilent les dépenses de santé publiques en faveur des hôpitaux centraux. Le Ministère de la Santé, duquel dépendent les structures centrales, concentre en effet 30% du budget national de santé quand les 18 bureaux de santé provinciaux, qui gèrent l'ensemble des autres structures présentes sur le territoire laotien, se partagent le restant [Jica, 2002, 9-4]. Dès lors, les budgets provinciaux, insuffisants, couvrent pour l'essentiel les frais courants des structures de soins : 59% est absorbé par les salaires des agents de santé quand cette dépense ne représente que 29% du budget central (tableau 51). Par ailleurs, comme l'illustre le tableau 51, la part que consacrent les bureaux provinciaux aux investissements (18%) est de deux fois inférieure à celle que parvient à dégager le Ministère de la Santé (41%).

Tableau 51 - Ventilation du budget de santé central et du budget de santé provincial en 2001

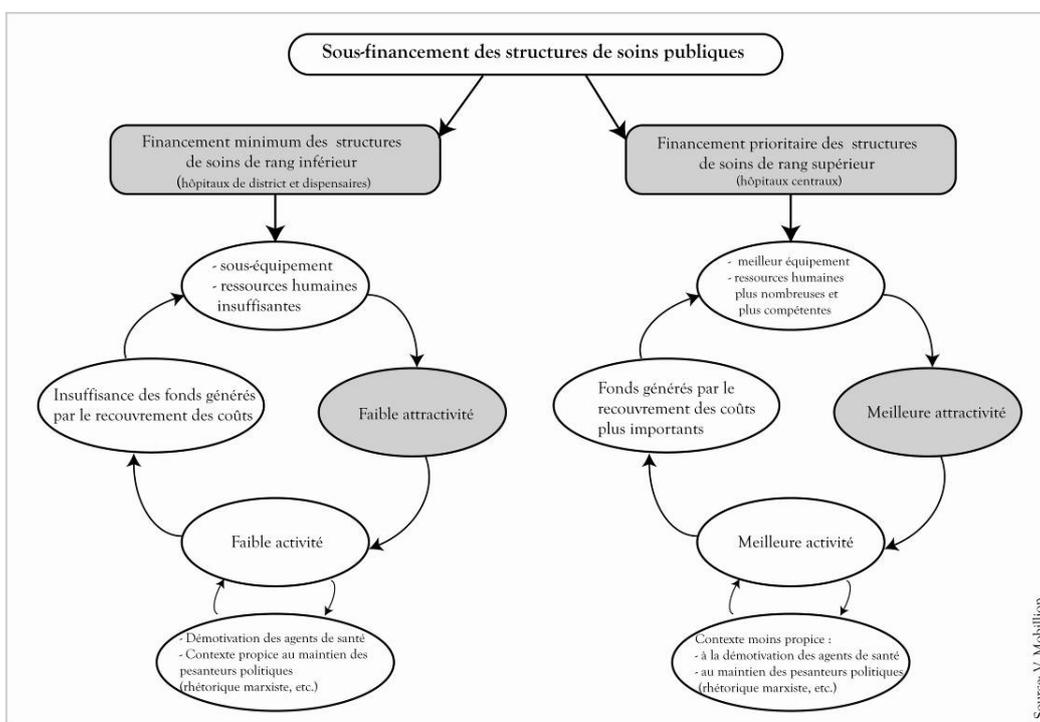
	Budget central (dépenses du Ministère de la Santé)	Budget provincial (dépenses des bureaux de santé provinciaux)
Investissements (constructions)	41%	18%
Salaires	29%	59%
Frais de fonctionnement	26%	12%
Programmes de santé	4%	11%
Total	100%	100%

Source : Jica, 2002, 9-5

Le Ministère de la Santé retient, outre les fonds publics, une importante part de l'aide internationale. En tant qu'instance centralisatrice et re-distributrice de ces fonds, il s'impose sans difficulté comme premier bénéficiaire ; tous secteurs confondus, on estime que le niveau central concentre 60% de ces ressources [Doligez, 2005, 68].

La redistribution inégale des dépenses de santé, entre les hôpitaux centraux et les structures de rang inférieur, a des répercussions de premier ordre sur l'attractivité de ces deux types d'établissements. Comme le montre le schéma 1, elle favorise le potentiel attractif des hôpitaux centraux et provoque l'appauvrissement des hôpitaux de district et des dispensaires.

Figure 44 - Impact de l'inégal financement des structures de soins sur leur niveau d'attractivité



Les structures de soins de rang inférieur, insuffisamment financées, offrent un service de qualité médiocre (sous-équipement, ressources humaines insuffisantes, etc.), qui conduit à une faible attractivité donc un amoindrissement de leur activité. Celle-ci alimente en cercle vicieux, la démobilisation des agents de santé qui, en retour, affaiblit davantage encore l'attractivité de ces structures. Les fonds générés par le recouvrement des coûts sont donc faibles à leur tour et ne permettent pas de recouvrir la totalité des frais de fonctionnement. Une dynamique de dépérissement est ainsi engagée.

Au contraire, les moyens humains et matériels mis à disposition des hôpitaux centraux, bien plus substantiels que ceux des hôpitaux de district et des dispensaires, rendent ces établissements plus attractifs. Les ressources dégagées, qui sont plus importantes, contribuent ainsi, une fois réinjectées dans l'économie de ces structures, à maintenir un

cercle vertueux d'attractivité. Les pesanteurs politiques que nous avons mentionnées plus haut y seraient également moins paralysantes que dans les hôpitaux de district : la pression exercée par les consultants dans les hôpitaux centraux obligeant à optimiser l'opérationnalité des services, les préoccupations politiciennes passent au second plan.

- **Les dysfonctionnements caractéristiques des hôpitaux de district**¹³²

Le sous-financement des hôpitaux de district occasionne de nombreux dysfonctionnements. Nous en exposons ci-dessous les principales manifestations.

- Un équipement minimum :

Les hôpitaux de district disposent de peu d'équipement, généralement donné par des O.N.G. Selon nos enquêtes, les quatre établissements de Vientiane possèdent de un à quatre appareils médicaux (électrocardiogramme, échographe, table de radiologie, etc.), dont la majorité est hors-service. En comparaison, le plateau technique des hôpitaux centraux est non seulement plus complet mais aussi plus opérationnel, puisque la trésorerie de ces structures permet d'engager des agents de maintenance [Jica, 2002, 8-34].

- Un nombre insuffisant de médecins :

La répartition des médecins par type de structure est très inégale et favorable aux structures centrales. Celles-ci comptent 38% de médecins dans leur personnel quand cette proportion n'atteint respectivement que 10% et 1% dans les hôpitaux de district et les dispensaires [Ministère de la Santé, 2006, 29].

Du reste, la plupart des médecins des hôpitaux de district occupent les postes de direction et ne participent pas, par conséquent, aux activités médicales. A Sikhottabong, seul un médecin sur les quatre en poste travaille dans les services curatifs de l'hôpital – les autres sont directeur, sous-directeur et chef de l'administration. Ce médecin cumule par conséquent de nombreuses charges : il est à la fois chef des services des consultations externes, des urgences et des hospitalisations, responsable des cliniques privées et coordinateur d'un programme étranger contre les M.S.T.

Dans ce contexte de pénurie, les médecins stagiaires et vacataires de passage sont, malgré leur inexpérience, mobilisés au même titre qu'un médecin titulaire. Lors de notre séjour à Sikhottabong, des deux médecins affectés au service des consultations externes, l'un était un jeune diplômé vacataire et l'autre une étudiante de médecine en stage. Le médecin référent étant occupé à d'autres tâches, ces derniers avaient dû constituer des pense-bêtes listant les prescriptions médicales les plus courantes.

- Une faible implication du personnel

Si, comme nous l'avons précédemment exposé, la plupart des agents de santé sont peu impliqués, ceux des hôpitaux de district le sont encore moins.

¹³² Les dysfonctionnements caractéristiques des dispensaires ne seront pas présentés spécifiquement car ils sont comparables à ceux des hôpitaux de district.

En raison de la faible fréquentation de ces établissements, les soignants restent oisifs durant la majeure partie de leur service. Ils rythment leurs journées principalement autour de passe-temps quotidiens (discussions, repas, sieste, sport, etc.) qui, institués et partagés par la plupart d'entre eux, les détournent de leur fonction médicale. Les soignants s'approprient ainsi l'espace de l'hôpital, qui s'apparente dès lors à leur territoire, à défaut d'être celui des malades¹³³. Cette situation met à mal leur disposition à soigner puisque le patient devient paradoxalement l'agent perturbateur de leur espace de vie.

Nous présentons ci-dessous certaines manifestations de la démobilisation des agents de santé, à partir des observations faites à l'Hôpital de district de Sikhottabong.

La faible motivation des soignants se manifeste quotidiennement par la réouverture tardive des services l'après-midi. Sachant qu'après le déjeuner les patients sont rares, les membres du personnel sont peu empressés de regagner leur poste. Leur retard est variable et pouvant atteindre une heure :

- Un jeudi après midi à l'Hôpital Sikhottabong, service des consultations externes

Le service ouvre officiellement à 13h30. Il est 13h45. Aucun agent n'est en poste. Des patients et leurs familles, 8 personnes au total, patientent dans la salle d'attente. Les agents, encore endormis, sortent alors de la salle de repos. Progressivement, les infirmières s'installent nonchalamment à leur poste. L'une d'elles ne revient que maintenant du marché, chargée de fruits qu'elle s'appête à partager avec ses collègues. A 14h02, un médecin appelle un premier patient : le service de consultation est enfin ouvert, avec plus d'une demi-heure de retard.

- Un mercredi après midi à l'Hôpital Sikhottabong, salle d'échographie

A l'entrée de la salle, un panneau indique que le service est ouvert le mardi, mercredi et jeudi de 13h à 15h. Il est 13h03, une femme enceinte s'installe devant la salle d'échographie, pour le moment fermée. Elle patiente ainsi jusqu'à 13h58, avant qu'un médecin ne l'invite à entrer dans la salle d'échographie. Le lendemain, le service ouvre de nouveau avec un retard équivalent.

Au contraire, dans les hôpitaux centraux, où la fréquentation est importante et donc le rapport numérique soignés/soignants inversé, les agents de santé sont contraints à plus de ponctualité. Lors de notre enquête à Mahosot, nous avons en effet pu constater que le service de consultations externes ouvrait rarement avec plus de cinq minutes de retard.

¹³³ Chaque année au mois d'avril, à l'occasion du nouvel an lao (*Pimay Lao*), l'appropriation de l'espace-hôpital par les soignants atteint son paroxysme. Comme nous avons pu l'observer à l'hôpital de district de Chanthabouly, environ quinze jours avant l'événement, les soignants se mobilisent déjà pour préparer la fête ; son organisation devient l'objet premier des réunions quotidiennes. Les activités sanitaires passent au second plan, plus encore que d'ordinaire. Les jours précédant le nouvel an, les lieux-symboles de l'hôpital sont transformés : le personnel débarrasse les lits de la salle d'hospitalisation pour y installer une cuisine improvisée et met en place le matériel de sonorisation dans la cour de l'hôpital. Le jour de la fête, les soignants mènent joyeuse vie entre repas, musique, danse, boissons alcoolisées, etc. Si officiellement l'hôpital reste ouvert, les services et les agents ne sont pas opérationnels. Plusieurs jours passent avant que tout le personnel ne reprenne son service et que les locaux soient réorganisés. Au total, la fonction sanitaire de l'établissement est mise entre parenthèses pendant près de trois semaines.

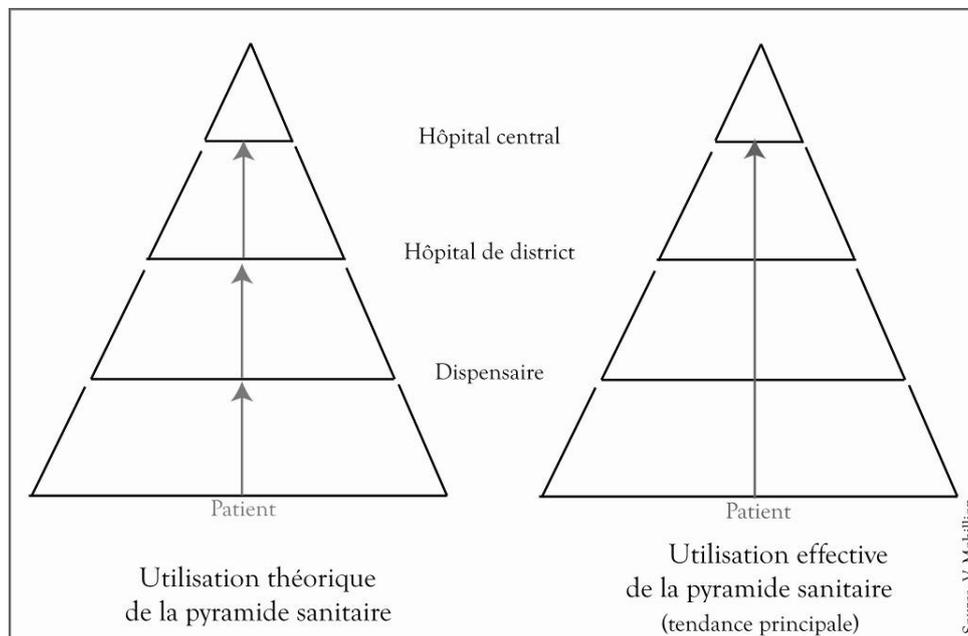
De manière générale, le détachement dont usent les soignants des hôpitaux de district est perceptible dans la plupart de leurs faits et gestes. Nous avons notamment pu constater que la plupart des agents de santé ne réservent ni accueil ni assistance aux consultants qui, livrés à eux-mêmes, errent dans l'établissement le temps d'en comprendre le fonctionnement : ici, une personne âgée à la recherche d'un service ne cesse d'aller et venir, là un homme patiente une vingtaine de minutes dans la salle d'attente avant de comprendre qu'il lui faut d'abord acheter un carnet de santé, là-bas une jeune fille ouvre discrètement toutes les salles de consultations en cherchant où elle doit se rendre, etc.

La prise en charge proprement médicale des consultants est, elle aussi, minimale. Lors de notre enquête, nous avons rencontré deux jeunes femmes dans le service de maternité, chacune insatisfaite de la qualité du service. L'une nous explique : « Ici, ils ne lavent pas le nouveau-né. La prochaine fois, j'irai à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant ». L'autre, qui ne se sent pas en confiance en raison de l'absence du personnel décide après deux heures passées à Sikhottabong, d'aller accoucher à l'hôpital central Mahosot.

A l'issue de ce développement – qui expose la situation critique dans laquelle l'Etat plonge le système de soins, ainsi que ses répercussions inégales sur les différents types de structures –, nous sommes en mesure de comprendre le différentiel d'attractivité observé précédemment entre les hôpitaux centraux et les hôpitaux de district (cf. chap.2). Les structures de rang inférieur (dispensaires et hôpitaux de district) étant les plus sinistrées du système de soins, elles sont par conséquent les moins attractives. Comme l'illustre le schéma 2, l'utilisation effective du réseau hospitalier n'est pas conforme à la pyramide sanitaire établie. Dans la majorité des cas, la population contourne les établissements de premier niveau en se rendant directement dans les structures les plus élevées de la hiérarchie sanitaire, les hôpitaux centraux. Ce processus, qui se vérifie pour tous les types de soins, est encore plus prononcé dans le cas de soins spécialisés (accouchements, gynécologie, stomatologie) qui nécessitent plus que les autres un personnel qualifié et un plateau technique disponible. A l'inverse, les hôpitaux de district, peu fréquentés, répondent à des besoins de type courant et sans gravité, essentiellement les affections respiratoires des enfants (cf. chap.6).

Ainsi, dans ce système de soins ouvert, où la population entre où elle veut, l'effet repoussoir propre aux structures de soins de rang inférieur bénéficie principalement aux établissements centraux qui, plus imposants en termes de taille et de capacités opérationnelles, exercent une forte attraction sur la plupart des villages de Vientiane. Ces établissements ne sont pas exempts de dysfonctionnements pour autant ; le fait que certains de leurs services (gynécologie, stomatologie) enregistrent une faible activité montre qu'ils sont, comme les autres, touchés par la crise du système de soins.

Figure 45 - Utilisation du réseau de structures de soins publiques : théorie et pratique principale



Du reste, comme expliqué ci-dessous, les hôpitaux publics, globalement peu administrés par les pouvoirs publics, voient leur fonctionnement dépendre pour l'essentiel de leurs qualités propres.

II. Impacts des contraintes et qualités locales

Les caractéristiques locales¹³⁴ de chaque établissement objectivent *in fine* les écarts d'attractivité observés entre structures de même niveau (cf. chapitre 6).

L'exposé qui suit, en comparant les qualités propres des établissements de même catégorie¹³⁵, explicite leur attractivité différenciée.

▪ les dispensaires :

Si les sept dispensaires de Vientiane ont tous une activité très faible – c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas pu étudier leur champ d'action –, nous pouvons, à l'observation des registres, en distinguer deux qui sont légèrement plus actifs que les autres. En effet, ils enregistrent au quotidien une dizaine de patients quand les autres en comptent à peine cinq. Pourtant, ces deux dispensaires n'ont *a priori* pas d'atouts apparents ; ils n'occupent pas de site attractif ni ne disposent de matériel médical et leurs bâtiments sont de facture ancienne. En revanche, à la différence des autres dispensaires, le dévouement du personnel y est remarquable. Dans l'un, la responsable, une femme d'une cinquantaine d'années, s'applique à gérer minutieusement les fonds générés par le système du recouvrement des coûts pour à la fois offrir la meilleure disponibilité des médicaments et améliorer les conditions d'accueil de la population. A partir d'un capital de départ équivalent à 15 dollars, qu'elle a reçu d'une O.N.G en 1992, elle a multiplié par trois le nombre de médicaments disponibles (elle en recense actuellement 73) et parvient en outre à équiper progressivement le dispensaire. Elle a ainsi pu acheter une armoire à médicaments et un réfrigérateur pour stocker les vaccins. Actuellement, elle dispose d'une épargne de 200 dollars qu'elle réserve pour carrelers les locaux. A l'égard des patients, elle se montre plus disponible que dans les autres dispensaires : elle ferme les locaux à 17 heures (au lieu de 16 heures) et a l'habitude d'adapter le montant des frais médicaux aux capacités financières des patients.

Dans l'autre dispensaire, le responsable consacre une même énergie au service de la population. Il est notamment parvenu à mobiliser les habitants vivant à proximité de la structure et les autorités de Vientiane pour financer le déménagement du dispensaire, autrefois localisé sur un terrain peu accessible. Aussi, il a triplé le nombre de médicaments disponibles, passant de 20 à 60, et effectue régulièrement des petits travaux d'entretien (peinture, réparation du toit, installation d'un ventilateur etc.). En outre, il fait des campagnes de vaccination une priorité et nous expose les obstacles qu'il rencontre quitte, à mettre en cause les autorités : « *Parfois les chefs de village ne sont pas coopérants. Ils n'actualisent pas le recensement des villageois et, de la sorte, nous ne pouvons pas savoir quels sont ceux qui ont besoin d'être vaccinés. Je ne sais pas pourquoi les chefs de village ne font pas le recensement, peut-être parce qu'ils ont trop de travail ou bien parce qu'ils ne sont pas sérieux* ». L'engagement et la conscience professionnelle de cet agent se révèlent aussi dans son comportement :

¹³⁴ Définition de caractéristiques locale : cf. note 115

¹³⁵ Le prix des actes médicaux et des médicaments, comparable d'une structure à l'autre, ne constitue pas un point de comparaison.

Un après-midi, alors que nous discutons avec lui, une mère arrive au dispensaire, désirent vacciner sa fille. Notre interlocuteur l'invite à revenir un matin, aux heures d'affluence, pour éviter de gâcher des doses vaccinales. Il lui explique en effet que le flacon contenant le vaccin permet de vacciner jusqu'à une douzaine de personnes mais qu'une fois ouvert, le produit doit être utilisé dans les six heures.

La mère de famille partie, il conclut : « Je préfère me déplacer dans les villages car cela permet à la fois de vacciner tous ceux qui en ont besoin et d'éviter de gaspiller les vaccins. Ce n'est pas parce que les vaccins sont gratuits qu'il faut les gaspiller ; le personnel du dispensaire n'est pas fainéant ! ».

Les dispensaires fonctionnent finalement selon un mode de gestion personnalisé. Dans un tel contexte de pauvreté et d'abandon de ces services de santé par les pouvoirs publics, l'engagement des soignants est le facteur-clé de l'attractivité de ces structures.

▪ Les hôpitaux de district :

Hôpital Chanthabouly :

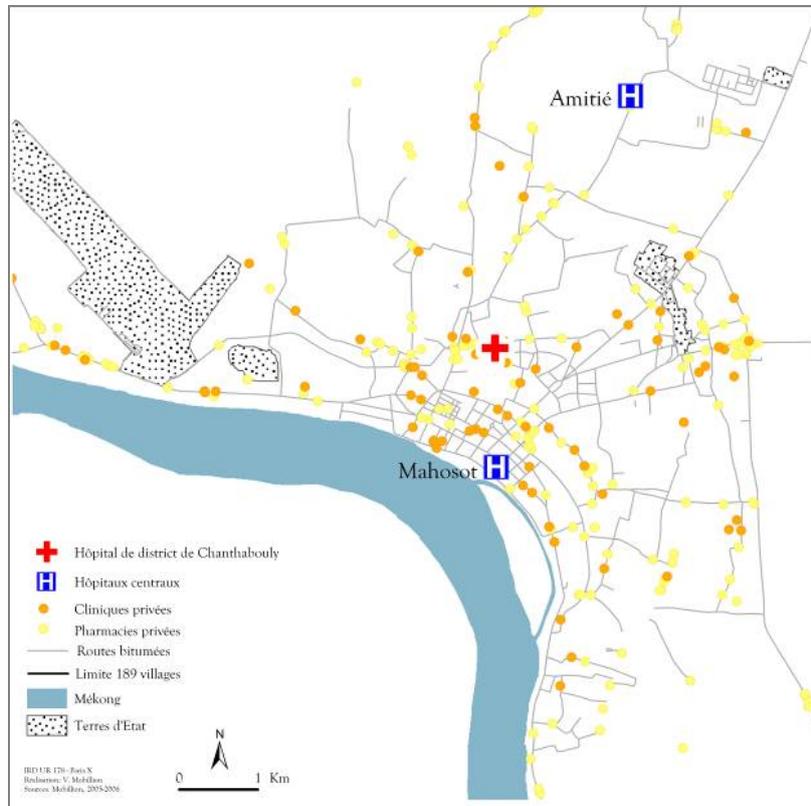
Cet établissement, qui est le moins actif des quatre hôpitaux de district, cumule les handicaps, internes et externes à la structure.

Les problèmes internes résultent d'une administration défaillante. Le directeur de la structure est le plus souvent occupé à l'extérieur et le sous-directeur, à qui reviennent les responsabilités, montre un faible engagement professionnel. Ce dernier, distant envers le personnel, occupe peu l'espace de l'hôpital, en dehors de son bureau climatisé, lequel est dans un désordre tel qu'il ne parvient pas toujours à y retrouver ses dossiers. Aussi, son comportement lors de nos entretiens témoigne d'un manque d'implication que le recours systématique à la phraséologie en usage ne peut dissimuler. L'équipe dirigeante, peu présente et imbue de ses responsabilités, est par conséquent dans l'incapacité de dépasser les défaillances structurelles. Tout dans son fonctionnement reflète un immobilisme chronique qui rend l'établissement peu attractif : les bâtiments, restés en l'état depuis leur construction en 1975, sont délabrés (planche photographique 19), les rares appareils médicaux hors-service.

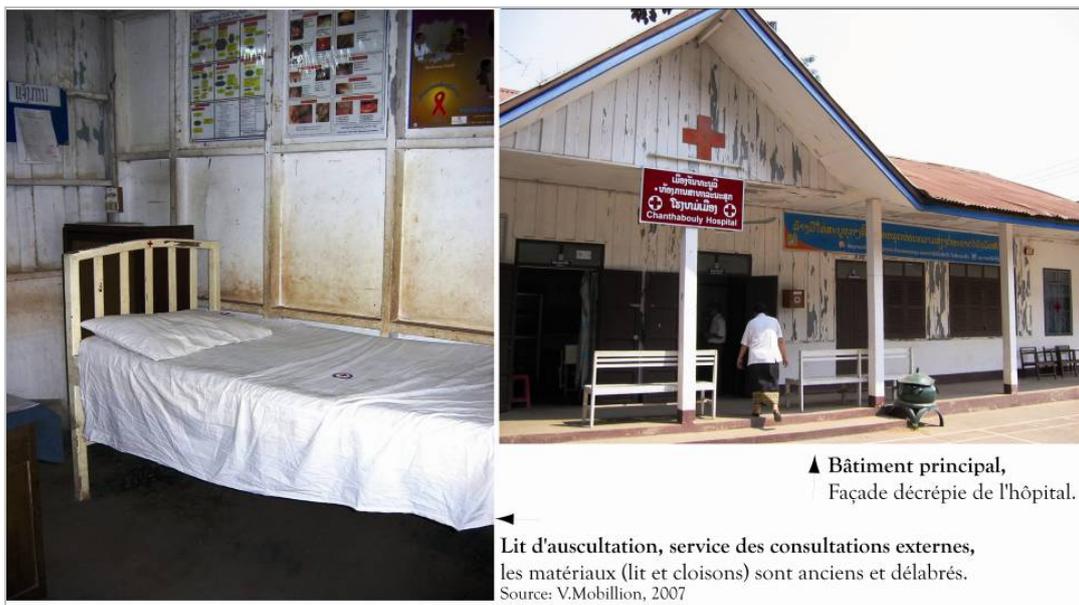
Cette structure, déjà peu attractive, l'est d'autant moins qu'elle est située à proximité de nombreuses infrastructures plus performantes (carte 49). Localisé dans le centre-ville, l'hôpital est entouré de la plupart des cliniques et des pharmacies privées et de deux hôpitaux centraux - Mahosot au sud-est (à 1,5 km) et l'Amitié au nord-est (à 4 km).

Ainsi, le champ d'action de l'Hôpital Chanthabouly est caractéristique d'une structure de soins sinistrée implantée dans un environnement concurrentiel. Les consultants s'y rendent donc pour des problèmes de santé bénins (affections respiratoires courantes, consultations prénatales, etc.) et proviennent en majorité des villages situés dans les environs immédiats de l'hôpital ou plus loin, là où l'emprise des hôpitaux centraux s'estompe et les fournisseurs privés se raréfient.

Carte 49 - Situation de l'Hôpital de district de Chanthabouly



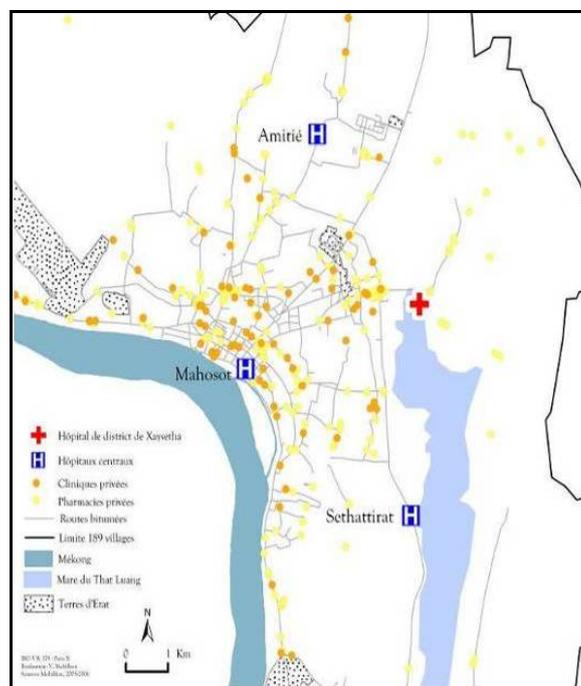
Photographie 19 - Apparence de l'Hôpital de district de Chanthabouly



Hôpital Xaysetha :

Si l'Hôpital Xaysetha présente des prestations équivalentes à Chanthabouly en termes d'infrastructures et de matériel médical, sa situation géographique est très différente car elle est l'interface de deux mondes (planche photographique 20). A l'ouest, l'environnement est urbain. On y recense de nombreux pharmaciens et médecins privés ainsi que les trois hôpitaux centraux, tous situés à environ quatre kilomètres de l'hôpital de district (l'Amitié au nord, Mahosot à l'ouest et Sethattirat au sud). A l'est, au contraire, les villages sont ruraux et il n'existe pas de structure concurrente sauf quelques pharmacies (carte 50). Par conséquent, l'emprise spatiale de l'hôpital est quasi nulle dans la partie ouest et s'étend principalement à l'est dans les villages périurbains et ruraux, où l'établissement représente pour la population locale une structure de référence. Pour ces raisons, la population consultante est donc plus nombreuse, plus diversifiée en termes de classes d'âges et plus à risque (enfants de moins de cinq ans, adultes atteints de maladies circulatoires, de traumatismes, etc.) que celle de Chanthabouly. Du reste, Xaysetha demeure une structure rudimentaire, ce qui explique qu'elle présente une aire d'attraction limitée et attire pour ses soins spécifiques (comme les soins dentaires) principalement les populations des villages reculés, celles vivant à proximité du centre-ville préférant se rendre dans les cabinets privés.

Carte 50 - Situation de l'Hôpital de district de Xaysetha



Photographie 20 - Apparence de l'Hôpital de district de Xaysetha



Bâtiments,
à droite, bâtiment ancien
à gauche, bâtiment rénové



Salle d'hospitalisation,
Lits rudimentaires



Abords de l'hôpital,
Un paysage composé de mares et de rizières



Route longeant l'hôpital,
Ambiance périurbaine : faible densité
d'habitation, peu de circulation.

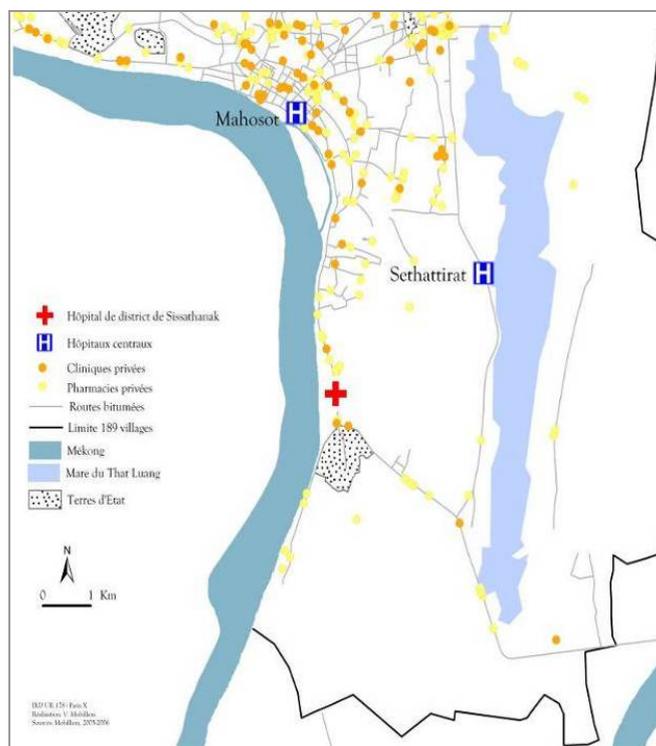
Source : V. Mobilion

Hôpital Sissathanak :

Situé à l'entrée sud de Vientiane le long du principal axe routier de la zone, cet hôpital occupe une position stratégique au carrefour des flux entrants et sortants de la ville et à distance d'offres concurrentielles (carte 51). Toutefois, en raison de la qualité inégale des prestations, seul le service de médecine générale est à la hauteur du fort potentiel d'attractivité de cet établissement (planche photographique 21). Ce service, dont les locaux ont récemment été rénovés par la coopération japonaise (en 1999), est mieux équipé que celui des autres hôpitaux de district : en plus d'un électrocardiogramme et d'un échographe, il est le seul à disposer d'une table de radiologie mobile et d'un laboratoire d'analyse complet. Ce service attire par conséquent des consultants au profil démo-épidémiologique varié et venant de tous horizons - il attire les populations excentrées qui habitent dans les périphéries sud et est de la structure, mais également celles vivant au nord de l'hôpital pourtant plus proches du centre-ville et d'autres structures de soins.

Au contraire, les autres services, peu équipés et relégués dans les anciens locaux (stomatologie, protection maternelle et infantile, gynécologie), attirent peu de consultants en dehors des villageois vivant dans la proximité sud de la structure. Ceux qui habitent au nord de l'hôpital s'orientent vers les nombreux autres services urbains. Quant à ceux vivant dans les périphéries sud et est, dont le profil est plus rural, ils se tournent davantage vers les dispensaires et les volontaires de santé en cas de soins de santé primaires - en revanche, ils recourent peu aux soins spécialisés (dentaires ou gynécologiques) qui, encore à ce jour, intéressent principalement les citadins.

Carte 51 - Situation de l'Hôpital de district de Sissathanak



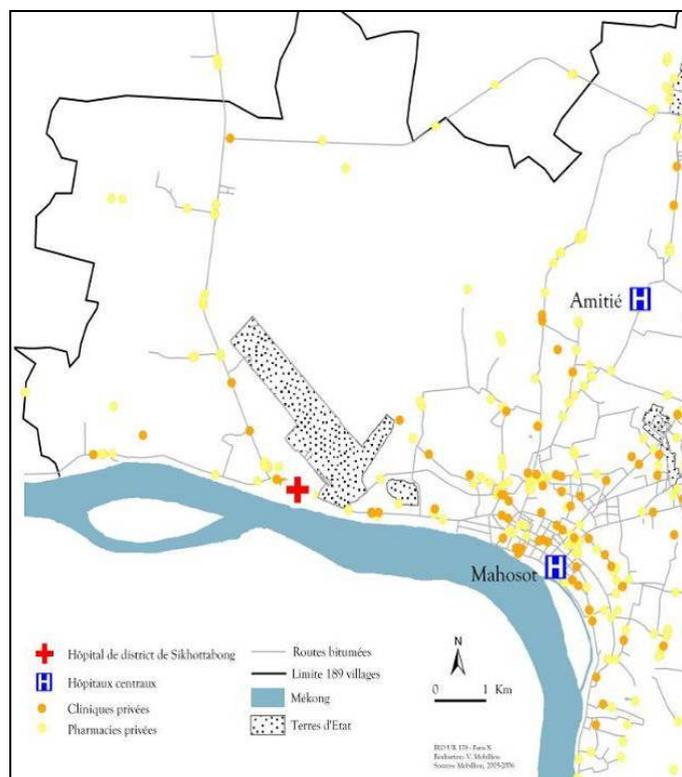
Photographie 21 - Apparence de l'Hôpital de district de Sissathanak



Hôpital Sikhottabong :

Cet hôpital présente des caractéristiques comparables à Sissathanak. Comme ce dernier, il se situe à l'une des entrées de Vientiane (carte 52). Rénové par la coopération japonaise (en 2001), il dispose aussi de quelques appareils médicaux (planche photographique 22). Son attractivité est toutefois meilleure et son activité plus diversifiée car il bénéficie d'une connexion encore plus favorable au réseau routier. Implanté à l'entrée ouest de Vientiane, l'établissement se situe au croisement de deux routes : l'une est l'axe national qui dessert les différentes provinces du nord Laos et l'autre, de portée locale, relie les villages ruraux situés à l'ouest de l'hôpital. Ces axes drainent un flux de consultants important qui bénéficie en priorité à l'Hôpital Sikhottabong, première structure hospitalière de référence sur la route de Vientiane. La population s'y rend pour la plupart des problèmes de santé courants (médecine générale, pédiatrie, consultations prénatales, etc.), mais également pour les soins dentaires car le dentiste en poste bénéficie d'une très bonne renommée, née de son activité dans le secteur privé. L'emprise spatiale de Sikhottabong varie selon le service considéré : elle est étendue pour les soins de médecine générale, très vaste pour les soins dentaires en raison de la rareté des prestataires dans les villages ruraux, et circonscrite à la périphérie ouest pour les consultations prénatales qui sont des soins de proximité.

Carte 52 - Situation de l'Hôpital de district de Sikhottabong



Photographie 22 - Apparence de l'Hôpital de district de Sikhottabong



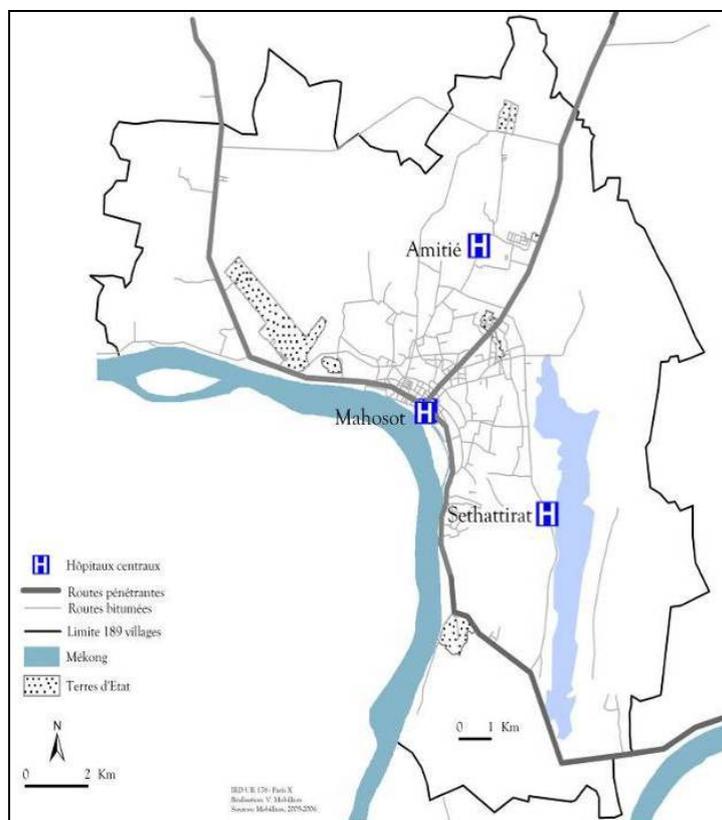
Les différences d'attractivité existantes entre les hôpitaux de district résultent d'un ensemble de facteurs locaux (proximité d'offres de soins concurrentes, liaison au réseau routier, distance au centre-ville, niveau d'équipement, renommée du personnel, état des infrastructures, etc.).

▪ les hôpitaux centraux :

Hôpital Mahosot :

Mahosot, l'hôpital le plus ancien et le plus grand, est le pivot du système de référence. Il concentre les budgets et projets étrangers, raison pour laquelle il ne mérite, comparé aux autres établissements centraux, que des superlatifs ; dans des domaines aussi variés que la superficie des locaux, l'équipement médical, le niveau de formation du personnel, le nombre d'agents, les spécialités médicales, etc. De plus, implanté au cœur de l'agglomération de Vientiane, il bénéficie d'une localisation très favorable, au point de convergence des trois principales pénétrantes et à moins de 500 mètres d'une des principales gares routières de la capitale (carte 53). Dès lors, à la fois le plus renommé et le plus accessible, l'Hôpital Mahosot constitue le recours hospitalier de référence pour les Vientianais comme pour les provinciaux, et parfois même pour les populations vivant à proximité d'autres structures centrales. L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, structure nationale spécialisée est le seul à supplanter l'attractivité de Mahosot dans le cas des soins relatifs à la santé maternelle et infantile.

Carte 53 - Situation des trois hôpitaux centraux : Mahosot, Amitié, Sethattirat



Hôpital Amitié :

Implanté à la fin des années 1980 dans la périphérie septentrionale alors à peine urbanisée, de Vientiane, l'Hôpital de l'Amitié dispose de locaux vétustes et d'une capacité en lits trois fois inférieure à celle de Mahosot. Cerné au sud par Mahosot et à l'est par Sethattirat, il recrute pour l'essentiel sa patientèle dans les villages environnants situés au nord de l'établissement. Au-delà de cette zone, plus au nord, Mahosot s'impose à nouveau comme la référence.

Hôpital Sethattirat :

L'Hôpital Sethattirat a des capacités d'accueil comparables à celui de l'Amitié et occupe une position tout aussi périphérique, le long de la rocade T2 qui borde l'espace naturel de la mare du That Luang, où la densité de population reste faible. Néanmoins cette structure centrale, construite en 2001 par la coopération japonaise, présente à ce jour la construction la plus moderne et le plateau technique le plus récent et le plus sophistiqué du pays. C'est pourquoi, seulement cinq ans après son édification, il présente déjà un niveau d'activité comparable à celui de l'Amitié et une aire d'influence très étendue. En dehors des villages situés à proximité de l'hôpital, sa zone d'influence gagne également une large moitié est de Vientiane et le nord de la province, dépassant de la sorte celle de l'Amitié mais aussi de Mahosot. Le vaste rayonnement de Sethattirat montre que cet hôpital représente pour une partie de la population l'hôpital central de référence.

Hôpital Militaire :

Bien que cette structure soit accessible à l'ensemble de la population, les civils ne sont pas habitués à y recevoir des soins. Son niveau d'activité est faible comparé aux autres hôpitaux centraux et concerne principalement le service de médecine générale, les civils n'osant s'y rendre que pour les besoins les plus courants. Ainsi, sa zone d'attraction, étendue sur la province et sans organisation précise, reflète le réseau d'installation des militaires à partir duquel s'est engagé, de bouche à oreille, le recours des civils.

L'attractivité des hôpitaux centraux - l'Hôpital Militaire mis à part, du fait de son statut particulier - augmente principalement avec la qualité du plateau technique et des locaux. La comparaison de Sethattirat et l'Amitié en témoigne puisque le premier a un champ d'action beaucoup plus étendu alors qu'ils présentent tous deux des caractéristiques comparables (en termes de capacité d'accueil, de proximité d'offres de soins concurrentes, de liaison au réseau routier, de situation dans la ville), excepté sur le plan de l'équipement, Sethattirat disposant des installations les plus récentes et sophistiquées.

Synthèse

Au terme de cette analyse, les territoires d'attraction des structures de soins publiques montrent un système inopérant où seuls sont attractifs les hôpitaux centraux.

Les décrets et politiques appliqués par les pouvoirs publics depuis les années 1990 ont autonomisé la gestion et le financement des structures de soins et ainsi perpétué l'appauvrissement de ces établissements. Manquant d'administration efficace (défaut de formation, pesanteurs bureaucratiques), de soignants qualifiés et impliqués (insuffisance des salaires, attrait du secteur privé) et d'appareils médicaux opérationnels, les structures peinent à développer leur attractivité dont dépendent leur financement et leur fonctionnement. Le soutien qu'accorde l'aide internationale grâce aux dons d'équipement, à la rénovation des bâtiments ou encore au financement du fond de roulement des médicaments, est ponctuel et peu planifié, et ne saurait contrecarrer l'abandon du système de soins par les pouvoirs publics. Dans ce contexte, les hôpitaux centraux, structures au sommet de la pyramide sanitaire, restent les plus fonctionnels. Emblèmes du développement national et uniques établissements en mesure de minimiser le recours des Laotiens aux structures thaïlandaises, les autorités y concentrent les dépenses de santé publiques et l'essentiel de l'aide étrangère. Ces hôpitaux polarisent par conséquent la consommation médicale. Au contraire, les structures de rang inférieur, autonomes mais disposant de faibles moyens d'actions, présentent des territoires d'attraction révélateurs de leur incapacité à s'autogérer. Les dispensaires, dénués de toutes ressources, ont une attractivité quasi nulle dépendante du dévouement du personnel. Les hôpitaux de district ont une renommée telle qu'ils exercent une influence restreinte et ne prennent en charge qu'une part mineure des besoins de soins courants, bien qu'ils constituent les premières structures du système de référence ; soumise à leurs propres (in)capacités, leur attractivité est meilleure là où les circonstances jouent en leur faveur (absence d'offres de soins concurrentes, proximité du réseau routier, etc.) et marginale ailleurs. Ainsi le système de soins public s'organise-t-il principalement dans le manque et de manière autonome.

Pourquoi les pouvoirs publics renoncent-ils à l'un des instruments qui ont fondé leur légitimité ? Faut-il y voir le signe d'une contradiction du régime autoritaire, l'aveu de sa faiblesse ou bien le résultat d'ajustements stratégiques ?

L'abandon que subit le système de soins public s'inscrit dans les réformes économiques entreprises au milieu des années 1980. La libéralisation du marché redéfinit les priorités et les outils du pouvoir. Le système de soins, autrefois objet d'instrumentalisation par le régime communiste, passe désormais au second plan. Bien qu'encore préservé dans les discours et soutenu au besoin, notamment lorsque les implications sont politiques (cas des hôpitaux centraux), il ne constitue plus un enjeu à l'heure où le bien-fondé du régime repose sur le tout-économique.

Les choix opérés par les dirigeants dans le champ social de la santé (abandon progressif du système de soins public et attitude de laisser-faire face aux soins privés) laissent plus

globalement présumer un dessaisissement de la chose publique par les autorités, qui livreraient la société à elle-même. L'analyse du recours aux soins des Vientianais traduit-il ce phénomène ? En dépit d'un système de soins public sinistré et d'un secteur privé non régulé, comment s'organise le recours aux soins de la population ?

Partie 3 :

Les territoires du recours aux soins



Introduction

La géographie du système de soins, abordée au travers des deux indicateurs usuels, la localisation des services de santé d'une part et leur champ d'action d'autre part, a permis de caractériser l'organisation et les dysfonctionnements du dispositif sanitaire. Ainsi a-t-on pu établir que l'offre, peu réglementée et administrée, présente une répartition spatiale inégale et se compose de structures multiples dont la qualité est variable. Elle comprend en effet des établissements publics dotés de ressources inégales (ressources financières, humaines et techniques), des structures privées, formelles et informelles, et une offre traditionnelle plurielle (herboristes et guérisseurs magico-religieux). Or, il importe *in fine* de définir la manière dont les habitants de Vientiane s'accommodent à l'offre disponible, et précisément, de déterminer leurs territoires de recours aux soins.

Alors que le territoire, entendu dans le cadre de notre thèse comme un espace pratiqué par des acteurs, désignait dans les deux parties précédentes l'espace d'implantation des fournisseurs de soins (cf. partie 1) puis celui où s'exerce leur attraction (cf. partie 2), il correspondra ici aux espaces de soins fréquentés, c'est-à-dire aux structures sanitaires qu'utilise la population.

Etudier les territoires du recours aux soins revient donc à analyser leur configuration, mais au préalable, leur existence même. Ce volet permettra en effet de différencier ceux qui « ont du territoire » de ceux qui n'en ont pas, donc d'identifier et de quantifier les individus exclus des soins ainsi que ceux qui s'en excluent eux-mêmes. Ensuite nous caractériserons le territoire de recours des populations consultantes qui, selon le cas, se présente comme plus ou moins complexe, étendu, choisi, subi en fonction du nombre et du type de services fréquentés.

Avant de présenter les résultats, nous exposons et discutons les données qui ont servi à cette recherche ainsi que les populations d'étude privilégiées.

Chapitre 8. Appréhender le recours aux soins

L'essentiel des matériaux collectés pour étudier le recours aux soins des Vientianais est issu d'une enquête quantitative menée dans le cadre du programme I.R.D. /L.E.S.T. « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* », complétée par plusieurs entretiens qualitatifs.

I. L'enquête quantitative

▪ Éléments généraux de méthodologie

L'enquête de santé, réalisée à Vientiane en février et mars 2006, prolonge des travaux antérieurs menés par l'I.R.D. / L.E.S.T. à Ouagadougou en 2004. La thématique commune à ces deux projets, « ville et santé », répond aux inquiétudes suscitées par l'impact de l'urbanisation sur la santé des populations des P.E.D. Cette recherche trouve justification sur le terrain laotien où il n'existe aucune donnée sanitaire à l'échelle de la capitale alors que le processus d'urbanisation, enclenché depuis l'ouverture économique à la fin des années 1980, se maintient à un rythme soutenu.

Conçue en collaboration avec l'Institut National de Santé Publique et la Faculté des Sciences Médicales, l'enquête sanitaire recouvre les thématiques de l'accès aux soins et des états de santé, déclinées selon les trois axes de recherche suivants :

- l'état de santé des habitants de Vientiane (Julie Vallée¹³⁶)
- le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande (Audrey Bochaton¹³⁷)
- le recours aux soins des Vientianais (Virginie Mobillion)

La zone d'étude, circonscrite à l'espace urbain, correspond aux 148 villages définis par notre équipe de recherche (cf. chapitre 2). Le choix des villages d'enquête a été élaboré de manière à garantir la représentativité des résultats à l'échelle de la ville et à celle des trois strates d'urbanisation qui la composent : une couronne très urbanisée, une couronne intermédiaire et une couronne peu urbanisée¹³⁸ (carte 54). Après avoir considéré la représentativité spatiale et statistique des résultats ainsi que les impératifs

¹³⁶ *Urbanisation et santé à Vientiane (Laos) : les processus à l'origine des disparités spatiales de santé dans la ville*, Julie Vallée, 2008.

¹³⁷ *Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande*, Audrey Bochaton, 2009.

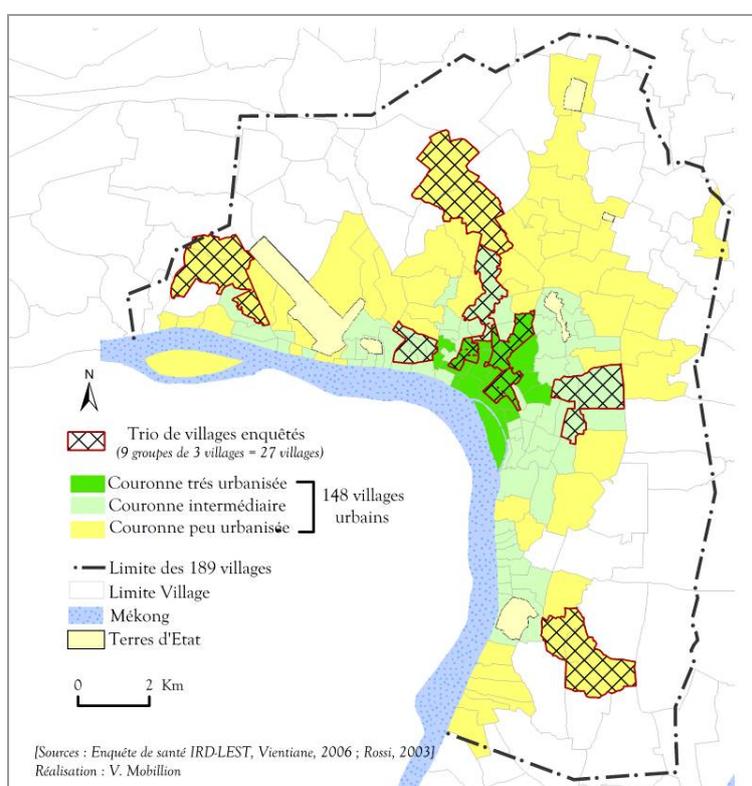
¹³⁸ La méthodologie du plan de sondage comme celle de la stratification urbaine ont été élaborées principalement par Julie Vallée et sont détaillées dans son mémoire de thèse ainsi que dans un article collectif [Vallée *et al.* 2007].

Dans les chapitres suivants, les résultats présentés à l'échelle de la ville et à celle des strates urbaines ont tous été calculés en tenant compte du plan de sondage adopté. Ces calculs ont été réalisés avec le logiciel SPSS.

logistiques et financiers, 27 villages ont été sélectionnés, comprenant 9 groupes de trois villages contigus [Vallée *et al.*, 2007].

Concernant la population d'étude, elle est identique à celle retenue pour l'enquête de Ouagadougou et comprend les adultes, âgés de 35 ans et plus, et les enfants, âgés de moins de 6 ans. En outre, afin de cibler une population spécifiquement urbaine, seuls les adultes vivant à Vientiane depuis au moins cinq ans et les enfants nés dans la capitale étaient éligibles. A partir d'une base de sondage établie sur ces critères d'éligibilité¹³⁹, nous avons tiré au sort autant de ménages que nécessaire pour enquêter 2 000 adultes et 2 000 enfants, soit environ 75 adultes et 75 enfants dans chacun des 27 villages.

Carte 54 - Localisation des couronnes d'urbanisation et des villages enquêtés



Les données recueillies reposent sur trois questionnaires distincts. Le questionnaire destiné aux « ménages¹⁴⁰ », auquel répondait le chef de famille à son domicile, détaille les caractéristiques socioculturelles, le niveau de vie et les conditions d'hygiène des membres du foyer (cf. **Annexe 5**). A l'issue de cet entretien, un individu éligible du ménage (adulte ou enfant) était tiré au sort et invité à se rendre dans le centre d'enquête mobile installé pour l'occasion au milieu des trois villages enquêtés. Les individus sélectionnés

¹³⁹ Deux mois avant l'enquête, nous avons organisé avec l'aide des autorités villageoises le dénombrement de la population dans les 27 villages d'enquête afin d'établir une base de sondage.

¹⁴⁰ Compte tenu des réalités locales, nous avons défini le ménage comme étant un groupe de personnes habitant sur un même terrain (dans une ou plusieurs maisons) ou dans un même immeuble **et** partageant le même repas.

répondaient selon le cas à un questionnaire « adulte » ou un questionnaire « enfant », deux formulaires permettant de définir leur état de santé et leur comportement de soins (cf. **Annexes 6 et 7**). En dernier lieu, une fois l'entretien terminé, l'enquête se poursuivait par un examen médical¹⁴¹ et, pour les adultes uniquement, par un bilan dentaire.

Au total, nous avons interrogé 2042 adultes et 1650 enfants¹⁴². Le taux de participation, estimé à 91%, a garanti une bonne représentativité de l'échantillon visé.

Cette enquête de type quantitatif, conduite en langue laotienne, a nécessité la contribution d'une quarantaine d'enquêteurs¹⁴³. Par conséquent, notre équipe de recherche a prêté une attention particulière aux phases d'élaboration de l'enquête, l'entretien lui-même incombant aux seuls enquêteurs. Le questionnaire, l'enquêteur et l'enquêté étant les trois points fondamentaux à partir desquels s'articule l'entretien, nous avons concentré nos efforts sur la qualité des grilles d'entretien, la formation des enquêteurs et la mise en place d'un cadre d'énonciation calme et commode pour les enquêtés.

Les questionnaires ont été traduits, testés et ajustés à plusieurs reprises avant d'être validés comme un support clair et adapté aux contraintes locales. Nous avons en outre procédé à une double traduction, du français vers le laotien et inversement, de manière à s'assurer que les questions, une fois traduites dans la langue locale, restaient conformes aux énoncés initiaux. Les enquêteurs, quant à eux, ont été formés pendant une semaine, au cours de laquelle leur ont été présentées les règles de formulations et les consignes spécifiques aux différentes questions, avant qu'ils ne s'exercent eux-mêmes lors de simulations d'entretien. Par ailleurs, pour simplifier la relation d'enquête, nous avons privilégié parmi les candidats de jeunes étudiants lao car leur ethnie d'appartenance comme leur âge pouvaient faciliter le rapport social avec les enquêtés. Ces derniers partageaient ainsi la même culture que les enquêteurs et bénéficiaient en outre du statut d'aîné susceptible d'atténuer la gêne provoquée par la situation d'entretien (caractère intimidant de l'interrogatoire, peur de la mauvaise réponse, crainte de ne pas comprendre la question, etc.). Enfin, nous avons agencé le centre de façon à ce que chaque enquêteur dispose d'un espace où recevoir les enquêtés, ce qui offrait un cadre d'énonciation permettant la confidentialité.

Ces différentes précautions, sans qu'elles puissent annihiler la distance qui, particulièrement dans le cas d'une enquête quantitative, sépare le chercheur de son objet de recherche ici, l'état de santé et le comportement de soins de la population, ont néanmoins permis d'optimiser la qualité des données collectées.

¹⁴¹ Pour les adultes, l'examen, assuré par des médecins, a consisté à mesurer le poids, la taille, la tension artérielle, la température, le taux de glycémie, l'anémie, puis à effectuer un prélèvement sanguin en vue d'étudier la prévalence de la dengue, de l'encéphalite japonaise, de la leptospirose et du typhus. L'examen médical des enfants, similaire à celui des adultes, ne comprenait toutefois ni la mesure de la tension artérielle ni celle de la glycémie.

¹⁴² L'effectif des enfants, plus faible que celui des adultes, s'explique par le nombre moins important d'enfants vivant dans les villages du centre-ville.

¹⁴³ Menée simultanément dans trois sites différents, l'enquête a nécessité la contribution de trois équipes. Installée dans un centre d'enquête mobile, chaque équipe était constituée d'une des superviseuses (A. Bochaton, J. Vallée et V. Mobillion), son assistant, quatre enquêteurs « ménage », quatre enquêteurs « individus », deux médecins et deux dentistes.

Photographie 23 - Déroulement de l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T., Vientiane 2006



L'enquête des "ménages"
L'enquêteur se rend au domicile des familles où il remplit le questionnaire de l'entretien avant de tirer au sort les individus éligibles.



Le centre d'enquête mobile
Les individus sélectionnés se rendent dans le centre d'enquête mobile (installé ici sur le terrain d'une pagode) où ils répondent à un questionnaire individuel et subissent un examen médical.



Le cadre d'énonciation
L'enquêteur invite chaque individu sélectionné à s'installer autour d'une table isolée des autres activités du centre.



Les mesures biomédicales
L'équipe médicale reçoit un à un les enquêtés pour procéder aux différentes mesures biomédicales (poids, taille, tension, taux d'hémoglobine et de glycémie, etc.)



L'examen bucco-dentaire
Cet examen, assuré par deux dentistes, constitue la dernière étape de l'enquête individuelle.



Bureau de contrôle des questionnaires
À l'issue de l'entretien, le questionnaire est remis à l'équipe de supervision (superviseuse/assistant) afin d'être contrôlé (correction des données manquantes et des incohérences).

■ L'étude du recours aux soins

Il existe deux questions-types principales pour étudier le recours aux soins. L'une consiste à interroger les pratiques des individus en cas d'événement morbide (« Suite à ce problème de santé, êtes-vous allé consulter ? »), l'autre s'appuie sur les pratiques en général (« Que faites-vous en cas de fièvre ? »). La première méthode a l'avantage d'étudier les

comportements de soins à partir d'une situation concrète et permet ainsi d'aborder les différentes démarches de soins : le recours, l'abstention et l'automédication. Elle conduit néanmoins à restreindre la population d'étude puisque certains individus ne déclarent pas de problèmes de santé. Quant à la seconde méthode, elle permet au contraire de sonder l'ensemble des enquêtés mais, fondée sur une situation plus abstraite, elle ne garantit pas que les opinions déclarées soient conformes aux comportements réels. Il est probable qu'en raison d'éléments imprévus et/ou conjoncturels (liquidité du moment, conseil d'une connaissance, événement morbide inconnu, etc.), le comportement adopté par l'individu s'éloigne de ses pratiques usuelles. Aussi arrive-t-il que les déclarations des enquêtés relèvent davantage de la norme sociale que de la réalité.

Ainsi, dans un cas (situation concrète), les données collectées sont précises mais souvent insuffisantes, dans l'autre cas (situation abstraite), elles permettent une bonne représentativité des pratiques mais correspondent à des comportements hypothétiques. Compte tenu de la complémentarité de ces méthodes, nous avons conçu le questionnaire selon cette double démarche, en vue de l'analyse des données, qui étudiera essentiellement les pratiques concrètes, étayées au besoin par les pratiques générales.

Pour les adultes, nous avons ainsi étudié les comportements de soins réels en cas de :

- problème de santé survenu dans les 15 jours précédant l'enquête¹⁴⁴
- problème dentaire survenu dans les douze mois précédant l'enquête.

Les pratiques hypothétiques ont quant à elles été étudiées en cas de :

- problème de santé jugé bénin : « *Que faites-vous lorsque vous avez un problème de santé qui vous paraît bénin ?* »
- problème de santé jugé grave : « *Que faites-vous lorsque vous avez un problème de santé qui vous paraît grave ?* »

En plus de ces questions principales qui permettent d'étudier l'éventail des pratiques (recours/automédication/abstention) dans une situation donnée (concrète ou abstraite), d'autres, de portée partielle, nous renseignent en particulier sur les différents modes de recours utilisés et sur le renoncement. Précisément, elles permettent d'estimer :

- les structures de soins fréquentées : « *Ces douze derniers mois, êtes-vous allé à la pharmacie/au dispensaire/à l'hôpital de district/à l'hôpital central/à la clinique/dans une structure de soins thaïlandaise/chez un herboriste/chez un guérisseur magico-religieux ?* »

¹⁴⁴ Nous avons retenu quinze jours comme période de rappel car elle est suffisamment courte pour éviter les imprécisions et les biais de sous-déclaration [Kröger, 1983]. Si cette précaution permet d'améliorer la qualité des données collectées, elle empêche toutefois d'étudier l'itinéraire thérapeutique qui, lorsqu'il comprend plusieurs appels aux structures de soins, peut s'étendre sur plusieurs semaines. En outre, vu les écarts temporels entre les épisodes morbides déclarés – certains étant apparus quelques jours avant l'enquête et d'autres plus d'une dizaine de jours auparavant –, notre analyse s'est focalisée uniquement sur la première démarche de soins entreprise (recours/automédication/abstention) car elle constitue la seule phase de l'itinéraire pour laquelle nous disposons d'informations pour tous les enquêtés.

- l'importance du recours en Thaïlande : « *Avez-vous déjà eu recours à des soins médicaux en Thaïlande ?* »
- le renoncement aux soins : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à certains soins pour des raisons financières ?* »
- et indirectement, le renoncement aux soins dentaires à travers la question suivante : « *De quand date votre dernière consultation chez le dentiste ?* » Celle-ci permet en effet de dissocier les individus qui ne sont jamais allés chez le dentiste des autres.

Le questionnaire destiné aux enfants a été construit sur ce même modèle bien qu'il admette toutefois deux adaptations : nous avons d'une part écarté de l'analyse le recours dentaire, inapproprié pour la classe d'âge concerné et d'autre part, étudié le lieu où la mère de l'enfant avait accouché (à son domicile/dans une structure de soins).

Les thématiques abordées dans les questionnaires individuels, des adultes comme des enfants, permettent ainsi d'étudier l'accès à différents types de soins : ceux relevant de la médecine générale ou de spécialités médicales (soins dentaires, soins obstétricaux), l'intérêt étant d'appréhender plusieurs dimensions de l'accessibilité¹⁴⁵. En plus des soins curatifs, nous avons envisagé d'aborder les soins préventifs, notamment pour évaluer l'importance qu'accordent les Vientianais à préserver leur « capital santé ». Or, le terme « préventif » n'ayant pas d'équivalent en laotien, nous avons étudié cette thématique au travers de questions indirectes¹⁴⁶, mais sans qu'elles n'aient permis d'obtenir des données exploitables. Du fait que la notion même de prévention reste obscure pour la plupart des enquêtés, ces derniers ont appréhendé nos formulations de manière trop équivoque pour nous nous autorisons à en interpréter les résultats.

Il convient en outre de signaler que nous n'avons pu estimer que de manière approximative le recours à la médecine magico-religieuse. Cela s'explique d'une part par la considération de ces pratiques de la part des autorités, qui provoque une gêne chez les enquêtés. D'autre part, l'étude d'un tel sujet aurait nécessité le concours d'un anthropologue spécialiste de la question : ses méthodes d'investigation et ses connaissances locales auraient été précieuses lors de l'élaboration du questionnaire et auraient permis une formulation adéquate de ces questions sensibles dans la terminologie propre à la médecine magico-religieuse lao.

Ainsi, le fait que 2% des adultes enquêtés déclarent avoir eu recours à ce type de guérisseur lors des douze derniers mois correspondrait à une sous-estimation du phénomène. Même si l'offre de soins biomédicale concurrence en partie la médecine magico-religieuse, tout porte à croire que cette dernière constitue l'une des alternatives de soins utilisées. Le culte que les Lao vouent aux esprits du sol en vue de se protéger des

¹⁴⁵ Nous avons également envisagé d'étudier les pratiques en cas de maladie chronique mais en raison de la difficulté à traduire le terme « chronique », nous avons préféré écarter cette thématique de notre analyse.

¹⁴⁶ Celles-ci concernent notamment les soins gynécologiques (« *Est-ce que vous avez l'habitude d'aller régulièrement chez le gynécologue pour faire une visite de contrôle (donc en dehors d'un suivi de grossesse ou d'un problème de santé particulier) ?* ») et dentaires (« *Ces deux dernières années êtes-vous allé chez le dentiste pour une visite de contrôle ou pour un détartrage ?* »).

situations d'infortune et notamment de la maladie, en témoigne. On observe aisément, même dans la capitale, l'existence de petits autels dédiés à ces génies sur la plupart des parcelles d'habitation (photographie 24). Les familles y déposent régulièrement des fleurs et autres offrandes pour entretenir la faveur des esprits qui y résident, esprits qu'elles ont d'ailleurs dû consulter lors du rituel précédant toute construction de maison. A côté de cette cérémonie particulière à laquelle il nous a été donné d'assister à plusieurs reprises, nous avons eu écho de plusieurs situations d'infortune attribuées aux esprits des lieux. C'est ainsi qu'en 2004, lors de la construction en bordure du Mékong de l'hôtel *Don Chan*, le plus haut bâtiment de Vientiane (16 étages), la population a interprété la mort de l'un des ouvriers comme une vengeance de l'esprit résident, qui aurait été importuné par les travaux. Suite à ce décès, les ouvriers lao ont déserté le chantier et les entrepreneurs été contraints de faire appel à une main d'œuvre étrangère.

Photographie 24 - Autel dédié aux esprits du sol



Source : V. Mobillion, 2007

Un autre exemple, qui concerne la démarche de soins entreprise par la sœur de l'une de nos connaissances, souligne la forte imprégnation de ces croyances à toutes les sphères de la société. La jeune fille en question, née à Vientiane, issue d'une famille lao aisée, diplômée d'un master effectué à Bangkok, après plusieurs tentatives de soins, a eu recours aux services d'un guérisseur magico-religieux pour soigner des maux de ventre qui l'affectaient quotidiennement depuis plusieurs semaines. Ce dernier a interprété la douleur comme la réaction d'un esprit outragé : lors d'un déplacement en autocar que la jeune fille avait effectué plusieurs mois auparavant dans le sud du Laos, elle avait dû selon lui, lors d'une pause à mi-parcours, uriner sur un lieu où résidait un esprit qui, en retour, l'avait accablée de ces douloureux maux de ventre. Or, peu de temps après la séance d'incantations du guérisseur, les douleurs de la jeune fille s'étaient estompées. Cette anecdote illustre le rôle fondamental assuré par ces praticiens dans la prise en charge des désordres psychologiques et des manifestations psychosomatiques qui les accompagnent. Vu que les troubles psychiques sont associés au monde spirituel, les

services de santé modernes ne sauraient par conséquent les prendre en charge ni même y prétendre.

Ainsi, contrairement aux résultats issus de notre enquête, ces différentes remarques soulignent que les membres de la société lao sont en plusieurs occasions susceptibles de recourir à un guérisseur magico-religieux, notamment lorsque leur problème de santé est associé à l'offense d'un esprit ou bien quand le système de soins moderne ne parvient pas à guérir certains de leurs symptômes.

II. Les entretiens

En complément des données collectées lors de l'enquête quantitative, dont l'intérêt est de mesurer un phénomène auprès d'une population représentative, nous avons eu recours à une approche qualitative, l'entretien. Celui-ci est en effet particulièrement adapté à l'étude du recours aux soins pour intégrer les notions de temporalité, de causalité et de complexité qui commandent la démarche du patient ; des notions que peuvent difficilement rendre des questions « fermées » comme celles utilisées pour l'enquête de santé. La complémentarité des deux méthodes s'exprime donc ainsi : la première quantifie le recours aux soins quand la seconde le qualifie et, de la sorte, le rend plus intelligible.

Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs : nous avons établi une liste des principaux points à aborder de façon à guider l'entrevue tout en laissant la personne interrogée maître de son discours. Malgré une apparente liberté, le cadre énonciatif n'est pas sans présenter des limites, vu la distance qui sépare l'enquêteur (observateur étranger) de l'enquêté (personne observée soumise à des questions pouvant parfois apparaître inattendues voire déconcertantes). Or, sans l'annihiler, la distance socioculturelle de la relation a été quelque peu atténuée du fait que les personnes interrogées, tirées au sort parmi l'échantillon de l'enquête quantitative, étaient déjà familiarisées à notre équipe de recherche et lui accordaient une certaine confiance. Lors de l'enquête de santé, plusieurs attentions prêtées aux enquêtés (prise en charge de la consultation et du traitement en cas de problème de santé détecté dans le centre d'enquête, don de dentifrice, savon ou shampoing, etc.) avaient en effet contribué à véhiculer une image positive du programme I.R.D./L.E.S.T. Par conséquent, les individus sélectionnés nous ont réservé un accueil favorable lorsque, plusieurs mois après l'enquête de santé, nous les avons contactés pour effectuer cette étude complémentaire.

Les entretiens, au nombre de quinze, ont permis de cibler les principaux comportements de soins. L'interview portait sur le parcours adopté lors du dernier problème de santé survenu, et de manière transversale, sur les démarches de soins habituelles et l'appréciation de l'offre disponible. Enfin, les enquêtés étaient invités à formuler d'éventuelles recommandations pour améliorer le système de soins. Quitte à perdre une partie de l'information, nous avons choisi de consigner directement par écrit les paroles des personnes interrogées grâce à la traduction orale simultanée de notre assistante plutôt que de recourir à un enregistrement sonore au moyen d'un dictaphone, dont l'usage, dans le contexte laotien, risquait d'accentuer un phénomène d'autocensure.

En définitive, malgré leur imperfection¹⁴⁷, les matériaux collectés nous ont permis de saisir la perception et l'usage des structures de soins des personnes enquêtées. D'autres éléments déterminants du recours (rôle du réseau social, défaut de considération des soignants envers certains malades, etc.) ont par ailleurs émergé en filigrane dans leurs discours.

Les différents résultats issus de ces entretiens s'intégreront à notre argumentaire de manière à compléter et à appuyer les données collectées lors de l'enquête de santé.

¹⁴⁷ En effet, la complexité des itinéraires thérapeutiques, compte tenu de la bénignité des problèmes de santé dont avaient été affectées la plupart des personnes interrogées, n'a pu être rendue que de manière incomplète.

Chapitre 9. Etudier les territoires du recours aux soins : une approche sociale

L'étude des territoires du recours aux soins offre plusieurs possibilités d'analyse suivant les populations d'étude ciblées et les objectifs visés. Nous présentons ci-dessous l'approche adoptée.

I. Perspective de recherche privilégiée

Afin de comprendre les mécanismes de construction des territoires, la méthode poursuivie jusqu'ici a consisté à mettre au centre de notre réflexion les acteurs concernés, soit ceux au fondement du processus décisionnel. Ainsi, dans le cas de l'étude spécifique des territoires du recours aux soins, cette démarche revient à considérer au point de départ de notre raisonnement la population de Vientiane, à qui revient l'initiative de se soigner.

Or, comment envisager cette population, sachant qu'elle ne comprend pas un type d'« acteur » unique mais recouvre plusieurs sous-ensembles ? En effet, quel que soit l'angle d'approche retenu, le spécialiste appréhende la population non pas dans sa globalité mais à travers les différents groupes qui la constituent : le démographe la divise à travers ses classes d'âges, le sociologue en fonction de ses différents groupes sociaux, etc. Comment aborder une société dans l'optique d'en analyser les comportements de soins ? Le modèle d'accès aux soins établi par Andersen [Aday, 1974] isole plusieurs déterminants sociaux relevant de facteurs dits « prédisposant » (âge, sexe, statut marital, niveau d'éducation, ethnies d'appartenance, activité professionnelle, etc.) et de facteurs « facilitant » (niveau de vie, lieu de résidence, taille du ménage, etc.), tous deux susceptibles d'intervenir dans le recours. Prendre en compte ces différentes caractéristiques sociales suppose donc d'étudier l'impact de chacune d'elles et finalement d'effectuer des comparaisons, par exemple, du territoire du recours des hommes à celui des femmes, de celui des actifs à celui des inactifs, de celui des Lao à celui des ethnies minoritaires, etc. Or, envisagée sous cet angle, au travers d'un aspect particulier de la population, l'étude du recours aboutie à une compréhension partielle, qui n'est pas nécessairement en prise avec la réalité sociale locale.

A cette démarche, nous avons préféré une approche holistique capable de révéler à l'échelle du corps social les principales inégalités d'accès aux soins et d'en identifier les origines. Cette perspective de recherche a conduit à appréhender la population à partir des inégalités sociales qui la caractérisent, celles-ci se répercutant dans tous les champs d'actions humains, dont celui des comportements de soins. Ce choix de décrire les territoires du recours en fonction des principaux groupes sociaux structurants de la société vientianaise répond au relatif « vide décisionnel » concernant la question des inégalités sociales - une question cependant émergente vu les bouleversements économiques survenus depuis la fin des années 1980. Dans un pays où la doctrine repose sur l'égalité des citoyens et où la République, qualifiée de « populaire », est censée

faire des intérêts du peuple sa priorité, le dévoilement des inégalités sociales nuit à la stabilité politique. De ce fait, ce type d'information, bien qu'indispensable pour éclairer les décisions publiques, est actuellement tu par les dirigeants laotiens.

Vu la relation causale existante entre les comportements de soins et les inégalités sociales et, du fait, que celles-ci soient à la fois peu connues et supposées importantes, nous avons donc choisi d'étudier le recours aux soins par le prisme des groupes sociaux tels qu'ils s'organisent à Vientiane.

Cette approche nécessite de déterminer les divisions sociales pertinentes qui caractérisent la société vientianaise contemporaine. Une fois celles-ci définies, nous pourrons dès lors décrire les territoires de recours aux soins des différents groupes sociaux caractéristiques de la capitale.

II. A Vientiane, quelle stratification sociale ?

▪ Comment rendre compte de la stratification sociale ?

La stratification sociale correspond aux différentes divisions caractéristiques d'une société, chacune, rassemblant les individus ayant une situation semblable, c'est-à-dire disposant de ressources et de capacités d'actions similaires. Plusieurs spécialistes, économistes et sociologues, ont cherché à la modéliser en établissant des schémas fondés sur un ou plusieurs critères sociaux. Certains, comme Marx en particulier, conçoivent la dimension économique comme l'unique outil opératoire de classement. D'autres, tels Weber et Bourdieu, retiennent différents éléments pour rendre la stratification de la société. Le premier définit la position sociale d'une personne à partir de la combinaison de trois de ses statuts (économique, social et politique), tous indépendants les uns des autres. Le second distingue les individus selon la structure et le volume de leur « capital » (c'est-à-dire leurs ressources disponibles), lui-même composé des capitaux économique, social, culturel et symbolique. Warner¹⁴⁸ s'appuie, quant à lui, sur une démarche en partie empirique : il établit une « hiérarchie du prestige » à partir de la définition qu'en donne la population et de critères objectifs (profession, type de revenu et d'habitation, quartier de résidence).

Si ces différents modèles nourrissent la réflexion pour aborder la stratification sociale, ils apparaissent toutefois peu transposables à toutes les sociétés. Leur diversité traduit en effet que chacun est associé à une époque, à un lieu et aux objectifs spécifiques de son auteur. Ainsi, plutôt que de recourir à l'une de ces modélisations préexistantes, nous avons préféré définir la hiérarchie sociale telle qu'elle se présente à Vientiane, à la lumière de son histoire et de ses répercussions sur l'organisation de la société.

▪ Mécanisme de la stratification sociale caractéristique de Vientiane

¹⁴⁸ Sociologue américain. Son concept de la stratification sociale est développé dans les *Yankee City Series* (New Haven, Yale University Press, 5 volumes, 1941-1949).

Amorcé à Vientiane dans les années 1970 [Pottier, 2004 ; 90], le nouveau processus de différenciation sociale ne s'est réellement engagé qu'au milieu des années 1980, lors de l'ouverture du pays à une économie de marché. Avant cette période, la société, composée essentiellement de paysans, s'organisait à l'échelle du village et présentait une certaine homogénéité sociale, caractéristique de l'organisation traditionnelle des systèmes taï. En dehors de la distance sociale qui, agréée par la société, séparait par voie héréditaire les souverains (rois et princes) de leurs sujets (la paysannerie), il n'existait pas de divisions sociales à proprement parler. Les paysans partageaient en effet la même culture, lao et bouddhiste, et il n'existait par ailleurs pas de discriminations à l'encontre des femmes¹⁴⁹. Ils formaient ainsi une unité qui permettait de maintenir l'équilibre de la communauté villageoise : l'individu, maillon du tout sociétal, n'avait dès lors pas de valeur sociale spécifique [Raendchen, 2000, 59]. Comme le souligne Pottier, la faible pression démographique contribuait en outre à éviter la compétition entre les villageois ainsi que toute forme d'individualisation : « *Le simple fait pour une famille de mettre en culture un terrain resté en friche permettait de s'en considérer comme le propriétaire [...] Dans la mesure où les terres représentaient, dans la société traditionnelle lao, le principal instrument de production de richesse, il n'y avait du fait de son abondance relative, que fort peu d'inégalités socio-économiques entre les familles villageoises* » [2004, 87]. La stratification sociale déjà peu susceptible de se développer était encore modérée par un système de redistributions des richesses qui, organisé au travers de dons effectués auprès des institutions bouddhiques, venait contenir toute velléité individualiste.

A Vientiane, ce modèle social s'est progressivement modifié et la stratification sociale amorcée lorsqu'au cours des années 1970, l'économie s'est transformée sous l'effet de l'affluence des capitaux américains. Aux inégalités de naissance, qui caractérisaient la société traditionnelle et dessinaient une structure duale (sujet/souverain), se substituaient alors des inégalités spécifiquement sociales. Même si la population était encore majoritairement paysanne, certains de ses membres avaient pu accéder à d'autres secteurs d'activité et devenir fonctionnaires, commerçants, artisans, ou ouvriers. La complexification de l'économie, bien que naissante, concourait ainsi à diversifier les agents économiques et à initier un processus de différenciation sociale. Cette évolution a été néanmoins rapidement interrompue par le gouvernement de la RDP Lao qui, dès son investiture, a généralisé la collectivisation des moyens et des biens de production.

En 1986, le processus de différenciation sociale s'est ré- initié suite à la libéralisation économique entreprise au travers de l'application du NEM. Depuis, le pays n'a cessé de renforcer son engagement à la ligne économique libérale – il prépare actuellement son accession à l'Organisation Mondiale du Commerce¹⁵⁰.

A l'échelle nationale, Vientiane est de loin le lieu le plus intégré à cette économie. En tant que capitale et site privilégié des échanges commerciaux et de la production de biens, la ville affiche un revenu annuel moyen par habitant équivalent à plus du double de celui des autres provinces [Long, 136, 2002]. En outre, son développement est

¹⁴⁹ Dans la société lao, les femmes occupent une position influente et, en particulier, gèrent la plupart des affaires internes au ménage (éducation, gestion des ressources, etc.) [Doré, 18, 1972 ; Raendchen, 2000, 59].

¹⁵⁰ « La RDP Lao prépare actuellement son accession à l'OMC », *Le Rénovateur*, 31 août 2009.

conforté du fait de sa position frontalière avec la Thaïlande, une situation favorable à la circulation de marchandises, de capitaux, de technologies et de savoir-faire, facilitée par un réseau de communications diversifié. En effet, Vientiane est reliée aux principales villes thaïlandaises frontalières par le Pont de l'Amitié construit en 1994, des navettes transfrontalières mises en place en avril 2004 et une connexion ferroviaire établie depuis mai 2009.

Photographie 25 - Le Pont de l'Amitié



Source : V. Mobillion, mars 2008

Premier pont sur le Mékong reliant la RDP Lao et la Thaïlande, il symbolise le rapprochement économique des deux pays. Les formalités de passage, au début dissuasives du côté laotien (en termes de coût et de durée de délivrance), ont été facilitées avec l'accroissement continu des échanges économiques transfrontaliers [Bochaton, 2009, 34]. Entre 1994 et 2004, le nombre de voyageurs est passé de 55 000 à 800 000 individus [Taillard, 2005, 76]. La nationalité des usagers, laotienne pour près des 2/3, illustre le sens de la dépendance entre les deux pays. Dans le sud du Laos, deux autres ponts ont été inaugurés en 2000 et 2006 dans les villes de Paksé et Savannakhet, et deux nouvelles constructions sont également programmées pour les années à venir.

Depuis la fin des années 1980, le paysage urbain de la capitale s'est par conséquent transformé : les symboles de la libéralisation économique se sont progressivement substitués à ceux de l'austérité socialiste (planche photographique 26, page 323).

Au fil du temps se sont développés des commerces de proximité en tout genre (coiffeurs, boutiques de prêt-à-porter, mini-laboratoires de photographie, fleuristes, etc.), des marchés alimentaires bien achalandés, plusieurs supérettes, et au cours des années 2000 ont été construits les deux premiers centres commerciaux. La ville s'est aussi affublée de nombreux panneaux publicitaires qui, érigés dans tous les lieux stratégiques (feux rouges, ronds-points, avenues), promeuvent les nouveaux produits disponibles. Le développement d'établissements bancaires, de cybercafés, d'hôtels et de restaurants témoigne du bouleversement des modes de vie. Aussi les transformations s'inscrivent-elles dans les formes de l'habitat : on observe désormais de nombreuses déclinaisons entre la maison traditionnelle lao (en bois et sur pilotis) et des maisons aux dimensions et ornements palatiaux. Il faut également mentionner la multiplication des moyens de transport motorisés et en particulier des motocycles, même si, depuis environ cinq ans, on constate dans les rues de la capitale une augmentation significative d'automobiles, principalement des quatre-quatre et pick-up de standing. Enfin, le changement se donne aussi à voir au travers des nouvelles modes vestimentaires et musicales, d'inspiration occidentale.

Photographie 26 - Marqueurs spatiaux du développement économique de la capitale



Infrastructures commerciales De gauche à droite : marché alimentaire de Thong Khan Kham neua, magasin de décoration, complexe commerciale (vue de face puis de côté) et supérette.



Encarts publicitaires



Développement d'activités commerciales familiales variées De gauche à droite : magasin de prêt-à-porter, coiffeur, épicerie installée sur le terrain de la propriété, etc.



Nouveaux types de constructions résidentielles

Source : I. Cnégret, 2006

De manière plus profonde que ces manifestations physiques, la libéralisation économique – qui, comme nous l’expliquons par la suite, reste peu régulée – a profondément modifié la mécanique sociétale traditionnelle, au point de diviser le corps social. Ainsi est-on passé d’une organisation que l’on pouvait encore en partie qualifier avant 1986 de société-holiste, où l’individu est un élément intégré au système sociétal, à une société-atomiste qui donne à chacun toute son individualité. Les individus n’ont plus, comme par le passé, un rôle et une place prédéfinis dans et par la société, mais doivent désormais concevoir leur propre parcours de vie. Or, du fait que les citoyens ne bénéficient pas tous des mêmes capacités pour saisir les opportunités offertes par ce contexte de libre-entreprise, la société s’est divisée. En dépit de l’égalité de droit octroyée à tous (droit parachevé en 1991 dans l’article 22 de la Constitution de la RDP Lao), les inégalités de fait, à relier aux biens matériels (propriété, fortune) et immatériels (compétences) dont la plupart sont perpétués de génération en génération, subsistent. En outre, sous l’effet de l’esprit compétitif auquel appelle le libéralisme, ces inégalités s’accroissent ; la quête perpétuelle de ressources monétaires qu’impose le système économique actuel (dans le but de survivre pour certains, de bien vivre pour d’autres et d’acquérir davantage de biens de consommation pour les plus favorisés) met en concurrence l’ensemble du corps social, ou, pour le moins, freine les anciennes formes de solidarité et de redistribution. A ces mécanismes similaires que Tocqueville observa dans l’Amérique égalitaire et libérale du XIX^{ème} siècle, il associa le terme d’*individualisme*, qu’il définit comme un « *sentiment réfléchi qui dispose chaque citoyen à s’isoler de la masse de ses semblables et à se retirer à l’écart avec sa famille et ses amis de telle sorte que, après s’être créée une petite société à son usage, il abandonne volontiers la grande société à elle-même* »¹⁵¹. A Vientiane, le développement du libéralisme se traduit également par un important affaiblissement de la cohésion sociale. La solidarité, qui traversait autrefois la société (du roi vers les sujets et des sujets entre eux), est désormais à l’image de ce monde social « atomiste » : exprimée principalement dans l’entre-soi. Compte tenu des valeurs actuellement véhiculées, faisant de l’accumulation de richesses la principale perspective de vie, les sociabilités fondées sur l’entraide communautaire se défont. Une situation, qui comme le souligne Mignot, se généralise au point d’affecter l’échelle familiale, où les différents sous-ensembles de la famille élargie, les familles nucléaires (unité comprenant les parents et les enfants), ont tendance à s’individualiser pour se donner toutes les chances d’ascension sociale¹⁵² [2003,114].

¹⁵¹ *De la démocratie en Amérique*, Alexis de Tocqueville

¹⁵² Ce phénomène semble toutefois moins répandu lorsque les différentes unités nucléaires d’une même famille vivent sur une même parcelle. Du fait de leur proximité physique, leurs liens seraient moins distendus et la solidarité plus forte. A titre d’exemple, il nous a été donné d’observer dans la famille d’une amie, la mise en œuvre d’une stratégie qui contribue indirectement à en unifier ses différentes composantes. Dans cette famille dont le niveau de vie est moyen et où vivent sur un même terrain trois ménages, l’un des enfants, un garçon d’une dizaine d’années à la scolarité brillante, bénéficie de l’attention de l’ensemble des adultes, parents, oncles et tante - qui sacrifient de leur temps ou de leurs économies pour lui offrir la meilleure éducation. Cet enfant suit notamment des cours de français – une matière à présent peu enseignée au Laos – et lorsque je visitais mon amie, celle-ci ne manquait pas d’inviter son neveu à me montrer ses progrès et à pratiquer la langue française avec moi pour améliorer son expression. Ainsi, dans ce contexte économique où la précarité guette chacun, la stratégie de cette famille semble consister à cristalliser ses efforts autour de la réussite de l’un des leurs, qui, à terme, pourrait bénéficier à tous.

Pour résumer, l'application du NEM oblige finalement les individus à devenir des acteurs économiques autonomes, alors qu'ils sont dotés de capacités et de ressources inégales. Ainsi, la courte expérience communiste mise à part, s'instaure après la traditionnelle société d'ordres, une société dont les divisions reposent sur un système d'inégalités sociales. Or, comme explicitée ci-dessous, cette stratification née de l'ouverture à une économie de marché s'exprime à Vientiane dans un cadre tant politique, qu'urbain et culturel, qui contribue à fortifier ses divisions.

▪ Un cadre politique, urbain et culturel propice au maintien de la stratification sociale

Le cadre politique

Le gouvernement a initié une économie de marché sans pour autant accompagner cette réforme structurelle de mesures interventionnistes de régulation des inégalités. Dans les différents domaines du social comme la santé, l'éducation ou l'emploi, il n'y a pas eu d'adaptations majeures depuis 1986 afin d'en améliorer l'accès. Si l'Etat, vu ses faibles ressources budgétaires, n'est pas en mesure de financer des politiques compensatoires, il s'implique également peu dans la conception de projets sociaux et dans l'application et la coordination de ceux développés par l'aide internationale. Plusieurs systèmes de couverture sociale (assurance maladie, vieillesse ou chômage)¹⁵³, élaborés et proposés par la coopération étrangère, restent en effet, encore à l'heure actuelle, à l'étape de projets. En revanche, plusieurs lois et décrets ont depuis été adoptés et appliqués pour faciliter l'immixtion des acteurs privés dans les domaines du social. Se sont ainsi développés plusieurs types d'infrastructures privées telles que des services de soins, des compagnies d'assurances, des écoles primaires [Boiteux, 2005] ou des instituts d'enseignement supérieur peu accessibles à la majorité, sans compter qu'ils participent à l'appauvrissement de leurs équivalents du secteur public. Ainsi, malgré le ton humanitaire qu'adoptent les politiques dans les médias, tel l'article intitulé « *Développement social, droits de l'homme et sécurité humaine* » paru en juin 2009 dans *Le Renouvateur*, l'implication sociale des dirigeants correspondrait davantage à une déclaration d'intentions (cf. **Annexe 8**).

Par ailleurs, l'Etat participe au maintien des inégalités en empêchant l'émergence d'une société civile, et avec elle les actions sociales qu'elle serait susceptible d'initier. En effet, malgré les bouleversements survenus dans le domaine de l'économie, le champ politique maintient une ligne autoritaire ; c'est ainsi que, pour maintenir la stabilité de l'appareil étatique, les dirigeants s'opposent au développement de tout espace autonome propre à l'activité citoyenne. Même si, depuis le début des années 1990, le gouvernement a admis certains assouplissements (libre circulation des individus), il maintient le contrôle de la vie sociale, notamment par le musellement de l'opinion publique. En effet, toute manifestation ou revendication est en effet interdite et les médias sont soumis à l'approbation des politiques. Les journaux, en particulier, s'apparentent à des outils de propagande¹⁵⁴ et à des relais des directives gouvernementales : « *Le travail de journaliste est*

¹⁵³ Le financement de ces systèmes de protection sociale, conçu sur le principe de la loi des grands nombres, repose sur une faible participation des ménages.

¹⁵⁴ Selon une périodicité quasi hebdomadaire, les journaux présentent une à une des pages glorieuses de l'histoire du mouvement révolutionnaire laotien.

de rapporter les bienfaits de la politique du Parti¹⁵⁵ », déclare le journaliste auquel rend hommage le quotidien *Le Rénovateur* à l'occasion de la Journée nationale des médias. Par ailleurs, malgré l'apparente quiétude qui transparaît dans la vie quotidienne, les politiques se rappellent régulièrement à la population au travers d'avertissements, de mesures répressives ou d'intimidations. On peut citer les instructions proclamées régulièrement par le gouverneur de Vientiane pour contenir l'occidentalisation croissante des modes de vie [Evans, 207, 2002] ; celles-ci stigmatisent par exemple les nouveaux codes vestimentaires, la coloration des cheveux, la diffusion de chansons étrangères lors des mariages, le développement des discothèques, etc. Ces discours qui incitent à une re-traditionalisation des mœurs et qui indirectement fustigent les symboles de l'ouverture économique sont toutefois peu offensives¹⁵⁶. En revanche, sur des questions moins sensibles, les autorités n'hésitent pas à faire des démonstrations de force. Lorsqu'en décembre 2004, Vientiane a accueilli pour la première fois la conférence annuelle des pays membres de l'ASEAN¹⁵⁷, les dirigeants, pour embellir le cadre urbain, ont sommé les habitants installés sur les principaux axes routiers de détruire leurs auvents, construits soit pour agrandir leur maison soit pour recevoir une activité commerciale. Ainsi, pendant plusieurs jours, on pouvait voir les habitants démolir une partie de leur propre habitation. Par ailleurs, sous des prétextes sécuritaires, les autorités ont demandé aux habitants non-recensés de s'enregistrer auprès de leur chef de village. En guise d'incitation, la police pouvait survenir au milieu de la nuit pour contrôler si les membres du foyer s'étaient bien déclarés auprès des autorités villageoises, comme cela s'est effectivement produit au domicile d'une amie.

Ces exemples illustrent la situation d'un pays sans droits civiques. Selon l'enquête internationale de Freedom House¹⁵⁸ qui mesure le niveau d'oppression des pays, le Laos, sur une échelle croissante graduée de 1 (absence d'oppression) à 7 (oppression totale), se situe au niveau 7 concernant les droits politiques et 6 en termes de libertés civiles. Une position proche du Myanmar qui, avec un score maximum concernant les droits politiques comme civiques, est considéré comme l'un des pays les plus répressifs parmi les quinze mondiaux. Dans un tel contexte politique, où 80% de la population¹⁵⁹ n'a pas connu d'autre organisation politique que le régime autoritaire actuel, les initiatives citoyennes sont peu susceptibles de se développer.

Promulguée officiellement en 2003, la liberté d'association n'est pas, encore à ce jour, effective. Ce droit, consenti sous l'influence de l'Organisation des Nations Unies dans le

¹⁵⁵ « Un journaliste révolutionnaire », *Le Rénovateur*, 24 août 2009, **Annexe 9**

¹⁵⁶ Par exemple, concernant les usages vestimentaires, la population est, dans la pratique, libre d'user de ses propres codes mais se voit obligée d'adopter la tenue traditionnelle lorsqu'elle a affaire à l'administration. A l'occasion d'un entretien avec l'un des chefs de villages, nous avons vu celui-ci refuser de recevoir deux jeunes femmes parce qu'elles portaient des jeans. Le chef de village s'est montré plus disponible à leur égard lorsque, quelques instants plus tard, elles se sont présentées de nouveau mais revêtues de la jupe lao traditionnelle.

¹⁵⁷ Association des Nations de l'Asie du Sud-Est

¹⁵⁸ <http://www.freedomhouse.org/template.cfm?page=363&year=2009>

¹⁵⁹ Ce pourcentage concerne la population des 193 villages urbains de Vientiane et a été calculé à partir des données du recensement national de 2005. Il comprend les personnes qui étaient âgées de moins de dix ans en 1975 ainsi que celles nées à partir de cette date.

cadre des Objectifs du Millénaire¹⁶⁰, n'a pas dans les faits été respecté des autorités laotiennes : en 2009, soit plus de cinq années après l'application de la loi, on ne recensait encore aucune O.N.G. locale ni institution comparable. Sous la pression renouvelée des organismes internationaux, les politiques ont récemment réaffirmé leur souhait de voir se développer les associations, mais les contraintes qu'ils y apposent ne sauraient dissimuler qu'il ne s'agit que d'un simulacre : « *Le gouvernement veut encourager la liberté d'association afin que la population ait l'occasion de mettre ses potentialités, sa créativité et son droit de maîtrise au service du développement socioéconomique [...] L'association ne doit pas aller à l'encontre de la constitution, des lois, des us et des coutumes de la nation, des ethnies, de l'ordre social, de la sécurité et de l'unité nationale et de la liberté d'autrui.* ¹⁶¹ ». Ces conditions, nombreuses et imprécises, sont, en définitive, assez générales pour limiter l'accréditation aux associations qui servent le développement du pays et dont les membres adhèrent aux idées du Parti.

Finalement, l'action sociale ne s'exprime qu'au travers des organisations de masse dont les présidents et vice-présidents ont rang de ministres ou de vice-ministres. Parmi ces différents organismes gouvernementaux, l'Union des Femmes lao est plus que les autres prédisposée aux actions de solidarité. Les membres actifs, représentés dans chaque village, interviennent à l'échelle locale. En dehors de l'appui logistique que ces femmes sont susceptibles d'apporter aux autorités villageoises et sanitaires¹⁶², elles peuvent, grâce aux fonds qu'elles collectent auprès des adhérentes, soutenir les familles en situation de vulnérabilité (maladie, décès, etc.), voire initier des projets plus complexes comme le développement de microcrédits. Même si l'Union des Femmes n'appartient pas, vu ses ramifications politiques, à la société civile, elle bénéficie *a priori* d'un vaste champ d'action dans le domaine social.

Toutefois, dans la pratique, sa contribution reste mineure. L'organisation est en effet devenue peu fédératrice et dispose par conséquent de faibles ressources pour mettre en œuvre des actions de solidarité. Bien que les villageoises soient régulièrement incitées à adhérer à l'Union, on estime à Vientiane que seulement un tiers d'entre elles en sont membres¹⁶³ - une proportion insuffisante vu la faible participation des adhérentes, équivalente à environ un demi-dollar par an. L'Union des Femmes connaît par ailleurs des problèmes internes qui affectent son opérationnalité. D'une part, les membres actifs présentent des compétences très inégales en raison d'une cooptation fondée sur des critères avant tout politiques, et d'autre part, ces femmes sont de moins en moins disponibles dans le contexte urbain de la capitale. En effet, la plupart d'entre elles, comme 60% des citadines¹⁶⁴, occupent un emploi, ce qui affaiblit leur investissement dans les actions bénévoles de l'Union. Ce phénomène toucherait davantage les quartiers

¹⁶⁰ Sommet organisé en septembre 2000 par l'Organisation des Nations Unies lors duquel le Laos s'est engagé à éradiquer la pauvreté d'ici 2015 en « *donnant au secteur privé et à la société civile en général, la possibilité de contribuer davantage à la réalisation des objectifs et des programmes de l'Organisation* ».

¹⁶¹ « Coup de pouce à la liberté d'association », *Le Rénovateur*, 21 septembre 2009, **Annexe 10**

¹⁶² L'assistance de ces femmes peut prendre plusieurs formes : prévenir les habitants d'une prochaine réunion du comité villageois, confectionner les repas lors des fêtes annuelles, accompagner les agents de santé lors des campagnes de vaccination, etc.

¹⁶³ Données issues de l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T. de 2006.

¹⁶⁴ Données issues de l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T. de 2006. Ce pourcentage concerne les femmes âgées de moins de 50 ans.

du centre-ville où les différentes activités, salariées comme commerciales, sont plus développées qu'en périphérie : parmi les quatre projets de microcrédits recensés dans les vingt-sept villages sélectionnés pour l'enquête IRD/LEST, tous avaient été développés dans les zones les moins urbanisées de Vientiane (couronnes intermédiaire et périphérique).

Le cadre urbain

Le dynamisme décroissant que connaît l'Union des Femmes à Vientiane illustre de manière générale l'affaiblissement des solidarités caractéristique du milieu urbain.

La dégradation du lien social est une conséquence de la vie urbaine : loin d'une économie d'autoconsommation, les individus sont contraints de rechercher des ressources financières qui leur demandent du temps et de l'énergie. Ils deviennent ainsi peu disponibles les uns pour les autres.

Par ailleurs, la forte densité de population, qui est une autre caractéristique du monde urbain, encourage indirectement une certaine dissolution des responsabilités sociales. A l'inverse du village où les habitants sont peu nombreux et se connaissent, en ville, l'anonymat rend la détresse sociale des uns plus acceptable pour les autres.

Généralement, les populations répondent à la distension des liens en ville par de nouvelles formes de sociabilité, développées par exemple dans des associations culturelles ou professionnelles mais les Vientianais, vu le contexte politique, ne peuvent en bénéficier.

Le cadre culturel

A Vientiane, le substrat culturel repose principalement sur le bouddhisme et la tradition lao¹⁶⁵. Or, ces deux cultures, sans initier à proprement parler des inégalités sociales, les légitiment chacune à leur manière.

Le bouddhisme du Theravada n'a pas vocation à intervenir dans la réglementation de la vie sociale car selon la doctrine, la position occupée par chaque individu dans la société est directement liée aux mérites acquis dans une vie antérieure [Mignot, 33, 2003]. Cette conception méritocratique conduit à ce que chacun accepte voire se résigne à sa condition, et donc indirectement à celle des autres, aussi inégales qu'elles puissent l'être. L'individualisme implicite au bouddhisme est tout à fait spécifique à la doctrine Theravada pour laquelle le salut est une quête individuelle ; la seconde école bouddhique, le Mahayana, comprend au contraire la dimension collective du nirvana [Souk Aloun, 21, 2004].

Si le bouddhisme justifie les inégalités, la culture lao les assimile dans sa tradition. L'inégalité de statut, intrinsèque à la relation entre les supérieurs (souverains) et les inférieurs (sujets), était indispensable à ces derniers, qui y trouvaient le fondement de leur protection. Elle correspondait aux yeux des inférieurs davantage à une différence qu'à une absence d'égalité, vu qu'ils tiraient bénéfice de la relation et en outre pouvaient au besoin s'en défaire pour entrer sous la dépendance d'un autre souverain. En raison

¹⁶⁵ Dans le périmètre des 193 villages urbains de Vientiane, 95% des habitants déclarent être bouddhistes et 96% lao (données issues du recensement national de 2005).

de son utilité, l'inégalité était donc bien intégrée et acceptée par la société. Aujourd'hui, bien que les inégalités soient de nature différente et n'impliquent plus, comme par le passé, de contreparties, ce soubassement traditionnel contribue à justifier et à normaliser les nouvelles inégalités.

Amorcé sous l'effet de la dynamique économique, le processus de stratification sociale est finalement d'autant plus structurant qu'il opère dans un cadre politique, environnemental et culturel favorable à son développement.

▪ A partir de quels critères peut-on identifier les strates sociales de Vientiane ?

Dans ce contexte économique libéral non régulé, la population de Vientiane, vivant dans un univers de marchandisation généralisée, voit ainsi sa propre détermination soumise à ses capacités financières – ressources sans lesquelles l'accès aux biens et services ne peut se réaliser. Le pouvoir économique des individus est par conséquent au centre du système des inégalités sociales. D'une part, il contribue directement à définir le champ des possibles et d'autre part, de lui dépendent les autres ressources susceptibles, dans la société actuelle, d'accroître les capacités d'action des individus (savoir, prestige, réseau de connaissances). Dans le domaine de l'éducation par exemple, seules les populations économiquement favorisées sont en mesure d'accéder au système scolaire privé¹⁶⁶ et ainsi d'éviter le secteur public où le contenu des enseignements, largement politisé, est de faible qualité [Evans, 211, 2002]. Le prestige, dont on peut retirer respect et avantages, repose lui aussi, vu les valeurs consuméristes actuelles, sur la réussite sociale et ses manifestations ostentatoires (dont l'automobile est l'un des symboles majeurs). Enfin, les réseaux de relations, qui selon les cas peuvent offrir un soutien matériel ou informationnel, sont pour l'essentiel d'une efficacité proportionnelle à la position économique des individus. Les populations aisées, qui privilégient de plus en plus la sphère de l'entre-soi [Mariani, 145, 2008a], profitent en effet d'un réseau social influent qui perpétue un phénomène de reproduction sociale.

Le capital économique, notion-système à partir de laquelle les inégalités s'engendrent les unes les autres dans le contexte de Vientiane, constitue ainsi le principal facteur générateur de la structure sociale. C'est pourquoi nous avons choisi de définir les différents groupes sociaux selon leurs ressources économiques.

III. Les différents groupes sociaux de la capitale : définition

¹⁶⁶ Il comprend des écoles primaires, des collèges, des lycées, des instituts d'apprentissage des langues étrangères et de marketing.

L'identification des groupes sociaux repose sur l'analyse des données économiques collectées lors de l'enquête de santé IRD/LEST. Du fait du plan d'échantillonnage adopté, les résultats obtenus sont représentatifs de l'ensemble de la population urbaine.

Au cours de cette enquête, nous avons enregistré le revenu que les enquêtés avaient perçu le mois précédant l'entretien, mais cet indicateur apparaît pour plusieurs raisons peu apte à rendre les inégalités économiques. Outre le fait que ces informations souffrent fréquemment d'une sous-déclaration volontaire, elles ne tiennent pas compte des diverses entrées d'argent (soutien de la diaspora, rente immobilière, etc.) ni des variations mensuelles liées aux emplois informels. Pour pallier ces problèmes, nous avons conçu un indicateur du niveau de vie qui, à partir de plusieurs variables recensant les biens des ménages et leur accès à certains services, traduit leur pouvoir économique. Cette démarche présente l'intérêt de retenir des données factuelles et de surcroît inscrites dans une temporalité assez large, donc moins subjectives et fluctuantes que ne le sont les revenus.

Pour concevoir cet indicateur, établi à partir de plusieurs variables qualitatives, nous avons eu recours à deux méthodes statistiques successives : l'analyse des composantes multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). La première méthode, qui permet de transformer les variables qualitatives en variables quantitatives, résume l'information sur un espace à deux dimensions et met ainsi en évidence des sous-ensembles de modalités. Sur la base des coordonnées factorielles établies par l'ACM, la seconde méthode consiste à regrouper les ménages qui présentent des modalités comparables.

Les variables économiques que nous avons retenues cherchent à traduire l'ensemble du continuum social (tableau 52). En plus des variables à fort pouvoir discriminant (indicateur d'exclusion : accès à l'eau courante, maison construite en matière végétale, etc. / indicateur de richesse : possession d'un ordinateur portable, etc.), nous avons aussi sélectionné celles qui permettent d'estimer les différents niveaux d'enrichissement au travers de l'accumulation de biens (motocycle, voiture, téléphone fixe, téléphone portable, machine à laver, etc.). Enfin, nous avons pris en compte deux variables subjectives, la perception de la situation financière et la perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation, qui, appropriées pour caractériser le niveau de vie, présentent par ailleurs une distribution cohérente avec celle des variables objectives.

Au final, l'indicateur du niveau de vie a été établi à partir de douze variables et de trente modalités.

Tableau 52 - Variables sélectionnées pour établir l'indicateur de niveau de vie des ménages

	Variables	Modalités de la variable	Pourcentage de ménages*	Fonction des modalités	
				Indicateur de richesse	Indicateur de pauvreté
Variables objectives	Accès à l'eau courante	Oui	86%		
		Non	14%		*
	Mode de cuisson quotidien	Gaz, électricité	21%	*	
		Charbon de bois	79%		
	Moyens de transport possédés**	bicyclette(s) ou rien	9%		*
		Au moins un motorcycle	63%		
		Au moins une automobile	21%		
		Au moins deux automobiles	7%	*	
	Matériaux de construction du domicile	Dur (brique, ciment)	58%		
		Bois	15%		
		Mixte (en bois et en dur)	23%		
		Matière végétale (bambou)	4%		*
	Possession d'un téléphone fixe	Oui	49%	*	
		Non	51%		
	Possession d'un téléphone portable	Oui	89,50%		
		Non	10,50%		*
	Possession d'un lave-linge	Oui	33%	*	
Non		67%			
Possession d'un réfrigérateur	Oui	94%			
	Non	6%		*	
Possession d'un climatiseur	Oui	26%	*		
	Non	74%			
Possession d'un ordinateur portable	Oui	16%	*		
	Non	84%			
Variables subjectives	Perception de la situation financière du ménage	Très bonne	1%	*	
		Bonne	46%		
		Trop juste	41%		
		Difficile	12%		*
	Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Financement possible	72%		
Financement impossible		28%		*	

* Pourcentage tenant compte du plan d'échantillonnage, donc généralisable à l'échelle de la ville (148 villages)

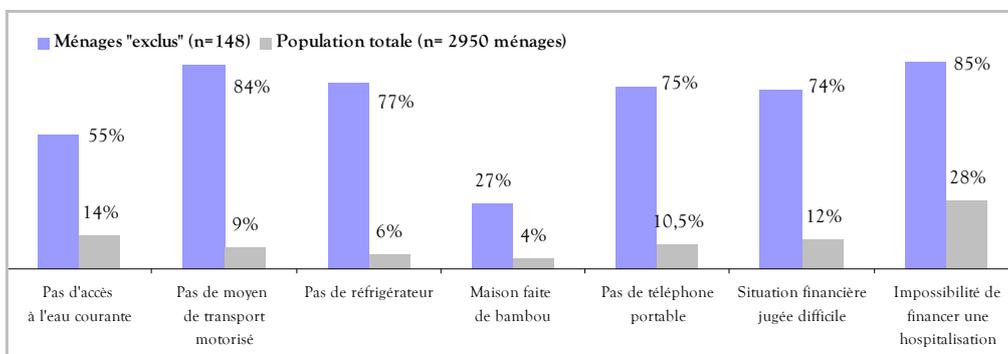
**Construction de cette variable à partir du recensement des différents types de véhicules possédés par le ménage. Etant donné que dans la société actuelle le moyen de locomotion cristallise la position sociale, et la voiture la réussite sociale, nous avons défini les modalités de cette variable de façon à rendre cette hiérarchie (bicyclette/motocycle/voiture). Toutefois, parmi les ménages possédant une automobile, nous avons distingué ceux qui en ont une seule de ceux qui en possèdent deux ou plus puisque certains ménages pourtant peu fortunés parviennent à acquérir une voiture à raison de privations. Source : enquête IRD/LEST, 2006

Les résultats de l'analyse factorielle (cf. **Annexe 11**) permettent de mettre en évidence cinq profils de ménages :

- les ménages « exclus » : 5% de la population urbaine

De manière générale, les ménages relevant de cette classe peinent à accéder aux services et aux biens parmi les plus élémentaires tels que l'eau, un moyen de transport, un réfrigérateur ou encore un habitat en matériau durable (figure 46). Ils ne disposent par ailleurs que très rarement des biens de consommation accessibles à la plupart des ménages, comme par exemple le téléphone portable. Enfin, une large majorité d'entre eux déclarent avoir des ressources financières très insuffisantes et être dans l'impossibilité de payer des frais d'hospitalisation.

Figure 46 - Principales caractéristiques des ménages « exclus »

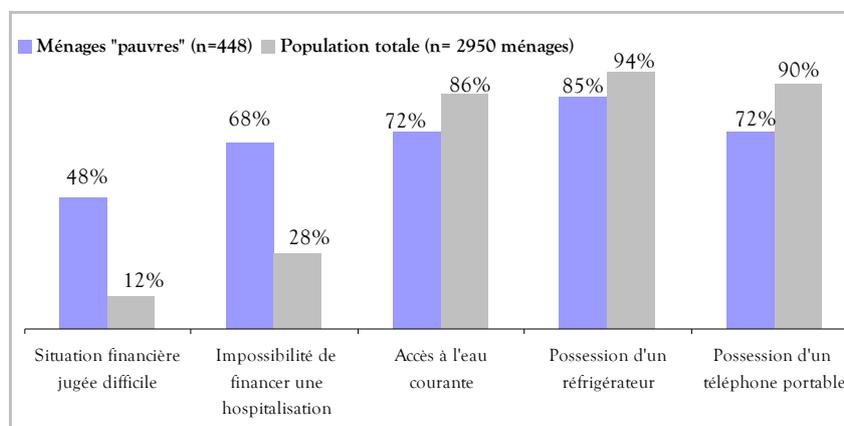


Source : enquête IRD/LEST, 2006

- les ménages « pauvres » : 15% de la population urbaine

Ces ménages présentent un profil comparable aux précédents dans la mesure où ils constituent une population vulnérable et soumise aux aléas du quotidien. Ils s'en distinguent toutefois du fait qu'ils accèdent plus facilement que ces derniers aux ressources essentielles (eau, réfrigérateur) voire aux biens de consommation les plus abordables (téléphone portable).

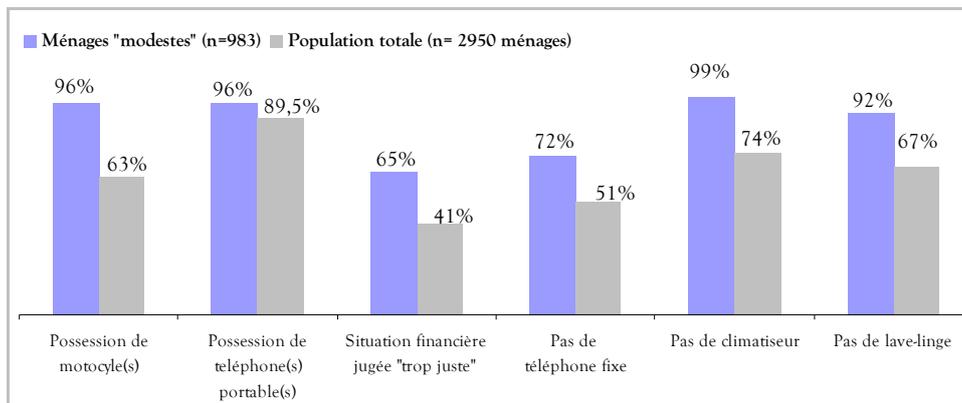
Figure 47 - Principales caractéristiques des ménages « pauvres »



- les ménages « modestes » : 35% de la population urbaine

Ce groupe, situé en troisième position du continuum social, est le premier à accéder, au moins partiellement, à la société de consommation. Les ménages possèdent pour la plupart au moins un téléphone portable ainsi qu'un motorcycle, soit l'entrée de gamme des transports motorisés. Leurs biens se résument cependant à ces principales acquisitions en raison de leurs modestes capacités financières, que la plupart jugent « trop justes ». Par conséquent, l'ensemble des autres produits (téléphone fixe, climatiseur, lave-linge, etc.) reste largement hors de leur portée.

Figure 48 - Principales caractéristiques des ménages « modestes »

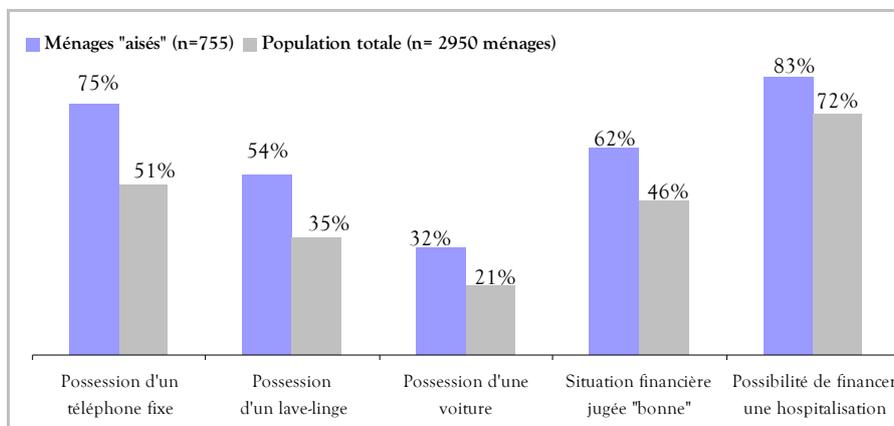


Source : enquête IRD/LEST, 2006

- les ménages « aisés » : 26% de la population urbaine

Ceux-là, à la différence des ménages modestes, accèdent à la plupart des biens de seconde nécessité (téléphone fixe, lave-linge), ainsi que, pour certains d'entre eux, à des produits que l'on peut qualifier de luxueux à Vientiane (automobile). Ils bénéficient plus généralement d'un niveau de vie confortable où les dépenses imprévisibles telles qu'une prise en charge en milieu hospitalier sont envisagées sans appréhension par une très large majorité.

Figure 49 - Principales caractéristiques des ménages « aisés »

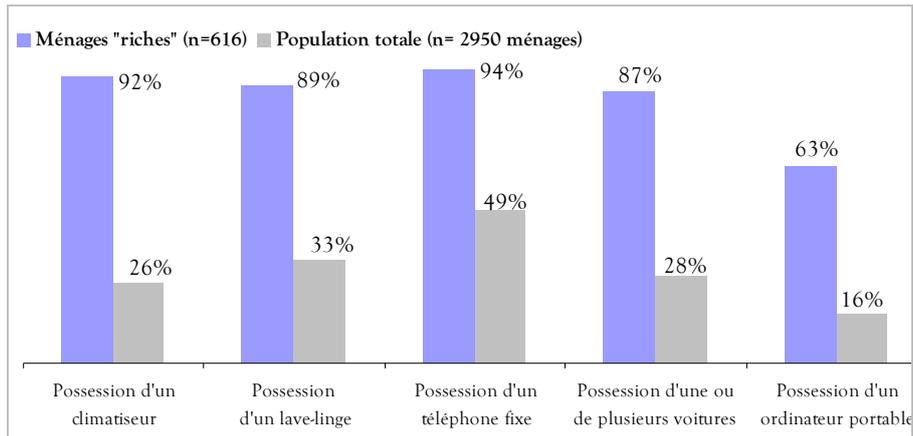


Source : enquête IRD/LEST, 2006

- les ménages « riches » : 19% de la population urbaine

La quasi-totalité de ces ménages jouissent de l'usage de biens jusqu'ici encore peu démocratisés à Vientiane (climatiseur, lave-linge, téléphone fixe, voitures, ordinateur portable).

Figure 50 - Principales caractéristiques des ménages « riches »

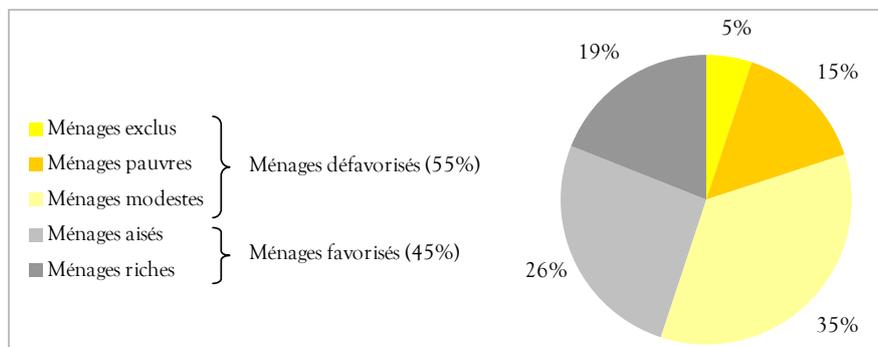


Source : enquête IRD/LEST, 2006

L'indice du niveau de vie participe ainsi à mettre en évidence la structure sociale de Vientiane. Plus de deux décennies après l'application du NEM, l'intégration de la population au système économique reste partielle. Les ménages *exclus*, *pauvres* et *modestes*, tous en situation de vulnérabilité plus ou moins forte, rassemblent plus de la moitié de la population (55%). A l'inverse, à côté de ces ménages, un groupe favorisé (les ménages *aisés* et *riches*) bénéficie des fruits de la croissance.

En ce qui concerne la dimension spatiale de la stratification sociale, qu'il nous faudra prendre en compte pour déterminer les espaces d'analyse du recours aux soins, elle sera présentée dans la section suivante.

Figure 51 - Stratification sociale à Vientiane



Source : enquête IRD/LEST, 2006

Ces résultats aident à saisir la réalité sociale de Vientiane, plutôt inégalitaire, qui correspond peu à celle que renvoient les autorités, qui en font un modèle de développement pour le reste du territoire national. N'appréhendant Vientiane qu'au travers d'indicateurs socio-économiques établis à l'échelle urbaine, les politiques dépeignent une situation favorisée et enviable vers laquelle doivent tendre les autres provinces. Lorsque les dirigeants envisagent la question de la pauvreté spécifique de Vientiane, ils présentent celle-ci comme un problème mineur voire inexistant. C'est notamment ce qui transparaît des entretiens auprès des chefs des 27 villages sélectionnés lors de l'enquête IRD/LEST. Ayant en charge d'évaluer la proportion de ménages « pauvres », « moyens » et « riches »¹⁶⁷, dix des chefs de villages n'avaient pas collectées ces données et les dix-sept autres n'ont, pour la plupart, déclaré aucun problème de pauvreté. Sur la base de leurs déclarations, la proportion de ménages « pauvres » correspond à 0,5% de la population¹⁶⁸. Un article paru en décembre 2004 dans le *Vientiane Times* (hebdomadaire anglophone) intitulé « Chanthabouly [nom d'un des districts de la capitale] célèbre l'éradication totale de la pauvreté »¹⁶⁹ traduit encore le positionnement des politiques sur la situation sociale de la capitale. L'article, qui retranscrit le discours du gouverneur de ce district, démontre que la pauvreté est un phénomène marginal et presque totalement maîtrisé par les autorités :

“Durant l'année financière 2001-2002, le district de Chanthabouly comptait que 37 familles pauvres [...]. Nous avons élevé niveau de vie de 36 de ces 37 familles. Les responsables du district ont trouvé de nombreuses manières de leur venir en aide. Nous avons établi un fond de développement dans le district, et au sein de chaque village. Les familles défavorisées ont bénéficié de crédits gratuits, leur permettant d'investir dans la production agricole, l'élevage ou le commerce, nous essayons également de leur trouver des emplois. A présent, il reste encore une famille pauvre, à Ban Hongkha Neua”.

Ces déclarations qui font de la pauvreté un épiphénomène¹⁷⁰ et de l'engagement des autorités une priorité supportent mal l'épreuve du terrain où l'on observe des ménages vivant dans une grande précarité – et en l'occurrence, dans le district de Chanthabouly¹⁷¹ (photographie 27, page 336) - et où le discours des chefs de villages témoigne d'une faible implication politique dans le domaine social. Aussi, l'indicateur du niveau de vie établi au travers des données de l'enquête de santé IRD/LEST,

¹⁶⁷ Sur la base de cette classification, les chefs de villages ont chacun leur propre définition des ménages « pauvres », « moyens » et « riches », qui, en outre, est souvent imprécise.

¹⁶⁸ Dans les dix-sept villages où la classification a été renseignée, les chefs de villages ont recensé au total 31 ménages « pauvres » sur 5 462 ménages, ce qui correspond à un taux de pauvreté de 0,5%.

¹⁶⁹ *Vientiane Times*, 21/12/2004, **Annexe 12**

¹⁷⁰ A raison des 37 ménages « pauvres » recensés sur les 12 000 existants à Chanthabouly, le taux de pauvreté du district est inférieur à 0,5%.

¹⁷¹ On a notamment observé dans l'un des villages à proximité du centre-ville, à Thong Kham Khan Neua, un quartier où une trentaine de ménages vit dans des conditions comparables à celles des bidonvilles : dans des baraques de fortune, sans hygiène et où les eaux usées stagnent en permanence. Etant donné que ce village a par la suite été sélectionné pour l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T., nous avons eu l'occasion de rencontrer le chef de ce village qui lors de l'entretien a déclaré qu'aucun des ménages du village n'était « pauvre ». En revanche, la représentante de l'Union des Femmes du village, que nous avons également rencontrée, a, quant à elle, mentionné de sa propre initiative le problème de grande pauvreté qui affectait les ménages du quartier en question.

participe-t-il à rendre compte de la structure sociale telle qu'elle existe, *a contrario* de ce que l'on veut faire croire.

Photographie 27 - Habitations pauvres et insalubres à Vientiane



Source : T. Gaudin, 2005
Photographies prises à proximité du centre-ville, dans l'un des villages du district de Chanthabouly

* * *

A Vientiane, la question des inégalités, sujet sensible pour les autorités et pourtant primordial pour l'analyste, invite à étudier les espaces de soins selon la stratification sociale. En prise sur la situation actuelle, cette approche doit permettre de lire, au travers des territoires du recours aux soins, l'impact des principales inégalités qui structurent la société vientianaise.

Chapitre 10. Le façonnement social et spatial du recours aux soins : des territoires inégaux

L'indice de niveau de vie, établi à partir des caractéristiques des ménages et composé de cinq niveaux, a été attribué à chaque individu enquêté (adulte et enfant) de manière à appréhender leur recours aux soins en fonction de leur position sociale. Toutefois, celle-ci ne saurait suffire à comprendre les territoires de recours aux soins qui, comme tout territoire, se construisent à l'interface du social et du spatial. De mêmes inégalités sociales ne conduisent pas nécessairement à de mêmes comportements de soins selon les lieux d'habitation. D'un quartier à l'autre, les pratiques sanitaires sont en effet susceptibles de s'élaborer différemment en fonction des qualités du milieu, notamment selon la disponibilité des infrastructures sanitaires ou de l'existence d'éventuelles barrières physiques. Les trois zones de l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T. étant établies selon des caractéristiques proprement urbaines (secteur d'activité des habitants, densité du bâti, accessibilité au centre-ville et aux réseaux d'eau, d'électricité, etc.)¹⁷², nous avons défini parmi ces strates des sous-espaces d'analyse plus cohérents avec la problématique du recours aux soins. Une fois ces sous-espaces explicités, nous y étudierons la manière dont les différents groupes sociaux composent avec les qualités et contraintes locales.

Dans un même lieu, la consommation médicale est-elle équivalente pour l'ensemble de la population ou bien surdéterminée par les inégalités sociales ? Quel rapport à l'espace et à la distance entretiennent les différents groupes sociaux ? Quelles en sont les répercussions sur leur mode de recours ?

Avant même de répondre à ces questions et d'apprécier la combinaison des facteurs sociaux et spatiaux, la faible différenciation sociale spécifique à l'espace urbain de Vientiane nous invite à d'abord étudier les territoires du recours aux soins des différentes catégories sociales à l'échelle de la ville.

La capitale connaît en effet une mixité sociale significative [Taillard, 1980, 261 ; Sisoulath, 2003, 157], au point d'y observer ce qu'on pourrait nommer une « homogénéisation spatiale de l'hétérogénéité sociale ». Cette mixité est visible aux échelles des couronnes d'urbanisation, des villages et des quartiers : dans une même rue, en centre-ville ou bien en périphérie, cohabitent des groupes sociaux situés aux deux extrémités de la hiérarchie sociale (planche photographique 28). Vu ce mode d'occupation de l'espace, il nous a paru pertinent de caractériser dans un premier temps les contours généraux des territoires de recours aux soins des différentes catégories sociales à l'échelle de la ville.

Dans un contexte où les services de santé sont nombreux mais de qualité inégale, comment les différents groupes sociaux se soignent-ils ? Accèdent-ils tous aux soins ? Existe-t-il des comportements de soins correspondant à chaque position sociale ? Ou bien, au contraire, devant les défaillances des systèmes de soins, les différents groupes sociaux engagent-ils des stratégies de soins comparables ?

¹⁷² cf. chapitre 2.

Photographie 28 - Expressions de la mixité urbaine à Vientiane



I. Les territoires du recours aux soins des différents groupes sociaux

D'un point de vue méthodologique, les analyses qui suivent procèdent, autant que possible¹⁷³, d'une régression logistique. Cette méthode présente l'intérêt d'étudier le lien entre deux variables indépendamment des facteurs de confusion. Certaines caractéristiques marginales de la population (souscription à une assurance, appartenance à une culture minoritaire, etc.) ainsi que les effets de structures (âge, sexe, etc.) qui sont susceptibles d'intervenir dans les comportements de soins s'en trouvent de la sorte annulés ; ainsi pourrions-nous déterminer en particulier quelle est la variabilité des territoires du recours selon les catégories sociales. Le tableau 53 présente les différentes variables contrôlées qui ont pu être considérées dans les modèles de régression logistique établis.

Tableau 53 - Variables contrôlées pour analyser la relation existante entre le recours aux soins et les différentes catégories sociales

Variable contrôlée	Intérêt à contrôler cette variable
<u>Âge</u>	Les jeunes enfants comme les personnes âgées sont susceptibles d'avoir des besoins de soins plus fréquents et/ou importants que le reste de la population et donc de recourir davantage au système de soins.
<u>Sexe</u>	Les femmes, plus attentives à leur santé [Boltanski, 1971] et aussi plus familiarisées avec les institutions sanitaires du fait de leur rôle génésique et maternel, sont plus susceptibles que les hommes de recourir à des soins. Ces considérations d'ordre général concernent d'autant plus le contexte culturel lao, où il revient surtout aux femmes de gérer les finances du ménage.
<u>Condition physique</u>	Les individus qui se sentent en mauvaise santé sont plus susceptibles que les autres de recourir aux soins. <i>Question associée à cette variable: "Quel est votre état de santé ?"</i>
<u>Souscription à une assurance maladie</u>	Bien que seulement 9% des enquêtés ont déclaré posséder une assurance santé, cette variable a été retenue car les individus qui bénéficient de cette protection sont davantage en mesure de recourir aux soins que les autres.
<u>Culture d'appartenance</u>	Il est probable que les minorités culturelles (individus d'origine chinoise, vietnamienne ou bien appartenant à l'une des minorités ethniques du Laos), qui correspondent à 10% de l'échantillon enquêté, présentent une perception de la santé et des soins différente des Lao. <i>Question associée à cette variable: "Votre culture est-elle différente de la culture lao ?"</i>
<u>Niveau d'instruction</u>	Nous avons retenu le niveau d'instruction des individus au cas où celui-ci interviendrait dans le recours indépendamment du niveau de vie.
<u>Gravité du problème de santé déclaré</u>	Face à un problème de santé, les individus adoptent une démarche de soins qui correspond à leurs capacités mais également à la gravité (perçue) de l'épisode morbide. <i>Question associée à cette variable: "Avez-vous dû arrêter votre activité quotidienne en raison de ce problème de santé ?"</i>
<u>Famille en Thaïlande</u>	Les enquêtés dont une partie de la famille réside en Thaïlande seraient en effet plus susceptibles que les autres d'utiliser le système de soins thaïlandais.

Toutes les variables d'ajustement listées dans ce tableau ont été différemment mobilisées dans les modèles de régression selon la nature de la question étudiée.

¹⁷³ On ne peut procéder à une régression logistique lorsque l'effectif d'individus est trop faible (moins de 100 individus) et que l'une des modalités de la variable à expliquer concerne tous les individus.

A/ Les territoires du recours aux soins : quelle existence ?

Avant même de caractériser le territoire de recours aux soins des différents groupes sociaux, il convient d'analyser quelle est leur propension à consulter. En cas de besoin de soins, accèdent-ils tous autant les uns que les autres à un service ou bien à un professionnel de santé ?

Nous avons abordé cette question à travers l'étude des comportements qui ont succédé à un problème de santé déclaré dans les quinze jours précédant l'enquête, à un problème dentaire survenu dans l'année et enfin en analysant les comportements des mères des enfants enquêtés lorsqu'elles ont accouché.

En ce qui concerne les soins généraux et dentaires, l'analyse repose sur les premiers comportements adoptés étant donné la temporalité variable à laquelle sont apparus les besoins. Sur la base de cette précaution, nous avons distingué trois types de comportements :

- l'abstention :

Elle concerne les individus qui ont signalé n'avoir engagé aucune démarche de soins suite à la déclaration d'un épisode morbide - ils n'ont ni consulté, ni pris de médicaments, ni déclaré s'être « soigné seul ». Ayant pu s'abstenir pour différentes raisons, soit parce qu'ils n'ont pas jugé utile de se soigner vu la bénignité de leurs symptômes, soit parce qu'ils n'ont pas les capacités financières de se soigner, ces individus n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Néanmoins, le renoncement aux soins pour des raisons financières sera estimé grâce à l'analyse de cette autre question posée à l'ensemble des enquêtés : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous dû renoncer à certains soins pour des raisons financières ?* ».

- l'automédication :

Il s'agit d'un traitement entrepris par le malade sans qu'il ait recouru auparavant à un professionnel de santé. Nous avons inclus dans cette catégorie les individus qui se sont soignés seuls grâce d'autres types de traitements que les médicaments (alimentation, repos, massage, offrande aux esprits, etc.). Cependant, ce sous-ensemble présentant une proportion marginale¹⁷⁴, l'essentiel des individus ici rassemblés sont ceux qui, en premiers recours, ont pris des médicaments de leurs propres initiatives, avant une éventuelle consultation médicale en cas d'échec.

- le recours aux soins :

Il concerne les individus qui, face à la maladie, ont choisi de consulter un spécialiste de la santé relevant d'un des différents secteurs de soins (public, privé ou traditionnel).

¹⁷⁴ L'identification de ce sous-ensemble ne résulte pas d'une question de recherche initiale mais du recoupement ultérieur de plusieurs variables. Ce groupe, par conséquent sous-évalué, représente donc une proportion marginale. Néanmoins l'existence de ce sous-ensemble questionne plus généralement la pertinence de l'emploi de la notion usuelle d'« automédication » ; à celle-ci, nous aurions dû préférer le terme, par exemple, d'« auto-traitement » qui invite à distinguer systématiquement l'automédication des pratiques de soins alternatives.

Selon cette typologie, seuls les individus qui ont consulté un professionnel de santé ont donc « un territoire de recours aux soins ». Parmi ceux qui ont procédé à l'automédication, la plupart se sont rendus dans une pharmacie mais leur démarche ne peut pas pour autant être associée à un recours étant donné qu'ils n'y ont pas reçus de soins.

Les comportements de soins face à un épisode morbide survenu dans les quinze jours précédant l'enquête de santé

Dans ce cas précis, on observe de manière générale une très faible propension à recourir aux soins parmi la population générale qui, en outre, s'accroît davantage pour les classes les moins favorisées (tableau 54). Seuls 11% des adultes ont consulté, et cette proportion suit une évolution décroissante lorsqu'on parcourt la hiérarchie sociale de haut en bas. Elle varie de 0% pour les adultes *exclus* à 14% pour les *riches*.

Tableau 54 - Recours aux soins des adultes par catégorie sociale lors du dernier épisode morbide¹⁷⁵

	Consultation	Sans consultation
Adultes <i>exclus</i> (n=31)	0%	100%
Adultes <i>pauvres</i> (n=106)	7,5%	92,5%
Adultes <i>modestes</i> (n=200)	9,5%	90,5%
Adultes <i>aisés</i> (n=167)	16%	84%
Adultes <i>riches</i> (n=150)	14%	86%
Total (n=654)	11%	88,5%

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

L'analyse du renoncement aux soins souligne également d'importantes inégalités entre les groupes sociaux. Toutes choses égales par ailleurs, les catégories des *exclus*, des *pauvres*, des *modestes* et des *aisés* ont respectivement 20, 12, 6 et 4 fois plus de probabilité que celle des *riches* de renoncer aux soins (tableau 55).

¹⁷⁵ Afin d'écartier de l'analyse les adultes qui ont eu un problème bénin et passager (« mal à la gorge un matin », « maux de tête au cours d'une journée »), nous avons retenu uniquement ceux dont l'épisode morbide a été jugé « inquiétant », soit 65% des adultes malades.

Tableau 55 - Renoncement aux soins des adultes selon les différents groupes sociaux

		Renoncement aux soins des adultes				
variable d'intérêt		Population totale n = 1931	Pourcentage de renoncement	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
Groupe social	exclu	85	16,7	20 [6,7-59]	> 0,001	
	pauvre	293	11,1	11,7 [4,3-31]	> 0,001	
	modeste	636	5,7	5,9 [2,2-15,5]	> 0,001	
	aisé	485	4	3,7 [1,3-10,1]	> 0,01	
	riche	432	1,5	Référence		
Variables contrôlées	Âge	35-44 ans	755	5,7	1,7 [0,8-3,4]	n.s
		45-54 ans	515	5,3	1,5 [0,7-3,1]	n.s
		55-64 ans	361	6,5	1,9 [0,9-3,8]	n.s
		65 et +	300	5,5	Référence	
	Sexe	masculin	767	4,2	0,5 [0,3-0,9]	> 0,01
		féminin	1164	6,8	Référence	
	Niveau d'étude	- Aucune scolarité ou école primaire	847	7,6	1 [0,5-2]	n.s
		- collège et/ou lycée	729	5,2	0,9 [0,4-1,9]	n.s
		- post-lycée	355	2,6	Référence	
	Condition physique	bonne	407	1,8	0,1 [0,07-0,3]	> 0,001
		moyenne	1170	5,4	0,4 [0,2-0,6]	> 0,001
		mauvaise	354	12	Référence	
Souscription à une assurance	oui	174	0,8	0,2 [0,05-0,8]	> 0,01	
	non	1757	6,3	Référence		
Culture d'appartenance	non lao	211	7,1	1,7 [0,9-3,2]	n.s	
	lao	1720	5,6	Référence		

Lecture du tableau : « Toutes choses égales par ailleurs, les adultes *exclus* ont 20 fois plus de chance que les *riches* de renoncer aux soins ».

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

Concernant la population des enfants, le recours aux soins atteint 20%. Le fait qu'il soit légèrement supérieur à celui des adultes traduit la spécificité des problèmes pédiatriques, pour lesquels les parents sont plus enclins à recourir aux soins que pour les leurs, vu la difficulté à évaluer leur gravité et l'attention naturellement plus importante prêtée à la période vulnérable de la petite enfance.

Comme le montre le tableau 56 (page 344), la propension à consulter, qui varie de 17% à 22% ne présente pas de différence significative d'un groupe social à l'autre.

Tableau 56 - Consultation des enfants lors du dernier épisode morbide selon les différents groupes sociaux

		Consultation des enfants lors du dernier épisode morbide				
variable d'intérêt		Population totale n = 702*	Pourcentage de consultants	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
Groupe social	exclu	28	17	0,7 [0,2-2,2]	n.s	
	pauvre	128	20	1 [0,5-1,8]	n.s	
	modeste	250	19,5	0,9 [0,5-1,5]	n.s	
	aisé	173	22	0,9 [0,5-1,6]	n.s	
	riche	123	21	Référence		
Variables contrôlées	Âge	moins d'un an	75	27	1,5 [0,8-2,5]	n.s
		un an et plus	627	19,5	Référence	
	Sexe	masculin	358	19	0,8 [0,6-1,2]	n.s
		féminin	344	21	Référence	
	Conditions physiques	bonne	236	20	0,5 [0,3-0,9]	>0,05
		moyenne	402	18	0,4 [0,2-0,8]	>0,01
		mauvaise	64	34	Référence	
	Niveau d'étude (de la mère)	- aucune scolarité ou école primaire	162	17	0,8 [0,4-1,5]	n.s
		- collège et/ou lycée	414	22	1 [0,6-1,7]	n.s
		- post-lycée	126	19	Référence	
	Gravité du problème	- joue comme d'habitude	367	21	1 [0,7-1,5]	n.s
		- ne joue pas comme d'habitude	335	20	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	75	17	0,8 [0,5-1,5]	n.s
		non	627	21	Référence	
	Culture d'appartenance	non lao	82	22,5	1,1 [0,7-2]	n.s
lao		620	20	Référence		

*Comme pour les adultes, nous avons écarté de l'analyse les individus qui ont déclaré un problème bénin et passager, pour ne retenir que ceux dont l'épisode morbide a été jugé « inquiétant », soit 79% des enfants malades.

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

En revanche, le renoncement, bien que très faible à l'échelle de la population (2%), connaît de nettes variations entre les groupes défavorisés et les favorisés. Si le renoncement est inexistant chez les riches, il atteint 10% parmi les exclus qui, en outre, ont 23 fois plus de chances que ces derniers de renoncer aux soins (tableau 57). L'inégalité du recours ne se situerait donc pas dans l'accès à des soins primaires, mais aux soins plus spécialisés car plus coûteux.

Tableau 57 - Renoncement aux soins des enfants selon les différents groupes sociaux

variable d'intérêt		Renoncement aux soins des enfants				
		Population totale n = 1451	Pourcentage de renoncement	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
Groupe social	<i>exclu</i>	76	10	23,3 [2,7-198]	> 0,01	
	<i>pauvre</i>	246	6	15,4 [1,9-119]	> 0,01	
	<i>modeste</i>	525	1	2,7 [0,3-23]	n.s	
	<i>aisé</i>	328	2	4,3[0,5-37]	n.s	
	<i>riche</i>	276	0	Référence		
Variables contrôlées	Âge	moins d'un an	138	1	0,3 [0,04-2,6]	n.s
		un an et plus	1313	2,5	Référence	
	Sexe	masculin	748	2,5	1 [0,5-2,3]	n.s
		féminin	703	2,5	Référence	
	Condition physique	bonne	626	2,5	2,1 [0,3-17]	n.s
		moyenne	739	2,5	1,7 [0,2-13,3]	n.s
		mauvaise	86	1	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	146	1	0,3 [0,04-2,4]	n.s
		non	1305	3	Référence	
	Culture d'appartenance	non lao	163	2	0,7 [0,1-3]	n.s
lao		1288	2,5	Référence		

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

Toute catégorie sociale confondue, le faible recours aux soins, des adultes comme des enfants, s'explique par un fort usage de l'automédication, qui concerne 69% d'entre eux (tableau 58).

Tableau 58 - Comportement de soins adopté par les adultes et les enfants lors du dernier épisode morbide

	Automédication	Recours aux soins	Abstention	Total
Population adulte (n=654)	69%	11%	20%	100%
Population enfant (n=708)	69%	20%	11%	100%

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

La part de l'automédication obtenue ici à partir de l'analyse du dernier épisode morbide illustre la généralisation de cette pratique : 75% des adultes et 67% des enfants enquêtés déclarent y recourir en cas de problème de santé courant. Accessibles en tout lieu et commodes à plusieurs égards, les pharmacies constituent le moyen privilégié pour prendre en charge les maladies jugées bénignes : « Si j'ai de la fièvre ou la toux, je vais à la pharmacie. C'est facile et on ne perd pas de temps. C'est différent des hôpitaux où il faut attendre entre deux et trois heures avant d'avoir des médicaments », nous explique en entretien une des personnes enquêtées. Ce service apparaît d'autant plus pratique pour l'utilisateur qu'il

choisit la nature de l'échange puisqu'il peut soit demander conseil au pharmacien soit acheter les produits souhaités. A côté de l'efficacité incertaine de ce mode de traitement¹⁷⁶, l'automédication conduit dans certains cas à mettre en péril la santé de la population, comme en témoignent des propos tenus par l'une des personnes enquêtées :

« Deux ou trois fois par an, j'ai mal aux articulations. Je prends cinq médicaments en une seule prise et la douleur disparaît aussitôt. C'est ma cousine qui m'a conseillée de prendre ces médicaments car elle a le même problème que moi mais depuis longtemps. Je sais que ces médicaments sont dangereux car le pharmacien m'a prévenue. Ma cousine en prend régulièrement et maintenant elle est comme une droguée : elle est obligée d'en prendre tout le temps et elle est toujours affamée. Elle peut manger un kilo de riz par jour toute seule ! Elle n'est jamais rassasiée, elle a le visage tout bouffi. Le problème, c'est que ça prend du temps d'aller à l'hôpital alors que là [à la pharmacie], j'y vais à pied, j'achète les médicaments et je suis guérie. »

Les comportements de soins face à un problème dentaire survenu dans les douze derniers mois précédant l'enquête de santé

Dans le cas des problèmes dentaires, 31,5% de la population enquêtée a recouru aux soins. Cette proportion, plus importante que pour les problèmes de médecine générale, s'explique par la technicité médicale que réclame ce type de soins ; pour cette raison, il paraît donc plutôt faible. De plus, l'automédication, pratique ici encore privilégiée (52%), serait encore moins adaptée que pour les besoins de médecine générale à prendre en charge les pathologies dentaires, dont la plupart nécessite une intervention technique et/ou chirurgicale. Au mieux atténue-t-elle les douleurs.

Le tableau 59 montre que le recours aux soins diminue de manière très significative lorsque le niveau de vie s'abaisse. Toutes choses égales par ailleurs, les adultes *exclus* ont 80% moins de chances que les *riches* d'aller consulter. Aux deux extrémités de la hiérarchie sociale, la proportion de consultants varie ainsi de 12% à 49%, soit un écart de plus de 35 points. Bien que de manière moins déterminante, le niveau d'éducation contribue également à prédire le taux de recours aux soins dentaires : alors que 44% des adultes ayant poursuivi des études post-lycéennes ont consulté, ils sont 26% parmi ceux ayant le plus faible niveau scolaire.

¹⁷⁶ Parmi les individus qui ont eu un problème de santé dans les quinze jours précédant l'enquête, 32% de ceux qui ont déclaré avoir consulté avaient auparavant pris des médicaments.

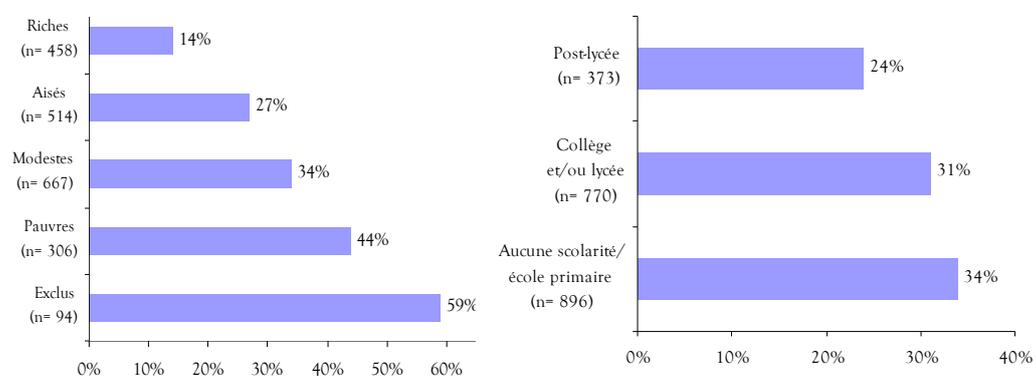
Tableau 59 - Recours aux soins en cas de problème dentaire selon les différents groupes sociaux

		Consultation dentaire				
		Population totale n = 881	Pourcentage de consultants	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
variable d'intérêt	Groupe social	exclu	38	12	0,2 [0,05-0,5]	>0,01
		pauvre	131	27,5	0,5 [0,3-0,8]	>0,01
		modeste	277	25	0,4 [0,3-0,6]	>0,001
		aisé	222	31	0,5 [0,3-0,8]	>0,05
		riche	213	49	Référence	
Variables contrôlées	Âge	35-44 ans	317	31	0,8 [0,5-1,3]	n.s
		45-54 ans	238	36	1,3 [0,8-2]	n.s
		55-64 ans	184	29	0,9 [0,6-1,6]	n.s
		65 et +	142	28	Référence	
	Sexe	masculin	360	27	0,6 [0,5-0,9]	> 0,01
		féminin	521	34	Référence	
	Niveau d'étude	- aucune scolarité ou école primaire	380	26	0,4 [0,2-10,6]	>0,001
		- collège et/ou lycée	334	31	0,6 [0,4-0,9]	>0,05
		- post-lycée	167	44	Référence	
	Gravité du problème dentaire	- contraint de stopper son activité	204	39,5	1,8 [1,3-2,5]	>0,01
		- pas contraint de stopper son activité	677	28,5	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	82	38	1,6 [1-2,6]	n.s
		non	799	31	Référence	
Culture d'appartenance	non lao	98	36	1,1 [0,7-1,8]	n.s	
	lao	783	31	Référence		

Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

Il existe par ailleurs des écarts considérables entre les groupes sociaux lorsqu'on étudie, parmi l'ensemble des adultes enquêtés, la proportion d'individus qui ne sont jamais allés consulter un dentiste (tableau 60, p.348). Cette situation touche près de 60% des adultes *exclus* quand seulement 14% des adultes *riches* sont concernés. Si l'on aborde la question par le prisme du niveau d'éducation, les inégalités persistent mais restent, en comparaison, modérées, puisqu'aux deux extrêmes les proportions varient de 24 et 34%.

Tableau 60 - Proportion des adultes qui ne sont jamais allés consulter un dentiste selon les différents groupes sociaux (à gauche) et selon les différents niveaux d'éducation (à droite)



Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Le comportement des mères des enfants enquêtés lorsqu'elles ont accouché de ces derniers

Une très large majorité de ces femmes, 93% d'entre elles, ont accouché dans une structure de soins. Du fait de la faible proportion d'accouchements à domicile (7%), on peut se demander s'ils ne correspondraient pas aux naissances prématurées, donc imprévisibles.

Une analyse du tableau 61 montre que la part des accouchements à domicile traduirait moins le risque des naissances prématurées qu'une très forte variabilité des comportements d'un profil social à un autre. Bien qu'il ne concerne en moyenne que 7% des femmes, l'accouchement à domicile est pratiqué par plus d'une femme sur quatre parmi la population exclue (26,5%). De plus, toutes choses égales par ailleurs, ce mode d'accouchement connaît la probabilité décroissante qui suit : les femmes *exclues*, *pauvres*, *modestes* et *aisées* ont respectivement 11, 4, 3 et 1,5 fois plus de chances que celles qui sont *riches* d'accoucher à leur domicile.

Si l'inégalité émerge de manière manifeste lorsqu'on parcourt la hiérarchie sociale, le niveau d'instruction contribue aussi à en dessiner les contours. Le pourcentage d'accouchements à domicile augmente en effet progressivement à mesure que le nombre d'années d'études diminue, passant ainsi de 1% pour celles qui ont le plus haut niveau d'éducation à 14% pour celles qui ont le plus faible. Cette situation résulterait des traditions lao auquel le post-partum est soumis. Ces pratiques traditionnelles observées dès la naissance de l'enfant et prolongées pendant plusieurs semaines, consistent au jeûne de la mère et au repos de la mère et de l'enfant au domicile, sur une couche surélevée au-dessus d'un lit de braise (photographie 29) ; des traditions peu souhaitables pour la santé de la mère et de l'enfant et donc plus susceptibles d'être rigoureusement respectées par les femmes de faible éducation.

Tableau 61 - Pourcentage d'accouchements à domicile selon les différents groupes sociaux

		Accouchement à domicile			
variable d'intérêt		Population totale n = 1472	Pourcentage d'accouchement à domicile	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité
Groupe social	exclu	78	26,5	11 [3-35]	>0,001
	pauvre	249	9	4 [1,2-11,2]	>0,05
	modeste	531	8	3 [1,2-10]	>0,05
	aisé	338	3	1,5 [0,5-5]	n.s
	riche	276	2	Référence	
variables contrôlées	Niveau d'étude (de la mère)				
	- aucune scolarité ou école primaire	354	14	7 [2-24,5]	>0,01
	- collège et/ou lycée	839	5	3,5[1,1-11,7]	>0,05
	- post-lycée	279	1	Référence	
	Souscription à une assurance				
	oui	147	4	0,4 [0,1-1,1]	n.s
non	1325	7	Référence		
Culture d'appartenance	non lao	167	5	0,8 [0,4-1,7]	n.s
	lao	1305	7	Référence	

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Photographie 29 - Une jeune mère qui observe la tradition lao du post-partum



Source : V, Mobillion, 2002

Un agent de santé du district visite dans un village périphérique de Chanthabouly une jeune mère qui, quelques jours auparavant, a accouché à l'hôpital de district. Cette dernière est allongée sur un sommier à lattes de bois sous lequel des braises sont disposées sur une tôle ondulée. Dans la pièce, la chaleur est suffocante et la jeune mère ne peut supporter plus qu'un pagne porté à la taille.

L'ensemble de ces résultats confirme le discrédit dont souffre le système de soins laotien auprès de la population, qui la pousse à l'automédication. Toutefois les populations économiquement favorisées recourent aux services de santé beaucoup plus que les autres et encore davantage lorsqu'il s'agit de besoins spécialisés (pédiatriques, dentaires,

obstétriques). A l'inverse, les groupes sociaux défavorisés consultent peu les professionnels de santé au point que certains n'usent d'aucune infrastructure sanitaire, comme le montre le taux de recours nul des *exclus* parmi ceux qui ont signalé un épisode morbide. Ainsi la disposition à recourir aux services de santé dépend étroitement du groupe social des individus et, aux échelons les plus bas, peut aboutir à une forme a-territoriale du soin, lorsqu'ils se soignent hors des espaces spécialisés¹⁷⁷.

L'existence des territoires du recours aux soins à présent exposée, intéressons-nous désormais à leur dimension qualitative pour en définir les caractéristiques selon les différentes catégories sociales. Lesquels sont exigus/étendus, simples/complexes ou subis/choisis? Le recours aux soins plus important parmi les groupes favorisés résulterait-il uniquement d'une meilleure accessibilité financière aux différentes alternatives de soins offertes dans le secteur privé?

B/ Qualité, diversité et appropriation des territoires du recours aux soins

La caractérisation des territoires du recours aux soins s'organise à partir des deux points suivants :

- la qualité des espaces de soins pratiqués, saisie à travers l'analyse des modes de recours engagés en cas de problème de santé précis (dernier épisode morbide et dernier problème dentaire des enquêtés)
- la configuration des territoires du recours aux soins, c'est-à-dire leur étendue et leur diversité, grâce à l'étude de l'ensemble des structures visitées par les enquêtés lors des douze derniers mois.

• Qualité des espaces de soins pratiqués

Mettre en évidence la qualité inégale des territoires du recours aux soins suppose de hiérarchiser les ressources sanitaires auxquelles les différents groupes sociaux ont accès. Si, comme nous l'avons exposé dans les parties précédentes, la qualité de chaque type de structure, publique ou privée, est susceptible de présenter une importante variabilité, nous retiendrons néanmoins les principaux points suivants : les hôpitaux de district, victimes d'une déprise par les pouvoirs publics, sont les structures les moins aptes à offrir un service de qualité ; les hôpitaux centraux bien qu'également défaillants disposent d'un personnel médical plus qualifié et de la plupart des installations médicales utiles aux diagnostics et aux soins ; les cliniques privées, quant à elles, même si elles présentent une gamme de services très inégale, dépendante des compétences du

¹⁷⁷ Fondées sur l'analyse des besoins ressentis et non des besoins réels, les inégalités de recours aux soins entre groupes sociaux telles qu'elles sont observées ici restent sous-estimées. Comme le souligne Boltanski, « *les différences dans le comportement sanitaire des membres des différentes classes sociales sont beaucoup plus fortes que ne le laisserait supposer la seule prise en compte de la consommation médicale* » [1971, 208]. Les populations défavorisées ont en effet des besoins réels plus importants que les autres groupes sociaux (usure physique et psychologique supérieure) que, de surcroît, ils identifient moins bien en raison de leur endurance plus forte à la douleur (habitude des travaux physiques) mais aussi de leur difficulté à verbaliser les sensations morbides.

médecin et des moyens qu'il a souhaité mettre en œuvre¹⁷⁸, sont susceptibles d'offrir un service personnalisé et/ou de qualité. Enfin, parmi les établissements disponibles, il convient de mentionner les structures de soins thaïlandaises, situées sur la rive du Mékong opposée à Vientiane et accessibles pour la population grâce au Pont de l'Amitié¹⁷⁹. Indépendamment du secteur dont ils dépendent, public ou privé, les établissements thaïlandais offrent des prestations de qualité sans égale avec les infrastructures laotiennes. Développé dès la fin du XIXe siècle par la famille royale, le système de soins est en effet moderne et performant, au point de bénéficier d'une reconnaissance régionale voire mondiale [Bochaton, 2009].

Photographie 30 - Hôpitaux thaïlandais situés à proximité du Pont de l'Amitié



Concernant le tarif des frais médicaux pratiqué dans l'ensemble de ces différentes structures, ils augmentent conjointement à leur capacité à effectuer des analyses médicales et à fournir des médicaments. Cette situation est d'autant plus vraie au Laos où, quelque soit le type d'établissement, la consultation est faiblement facturée, d'un

¹⁷⁸ cf. chapitre 4 : différence entre les « cliniques-maisons » et les « cliniques-structures ».

¹⁷⁹ Une distance de 18 kilomètres sépare le centre-ville de Vientiane du Pont de l'Amitié ; les premières structures thaïlandaises sont situées à moins d'un kilomètre de la frontière (Hôpital privé Wattana, Hôpital provincial de Nongkhai).

montant inférieur à 5 000 kips (moins d'1/2 dollar). Dotés de moyens rudimentaires, les hôpitaux de district sont par conséquent les établissements les plus abordables, car les frais de la visite médicale, limités principalement à la prescription de médicaments essentiels, dépassent rarement un montant total de 30 000 kips (3 dollars). En revanche, dans les hôpitaux centraux, le coût des soins est souvent légèrement plus élevé et susceptible de considérables écarts entre usagers vu la palette d'examen disponibles (analyses de sang, radiographie, scanner, etc.) et la variété des médicaments accessibles – lors de l'enquête de santé, parmi les personnes qui ont déclaré un problème de santé, ceux qui se sont rendus dans un hôpital central ont dépensé entre 20 000 (2 dollars) et 1 000 000 de kips (100 dollars). Dans les cliniques privées, le prix des médicaments et des analyses médicales est fixé par le médecin et peut ainsi, selon le niveau d'équipement et la notoriété du soignant, connaître des écarts au moins aussi comparables. Enfin, en Thaïlande, le coût des soins est en moyenne plus cher qu'ailleurs, en tout cas pour les besoins courants car la consultation est, à la différence du Laos, un acte facturé entre 200 et 600 bahts (5 à 16 dollars), auquel s'ajoutent les prescriptions annexes (médicaments, analyses médicales) ainsi que les frais induits par le déplacement transfrontalier¹⁸⁰.

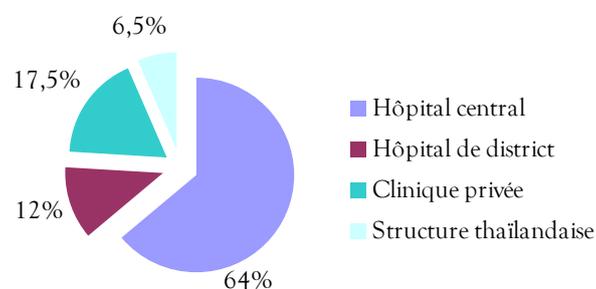
Ces considérations générales sur la qualité et le prix des soins établies, nous verrons dans la suite du développement dans quelle mesure elles objectivent la différenciation des espaces de soins fréquentés par les différentes catégories sociales.

- Qualité des espaces de soins pratiqués lors du dernier épisode morbide

Les adultes

Lorsqu'on considère la population adulte, l'hôpital central reste de loin le recours de référence : il attire près des deux-tiers des consultants (64%) – un résultat validé aussi par l'ensemble des enquêtés puisque 94% d'entre eux ont déclaré qu'ils choisiraient l'hôpital central en cas de maladie grave. Cette situation explique par ailleurs pourquoi la population privilégie l'automédication à la consultation : elle évite ainsi les services des hôpitaux centraux qui, très fréquentés, exigent une attente de plusieurs heures avant d'être pris en charge.

Figure 52 - Espaces de soins pratiqués par les adultes qui ont eu un épisode morbide dans les quinze jours précédant l'enquête (n=75)



¹⁸⁰ Pour se rendre à Nongkhay, ville thaïlandaise située à proximité du Pont de l'Amitié, le coût du transport aller-retour varie entre 5 et 10 dollars selon le moyen de locomotion choisi, collectif ou individuel.

Les autres structures fréquentées, les cliniques et les structures thaïlandaises, n'attirent que 17,5% et 6,5% de consultants du fait de leur moindre accessibilité financière ou physique. Enfin, seule une minorité d'entre eux, 12%, utilise les hôpitaux de district. Comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants, la population porte peu dans son estime ces structures :

« Il m'arrive d'aller à l'hôpital de district mais c'est uniquement pour mes enfants, lorsqu'ils ont des problèmes de santé mineurs. L'année dernière mon enfant a eu une parasitose. Je suis allée à l'hôpital de district car il y a très peu de monde et le temps d'attente est donc très rapide », explique une femme riche de 40 ans.

« Je ne suis jamais allée à l'hôpital de district. C'est pour les gens qui habitent vraiment à côté et qui ont des problèmes bénins », déclare une femme aisée de 57 ans.

« Il arrive que des gens aillent à l'hôpital de district mais ensuite, vu qu'on ne peut pas les soigner là-bas, ils doivent ensuite se rendre à l'hôpital central. Cela ne sert à rien d'aller à l'hôpital de district », dit un homme pauvre de 56 ans.

Or, si le recours à l'hôpital de district est associé à des soins de second rang, il est beaucoup plus répandu parmi les populations défavorisées : alors que 12% de l'ensemble des consultants y ont recouru, ils sont 64% parmi les *pauvres* (tableau 62). En revanche, lorsque la position sociale est meilleure, la population s'oriente davantage vers les hôpitaux centraux et, pour les individus les plus favorisés, également vers les cliniques et les structures thaïlandaises¹⁸¹.

Tableau 62 - Espaces de soins pratiqués par les différents groupes sociaux adultes qui ont eu un épisode morbide dans les quinze jours précédant l'enquête (n=75)

	Hôpital district	Hôpital central	Clinique	Structure thaïlandaise	Total
Adultes <i>pauvres</i> *	64%	17%	19%	0%	100% (n=7)
Adultes <i>modestes</i>	5%	78%	17%	0%	100% (n=19)
Adultes <i>aisés</i>	3%	81%	14%	3%	100% (n=26)
Adultes <i>riches</i>	12%	37%	24,5%	26,5%	100% (n=21)

* Les adultes *exclus* ne figurent pas dans le tableau car, comme nous l'avons vu précédemment, aucun d'eux n'a déclaré avoir consulté. Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Non seulement existe-t-il des inégalités entre groupes sociaux concernant la qualité du recours, mais encore les soins se déroulent-ils de manières différentes au sein des hôpitaux. Les populations défavorisées subissent en effet des discriminations. Celles-ci, comme le souligne Boltanski [1971], sont susceptibles de se développer lorsque la distance sociale entre le médecin et le patient est grande ; or dans les hôpitaux laotiens les considérations d'ordre éthique sont, dans les faits, mises au second plan. En outre, le médecin, lorsqu'il prend en charge les populations défavorisées, ne peut espérer la rétribution complémentaire qu'il pourrait recevoir d'un patient aisé. Malgré quelques

¹⁸¹ Si ces résultats présentés dans le tableau 62 reposent sur un faible échantillon d'enquêtés (75 adultes), on parvient à de mêmes conclusions lorsqu'on étudie au moyen d'une régression logistique ceux qui, parmi l'ensemble des enquêtés (2042 adultes), ont lors des douze derniers mois consulté soit dans une clinique soit dans une structure thaïlandaise (cf. **Annexe 14**).

hésitations à s'exprimer librement, plusieurs enquêtés ont ainsi fait part, lorsqu'ils étaient questionnés sur des améliorations possibles du système de soins, du manque d'égards des médecins à l'encontre des malades peu fortunés. Ce problème est ressenti par toutes les catégories sociales, ainsi que le montrent les témoignages suivants :

« Il faut respecter tous les patients de la même manière. La dernière fois que je suis allée à Mahosot, j'ai attendu plusieurs heures avant la consultation et lorsque c'était mon tour, le médecin a fait passer quelqu'un avant moi, » signale une femme pauvre de 49 ans.

« Certains médecins et infirmiers, mais pas tous, se comportent mal avec les pauvres. Ils ne leur parlent pas gentiment ou bien leur crient après. Cependant, il y a des médecins qui sont très gentils, » rapporte une femme aisée de 76 ans.

« Il faut cesser de faire une différence entre les pauvres et les riches. Tout le monde doit recevoir le même service. Les médecins doivent se conduire de la même manière quels que soient les patients, » dit un homme pauvre de 56 ans.

« J'ai entendu dire que les médecins parlaient mal aux malades. Mais moi, je n'ai jamais eu de problème. Certains disent que si tu n'as pas d'argent et si tu ne portes pas de bijoux, les médecins ne s'occupent pas bien de toi. Moi je n'ai jamais vu cela, mais si certains le disent, c'est que cela doit exister. Il ne faut pas identifier les gens selon leur richesse, tout le monde doit recevoir le même service. Pourtant, il arrive que des médecins se montrent peu disponibles envers les pauvres : ils leur disent que ce n'est pas la peine de les hospitaliser et qu'ils peuvent rentrer chez eux. Par exemple, ma sœur, qui vient de Sam Neua [une province au nord du Laos] et qui a des problèmes de cœur, est allée au service de consultations externes de Mahosot. Elle a attendu toute la matinée dans le hall d'attente alors qu'elle aurait eu besoin d'être allongée. Lors de la consultation, le médecin lui a fait une prescription afin qu'elle soit hospitalisée au service de cardiologie, mais là-bas elle n'a pas été acceptée. Une fois arrivée au service de cardiologie, les médecins lui ont dit qu'elle n'avait pas besoin d'être hospitalisée et qu'elle risquait d'attraper des maladies si elle restait à l'hôpital. Ma sœur n'a pas compris pourquoi elle ne pouvait pas être hospitalisée. Elle a insisté auprès du personnel mais il a refusé. Dès le lendemain, elle souffrait tellement qu'elle est partie consulter en Thaïlande où on lui a prescrit un lourd traitement de trois semaines. Ma sœur pense que les médecins ne se sont pas occupés d'elle à Mahosot car elle vient d'un village rural, de la province. Mais pour moi, Mahosot, c'est bien, je n'ai pas de problème, » explique une femme aisée de 57 ans.

Ces discriminations affectent donc la qualité des soins reçus mais aussi, indirectement, le choix même de se rendre à l'hôpital. En effet, d'après les travaux de recherche de Pottier [cité dans Sicard, 1999, 2423], les premières attentes des patients lao sont la bienveillance et la modestie du médecin, deux qualités qui passent avant la compétence professionnelle. Certes, tout patient, quelle que soit sa nationalité, espère la bienveillance de son médecin, mais ce sentiment est renforcé au Laos par le modèle sociétal traditionnel précédemment présenté, puisque le patient lao s'attend davantage encore à une relation de protection.

Nos propres entretiens confirment la grande attention que les Lao portent au comportement des soignants. Les enquêtés parlent spontanément de la « gentillesse » qu'ils attendent du médecin, qu'ils ressentent comme un encouragement au rétablissement :

« C'est important que le médecin soit gentil, qu'il s'occupe bien du patient et s'intéresse à lui, » dit une femme aisée de 57 ans.

« Si la structure est propre et que le médecin te met à l'aise, tu te sens moins malade », dit une femme riche de 40 ans.

« Quand j'ai un problème de santé qui n'est pas trop grave, je vais voir le médecin ; soit je vais à sa clinique, soit il vient à la maison. Je l'aime bien car il est gentil, c'est comme s'il faisait partie de la famille, », dit une femme aisée de 76 ans.

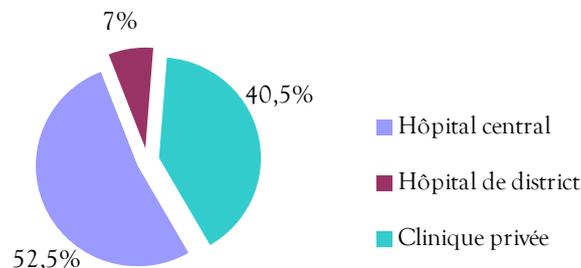
« Il paraît qu'en Thaïlande le personnel médical est très attentionné envers les malades. J'ai entendu dire que lorsque tu arrives dans un service les infirmières t'accueillent et si tu as du mal à te déplacer elles t'installent sur un fauteuil roulant. Si c'est possible, j'aimerais bien que ce soit pareil au Laos, » déclare une femme pauvre de 49 ans.

« Je ne suis jamais allé en Thaïlande et je ne sais pas si c'est la réalité mais j'ai vu à la télé qu'ils offrent vraiment un bon service : le personnel médical parle doucement, gentiment et a de bonnes manières avec le patient. Là-bas, ils font tout pour que le patient soit content. Si c'est vrai, c'est bien car même si tu ne guéris pas cela te donne du courage et tu as moins peur, » dit un homme pauvre de 56 ans.

Les enfants

Certes, l'hôpital central est le recours de référence pour tous les patients quel que soit leur âge, mais il l'est dans une moindre mesure pour les consultants enfants puisque les cliniques en drainent plus de 40%¹⁸².

Figure 53 - Espace de soins pratiqué par les enfants qui ont eu un épisode morbide dans les quinze derniers jours précédant l'enquête (n=142)



Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

La clinique paraît adaptée pour plusieurs raisons à la prise en charge de la population juvénile. Vu la fréquence des maladies chez l'enfant, les parents en apprécient les horaires étendus, l'attente réduite et la personnalisation du suivi. Ce service, outre sa commodité, favorise par ailleurs le recours aux soins vu le confort que représente pour les parents le fait d'avoir un suivi médical [Lambrew, 1996]. Or les enfants de familles favorisées en constituent la principale patientèle : 58% de riches y recourent tandis qu'ils ne sont que 34% parmi les exclus et les pauvres (tableau 63). Toutes choses égales par ailleurs, 70 à 80% de la population a moins de chances que la catégorie des riches de

¹⁸² Parmi les consultants adultes, seuls 17,5% recourent à une clinique.

consulter dans une clinique. Par ailleurs, lorsque les ménages défavorisés font le choix de la clinique, ils accèdent moins que les autres aux structures performantes, dont la renommée a un prix.

Tableau 63 - Propension des enfants à consulter à la clinique lors du dernier épisode morbide selon les différents groupes sociaux

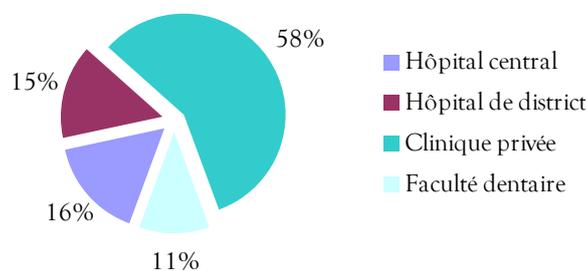
		Consultation à la clinique des enfants lors du dernier épisode morbide				
variable d'intérêt		Population totale	Pourcentage de patients consultant dans une clinique	Odds Ratio		
		n = 142		[IC 95%]	Significativité	
Groupe social	exclu et pauvre	29	34	0,2 [0,06-0,7]	>0,05	
	modeste	50	41	0,3 [0,1-0,9]	>0,05	
	aisé	35	33	0,3 [0,09-0,8]	>0,05	
	riche	28	58	Référence		
Variables contrôlées	Âge	moins d'un an	20	22	0,4 [0,1-1,1]	n.s
		un an et plus	122	43	Référence	
	Sexe	masculin	66	42	0,9 [0,4-1,8]	n.s
		féminin	76	39	Référence	
	Conditions physiques	bonne	48	36	0,9 [0,3-2,8]	n.s
		moyenne	73	44	0,9 [0,3-2,8]	n.s
		mauvaise	21	40	Référence	
	Niveau d'étude (de la mère)	- aucune scolarité ou école primaire	27	54	2 [0,6-8]	n.s
		- collège et/ou lycée	88	49	1,9[0,7-5]	n.s
		- post-lycée	27	64	Référence	
	Gravité du problème	- joue comme d'habitude	75	37	0,6 [0,3-1,3]	n.s
		- ne joue pas comme d'habitude	67	44	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	14	31	1 [0,4-3]	n.s
		non	128	41	Référence	
Culture d'appartenance	non lao	19	42	1,1 [0,7-2]	n.s	
	lao	123	40	Référence		

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

- **Qualité des espaces de soins pratiqués en cas de problème dentaire**

Si les adultes préfèrent recourir à l'hôpital central pour les problèmes de santé généraux, ils font appel au service des cliniques en cas de problèmes dentaires, encore plus que pour les soins pédiatriques. En effet, entre ces deux structures, la qualité de référence s'inverse au profit des cliniques : alors que nous avons vu précédemment qu'elles ne drainaient que 17,5% des adultes, elles attirent 58% d'entre eux lorsqu'ils sont atteints de problèmes dentaires, et les hôpitaux centraux, qui, au contraire, en attirent 56%, n'en prennent plus en charge que 16%.

Tableau 64 - Espace de soins pratiqué par les adultes qui ont eu un problème dentaire lors des douze derniers mois (n=296)



Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Du fait que les soins dentaires réclament un savoir technique, un équipement approprié et d'importantes précautions d'hygiène, le recours massif à la clinique remet en cause non seulement la commodité des services hospitaliers mais encore leur qualité. Du reste, les inégalités d'accès à la clinique sont à nouveau frappantes et la proportion d'adultes qui y recourent varient de plus du double aux deux extrémités de la hiérarchie sociale, de 28% pour les *exclus* et *pauvres* à 73% pour les *riches* (tableau 65).

Tableau 65 - Propension à consulter à la clinique lors du dernier problème dentaire selon les différents groupes sociaux

variable d'intérêt		Consultation à la clinique lors du dernier problème dentaire				
		Population totale n = 282	Pourcentage de patients consultant dans une clinique	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
Groupe social	exclu et pauvre	39	28	0,2 [0,08-0,4]	>0,001	
	modeste	69	48	0,2 [0,1-0,5]	>0,001	
	aisé	72	66	0,5 [0,3-0,8]	n.s	
	riche	102	73	Référence		
Variables contrôlées	Âge	35-44 ans	95	60	1,6 [0,7-3,9]	n.s
		45-54 ans	90	59	1,4 [0,6-3,3]	n.s
		55-64 ans	55	59	1,1 [0,5-2,8]	n.s
		65 et +	42	49	Référence	
	Sexe	masculin	103	57	1,1 [0,6-1,9]	n.s
		Féminin	179	58	Référence	
	Niveau d'étude	- aucune scolarité ou école primaire	96	57	1 [0,5-2,3]	n.s
		- collège et/ou lycée	110	58	0,8 [0,4-1,6]	n.s
		- post-lycée	76	59	Référence	
	Gravité du problème dentaire	- contraint de stopper son activité	79	49	0,7 [0,4-1,3]	n.s
		- non contraint de stopper son activité	203	62	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	34	41	0,4 [0,2-0,9]	>0,05
non		203	60	Référence		
Culture d'appartenance	non lao	34	66	1,1 [0,5-2,6]	n.s	
	lao	248	57	Référence		

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Ainsi, quel que soit le type de besoin, plus la catégorie sociale des individus est élevée, plus leur choix s'oriente vers les structures les plus performantes. Aux côtés des populations favorisées dont le pouvoir économique et la position sociale leur permettent de choisir leur structure et de jouir de la considération du personnel soignant, les populations défavorisées ne peuvent ni l'un ni l'autre. Quand les premières choisissent leur territoire de recours aux soins, les secondes tendent plutôt à le subir, ce qui indirectement influe sur leur propension à consulter.

Cette analyse, fondée sur les recours entrepris suite à un épisode morbide précis, a permis d'estimer l'inégale qualité des espaces de soins investis par les différentes catégories sociales. L'étude qui suit, quant à elle, cherche à déterminer plus largement le champ des possibles en termes de soins, au vu des différentes structures de soins visitées lors des douze derniers mois.

- **Diversité des espaces de soins pratiqués**

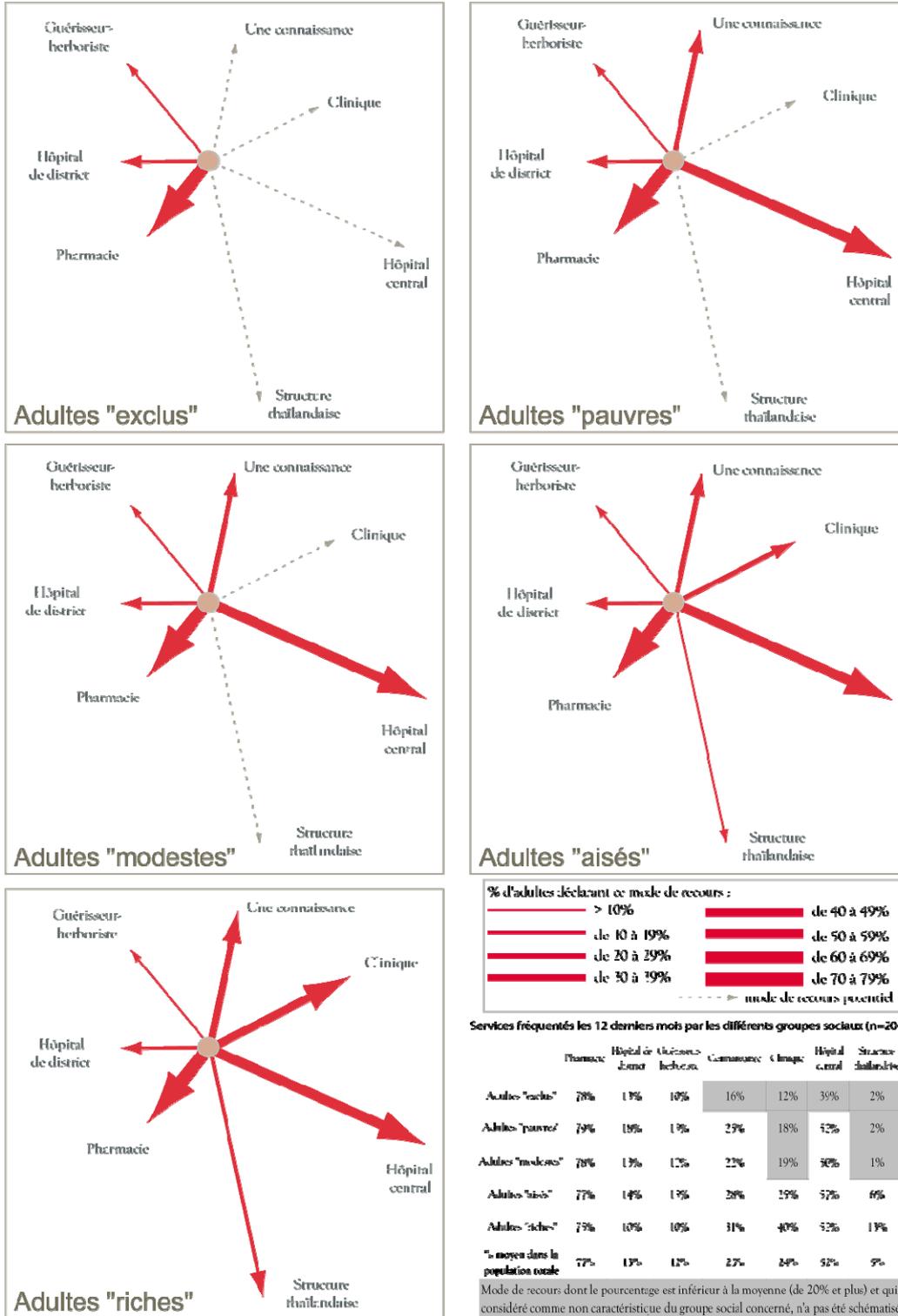
Dans l'objectif de caractériser les territoires de recours aux soins des différentes catégories sociales, nous avons établi pour chacune un schéma qui résume son utilisation des diverses alternatives de soins. Cette représentation rend compte des structures visitées et de leur proximité¹⁸³. Ainsi visualise-t-on la configuration des espaces de soins caractéristiques de chaque groupe social, pour les adultes puis pour les enfants.

Les adultes

A la lecture de la figure 54, le territoire du recours aux soins s'étoffe progressivement à mesure qu'augmente le niveau de vie : peu diversifié et exigu pour les populations défavorisées, il connaît une diversification et une extension progressive pour les groupes favorisés. Si les *exclus* ont une propension au moins égale aux autres à se rendre dans les pharmacies, dans les hôpitaux de district ou bien chez le guérisseur, ils sous-utilisent les autres recours disponibles. Toutes les autres catégories, quant à elles, recourent davantage aux hôpitaux centraux et à leur réseau de connaissances. Cependant, seules les populations *aisée* et *riche* utilisent de manière significative les cliniques et les structures thaïlandaises.

¹⁸³ Pour chaque groupe social, nous avons représenté uniquement les structures dont le niveau d'utilisation est égal ou supérieur à la moyenne pour la population totale. De manière à bien identifier les modes de recours propres à chaque groupe social, nous avons estimé que les structures sont sous-utilisées dès lors que la propension à y consulter est de 20% ou plus inférieure à la moyenne ; celles-ci ne figurent donc pas sur les schémas. Par ailleurs, pour rendre compte de l'étendue des territoires du recours, nous avons schématisé par la longueur des flèches la distance qui sépare la population des différentes structures : elle est minimum dans le cas des pharmacies, un recours de proximité, et maximum pour les structures thaïlandaises, les plus lointaines.

Figure 54 - Territoires de recours aux soins caractéristiques des différents groupes sociaux (adultes)



Ces résultats soulignent que les groupes sociaux font preuve d'une adaptabilité inégale face à leurs besoins de santé : aux deux extrémités de la hiérarchie sociale, les uns n'accèdent qu'à quelques modes de recours alors que les autres peuvent choisir parmi l'éventail des pratiques existantes.

L'une des conséquences est l'errance thérapeutique des populations défavorisées en cas d'épisode morbide inhabituel. Peu familiarisées au champ des possibles, elles ne disposent pas d'autant de repères que les autres qui, au contraire, sont plus en mesure de cibler le mode de recours le mieux adapté à leur problème de santé. En témoignent les deux extraits d'entretiens suivants :

Une femme pauvre de 46 ans explique : « Depuis 2 ans j'ai des douleurs aiguës dans les mains que je ne parviens pas à soigner. Au début, quand la maladie s'est déclarée, j'ai eu mal à l'épaule et la douleur est descendue jusque dans les mains. Il arrive aussi que je ne les sente plus : lorsque je me pince, je ne sens rien. Environ une semaine après que ce problème s'est déclaré, je suis allée à Mahosot car je pensais que c'était peut-être dû à d'autres maladies, comme le diabète par exemple. Le médecin m'a donné un traitement pour baisser le taux de cholestérol et des vitamines, mais cela ne m'a pas guérie. Depuis, je suis allée voir trois médecins traditionnels différents qui, à chaque fois, m'ont donné une solution médicinale à boire, mais la douleur n'a pas beaucoup diminué, j'ai tout le temps mal. En parallèle à ces traitements, je suis également un régime alimentaire : je ne mange plus de poulet. Dernièrement je suis allée consulter à l'hôpital de médecine traditionnelle car une voiture qui est passée devant chez moi faisait la publicité de la venue d'un étranger, un Coréen spécialiste des maladies des nerfs. J'ai consulté là-bas, dans cet hôpital, car c'était exceptionnellement gratuit, mais, encore une fois, rien n'a changé, je ne suis toujours pas guérie. Je ne sais pas ce que je vais faire maintenant. »

Une femme aisée de 57 ans et habituellement suivie dans une clinique privée, notamment en raison de ses problèmes d'hypertension, raconte : « Il y a trois mois j'ai eu soudainement d'importants maux de tête, je me suis sentie très fatiguée et j'avais des sensations de chaud et de vomissements. Vu que je fais de l'hypertension, j'ai pensé que je faisais une crise liée à la tension. Tout de suite je suis allée à Mahosot car là-bas il y a tout le matériel. J'ai été hospitalisée deux nuits, le temps que la tension se stabilise avec les médicaments. J'avais choisi une chambre V.I.P [chambre de meilleur standing que les autres] : je préfère car on y est mieux accueillie et on y reçoit plus d'attention de la part du personnel. Depuis je me sens bien et ma tension est normale. »

Ainsi, tel un paradoxe, ceux dont le territoire est habituellement réduit suivraient en cas de maladie exceptionnelle un itinéraire complexe, tandis que ceux dont le territoire est grand suivraient un itinéraire plus simple.

De manière générale, l'accroissement des territoires est étroitement lié au pouvoir économique, de façon directe ou indirecte. Tout d'abord, l'accès aux services « V.I.P », aux structures de soins thaïlandaises et aux cliniques de qualité dépend, bien évidemment, du pouvoir d'achat du consultant. Ensuite, comme nous l'avons vu précédemment, la qualité de l'accueil dont ils bénéficient encourage les plus favorisés à consulter, où que ce soit. Par ailleurs, ainsi que nous pouvons l'observer sur la figure 50, ils font davantage appel aux réseaux de connaissances¹⁸⁴ qu'ils entretiennent dans le milieu médical et qui interviennent à titre personnel dans leurs soins. En raison du cloisonnement social, leurs réseaux de relations sont en effet plus susceptibles de

¹⁸⁴Le recours aux réseaux de connaissances, analysé grâce à une régression logistique, montre que celui-ci s'accroît à mesure que le niveau de vie augmente (cf. Annexe 5).

compter des médecins et autres spécialistes de la santé. De surcroît, comme le montrent les témoignages qui suivent, les « connaissances » jouent fréquemment un rôle intermédiaire dans le parcours de soins, sollicitées soit pour être introduit dans un service, soit pour choisir un hôpital particulier, un spécialiste renommé, un médicament efficace...

« A chaque fois que je suis malade, je vais d'abord voir mon cousin qui est médecin ; je vais chez lui et il me dit si c'est grave et si je dois aller à l'hôpital. S'il ne peut pas me soigner, il me conseille où aller, » explique une femme de 44 ans.

« Quand je sens que j'ai un souci de santé, je téléphone à mon neveu qui est médecin à Xieng Khouang [une province septentrionale du Laos]. Je lui explique ce que je ressens et je vais à la pharmacie acheter les médicaments qu'il m'a conseillés, » raconte un homme de 60 ans.

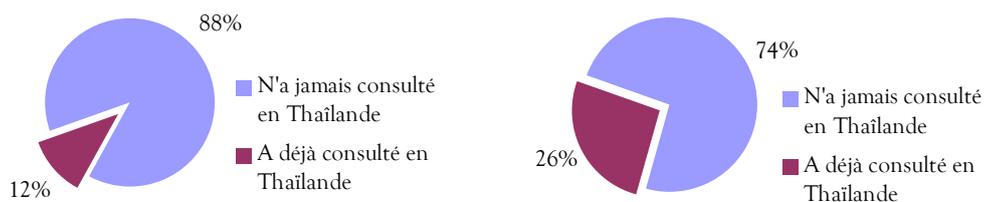
« Avant je n'étais jamais allée à l'Hôpital Sethattirat, mais depuis que j'ai une belle-fille qui travaille là-bas toute la famille y va. C'est pratique car elle connaît bien le personnel médical, » dit une femme de 57 ans.

Vu le système de soins actuel, où la population n'est pas assistée aux différentes étapes de son parcours thérapeutique, les réseaux de connaissances représentent un soutien recherché et apprécié dans la démarche de soins. Aussi, ce réseau contribue-t-il à dessiner le contour des territoires du recours, en particulier celui des populations favorisées, pour lesquelles il est le plus développé.

A l'issue de cette analyse, nous avons pu établir que, lorsque certains possèdent des territoires par dépit, d'autres se créent leurs propres territoires. Vu les défaillances de l'offre de soins disponible, les premiers s'en remettent principalement aux pharmacies, services où ils ne subissent pas d'inégalités ni de discriminations ; quant aux seconds, dotés de ressources financières et des avantages indirectes qu'elles leur confèrent (meilleure considération et réseaux de relations), ils sont davantage capables d'innovation dans leur démarche de soins.

Cependant, comment expliquer que les groupes favorisés ne recourent pas plus aux structures thaïlandaises dont les services conjuguent performance et bienveillance ? Pourquoi 88% des adultes *riches* et 74% des adultes *aisés* n'ont-ils jamais utilisé ces services ?

Figure 55 - Pourcentage des adultes « aisés » (à droite) et des adultes « riches » (à gauche) qui n'ont jamais consulté en Thaïlande



Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

La distance séparant les populations favorisées des établissements thaïlandais n'est pas tant physique que politique et résulte de manière indirecte de la désapprobation du recours aux soins transfrontaliers par les autorités. Les chefs des villages enquêtés, lorsqu'on les questionne sur le sujet, ne manquent pas la plupart de critiquer ces pratiques :

« Ceux qui partent se faire soigner en Thaïlande suivent la mode, mais après avoir essayé les structures thaïlandaises, la majorité retourne par la suite se faire soigner dans les hôpitaux laotiens. »

« Il arrive que des patients meurent quand ils reviennent de Thaïlande. Pourquoi ?... »

« Des laotiens partent se faire soigner en Thaïlande, pourtant les compétences des médecins laotiens et thaïlandais sont identiques. »

« Une personne du village s'est faite opérée trois fois de suite et elle a survécu. Comme quoi les structures de soins laotiennes peuvent aussi soigner. »

« Les médecins thaïlandais disent aux patients que leur cas est grave uniquement pour leur soutirer plus d'argent. »

Le gouvernement, qui voit dans le recours aux soins transfrontaliers, un affront à leur autorité, cherche à réfréner cette pratique. Sa méthode, qui ne peut être ouvertement offensive vu le contexte de libéralisation économique et l'ouverture des frontières, consiste principalement à orienter l'opinion publique. Par l'intermédiaire des médias (radio, télévision, journaux), les autorités appellent régulièrement la population à participer au développement du pays, notamment en utilisant les infrastructures nationales, et s'appliquent à démontrer la qualité des hôpitaux laotiens (cf. documents 7 et 8, p.366). Les journaux présentent en effet régulièrement, photos à l'appui, les nouveaux appareils médicaux dont se sont dotées les structures de soins. Plus généralement, ils s'appliquent à faire l'éloge des services de santé publics, quitte à travestir la réalité. Un article du *Rénovateur*, qui devait initialement présenter sous forme de sondage d'opinion les motivations des individus à recourir aux structures médicales de Thaïlande, a finalement permis, après la réécriture complète des interviews par la rédaction – soit parce qu'ils discréditaient le système laotien soit parce qu'ils encensaient la qualité des services thaïlandais -, de laisser conclure au lecteur qu'il est plus sûr de se soigner au Laos qu'en Thaïlande ; le dernier faux-interview sur lequel s'achève l'article était : *« Moi, je me fais soigner à Vientiane, les soins y sont aussi bien administrés qu'ailleurs. Les soins en Thaïlande coûtent énormément d'argent, il faut être riche pour aller là-bas et en cas de problème grave, rien ne peut vous guérir. J'ai même entendu dire que de nombreux Lao sont décédés dans les hôpitaux thaïs. »*¹⁸⁵

L'opinion publique ainsi orientée et manipulée, la population exprime de manière générale des retenues à recourir aux soins en Thaïlande. Même si parmi les populations favorisées, certains y voient le signe de leur distinction sociale, cette pratique n'est pas généralisée.

¹⁸⁵ En 2006, lorsqu'a été publié cet article, intitulé « *Et la santé ...* », un ami français, qui travaillait au sein de la rédaction du journal, nous a fourni les deux entretiens originaux qui, politiquement incorrects, ont été remaniés en cinq faux témoignages avant d'être publiés le 25 octobre 2006. Les deux versions de l'article figurent en **Annexe 15**.

Document 7 - Publicité des hôpitaux nationaux dans la presse laotienne



XAYXANA LEUKAI

In the past, when Lao people became ill, it was not unusual for them to travel to Thailand for treatment – if they could afford it. ...

When the Lao PDR was declared on December 1975, the health sector has been improved and developed and most of Lao people have preferred treatment in the country.

The government has spent a lot of money to buy more new medical equipment to help save people's lives in major hospitals around the country, as well as friendly countries and organisations around the world have bought modern equipment for Lao hospitals.

The use of modern medical equipment can reduce the number of people who travel to use medical services in neighbouring countries.

"We cannot stop people using services in foreign countries because patients have their rights to use the medical services," said the Director of Sethathirath Hospital, Associate Professor Dr Som-Ock Kingsada. "When we have adequate modern equipment, people may not need to go abroad for treatment," Dr Som-Ock said.

To mark the 30th anniversary of the Lao People's Democratic Republic, Vientiane Times is pleased to present articles on developmental achievements in various sectors.

Modernising our hospital system

The introduction of up-to-date equipment is helping our hospitals to compete internationally

The Japan International Cooperation Agency donated a computer tomography scanner worth US\$ 300,000 to Sethathirath Hospital a few months ago. This state-of-the-art equipment can scan the whole body to detect diseases, and can even detect very small cancer cells.

"Modern equipment can reduce the death rate of patients because it diagnoses so effectively," said Dr Som-Ock.

He said that people have to pay US\$60 for a medical check using this equipment. But they will pay double the price in neighbouring countries.

"More modern medical equipment will also mean foreigners can rely more on the Lao health sector," he added.

The hospital now receives an average of two people to use this equipment every day.

Sethathirath Hospital was rebuilt in 2001 by a Japanese government grant aid at Donkoy village, Xaysettha district. Earlier, people knew as Operation Brotherhood (OB) Hospital, which was located next to the That Luang esplanade.

The hospital consists of 22 divisions with 175 beds and receives about 300 people a day; about 60 of these are patients with the emergency division.

"Effective diagnosis can help doctors to treat on time," Dr Som-Ock said. "It also saves money for patients and helps reduce poverty."

Dr Som-Ock advised that people should have a medical test every year to make sure that they are free of disease. "The medical check is very useful for people's health because it can save lives by detecting disease before it gets worse."

There are also other examples of modern equipment being used to check the uterus, check heart valves, and detect leptospirosis and cancer in the blood stream.

With modern medical equipment, Dr Som-Ock expected the Sethathirath Hospital could become a leader in using modern medical equipment in Laos. However, Lao hospitals still need more modern equipment.

Dr Som-Ock explained that before 1975, doctors diagnosed the patients' diseases with their eyes, ears, speech and hands. "This old method cannot work as effectively as the modern equipment," he said.

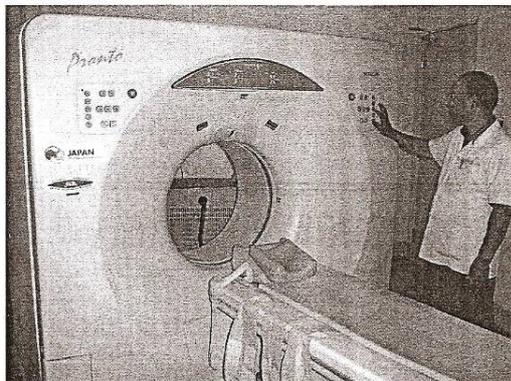
Other hospitals have used modern medical equipment, including Mohosot, Friendship Hospital in Vientiane and Lao-Luxembourg in Vientiane provinces. These three hospitals have collaborated with foreign specialist doctors to diagnose accurately and provide effective treatment. As a result, recently, the first successful operations for heart disease by a Lao surgeon were carried out on a 24-year-old woman and a four-year child in Mahosot, using equipment and skills from Luxembourg.

Dr Monekeo Siphakanlaya said he was delighted about the landmark operations and their success, and thanked the 10 medical staff on the team.

He adds that it offers greater hope for the hundred heart disease patients that the hospital diagnoses every year.

Dr Monekeo graduated as a GP in Laos and is still receiving specialist training in France.

He said that this was an historic event for the Lao public health sector. Dr Monekeo was persuaded by his professors to join a heart operation at the Laos-...



A modern computer tomography scanner is used to detect cancer cells.



The Friendship Hospital has also used modern medical equipment, especially for orthopaedic operations and it is believed that the hospital is one of the best orthopaedic hospitals in the region. The specialist doctors graduated from overseas and medical equipment was imported from Europe, mostly from France.

The achievements mentioned above were part of the government's efforts to improve the health and the lives of ethnic Lao people around the nation. The achievements also reflect the ability of the Lao People's Revolutionary Party to lead the country.

Dr Som-Ock said that it was good news for Lao people when the government agreed to allow private hospitals to open in Laos.

choices about their medical treatment," he said.

"If Lao hospitals work as good as Thai Hospitals, I believe that the number of people who go for medical treatment in Thailand can be reduced."

"If we have more modern equipment, staff and medical foreign specialists in Laos, I believe that people may not need to go for medical treatment abroad," Dr Som-Ock concluded.

EXOTISSIMO
TRAVEL & TOURS

VACANCY ANNOUNCEMENT

Exotissimo is seeking for its Direct Sales Department

1 English/Japanese Speaking Travel Consultant

- English and/or Japanese required (speak both languages is preferable)
- Computer skills (Microsoft Office)

Send Cover Letter & Resume to:

EXOTISSIMO Vientiane Travel and Tour
P.O. BOX 4666 -
06 / 044 Pangkham Street - Vientiane
Phone: 856 711 24 18 61 or 74 19 67

Source : Vientiane Times, 14 novembre 2005, p.16

Etat des lieux des équipements dont se sont dotés les hôpitaux depuis 1975, ici illustré par les photographies de deux médecins : l'un présentant un appareil IRM (en haut) et l'autre le laboratoire d'analyse (en bas).

Document 8 - Publicité dans la presse laotienne de la qualité du service des hôpitaux nationaux

Doctors say local hospitals give good service

□ XAYXANA LEUKAI

DOCTORS at Mahosot Hospital are concerned that patients who choose to go for treatment in Thailand are merely following fashion instead of good medical advice.

Even though the quality of doctors and medical equipment at Mahosot has improved yearly, many people still prefer using the medical services of Laos' neighbour.

Doctors refute this claim. "Only a small number of people go for treatment outside the country," said the Director of Mahosot.

Professor Chanpheng Thamvong, this week. "They can do this because they have money," he said. "We cannot stop them even if we prove the good quality of our medical services because they are following the fashion," he said.

Mr Phomma Sithideth, 71, of Ban Nongveng in Hadxaifong district had medical tests at Wattana Hospital in Nongkhai province during a shopping trip there last year. He said that the tests were the same as those done in Lao hospitals but that the service was much better. "The doctors at Wattana did the tests much more quickly. However, it cost quite a lot more money than in Laos," he said. "I would like to see our own hospitals provide a similarly efficient service."

Professor Chanpheng said that medical services in Laos for all conditions, including pregnancy, were adequate. "Our doctors have enough skills to help women deliver their babies. But some pregnant women prefer to use facilities outside the country," he said.

Some people say that medical services and the modern equipment in hospitals over the border are better than those in Laos. They also say that most doctors there speak very politely. These people are not very concerned with how much the services cost, but feel sure they are getting value for money.

"They have to pay two or three times as much for treatment in foreign hospitals compared to the cost of services in Laos," Professor Chanpheng said.

The doctor also appealed for Lao people to put patriotism above any doubts they may

have about medical standards. "Lao people should help the Lao economy by using the local medical services," he said. "Economic development in Laos is still the duty of Lao people."

Mahosot staff believe that people like to go to hospitals outside the country because very often they would come for treatment at Mahosot but were unable to see a doctor immediately. "Sometimes patients got annoyed at having to wait for such a long time and, although some doctors do speak impolitely to patients, this problem is very rare in our hospital," the Professor said.

Mahosot holds weekly meetings for all members of staff to discuss how to

improve hospital services. They also discuss how doctors and nurses can discuss patients' treatment in a polite way, so that Mahosot becomes known as the people's hospital.

Mahosot is a training ground for medical students, pointed out Professor Chanpheng. "Most students in the fourth, fifth, sixth and seventh year from the Faculty of Medicine practise their medical skills here before they graduate."

In addition, at least 80 provincial doctors have done their training at Mahosot and doctors from 103, Friendship and Sethathirath Hospitals take courses to update their skills there every year.

However, there are still a lot of medical challenges for local doctors in undeveloped countries, including Mahosot Hospital, especially relating to various cancers, infectious diseases, heart disease and contagious diseases. The mortality rate among mothers and newborn children also remains high and requires urgent attention.

The death rate among patients at Mahosot Hospital averages two percent per year. This number is low. "Most people who die here are seriously ill patients who have been unable to get a cure at other hospitals," Professor Chanpheng observed. "However, we also have quite a lot of patients who are terminally ill and choose to leave the hospital and go home to die."

A Health Ministry doctor, who did not want to be identified, said the ministry did not have any statistics, but that he did not think there were very many Lao patients attending Thai hospitals.

"There might have been a high number in the past but now our hospitals have improved, and I think the number of Lao patients going to Thai hospitals has decreased," he said.

He said that the reason that the ministry did not have accurate statistics was because some Lao people went to Thailand for shopping trips and had a health check there at the same time.

"Thai private hospitals are better than ours only in service, but we are working to improve that aspect as well," he said.



A doctor performs a medical test for a patient at Mahosot Hospital.

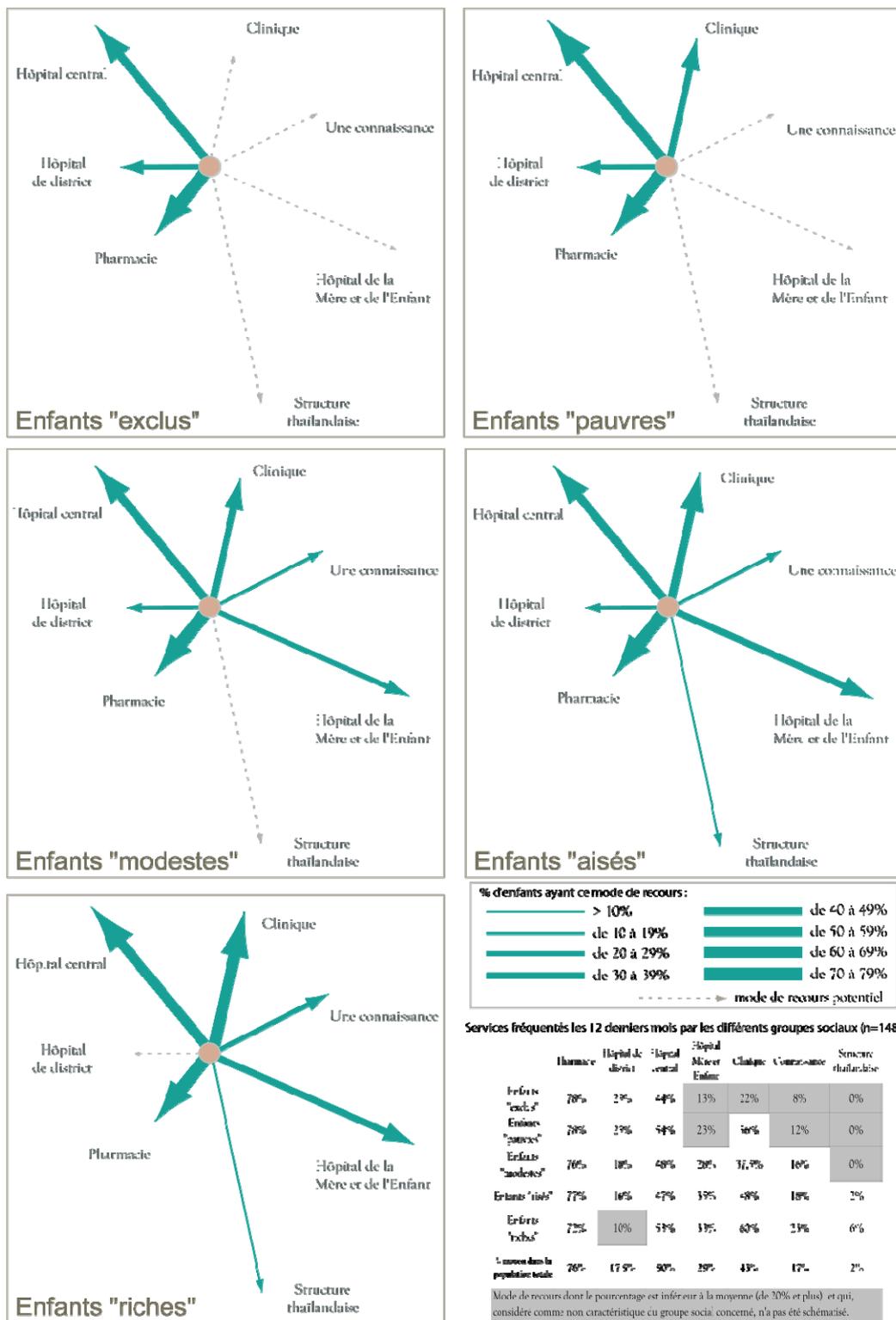
Source : Vientiane Times, 14 janvier 2005 ; Extrait de l'article :

- « Le professeur Chanpheng dit que le service médical laotien, y compris celui de l'obstétrique, est de qualité ».
- « Parfois des patients se plaignent [...] Bien qu'il arrive que certains médecins soient impolis avec les patients, ce problème reste rare, dit le professeur »
- « Des personnes disent que le service et l'équipement des hôpitaux situés de l'autre côté de la frontière sont de meilleure qualité qu'au Laos. Ils disent aussi que la plupart des docteurs parlent gentiment. Ces personnes prêtent peu attention au prix du service mais je suis sûr qu'ils en ont pour leur argent. Ils doivent payer deux à trois fois plus qu'au Laos » dit le docteur Chanpheng. »
- « Les Laotiens doivent participer au développement économique du pays en utilisant les services médicaux locaux, dit le docteur Chanpheng ».

Les enfants

En ce qui concerne les enfants, la même logique s'applique : les territoires s'agrandissent et se diversifient au fur et à mesure que le niveau de vie augmente (figure 56). Cependant, grâce à cette représentation des modes de recours, des distinctions entre les usages des hôpitaux centraux transparaissent nettement : les services de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, grâce à leur spécificité, sont davantage utilisés par les populations favorisées. Cette spécificité révèle de nouvelles inégalités devant les soins ; les plus pauvres y consultent moins étant donné leurs difficultés d'accès à la structure et/ou leur moindre sensibilisation aux besoins pédiatriques.

Figure 56 - Territoires de recours aux soins caractéristiques des différents groupes sociaux (enfants)



En somme, le pouvoir économique, critère essentiel de la différenciation sociale dans la société vientianaise d'aujourd'hui, est la condition primordiale d'accès au marché de la santé. Le « bon soin » ne saurait être indépendant des moyens financiers, de manière directe ou indirecte. Ainsi, l'ordre social s'inscrit-il dans les comportements de soins et en souligne les principales inégalités.

La stratification sociale, prégnante, et la mixité sociale dans la ville, significative, nous ont invités à appréhender les territoires du recours aux soins à l'échelle de la capitale. Or, Vientiane étant composée de sous-espaces urbains caractéristiques, nous souhaitons étudier à présent la manière dont les groupes sociaux s'accommodent aux qualités locales de l'espace. Se soignent-ils de la même manière selon qu'ils habitent dans l'un ou l'autre de ces sous-espaces ?

II. Du façonnement social au façonnement spatial du recours aux soins

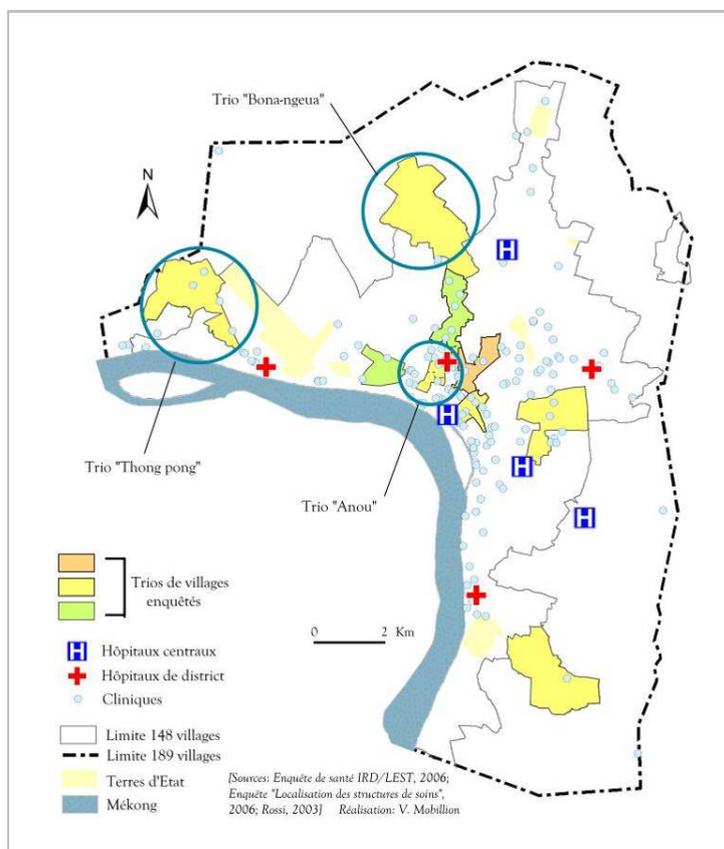
Comparer les comportements de soins d'un même groupe social en différents lieux suppose d'abord de définir les sous-espaces d'analyse.

L'enquête de santé IRD/LEST, réalisée dans le cadre du programme « *Urbanisation, gouvernance et disparités spatiales de santé à Vientiane* », a été conçue de manière à déterminer le rôle que joue l'urbanisation sur la santé et par conséquent offre pour principale échelle d'analyse les trois couronnes d'urbanisation définie pour l'étude (couronnes urbanisée, intermédiaire et peu urbanisée). Or cette échelle se révèle peu pertinente pour rendre compte des inégalités du recours aux soins, car les villages d'une même couronne d'urbanisation, dispersés les uns des autres, sont différemment dotés en termes de ressources sanitaires ; la retenir reviendrait donc à lisser l'information et les éventuelles inégalités. Pour ces raisons, nous avons étudié le recours aux soins non pas à l'échelle des strates urbaines mais à l'échelle plus fine des trios de villages enquêtés¹⁸⁶. Comme le montre la superposition cartographique des lieux d'enquête et des établissements sanitaires (carte 55), chacun des trios villageois propose une disponibilité inégale de service de santé. Nous avons retenu ceux qui présentent des caractéristiques d'équipement bien différentes :

- Le trio *Anou* : ce groupe de villages, situé en centre-ville, est à proximité de nombreux services de santé, notamment l'Hôpital central Mahosot, l'Hôpital de district de Chanthabouly et plusieurs cliniques.
- Le trio *Thong phong* : ces villages, localisés à l'entrée ouest de Vientiane, sont, parmi les différents lieux enquêtés, les plus éloignés des hôpitaux centraux (le plus accessible, Mahosot, est situé à plus de huit kilomètres). On y recense toutefois plusieurs cliniques et, à ses environs immédiats, l'Hôpital de district de Sikhottabong.
- Le trio *Bona-ngeua* : ces villages de la périphérie nord de Vientiane sont à distance intermédiaire de l'Hôpital central de l'Amitié (3 kilomètres). Ils ne disposent pas de cliniques et l'hôpital de district le plus proche, celui de Chanthabouly, est situé à plus de quatre kilomètres de ces villages.

¹⁸⁶ L'échelle du trio de villages a été préférée à celle du village lui-même, dont le nombre de personnes enquêtées est trop faible pour permettre une analyse.

Carte 55 - Localisation des sous-espaces d'analyse du recours aux soins



L'objectif est d'étudier dans ces trois sous-espaces le recours aux soins des différents groupes sociaux. Les populations défavorisées consultent-elles davantage lorsqu'elles habitent à proximité des services de santé ? Ou bien y recourent-elles toujours aussi peu, quel que soit leur niveau d'équipement ? Parmi les groupes favorisés, la propension à consulter est-elle affectée lorsque la disponibilité locale de l'offre est faible ?

En raison de l'échelle d'analyse fine qui a été privilégiée, l'étude qui suit est soumise à certaines limites statistiques et par conséquent repose principalement sur les comportements de soins relatifs à l'accouchement dont les données permettent, à la différence des autres, une bonne interprétation des résultats¹⁸⁷.

L'observation de la figure 57 montre que la propension des femmes à accoucher dans une structure plutôt qu'à domicile est, selon leur catégorie sociale d'appartenance, plus

¹⁸⁷ Dans un trio de villages, la population d'étude comprend environ 200 personnes. Cet effectif, subdivisé en sous-groupes sociaux, est insuffisant pour appréhender le recours aux soins en cas d'épisode morbide ou en cas de problème dentaire car l'un comme l'autre ne concerne pas la totalité de l'échantillon. En revanche, le recours en cas d'accouchement porte sur l'ensemble des mères des enfants enquêtés. De surcroît, cet indicateur permet d'obtenir des résultats parmi les plus significatifs car ils reposent sur l'analyse d'un besoin qui est à la fois objectif et comparable pour tous. Notons que pour renforcer la puissance de l'analyse, nous avons rassemblé dans un même groupe les populations *exclues* et *pauvres*.

ou moins dépendante de la proximité de l'offre de soins. Les femmes défavorisées présentent en effet un taux de recours variable selon la distance les séparant d'un hôpital central – structure de référence pour l'accouchement¹⁸⁸ - alors qu'au contraire, celles qui sont favorisées accouchent toutes, ou presque, à l'hôpital, indépendamment de la disponibilité locale de l'offre. Parmi les femmes *exclues* et *pauvres*, toutes ont accouché dans une structure de soins à Anou alors qu'elles sont seulement 77% à Bona-ngeua et 82% à Thong phong – si Bona-ngeua reste moins éloigné que Thong phong d'une structure centrale, ce groupe de villages est mal relié au réseau routier, ce qui accroît pour cette population, souvent moins motorisée que les autres, la perception de distance et d'isolement.

Figure 57 - Taux d'accouchement dans une structure de chaque catégorie sociale en fonction du niveau d'accessibilité physique à l'offre de soins



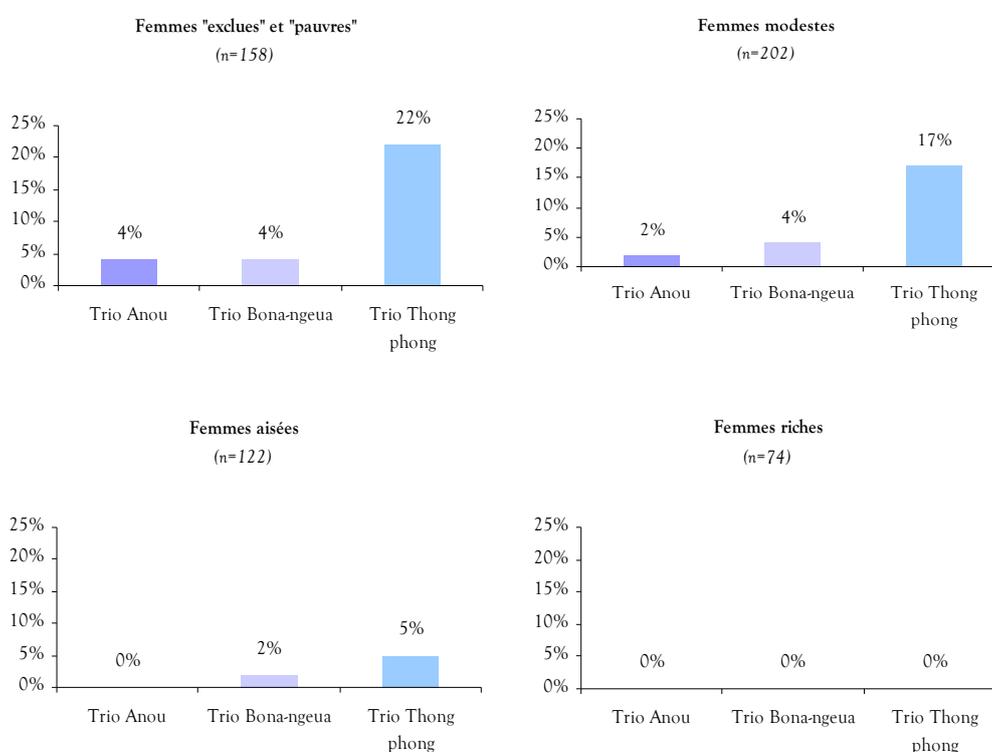
Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

Si l'on retient parmi toutes ces femmes uniquement celles qui ont accouché dans une structure, on perçoit de nouveau, au travers du mode de recours engagé (qui est parfois

¹⁸⁸ 95% des femmes qui ont accouché dans une structure ont choisi un hôpital central.

l'hôpital de district bien que l'hôpital central soit la référence), la dépendance des populations défavorisées à l'égard de leur environnement. Par conséquent, le type de recours utilisé par ces femmes, bien qu'il soit meilleur lorsque l'offre à proximité est de qualité, est moins favorable en cas inverse : à *Anou*, moins de 5% d'entre elles ont accouché dans un hôpital de district alors qu'elles sont plus de 20% à *Thong phong*, où c'est la structure la plus accessible (figure 58). Les pratiques des populations favorisées montrent, quant à elles, qu'elles s'affranchissent des contraintes spatiales puisqu'elles accouchent toutes, quel que soit leur lieu de résidence, à l'hôpital central.

Figure 58 - Propension de chaque catégorie sociale à accoucher dans un hôpital de district en fonction du niveau d'accessibilité physique à cette structure



Source : enquête de santé IRD/LEST, 2006

L'analyse révèle ainsi que les groupes défavorisés ont un recours aux soins inégal selon les lieux, étroitement dépendant de la disponibilité de l'offre. Au contraire, lorsqu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, le recours reste invariable quels que soient les sous-espaces considérés.

Ces tendances, perceptibles à partir des comportements en cas d'accouchement, ne sauraient toutefois être aussi nettes pour des besoins moins spécifiques. D'une part, la proximité d'une structure de soins pour les populations défavorisées n'est pas favorable

au point de rendre leur taux de recours comparable à celui des autres groupes sociaux ; par exemple, si les cliniques sont nombreuses à *Anou*, 20% des *exclus* et des *pauvres* y ont consulté lors des douze derniers mois, contre plus de 40% parmi les *riches*. D'autre part, ces derniers ne sont pas exempts d'un certain déterminisme géographique et voient leurs comportements de soins en partie influencés par leur milieu de vie : par exemple, même s'ils fréquentent habituellement peu les hôpitaux de district, ils y recourent davantage lorsqu'ils vivent à proximité de l'un d'entre eux (à *Thong phong*, 21% des *riches* ont déclaré avoir consulté au moins une fois dans un hôpital de district lors de l'année écoulée contre 0% à *Bona-Ngeua*).

Toutes nuances gardées, le façonnement spatial demeure inégal selon les groupes sociaux. Il reste en effet d'une importance mineure parmi les populations favorisées qui disposent d'une capacité supérieure aux autres à s'affranchir des distances physiques. Ceci est à mettre en relation non seulement avec la recherche de soins de qualité, mais encore avec une meilleure maîtrise de l'espace. L'expérience spatiale, acquise par les déplacements quotidiens, les mobilités professionnelles et de loisirs, offre à ces populations de larges perspectives d'action [Hérin, 9, 2003], notamment dans leur démarche de soins. Au contraire, les groupes défavorisés, en comparaison démunis et de la maîtrise de l'espace et du pouvoir économique, s'en remettent davantage aux structures existant à proximité de leur domicile.

Ces pratiques spatiales mises en évidence participent à expliciter de manière plus générale les inégalités du recours aux soins qui, outre leur fondement proprement socio-économique, résultent par ailleurs d'un rapport à l'espace différent des groupes sociaux.

Du reste, cette analyse montre que la question de la distance d'accès aux structures de soins, même si elle est généralement associée à un problème caractéristique des espaces ruraux, reste d'actualité pour une partie de la population urbaine de Vientiane. Toutefois, on peut présager que la perception de la distance physique pourrait s'atténuer si la qualité du service venait à s'améliorer.

Synthèse

De la même manière que le fonctionnement des structures sanitaires est peu encadré par les autorités, les pratiques de soins de la population ne sont ni assistées (absence de couverture-santé, coûts des frais médicaux non adaptés aux capacités financières, etc.) ni contrôlées par les pouvoirs publics. Mise à part une tentative des dirigeants de maîtriser le recours aux soins en Thaïlande, les patients entrent où ils le souhaitent dans les systèmes de soins public comme privé.

Vu le contexte de libéralisation économique non régulée, où il n'existe aucune politique de redistribution des richesses pour la population ni de réel soutien financier et gestionnaire des institutions sanitaires, les territoires de recours aux soins observés résultent *in fine* de la rencontre d'une population et d'un système de soins, soumis chacun à ses propres ressources. Avec des établissements sanitaires contraints à l'autofinancement et une population plurielle en matière de pouvoir économique, l'adéquation est imparfaite puisque l'accès aux soins est d'abord dépendant des capacités financières des individus. Plus qu'un déterminant parmi d'autres, le pouvoir économique est de surcroît au cœur du processus de construction territoriale du recours aux soins. Non seulement il conditionne et encourage¹⁸⁹ l'entrée dans le système de soins mais encore il accroît la maîtrise de l'espace des individus, élément essentiel permettant au besoin de s'affranchir des distances et de multiplier les opportunités de soins. Si les individus aisés présentent des modes de recours comparables quelle que soit leur localisation dans la ville, les personnes défavorisées ont, au contraire, une consommation médicale variable, dépendante de l'offre existant à leur proximité.

L'étendue, la diversité et la qualité des territoires du recours aux soins augmentent donc avec le pouvoir économique des ménages. De la sorte, dans un même lieu, l'accès aux soins est inégal, surdéterminé par les inégalités sociales : que l'offre y soit disponible ou non, elle demeure plus accessible aux personnes économiquement favorisées.

Cependant, l'inégalité des pratiques spatiales entre les différents groupes socio-économiques reste modérée en cas de besoins courants.

Compte tenu de l'investissement personnel (mobilisation des ressources économiques et relationnelles) qu'implique un accès adéquat au système de soins public sinistré ou bien au secteur privé non régulé, la majeure partie de la population préfère en effet s'en remettre à l'automédication. Implantées sur l'ensemble du périmètre urbain, les pharmacies représentent un accès rapide et pratique pour l'ensemble de la population.

En revanche, les territoires de recours aux soins des différentes catégories socio-économiques se distinguent lorsque le besoin de santé ressenti nécessite de recourir aux

¹⁸⁹ Comme explicité précédemment, les individus dotés d'un capital économique confortable bénéficient d'une meilleure considération par les soignants et en outre disposent plus que les autres d'un réseau de connaissances capable d'aiguiller, de soutenir et de faciliter leur démarche thérapeutique.

établissements sanitaires puisque, comparés aux pharmacies, le coût des soins y est plus élevé et l'accessibilité physique moins bonne - les structures de référence, principalement les hôpitaux centraux et les cliniques, ne recouvrent en effet qu'une partie de l'espace urbain. Capables de tisser et de s'approprier un territoire diversifié et étendu, les populations favorisées accèdent aux structures les plus performantes au point, pour certains, de gagner les espaces de soins thaïlandais. A l'inverse, les catégories défavorisées, soumises au système des inégalités économiques ainsi qu'à ses déclinaisons spatiales et sociales, possèdent un champ des possibles réduit qui engendre une faible adaptation des soins aux besoins de santé.

La capacité du pouvoir économique des individus à modeler les territoires de recours aux soins montre qu'il est un substrat essentiel de la structure sociétale de Vientiane. Comme le souligne Fournier, « *Le territoire soulève en permanence la question du pouvoir, de l'absence de pouvoir, des contre-pouvoirs et du partage du pouvoir [...]. L'intérêt est de mettre en lumière les rapports sociaux cachés derrière l'usage du mot territoire* [2007, 34]. Ce pouvoir qui procède des seuls individus et dont la nature est ici économique, révèle ainsi une société autonome qui s'organise selon les inégales ressources financières dont disposent les individus et dans laquelle les dirigeants interfèrent peu en définitive, malgré la ligne politique affichée, interventionniste et socialiste.

Conclusion générale

La perspective géographique adoptée dans cette thèse s'est donné pour objectif de contribuer à la connaissance de l'espace singulier de Vientiane, capitale de l'un des derniers régimes communistes, grâce à l'analyse des différentes inscriptions spatiales de son système de soins. Pris comme objet d'étude, le système de soins permet, d'une part, de dresser l'état des lieux d'un service indispensable à la population et, d'autre part, en tant qu'appareil étatique, de traduire le pouvoir des politiques laotiens, le projet de société qu'ils se donnent et leur manière de modeler l'espace de la capitale.

La localisation des services de santé, leur aire d'attraction et le recours aux soins de la population formant les trois empreintes spatiales du système de soins et mobilisant chacun des acteurs, des objectifs et des enjeux différents, ils ont naturellement articulé notre développement. Ces trois axes ont offert des éclairages particuliers et complémentaires du fonctionnement du système de soins et de Vientiane elle-même.

En outre, compte tenu des qualités analytiques que présente la notion de *territoire*, la géographie du système de soins et ses trois indicateurs ont été appréhendés à travers ce concept. Entendu comme l'espace de pratique des acteurs (tant des institutions que des individus), il a ordonné la démonstration des inscriptions spatiales à partir de l'analyse précise de ces acteurs, puisqu'ils en sont à l'initiative, pour ensuite les confronter aux qualités du lieu. Selon cette démarche, nous avons donc étudié pour chaque indicateur du système de soins autant de territoires qu'il existe d'acteurs : l'analyse de la localisation des services de santé a distingué les territoires d'implantation des structures publiques des territoires d'implantation des établissements privés ; celle du recours aux soins, elle, en a distingué autant que de groupes sociaux identifiés.

Dans le contexte de Vientiane, siège d'un parti unique et communiste, c'est donc la capacité de l'acteur étatique à régenter et structurer l'ensemble des territoires de soins qui a été questionnée.

Si l'élaboration des différents dispositifs sanitaires (création des systèmes public et privé, redéfinition des pratiques traditionnelles), entreprise dès les premières années du régime de la RDP Lao, pouvait montrer l'ingérence de l'Etat et l'instrumentalisation politique des services de santé, l'analyse de chacun des territoires de soins remet en question la volonté des autorités à orchestrer ce secteur.

Les territoires d'implantation des systèmes de soins public et privé procèdent de circonstances diverses plutôt que d'un Etat omnipotent. Malgré la logique de contrôle territorial instaurée par la pyramide sanitaire, les territoires d'implantation des dispensaires, des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux dépendent d'abord des motivations des différents acteurs publics intermédiaires en présence (autorités villageoises, de district, nationales). De la sorte, ces territoires s'expliquent par des causes variées telles que le jeu des pouvoirs locaux, le développement du réseau routier ou

encore la recherche de la centralité urbaine. Quant aux pharmaciens et médecins privés, l'implantation de leur activité n'étant pas réglementée, elle résulte des objectifs qu'ils se sont fixés et de leurs capacités à les réaliser. De manière générale, ils recherchent un emplacement stratégique pour le commerce s'il s'agit de leur activité principale (centre-ville, proximité des marchés et des principaux axes routiers, etc.) ou s'installent à leur domicile s'il s'agit d'une activité secondaire.

Concernant les territoires d'attraction des structures publiques, ils s'élaborent principalement de manière non-planifiée, vu l'affaiblissement croissant du soutien financier et gestionnaire des hôpitaux par les autorités sanitaires. Par conséquent, la plupart des établissements présentent un champ d'action dépendant d'abord de leurs qualités locales propres (distance des infrastructures concurrentes, accessibilité au réseau routier, dévouement du personnel soignant, don de matériel médical des ONG). Seuls les hôpitaux centraux, emblèmes nationaux et uniques structures capables de freiner le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande, sont encore en partie soutenus par les pouvoirs publics qui leur attribuent l'essentiel de l'aide internationale et participent ainsi à la construction de leur territoire d'attraction.

Enfin, résultat de l'absence de politique sociale et de réel système de référencement sanitaire, les territoires du recours aux soins procèdent pour l'essentiel des capacités économiques des individus.

Ainsi, ces trois axes de recherche, les territoires d'implantation, d'attraction et de recours aux soins, bien qu'ils offrent des angles d'approche différents du système de soins, valident tous l'hypothèse formulée au départ selon laquelle les soins, dans leur dimension territoriale, résultent principalement d'une faible intervention des pouvoirs publics et laissent aux autres acteurs et « pesanteurs spatiales » un rôle prépondérant dans la construction des territoires.

Faut-il expliquer cette faible intervention des autorités par leur difficulté à administrer ou bien par une volonté de laisser-faire ? Certes, la restitution des motivations des dirigeants a pu poser des problèmes méthodologiques (nécessité d'une approche anthropologique, difficulté à aborder des sujets politiquement sensibles, absence des acteurs locaux concernés, etc.), notamment pour expliquer les territoires d'implantation des structures publiques. Cependant, les témoignages et les applications des politiques mis à jour dans la plupart des analyses permettent de conclure que leur faible intervention dans l'organisation du système de soins relève davantage d'une volonté de laisser-faire que d'une incapacité à intervenir.

Délaissé par les pouvoirs publics, le système de soins de la capitale de la République Démocratique Populaire Lao diffère peu en définitive de ceux de la plupart des capitales d'autres pays en développement : il est sous-financé, faiblement administré et ouvert au secteur privé. En outre, la majeure partie des habitants de Vientiane recourent d'abord à l'automédication, comme le démontrent également des études similaires menées dans plusieurs capitales d'Afrique subsaharienne, à Ouagadougou, Abidjan, Bamako, etc. [Jaffré et De Sardan, 2003 ; Harang, 2007]. A Vientiane et dans ces capitales, la généralisation de l'automédication n'est pas tant la conséquence d'un problème de disponibilité et d'accessibilité que de dysfonctionnement des structures.

Puisque le système de soins présent à Vientiane résulte finalement moins du particularisme du régime que de problématiques d'abandon et de libéralisation économique, quels enseignements peuvent-être tirés du système politique et de ses implications sociales ?

Ces caractéristiques actuelles du système de soins sont la traduction du basculement idéologique opéré par le régime en 1986 mais également des intentions du pôle dirigeant. La coexistence d'un secteur privé autonome et d'un secteur public délaissé témoigne en effet du faible intérêt des dirigeants pour la chose publique. Le gouvernement n'intervient que lorsque la perpétuation du régime est en jeu : au-delà de toute déclaration d'intention son objectif principal est de se maintenir au pouvoir. En effet, comme nous l'avons vu, le fonctionnement des structures de soins publiques relève d'abord de l'autogestion, les hôpitaux centraux mis à part. Symboles du pouvoir et enjeux de l'unité nationale (à cause des risques de recours aux soins transfrontaliers), ces établissements sont seuls à retenir l'attention des autorités.

C'est donc d'un Etat absent, mobilisé par son propre maintien, dont il est question. La fiction idéologique entretenue jusqu'à aujourd'hui n'aurait d'autre finalité que de préserver le parti unique.

En l'absence d'un appareil d'Etat investi, la société s'organise principalement d'elle-même. La population vientianaise étant homogène en termes de culture (ethnie et religion), les articulations du corps social reposent principalement sur la capacité économique des individus, compte tenu de la libéralisation économique significative que connaît la capitale. Ni les autorités, absentes du débat social, ni la population, interdite de se constituer société civile, n'interviennent volontairement dans la dynamique sociétale. Aucun projet de société n'est impulsé par le haut comme par le bas. La croissance économique, dont certains jouissent et d'autres espèrent bénéficier, constitue de la sorte le socle commun. Dans ce contexte, les populations enrichies représentent le groupe social influent, façonnant le mode de vie des Vientianais (par le mimétisme de modes de consommation) et les paysages de la capitale (constructions résidentielles et commerciales). L'émergence d'une telle classe représenterait-elle un risque pour l'ordre politique établi ? Tant que les réformes gouvernementales bénéficieront aux détenteurs d'un pouvoir d'achat, il est peu probable que la stabilité politique soit ébranlée. Comme l'expose Guéraiche, reprenant la pensée de Machiavel, « *se concilier le peuple impose de le nourrir, voire de lui faire profiter des fruits de la croissance. Si ce contrat est rempli, le régime peut prospérer quelle que soit sa nature* » [2004, 184].

Les choix des politiques font donc cohabiter à Vientiane un Etat et une société œuvrant chacun à leur propre finalité, l'un le pouvoir, l'autre la réalisation personnelle de ses membres. Paradoxalement, la capitale de ce pays communiste est d'abord le lieu d'expression d'un individualisme d'Etat et du corps social. Celui-ci est aujourd'hui la principale dynamique qui structure l'espace de Vientiane.

La géographie du système de soins a ainsi permis d'éclairer d'un jour nouveau le fonctionnement de la capitale laotienne. L'appréhension du système de soins à partir de ses trois inscriptions spatiales (localisation et attraction des structures, recours aux soins

de la population) a engagé l'étude des principales composantes de la société, décideurs et population, ainsi que l'articulation des deux. En outre, l'approche territoriale ici privilégiée, se fondant sur les acteurs et pouvoirs en présence, en a approfondi la connaissance. De la sorte, l'étude des territoires de soins à Vientiane offre l'intérêt particulier de contribuer à la compréhension, dans ce contexte de capitale, d'un régime politique autoritaire et de ses implications sociales alors que le sujet est, par nature, sensible.

D'un point de vue opérationnel, l'analyse par le territoire, en mettant en évidence les desseins des dirigeants laotiens, permet au géographe de soumettre des propositions qui soient formulées de manière à correspondre aux objectifs du pouvoir¹⁹⁰. La question du développement ne peut en effet être abordée sous l'angle purement technique, les implications politiques jouant un rôle de premier plan dans l'application de projets. Toutefois, la question de la coopération avec un régime autoritaire reste posée : si, à court terme, elle peut être favorable à la population, elle participe indirectement au maintien de la politique en place.

L'intérêt de l'approche par le territoire ne saurait se réduire au contexte particulier de Vientiane ni même à d'autres lieux où s'exprime des formes d'autoritarisme mais au contraire concerne tout espace habité par des groupes humains, chacun s'articulant nécessairement autour des jeux de pouvoirs. En outre, associée à l'anthropologie, cette approche pourrait être avantageusement complétée.

¹⁹⁰ Par exemple, si l'une de nos propositions était de développer la qualité des hôpitaux de district afin de réduire l'automédication en général et d'améliorer le recours aux soins des populations *pauvres* en particulier, l'argumentaire pourrait reposer sur l'intérêt de telles applications en termes de paix sociale.

Annexes

Annexe 1 - Coupure de presse : projet de construction d'un hôpital privé à Vientiane

Health company to develop first private hospital

□ SOMSACK PONGKHAO

A LAO-American businessman has expressed his intention to build a freestanding private care hospital in Vientiane in 2010, to improve healthcare in Laos and reduce the number of people crossing the border to Thailand for treatment.

The President of Pacific Star Capital Management, Mr Robert Khoonsrivong, opened the Lao Health Maintenance Office in Vientiane on Saturday to give more choices for both Lao people and foreigners living in Laos.

Mr Khoonsrivong said he is currently undertaking a feasibility study for the private hospital, and will use the number of patients seeking healthcare services at the new office as an indicator in this.

Lao HMO is an American-owned corporation with headquarters in Stockton, California. The company will also operate health clinics throughout Laos. The parent company, Pacific Star, was set up to provide social investment opportunities in the Lao PDR and other countries.

Head of the Ministry of Public Health's Hospital Management Division, Mr Phisit Phoutsavat, said that delegations visiting Laos from



Mr Robert Khoonsrivong.

China, Malaysia, Thailand and Austria had already met with him to discuss private hospitals.

He said he believed these countries were investigating the issue, but so far no one had applied to develop a private hospital.

Mr Phisit said Lao law and regulations had stipulated the participation of the private sector in developing healthcare services as part of the government's efforts to alleviate poverty.

Currently, Lao people who can afford to cross the border to Thailand for treatment, as they are not worried about how much they have to spend on hospital fees.

A Lao doctor said one reason why people go to Thailand for

treatment was because they are impressed by the standard of service provided by Thai nurses and doctors.

Mr Khoonsrivong said he would expand his services throughout the country over the next five years, making Lao HMO the most comprehensive network of healthcare clinics in the country. Lao families of fewer than six people would be charged US\$375 per year to join the system and receive healthcare services.

The company will bring doctors and medical supplies from America to treat patients and also to provide better training for Lao doctors.

Lao HMO plans to provide health education, wellness and prevention services, early diagnosis, prescriptions and referral for members through a network of family practice clinics throughout Laos. Outpatient healthcare services will be delivered through primary care clinics owned and operated by physicians.

Members of the scheme can select their primary care physician from a roster of Lao HMO participating doctors and clinics. The physician coordinates patient care and may refer patients to a specialist or for inpatient care as necessary.

Source : Vientiane Times, 24 octobre 2007

Annexe 2 - Questionnaire pour caractériser les pharmacies privées

1^{ère} Visite : Questionnaire : Complet Incomplet revenir enquêter

2^{ème} Visite : Questionnaire : Complet Incomplet revenir enquêter

Relecture du questionnaire :

Durée de l'enquête : _____

« Questionnaire : Pharmacie privée »

Numéro de questionnaire : _____
 Point GPS de la pharmacie : _____
 Nom de la pharmacie (voir le panneau) : _____
 Catégorie indiquée sur le panneau : _____
 Numéro de téléphone de la pharmacie : _____
 District : _____
 Village (nom exact) : _____
 Date de l'enquête : _____
 Heure de l'enquête : _____

Situation de la pharmacie :

- 1) Situation de la pharmacie lors de l'enquête :

Ouverte

Fermée

- 2) Quelles sont les horaires d'ouverture habituelles de la pharmacie (si la pharmacie est fermée, demandez aux voisins) :

Ouvert la journée (6/6h-16/18h)
 Ouvert uniquement en dehors des heures officielles= fin de journée et en soirée
 Ouvert uniquement en dehors des heures officielles=matin, midi, fin de journée et en soirée
 Autres, précisez :

- 3) Si la situation de la pharmacie au moment de l'enquête ne correspond pas aux horaires d'ouverture habituelles, expliquez pourquoi :

.....

- 4) La pharmacie est-elle dans un marché ?

Oui

Non

Ressources humaines :

- 5) Qualifier le statut de chacune des personnes présentes dans la pharmacie lors de l'enquête (pour chacune des personnes, faire une copie dans le cas correspondant) :

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4	Personne 5	Personne 6
Licencié et propriétaire						
Licencié, non propriétaire						
Propriétaire, assistant						
Propriétaire, non-assistant						
Assistant						
Epouse/mari*						
Enfant*						
Autre*, précisez						

* de qui ? A préciser dans la case correspondante

- 6) Dans le tableau ci-dessus, entourez les personnes qui travaillent quotidiennement dans la pharmacie.

- 7) Si la ou les seules personnes présentes ne travaillent pas dans la pharmacie, cochez la case ci-dessous et arrêter l'enquête après les deux questions suivantes :

(se reporter aux questions 8 et 9 et arrêter l'enquête ; il faudra revenir enquêter ultérieurement)

- 8) Est-ce que, cependant, vous vendez des médicaments ?

.....

- 9) Pourquoi n'y a-t-il personne préposée à la vente ?

.....

Remarques : les questions qui suivent doivent être posées en priorité au licencié

- 10) Quelle est la personne enquêtée ?

.....

- 11) Y a-t-il d'autres personnes qui travaillent dans la pharmacie mais qui ne sont pas présentes ?

Oui (si oui, se reporter à la question 12)
 Non (si non, se reporter à la question 13)

• 12) Lesquelles sont-elles (spécifiez leur statut : assistant, licencié, propriétaire, etc.) ?

Personne A :

Personne B :

• 13) Reconnaissez avec la personne enquêtée, quelle est l'équipe habituelle et quotidienne ? Exemple : Personne A : assistant, travaille uniquement le matin.

• 14) Activité, dans la pharmacie, du licencié :

- Travaille tous les jours et à temps complet (se reporter à la question 16)
- Travaille tous les jours en dehors des heures officielles (se reporter à la question 15)
- Travaille quelques jours par semaine à temps complet (se reporter à la question 15)
- Travaille quelques jours par semaine en dehors des heures officielles (se reporter à la question 15)
- Ne travaille jamais dans la pharmacie (se reporter à la question 15)
- Autre, précisez :

• 15) Pourquoi le licencié ne travaille-t-il pas à temps complet ?

• 16) Situation professionnelle du licencié :

- Retraité de la fonction publique
- Encore actif de la fonction publique
- Autre, précisez :

• 17) Formation, sexe, âge et nationalité des personnes qui travaillent habituellement dans la pharmacie :

	Formation (type, durée)	Pays de formation	Formation à la venue et à la formation médicamenteuse	Sexe	Age	Nationalité	Comprend et parle le
Personne 1							
Personne 2							
Personne A							
Personne B							

• 18) Quelle est la personne responsable de la pharmacie, de la vente des médicaments ?

Catégorie de la pharmacie :

• 19) Aujourd'hui, quelle est la catégorie de la pharmacie ?

- Catégorie 1
- Catégorie 2

3

Catégorie 3

• 20) La catégorie inscrite sur l'enseigne de la pharmacie est-elle correcte ?

- Oui
- Non
- Pas de panneau
- Remarque :

• 21) La pharmacie a-t-elle changé de catégorie ?

- Oui (se reporter aux questions 22, 23 et 24)
- Non (se reporter à la question 20) (si réponse 1, se reporter à la question 22)

• 22) Quelle était sa catégorie antérieure ?

- Catégorie 1
- Catégorie 2
- Catégorie 3

• 23) Pourquoi avez-vous changé de catégorie ?

• 24) En quelle année avez-vous changé de catégorie ?

• 25) Pour les pharmacies de catégorie 2 ou 3 : Etes-vous actuellement en cours de procédure pour changer de catégorie ?

- Oui (se reporter aux questions 26 et 27)
- Non (se reporter à la question 28)

• 26) Pour quelle catégorie avez-vous fait une demande ?

- Catégorie 1
- Catégorie 2

• 27) Pourquoi souhaitez-vous changer de catégorie ?

• 28) Pour les pharmacies de catégorie 2, ou 3 qui ne sont pas « en cours de procédure » : Projetez-vous de changer prochainement de catégorie ?

- Oui (se reporter aux questions 29 et 30)
- Non (se reporter à la question 31)
- NSP (se reporter à la question 31)

• 29) Quelle catégorie ?

- Catégorie 1
- Catégorie 2
- NSP

• 30) Pourquoi souhaitez-vous changer de catégorie ?

• 31) Pour les pharmacies de catégorie 3 situées dans la zone des 4 districts urbains (Chinabour, Sitakotkora, Sisiantak et Jansetta) ? Complétez le projet de fermeture des pharmacies de catégorie 3, quels sont vos projets ?

- Déménagement dans une zone non concernée par cette loi
- Travailler en tant qu'assistant dans une pharmacie de catégorie 1 ou 2
- Ouvrir une clinique privée
- Trouver une autre activité sans lien avec la santé

4

Ne sait pas
 Autre, précisez :

Ancienneté de la pharmacie : _____

. 32) Date d'ouverture de la pharmacie, quelque soit le changement de catégorie (même licence, propriété et emplacement) :

« Légalité » de la pharmacie :

. 33) Possession des documents suivants :
 La licence Oui Non
 La patente
. 34) La licence et la patente sont-elles au même nom ?
 Oui
 Non
 NSP

. 35) Propriétaire de la licence et de la patente :
 Propriétaire de la licence :
 Propriétaire de la patente :
 Personne qui a investit dans la pharmacie :

. 36) Existe-t-il un lien de parenté entre les personnes qui travaillent de la pharmacie? Lequel ?

. 37) statut des assistants :

	Correspondance assistant/personne (Personne 1, 2, 3, A, B) Ex : assistant 1=personne B	Autorisation		Formation à l'usage du guide d'utilisation des médicaments	
		Oui	Oui (déclaration)	Non	Oui
Assistant 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistant 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (déclaration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NSP

. 38) est-ce qu'un des employés de la pharmacie a une activité dans une autre pharmacie (licencie, propriétaire, assistant, etc.) ?
 Oui
 Non

Local de la pharmacie : _____

. 39) Type de rangement des médicaments :

.....forme pharmaceutique
groupe thérapeutique
ordre alphabétique
Pas de classement

. 40) Rangement des médicaments :
 Très ordonné
 Ordonné
 Médiocre
 Mauvais

. 41) Propreté de la pharmacie (vitrine, comptoir, etc.):
 Très propre
 propre
 Médiocre
 Mauvaise

. 42) La pharmacie est-elle équipée : Oui Non
 D'une baie vitrée
 De la climatisation
 D'un ventilateur

Statut du local et emplacement de la pharmacie: _____

. 43) Le local de la pharmacie est :
 Une location (se reporter à la question 44)
 Une propriété privée (se reporter à la question 45)
 Autre, précisez :

. 44) Pourquoi avez-vous choisi cet emplacement ?
 Prix de la location abordable
 Location proche de la maison
 Emplacement stratégique pour le commerce
 Autre, précisez :

. 45) Matériaux de construction :
 Briques ou béton
 Bois
 Bambou
 Autre, précisez :

. 46) Vendez-vous des produits autres que pharmaceutiques ?
 Oui (se reporter à la question 47)
 Non

. 47) Type de produits ?

. 48) Y a-t-il une clinique dans les mêmes locaux de la pharmacie ou à côté ?
 Oui (se reporter à la question 49)
 Non (se reporter à la question 51)

. 49) Un des employés de la pharmacie travaille-t-il dans cette clinique?
 Oui (se reporter à la question 50)
 Non (se reporter à la question 51)

5

6

• 50) A qui appartient la licence de la clinique?

Type et diversité de médicament :

• 51) Type de médicaments disponibles dans la pharmacie (attribuez un pourcentage pour chaque type de médicaments) :

Médicaments modernes (formules occidentales)	Médicaments traditionnels chinois	Médicaments traditionnels indiens	Médicaments traditionnels chinois	Autre, précisez	Autre, précisez
.....
Pourcentage /ensemble des médicaments disponibles					

• 52) De combien de médicaments modernes différents disposez-vous ?

Provenance et prix des médicaments :

• 53) Le plus souvent, où achetez-vous vos médicaments ?

- Compagnies pharmaceutiques d'import-export laotiennes
- Usines pharmaceutiques laotiennes
- Pharmacies privées laotiennes
- Autres, précisez :

• 54) Question pour les pharmacies 1 : Avez-vous une activité d'import-export de médicaments?

- Oui
- Non

• 55) En majorité, quelle est l'origine des médicaments ?

- Laotienne
- Thaïlandaise
- Vietnamienne
- Française
- Autres, précisez :

• 56) Prix des médicaments :
Ampicilline 250 mg : kips

Qualité du service et des pratiques dans la pharmacie

• 57) Avez-vous le manuel de suivi de la pharmacie ?

- Oui (se reporter aux questions 58 et 59)
- Non (précisez pourquoi) :

• 58) Dans le cas où il y a eut un changement de catégorie, notez si la dernière inspection a été faite avant ou après le changement de catégorie :
 Contrôle du changement de catégorie
 Contrôle tel qu'après le changement de catégorie
 • 59) Contrôle du carnet de suivi :

Date de la dernière inspection :

Score final :

Notez les deux indicateurs les plus mauvais et leur score :
 Indicateur :

Indicateur :

Notez le commentaire final s'il contient des informations particulières (avertissement, etc.) :

• 60) Vendez-vous des antibiotiques sans ordonnances ?

- Oui Pourcentage des ventes antibiotiques : %
- Non

• 61) Dans la majorité des cas, comment se déroule le contact pharmacien-client ?

- Le client achète les médicaments qui sont prescrits sur une ordonnance
- Le client achète les médicaments sans ordonnance mais **avec** les conseils par le pharmacien de la pharmacie
- Le client achète les médicaments sans ordonnance et **sans** les conseils du pharmacien de la pharmacie
- autre, précisez :

Activité de la pharmacie :

• 62) Est-ce que la pharmacie à un chiffre d'affaire satisfaisant ?

- Oui (se reporter à la question 64)
- Non (se reporter à la question 63)
- Moyen (se reporter à la question 63)
- NSP (se reporter à la question 64)

• 63) Pourquoi ?

.....

• 64) En moyenne, combien avez-vous de clients par jours ?

.....Personnes

• 65) En majorité, d'où viennent vos clients ?

- Ils habitent à côté de la pharmacie
- Ils viennent de l'hôpital qui est à côté
- Ce sont des clients de passages
- Autres :

• 66) Avez-vous d'autres projets professionnels dans l'avenir ?

- Oui (se reporter à la question 67)
- Non
- NSP

• 67) Lesquels ?

COMMENTAIRES:

Annexe 3 - Questionnaire pour caractériser les cliniques privées

1^{er} visite : Questionnaire : Complet Incomplet revient enquêter

2^{ème} visite : Questionnaire : Complet Incomplet revient enquêter

Relecture du questionnaire :

Durée de l'enquête : _____

« Questionnaire : Clinique privée »

Numéro de questionnaire : _____
 Point GPS de la clinique : _____
 Nom de la clinique : _____
 Numéro de téléphone de la clinique : _____
 District : _____
 Village (nom exact) : _____
 Date de l'enquête : ____/____/2005
 Heure de l'enquête : _____

Situation de la clinique :

• 1) Situation de la clinique lors de l'enquête :
 Ouverte
 Fermée

• 2) Type de clinique et heures d'ouverture habituelles de la clinique (si la clinique est fermée, commander aux voisins) :
 24h/24
 Heure d'ouverture :
 En dehors des heures officielles
 Heure d'ouverture :
 Autres, précisez :

• 3) Si la situation de la clinique au moment de l'enquête ne correspond pas aux horaires d'ouverture habituelles, expliquez pourquoi :

1

Ressources humaines :

• 4) Qualifiez le statut de chacune des personnes présentes dans la clinique lors de l'enquête (pour chacune des personnes, faire une coche dans le case correspondant) :

	Personne 1	Personne 2	Personne 3	Personne 4	Personne 5	Personne 6
Licencié et propriétaire						
Licencié, non propriétaire						
Propriétaire, assistant						
Propriétaire, non-assistant						
Assistant						
Epouse/mari*						
Enfant*						
autres, précisez						

* de qui ? A précisez dans le case correspondant.

• 5) Dans le tableau ci-dessus, entourez les personnes qui travaillent quotidiennement dans la clinique.

• 6) Quelle est la personne enquêtée (civiler le licencié) ?

 • 7) Y a-t-il d'autres personnes qui travaillent dans la clinique mais qui ne sont pas présentes ?
 Oui (se reporter à la question 8)
 Non (se reporter à la question 9)

• 8) Lesquelles sont-elles (spécifiez leur statut : assistant, licencié, propriétaire, etc.) ?
 Personne A :
 Personne B :

• 9) Reconstituez avec la personne enquêtée quelle est l'équipe habituelle et quotidienne ?
 Exemple : Personne A : assistant, travaille uniquement le jour de

• 10) Activité dans la clinique du licencié :
 Travaille tous les jours et pendant toutes les heures d'ouverture (se reporter à la question 13)

2

Travaillez quelques jours et seulement quelques heures (se reporter à la question 11.12)
 Ne travaillez jamais dans la clinique (se reporter à la question 11.12)
 Autre, précisez :

. 11) Pourquoi le licencié ne travaille-t-il pas tout le temps ?

. 12) Situation professionnelle du licencié :
 Retraité de la fonction publique
 Pré-retraité de la fonction publique
 Encore actif de la fonction publique .fonction :

Autre, précisez :

. 13) Formation, sexe, âge et nationalité des employés :

	Formation (type % d'avec, spécialité)	Pays de formation	Sexe	Age	Nationalité	Pays d'origine	Comprend et parle le langue(s)	Situation (F : fonctionnaire et/ou ; R : retraité)
Personne 1								
Personne 2								
Personne 3								
Personne A								
Personne B								
LICENCE								

Formation : médecin, médecin-assistant, pharmacien, pharmacien-assistant, dentiste, dentiste-assistant, infirmier, sage femme, kinésithérapeute,

Type de clinique (catégorie et spécialité médicale) :

. 14) La personne présente-t-elle la licence ?
 Oui
 Non Pourquoi :

. 15) Quelle est la catégorie de la clinique ?
 Catégorie 1
 Catégorie 2
 Catégorie 3
 NSP
 Il n'y a pas de catégorie

. 16) Type de clinique inscrit sur la licence (en théorie) :
 Clinique générale
 Clinique Dentaire
 Clinique traditionnelle
 Clinique spécialisée (sauna, kinésithérapie, acupuncture, massage, pédicure, gynécologie, obstétrique)

3

NSP

. 17) La clinique (en pratique) :
 Examine et soigne avec médecine générale laquelle :

Examine et soigne selon une spécialité

. 18) Si le licencié pratique à la fois la médecine dentaire et une spécialité médicale, les patients viennent le plus souvent :
 Pour la médecine générale
 Pour la spécialité médicale
 Pour les deux

Equipement médical :

. 19) Matériel médical disponible dans votre clinique ?
 Pas de matériel
 Stéthoscope
 Tensiomètre
 Échographe
 Autres :

. 20) Disposez-vous de lits d'hospitalisation (lit de soins) ? Combien ?
 Non
 Oui Combien ?

. 21) Est-ce que vous vendez des médicaments ?
 Oui (se reporter à la question 22)
 Non (se reporter à la question 20)

. 22) Des personnes se rendent-elles à la clinique uniquement pour acheter des médicaments ?
 Oui
 Non

. 23) Type de médicaments dont vous disposez ?

Médicaments (formule ordonnance)	Médicaments ordonnes	Médicaments ordonnes interdits	Médicaments ordonnes prohibés	Autre, préciser

Ancienneté de la clinique :
. 24) Date d'ouverture de cette clinique (même licence, même emplacement) :

« Légalité » de la clinique :
. 25) Présentation des documents suivants :
 La licence Oui Non
 La patente

4

• 26) résumé de la situation :
 Tous les documents de la clinique sont présents et à jour
 Tous les documents ne sont pas présents car certains documents sont en cours de renouvellement annuel
 Tous les documents ne sont pas présents, la demande est en cours d'autorisation
 Ces documents ne sont pas présents car ils ont été détruits
 Autres :

• 27) Est-ce que la licence et la patente sont au même nom ?
 Oui (se reporter à la question 25)
 Non (se reporter à la question 25)
 NSP (se reporter à la question 25)

• 28) Propriétaires de la licence et de la patente :
 Propriétaire de la licence :
 Propriétaire de la patente :
 Personne qui a investi dans la clinique :

• 29) Existe-t-il un lien de parenté entre les personnes de la clinique ? Lequel ?

• 30) Statut des assistants :

Correspondance assistant/personne (Généraliste 1, 2, 3, 4, 5, A, B) Et : Assistant 1=personne A		Autorisation		
Assistant 1		Oui	Oui (déclaration)	Non NSP
Assistant 2		Oui	Oui (déclaration)	Non NSP

Type de local et emplacement de la clinique :

• 31) Le local de la clinique est :
 Une location
 Une propriété privée

• 32) Pourquoi avez-vous choisi cet emplacement ?
 C'est économique (pas cher)
 C'est pratique
 Prix de la location abordable
 Location proche de la maison
 Emplacement stratégique pour le commerce

5

Autre :

• 33) Les matériaux de construction principaux sont :
 Briques ou béton
 Bois
 Bambou
 Autre, précisez :

• 34) Propriété de la clinique (est, salle de consultation) :
 Très propre
 Propre
 Médocre
 Mauvaise

• 35) Nombre de pièces ?
 Une salle d'attente
 Une salle de consultation
 Autres (laboratoire, pharmacie, etc..) Précisez :

• 36) Les pièces de la clinique sont-elles situées à l'écart des autres pièces de la maison ?
 Oui
 Non

• 37) Vendez-vous des produits autres que pharmaceutiques ?
 Oui (se reporter à la question 36)
 Non (se reporter à la question 36)

• 38) Type de produits ?

Qualité du service et des pratiques dans la clinique

• 39) Avez-vous la feuille de suivi de la clinique ?
 Oui (se reporter à la question 40)
 Non (se reporter à la question 40)
 Si non, précisez pourquoi :

• 41) Information sur la feuille de suivi (dernier contrôle) :
 « date de la dernière inspection : »
 « résultat de l'inspection : »

Prix d'une visite médicale :

• 42) Quel est le prix en moyenne d'une consultation (total des frais c'est-à-dire la visite médicale, les examens et les médicaments) ?
 Prix de la consultation :

6

Prix des médicaments :
+
Prix des examens :
=
Prix total :

Activité de la clinique :

Pour les cliniques de massage :

• 43) Type de massage :
Détené %
Soin %

• 44) Nationalité des clients ?

Leur pays : %
Autre : %

• 45) Est-ce que la clinique a un chiffre d'affaire satisfaisant ?

OUI (se reporter à la question 42)
NON (se reporter à la question 46)
Moyen (se reporter à la question 46)
NSP (se reporter à la question 46)

• 46) Pourquoi ?

• 47) En moyenne, combien avez-vous de clients par jour ?

• 48) En majorité, d'où viennent vos clients ?

Ils habitent à côté de la clinique
 Ils viennent d'un peu partout dans la ville
Autres :

• 49) Avez-vous d'autres projets professionnels dans l'avenir ?

OUI (se reporter à la question 50)
NON (se reporter à la question 51)

• 50) Lesquels ?

Déclaration des volumes d'activité auprès de l'administration sanitaire de la province :

• 51) Communiquez-vous chaque trimestre les statistiques de la clinique au Département de santé provincial ?

OUI
NON

• 52) Disposez vous d'un registre où est inscrit votre activité quotidienne ?

7

OUI (se reporter aux questions 53, 54)
NON

• 53) Informations enregistrées (renvoyer les réponses) :

âge - sexe - jour de visite - village de provenance - diagnostic - traitement

Autres :

• 54) Acceptez-vous de nous communiquer ces informations (informations anonymes) ?

COMMENTAIRES:

.....
.....
.....

8

Annexe 4 - Coupure de presse : Modernisation des équipements de l'hôpital Mahosot

Mahosot Hospital to upgrade facilities

□ XAYXANA LEUKAI

HEALTH officials are preparing to upgrade Mahosot Hospital to become a model modern facility offering improved medical services.

Deputy Director General of the Curative Medicine Department of the Ministry of Public Health, Professor Dr Chanphomma Vongsamphanh, said last week that the improvements at the hospital were in response to public complaints to the National Assembly hotline.

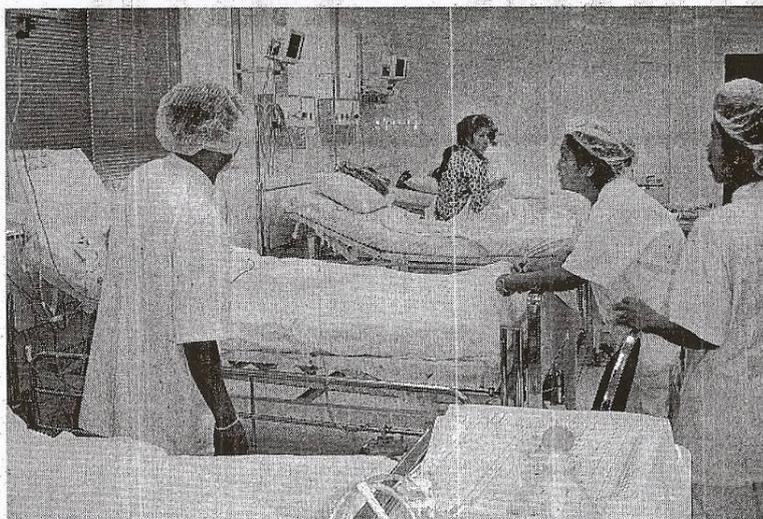
Callers said that medical treatment in hospitals was of a low standard and poor people were having difficulty accessing services.

"We want to improve medical services in an effort to alleviate these problems," Dr Chanphomma said.

It is envisaged that the hospital will be financially self-sufficient, without government funding. To attract doctors and nurses to work there, better conditions will be offered, including higher salaries and overseas training courses.

The objective of the hospital is to reduce the number of people seeking treatment in neighbouring countries.

"We consider Mahosot a pilot project. There will be more beds available and modern medical facilities, such as a heart surgery centre,"



The Heart Operation Centre is one of many modern facilities at Mahosot Hospital in Vientiane.

Dr Chanphomma said.

If the scheme succeeds, it will be expanded to Mittaphab and Setthathirath hospitals.

Doctors expect that the services provided will be of a similar level to those at private hospitals in neighbouring countries.

They anticipate that documents to prepare for the upgrade may be submitted to the monthly government meeting in April.

Deputy Director of Mahosot Hospital Dr

Bounthaphany Bounxouei said that at present regulations and administration systems were being amended to correspond with model hospital policies.

Mahosot Hospital was the first hospital in Laos, established in 1910 by French doctors. It has 31 wards with 450 beds, and is administered by one professor, 11 associate professors and more than 600 medical staff, all of whom are Lao nationals. Many have received training overseas.

However, the hospital still has problems that need to be solved, particularly a shortage of nurses needed to provide the daily services required by the upgrade in facilities.

Another difficulty is the management of doctors' time, as they not only treat patients, but also train and teach at various institutions around the country.

"If the model hospital is a success, we hope it can be a sustainable project to assist people of all ethnicities," Dr Bounthaphany said.

Source : Vientiane Times, 10 mars 2008

Q19 M_Prof	Profession principale actuelle pour les actifs et dernière pour les personnes âgées (ne pas proposer les autres professions)	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Adif sans emploi	8	8	8	8	8	8
	est étudiant, à l'école	9	9	9	9	9	9
	à la retraite	10	10	10	10	10	10
	Sans emploi (trop vieux)	11	11	11	11	11	11
	Sans emploi (trop jeune)	12	12	12	12	12	12
	Autres	13	13	13	13	13	13
	Autres	13	13	13	13	13	13

Q20 M_Pays/Naiss	Pays de naissance	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Sans emploi (actifs) ou jamais travaillé (pour les vieux)	14	14	14	14	14	14
	Fas concerné (trop jeunes ou étudiants)	15	15	15	15	15	15
	Autres (écrire la profession de la personne)	15	15	15	15	15	15

Q21 M_Natio	Nationalité	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 1						

Q22 M_Ethnie	Ethnie (à titre précis) N°1-PC pour les individus qui ne sont pas de nationalité laotienne	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 2						
	Religion (à ne pas proposer/les réponses)						
	Bouddhiste	1	1	1	1	1	1
	Animiste	2	2	2	2	2	2
	Chrétien	3	3	3	3	3	3
	Musulman	4	4	4	4	4	4
	Autres	5	5	5	5	5	5
	Ne sait pas	99	99	99	99	99	99

Q23 M_Relig	Religion (à ne pas proposer/les réponses)	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 2						

Q24 M_NbAnViv	Nombre d'années de suite dans le Capitale de Vientiane (si moins d'un an, écrire 00)	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 2						

Q25 M_NbAnVil	Nombre d'années de suite dans ce village	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 2						

Q26 M_Sans	Pour les adultes (18 ans ou plus) : vivre depuis au moins 5 ans de suite dans le village. Pour les enfants (moins de 18 ans) : vivre dans le village depuis leur naissance	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	oui	1	1	1	1	1	1
	non	2	2	2	2	2	2

Q27 M_7	Dans les sept jours qui viennent :	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Présent	1	1	1	1	1	1
	Absent	2	2	2	2	2	2

Q28 M_AVElig	Pour les adultes (18 ans ou plus) : Les conditions pour que les adultes soient éligibles : + 35 ans, + 5 ans dans le village, Présent dans les 7 jours	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	oui	1	1	1	1	1	1
	non	2	2	2	2	2	2

Q29 M_Ethlig	Pour les adultes éligibles : les adultes sont-ils éligibles si les 3 conditions précédentes sont oui. Entourez le numéro des adultes éligibles	Moyenne					
		01	02	03	04	05	06
	Code 2						

Pour les adultes éligibles : Si l'adulte est éligible, inscrire son numéro
 - Si pas d'adulte éligible, inscrire dans le jeu de cartes
 - Si plus d'un adulte est éligible, choisir dans le jeu de cartes les cartes correspondant aux numéros des adultes éligibles et faire une case dans le jeu de cartes
 - Si plusieurs adultes sont éligibles, inscrire le numéro choisi.

Indiquer l'ID de l'adulte choisi

Q30 M. Numéro de l'adulte choisi (Si pas d'adulte éligible, noter 99)

Q31 M. Numéro de l'enfant choisi (Si pas d'enfant éligible, noter 99)

Pour les enfants:
- Si plus d'un enfant éligible, noter 99
- Si plus d'un enfant est éligible, choisir dans le jeu de cartes; les cartes correspondant aux numéros des enfants éligibles et tirer une des cartes au sort. Puis inscrire le numéro choisi.
Indiquer l'ID de l'enfant choisi

Q31 M. Numéro de l'enfant choisi (Si pas d'enfant éligible, noter 99)

Si aucune personne (enfant ou adulte) n'est éligible, arrêter le questionnaire et cocher la case non éligible (N) à la page 1 du questionnaire.

L'enquêteur doit alors donner les coupons d'invitations pour les personnes du ménage choisies, mentionnant le jour de visite, l'heure, le lieu et l'adresse de la consultation médicale.

Pour le bon déroulement de l'enquête sous la tente, bien préciser:
- pour les enfants sélectionnés que la mère doit les accompagner (seulement la mère pas quelqu'un d'autre) et quelle date doit venir avec le carnet de vaccinations de l'enfant et son livret de santé.
- Pour les adultes sélectionnés (<35 ans) : ils doivent venir sans avoir mangé depuis plus de 2 heures, indisponible pour la mesure de glycémie.

Q32 M. Numéro de la personne qui répond aux questions ?

LOGEMENT

Q33 M. Statut de son chef de ménage est :

Propriétaire 1
Locataire 2
Hébergé gratuit 3

Q34 M. NINCH Combien y a-t-il de chambres à coucher dans la maison ?

Pour être à proximité de la famille 1
Un des membres du ménage est pris de son travail 2
Le terrain a été donné 3
Le prix du logement est abordable 4
C'est à proximité des commerces/marchés 5
L'endroit est calme et sûr « C'est en ville ». 6
Autres 7
Vous ne savez pas 8
99

CONDITIONS DE VIE

Electrichité

Q35 M. Etc Quel est votre type d'accès à l'électricité ?

Compteur individuel 1
Compteur collectif 2
Raccordement chez un voisin 3
Autres (générateur à essence, ...) 4
Pas d'électricité 5

5

Eau

Q37 M. Accès Avez-vous :

L'eau courante avec compteur individuel 1
L'eau courante avec compteur collectif 2
L'eau courante avec raccordement chez un voisin 3
Pas d'eau courante 4

Q38 M. Accès Quelle eau buvez-vous majoritairement ?

Eau achetée (bidon et bouteilles) 1
Eau du robinet filtrée et bouillie 2
Eau du robinet bouillie 3
Eau du robinet filtrée 4
Eau du robinet non bouillie et non filtrée 5
Autres 6

Stockage de l'eau

Q39 M. Stockeau Le ménage garde-t-il de l'eau dans des bassines ou des récipients (jars) ?

Q40 M. Stockeau Dans quel l'eau est-elle stockée ?

Dans des bassines couvertes 1
Dans des bassines non couvertes 2
Dans des bassines couvertes et non couvertes 3

Q41 M. Stockeau Y a-t-il parfois de l'eau stagnante dans la parcelle ?

Oui (1) Non (2)

Toilettes

Q42 M. Toi De quel type de toilettes disposez-vous ? (si plusieurs types, noter le plus moderne)

Modernes (avec chasse d'eau) 1
Modernes (bassines) 2
Dalle de toilettes avec eau courante (Luyau) 3
Dalle de toilettes avec eau des bassines 4
Pas de toilettes 5
Autres 6

Evacuation des eaux usées

Q43 M. Evacéau Quel est le mode d'évacuation des eaux usées (toilettes) ?

Dans un canal qui communique avec un réseau de drainage 1
Fosse ou puits perdu dans cour 2
Dirigement dans la nature (mare, mekong, ...) 3
Dans la rue 4
Dans le jardin 5
Autres 6
Ne sait pas 99

Q44 M. Déchet Que deviennent le plus souvent les déchets du ménage ? Ils sont :

Collectés par une compagnie 1
Brûlés sur la parcelle ou à proximité 2
Enterrés ou enfouis dans le jardin 3
Déposés à proximité de la maison 4
Autres 5

6

Cuisine		OUI (1)		NON (2)	
Q45.	Comment faites-vous la cuisine le plus souvent ?	OUI (1)	NON (2)	1	
M. Cuisine	Q45. Gaz, électrique			2	
	Bois, charbon de bois			3	
	Autres				
Equipements					
De quel type d'équipement dispose le ménage ?					
M. Equip	Q46.	OUI (1)	NON (2)		
a	Telephone fixe			1	
b	Telephone mobile			2	
c	Machine à laver le linge			3	
d	Television			4	
e	Refrigerateur			5	
f	Ventilateur			6	
g	Climatiseur			7	
h	Ordinateur/Ordinateur portable			8	
Q47.	De quels moyens de locomotion dispose le ménage ? donnez le nombre. (ne pas prendre en compte les véhicules en panne)	OUI (1)	NON (2)		
M. Locom	a			1	
	Vélo			2	
b	Moto/mote, moto			3	
c	Voiture (berline, camionnette, minibus, 4*4, pick-up)			4	
d	Camion ou véhicules d'autoconstruction			5	
e	Autres (Touk touk, tuk tuk, ...)			6	
Medicaments					
Q48.	Est-ce que vous avez à la maison de l'ampicilline (antibiotique) ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Med/Champ	Q49.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Medic/Ocal	Est-ce que vous avez à la maison de l'oralite (antidiatarique) ?				
Mesures anti-moustiques					
Q50.	Sur les fenêtres, y a-t-il des moustiquaires	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Moust/Fen	a			1	
	à toutes les fenêtres			2	
	sur quelques fenêtres			3	
	Sur aucune fenêtre				
Q51.	Y a-t-il des moustiquaires	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Moust/Lit	a			1	
	Sur tous les lits			2	
	Sur quelques lits			3	
	Sur aucun des lits				
Q52.	Utilisez-vous même occasionnellement des produits (bombes, fumigènes, baume du tigre ou autres produits naturels) pour lutter contre les moustiques ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Moust/Prod	Q53.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Moust/Ocal	Présence d'animaux				
M. Anim	Sur votre parcelle, quels animaux voyez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)				
	Poules, coqs de combats			1	
	Canards, Oies			2	
	Oiseaux			3	
	Chiens			4	
	Porcs			5	
	Rats/souris			6	
	Autres animaux			7	
	Pas d'animaux sur la parcelle			8	

7

Contact avec les animaux		OUI (1)		NON (2)	
Q54.	Vous ménage achète-t-il parfois de la viande sauvage (rongeurs, ...) pour en manger ?	OUI (1)	NON (2)	1	
M. Vian/Sauv	Q55.	OUI (1)	NON (2)	2	
M. Vian/Sauv/Freq	Si oui, le ménage en consomme-t-il régulièrement (au moins 1 fois par mois) ?				
Q56.	Si oui, il s'agit de la viande de quel animal ? (Plusieurs réponses possibles)				
M. Vian/Sauv/Q	a			1	
	Rongeur			2	
	Chèvres, souris			3	
	Canards			4	
	Autres			5	
NIVEAU DE VIE DU MENAGE					
Q57.	Combien de personnes du ménage ont un revenu tous les mois ? (même si ce n'est pas exactement le même montant tous les mois)	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Rev/Ch	Q58.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Rev/Ch	Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez d'autres revenus (loyers de maison, location de tout, touk, etc) ?				
Q59.	Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez un compte en banque ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Rev/Autre	Q60.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Com/Banque	Y a-t-il quelq'un dans votre ménage qui a au moins 1 fois par mois des activités de détente comme le restaurant « chic », bowling, le karaoke, le club de sport, la discothèque ?				
M. Activ	Q61.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Activ	Aujourd'hui, le ménage reçoit-il des aides financières (d'amis, de la famille... de n'importe quel pays) ?				
Q62.	Avez-vous des enfants dans le ménage qui vont à l'école privée ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Eco/Private	Q63.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Eco/Private	Oui, tous les enfants ou certains vont à l'école privée				
	Non, les enfants scolarisés vont à l'école publique				
	Non, pas d'enfants ou pas d'enfants scolarisés ou enfants ont terminés l'école				
Q63.	Etant donné les revenus de votre ménage, diriez-vous que financièrement, en ce moment :	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Financ	a			1	
	Vous êtes à l'aise			2	
	Ça va			3	
	C'est juste			4	
	Vous y arrivez difficilement				
Q64.	En cas de maladie (avec hospitalisation), le ménage a-t-il l'argent suffisant pour payer les frais ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Agri/Coop	Q65.	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Drog	Nous allons vous poser une question un peu plus délicate : Dans votre ménage, y a-t-il une personne qui prend ou a pris des amphétamines ?				
	Oui, il y a une personne (ou plusieurs) qui prend des amphétamines en ce moment			1	
	Oui, il y a une personne (ou plusieurs) qui a pris des amphétamines			2	
	Non, il n'y a personne qui prend ou a pris des amphétamines			3	
CAPITAL CULTUREL					
Q66.	Quelle est la langue parlée ou les langues parlées entre les individus du ménage ? (2 au maximum. Si plus de 2, noter les plus parlées)	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Lang	a				
	1ère langue			1	
	2ème langue			2	
Q67.	Les membres de votre ménage sont-ils de culture (Hm, Hmong, Khmou, etc) ?	OUI (1)	NON (2)	NSP (99)	
M. Cult	La culture Hmong, Khmou, vietnamienne, chinoise, ... ?				

8

Q68.	M. ConCult	Si oui, laquelle (Si plusieurs, choisir la plus importante)	Code 1 ou 2
L'EN AVEC L'ETRANGER			
Q69.	M. FamThal	Actuellement, votre ménage a-t-il de la famille installée en Thaïlande depuis au moins 1 an ?	Oui (1) Non (2) -Q70 -Q71
Q70.	M. AdFamThal	Si oui, est ce que votre ménage peut demander une aide à votre famille en Thaïlande ? (logement, aide financière, recherches d'information)	Oui (1) Non (2) NSP (99)
Q71.	M. AdFamThal	Les membres du ménage ont-ils fréquemment (minimum une fois par an) en Thaïlande ?	Oui (1) Non (2) NSP (99)
		Oui, tous les membres du ménage y vont	1
		Oui, certains membres du ménage mais pas tous	2
		Non, les membres du ménage n'y vont pas régulièrement ou jamais	3
Q72.	M. FamEtrg	Actuellement, votre ménage a-t-il de la famille installée à l'étranger du pays de puis au moins un an, en dehors de la Thaïlande ?	Oui (1) Non (2) -Q73 -Q74
Q73.	M. CodEtrg	Si oui, dans quels pays ? (Pas plus de 2. Si plus de 2, noter les pays où il y a le plus de famille)	Code 1
	a	1 ^{er} pays	
	b	2 ^{ème} pays	
Q74.	M. Etrg3m	Un ou plusieurs membres de votre ménage ont-ils été pendant 3 mois de suite ou plus dans un pays étranger (étude, expérience professionnelle, visite familiale, tourisme etc...)?	Oui (1) Non (2) -Q75 -Q76
Q75.	M. NbrEtrg3m	Si oui, combien de personnes?	
ASSURANCE DE SANTE			
Q76.	M. Assur	Un ou plusieurs membres du ménage possèdent-ils une assurance de santé ?	Oui (1) Non (2) -Q77 -Q78
Q77.	M. NbrAssur	Si oui, combien de personnes de votre ménage sont couvertes par une assurance de santé?	NSP (99)
RECOURS AUX SOINS			
Q78.	M. EnCesMedic	Dans votre ménage, en général quand vous êtes malade, que faites vous le plus souvent? (ne pas proposer)	
		Vous vous soignez vous-même	2
		Vous allez chez le guérisseur/herboriste (moyao.)	3
		Vous allez chez le guérisseur magique-religieux (mopli mopao, moyao.)	4
		Vous allez à la pharmacie	5
		Vous allez au dispensaire	6
		Vous allez à l'hôpital de district	7
		Vous allez à l'hôpital central (Maho, Saha, amite, 103, 109)	8
		Vous allez à la clinique privée	9
		Vous allez chez une connaissance (famille, ami) qui est médecin	10
		Tous les individus de votre ménage ne font pas la même chose	11

Q79.	M. ThairRecours	Est-ce que vous ou un membre de votre famille, est-il déjà allé se faire soigner en Thaïlande au moins une fois ?	Oui (1) Non (2) -Q80 -Q81
Q80.	M. NbrThairRecours	Si oui, ID de la personne (tableau) :	NSP (99)
		a	b
		c	d
		e	f
		g	h
Fin de l'entretien. Merci beaucoup d'avoir accepté de répondre à ces questions. Nous allons maintenant regarder votre maison. A remplir par l'entrevueur.			
Q81.	M. MVoie	La maison est-elle ? (Il s'agit de la maison principale)	
		Le long d'une voie principale (goudronnée et importante, deux voitures de chaque côté peuvent passer = 4 en tout)	1
		Le long d'une voie secondaire goudronnée (moins importante : une voiture de chaque côté = 2 en tout)	2
		Le long d'une voie venant goudronnée (peu importante, une voiture uniquement)	3
		Le long d'une voie non goudronnée, importante (une voiture et plus)	4
		Le long d'une voie non goudronnée pas importante (une voiture ou pas de voiture)	5
Q82.	M. MType	Noter le type de maison : (Il s'agit de la maison principale)	
		Immeuble (plusieurs niveaux/ plusieurs ménages)	1
		Maison (plusieurs niveaux)	2
		Maison (1 niveau)	3
		Maison sur pilotis	4
		Maison sur pilotis modernisée (rds en dur et 1 ^{er} étage en bois)	5
Q83.	M. MMatierM	Noter le type de (s) matériau(x) de construction des murs de la maison : (Il s'agit de la maison principale)	
		Dur (brique/ciment, béton)	1
		Bois	2
		Mixte (bois et dur)	3
		Matériau végétal - Pas dur (bambou, rolin paille, papier, autres)	4
Q84.	M. MMatierT	Noter le type de (s) matériau(x) de construction du toit de la maison (Il s'agit de la maison principale)	
		Tuiles	1
		Zinc/Tole	2
		Matériau végétal (bois, bambou.)	3
		Mixte	4
Q85.	M. MVeget	Dans ou à côté de la parcelle, il y a-t-il un grand espace de végétation comme un champs, une forêt, une plantation ?	Oui (1) Non (2)
Q86.	M. MAspect	Aspect général extérieur (présence ou non de déchets plastiques, papiers, eau stagnante sale, excréments d'animaux, etc ?)	
		Propre	1
		Neutre	2
		Sale	3
		Très sale	4
Q87.	M. MDist	Regarder la maison la plus proche : Quelle est la distance à cette maison ?	
		<10 mètres	1
		Entre 10 et 100 mètres	2
		>100 mètres	3

Annexe 6 - Questionnaire « Adulte » de l'enquête de santé IRD/LEST 2006 (extrait ciblé sur le recours aux soins)

PROJET IRD ETATS DE SANTE DES ADULTES	
Questionnaire achevé : <input type="checkbox"/>	Inachevé : <input type="checkbox"/>
Questionnaire contrôlé : <input type="checkbox"/>	Nom du contrôleur :
Questionnaire saisi 1 : <input type="checkbox"/>	Questionnaire saisi 2 : <input type="checkbox"/>
Q1 A. Numéro	Numéro Questionnaire : AD / / / / /
Q2 A. Nom	Nom et numéro de l'enquêteur :
Q3 A. Date	Date : / / 2006
Q4 A. Membre	ID ménage (cf coupon de rendez-vous n°1) :
A. Adulte	ID adulte (cf coupon de rendez-vous n°3) :
Q8 A. Sexe	Nom du village de la personne enquêtée :
A. Code	Code village (code 7) :
Q7 A. Sexe	Partez-vous le ha? <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2)
	Si non, Langue d'entretien :
INFORMATIONS SUR L'ENQUETE ET CONSENTEMENT	
1) Vérifier que la personne est capable, lui demander si elle a "de 35 ans et si elle habite dans le village depuis plus de 5 ans). Si l'adulte n'est pas capable, ARRÊTER le questionnaire.	
2) Donner et expliquer l'enquête, la feuille d'information.	
3) Faire signer la feuille de consentement.	
Q8 A. Comment	La personne accepte-t-elle de participer à l'étude ? <input type="checkbox"/> Oui (1) <input type="checkbox"/> Non (2)
Si pas de consentement, ARRÊTER le questionnaire.	
INFORMATIONS INDIVIDUELLES A VÉRIFIER	
Se procurer le questionnaire ménage correspondant à la personne enquêtée 1) Reposer à la personne enquêtée les questions du tableau (de Q13 à Q26) situées dans le questionnaire « ménage ». 2) Si il y a des erreurs, les corriger avec une autre couleur.	
SITUATION FAMILIALE	
Q9 A. Sexe	Actuellement, vous êtes ?
	Célibataire <input type="checkbox"/> 1
	Marié(e) <input type="checkbox"/> 2
	Ve en concubinage <input type="checkbox"/> 3
	Divorcé(e)/Séparé(e) <input type="checkbox"/> 4
	Veuf/veuve <input type="checkbox"/> 5
	Autre <input type="checkbox"/> 6

ITERAIRE DE RESIDENCE			
Q10 A. Sexe	Où êtes-vous né(e) ?	Si autre que Laos - Q 13	Code 1 / / /
Q11 A. Province	Pays de naissance :	Si autre que la Préfecture de Vientiane - Q 13	Code 3 / / /
Q12 A. Village	Si au Laos, nom de la Province de naissance :	NSP (99)	Code 7 / / / / /
Q13 A. CHVI	Si dans la Préfecture de Vientiane, nom du village et du district de naissance :	NSP (99)	Code 7 / / / / /
	Dans combien de villages différents de la Préfecture de Vientiane avez-vous résidé ?	1 / /	NSP (99)
PERCEPTION DU VILLAGE ACTUELLEMENT OCCUPE			
Q14 A. Voin	Au point de vue social, économique et culturel, vous sentez-vous ?		
	ne pas proposer la réponse n°5		
	très semblable à vos voisins		1
	plutôt semblable		2
	très différent de mes voisins		3
	Ne comprend pas la question		4
	Comment qualifieriez-vous l'urbanisation de votre village ?		5
Q15 A. Urban	très urbanisé		1
	urbanisé		2
	rural		3
TRAJETS DANS LA VILLE			
Q16 A. Servé	La semaine dernière, êtes-vous sorti de votre village ? (bien préciser, en addition du village)		
	Une ou plusieurs fois par jour		1 -> Q17
	Plusieurs fois par semaine		2 -> Q17
	Une fois par semaine		3 -> Q17
	Moins d'une fois par semaine		4 -> Q17
	Jamais		5 -> Q16
Q17 A. Travail	Vos trajets en dehors de votre village sont-ils les mêmes ?		
	Oui en général, ce sont les mêmes		1
	Non, vous changez un peu		2
	Non, vos trajets sont très différents		3
CONDITIONS ET NIVEAU DE VIE			
Q18 A. Téléphone	Avez-vous un téléphone portable personnel ?		
Q19 A. Transport	De quel moyen de transport personnel disposez-vous ?		
	Pas de moyen de transport personnel		1
	Vélo		2
	Motorcycle/moto		3
	Voiture		4
	Vous disposez de plusieurs moyens de transport différents		5
	Vous êtes dans l'incapacité de conduire (vieillesse, handicap, ...)		6

Q20	Quel était votre revenu personnel le mois dernier ?	L L L L L L L L \$	
A. A revenu	Est-ce que vous avez travaillé pendant le mois dernier ?		
A. Non	restaurateur, le club de sport, le discoteque ?		
	Oui	1	2
	Non	3	4
Q22	Diriez-vous que financièrement :		
A. Financ	Vous ne pouvez pas le faire car incapacité physique (viesillesse, handicap...)		
	Vous êtes à l'aise	1	2
	Ca va	3	4
	C'est juste, il faut faire attention		
	C'est difficile		
Q23	Aujourd'hui est-ce que vous avez des dettes ?	Oui (1) - Q 24	Non (2) - Q 25
A. Dettes			
A. Epargne	Si oui, pourquoi ? (listeurs réponses possibles)		
	Pour subvenir aux besoins quotidiens et/ou essentiels (nourriture, habillement...)	1	2
	Pour des dépenses exceptionnelles involontaires (maladie, décès, accident...)	3	4
	Pour des dépenses volontaires, prévues (achat de voiture, de maison...)	5	6
Q26	Faites-vous des économies ?	Oui (1)	Non (2)
A. Economies			
A. Oui	Participez-vous à une ou plusieurs sorités ?	Oui (1)	Non (2)

CAPITAL CULTUREL DE LA PERSONNE

Q27	Lisez-vous le lao ?	Oui (1)	Non (2)
A. Lao			
A. Esp	Ecrivez-vous le lao ?	Oui (1)	Non (2)
Q28	Partez-vous des langues étrangères ? (les plus utilisées / les plus connues) (plusieurs réponses possibles)		
A. Langues	Même si la personne ne parle pas couramment		
	Aucune	1	2
	Thaï	3	4
	Vietnamien	5	6
	Chinois	7	8
	Français	9	10
	Anglais		
	Allemand		
	Russe		
	Autres		
Q30	Etes-vous de culture (lao, nourriture, etc.) différente de la culture lao (par exemple, vous êtes de culture hmong, phtai, vietnamienne, chinoise...)?	Oui (1) - Q 31	Non (2) - Q 32
A. Culture			
A. Autre	Si oui, à quelle culture appartenez-vous ?		

COHESION SOCIALE ET RESEAUX SOCIAUX DE LA PERSONNE

Q32	Intégration sociale en général	Oui (1)	Non (2)
A. Q32	Est-ce que en général, des personnes vous aident (aide morale, aide matérielle)	Oui (1)	Non (2)
A. Q33	Est-ce que en général, vous aidez des personnes (aide morale, aide matérielle)	Oui (1)	Non (2)
A. Aides			

Q34	Estime de soi		
A. Estime	Si vous deviez vous décrire, diriez-vous que :		
	Vous êtes satisfait de qui vous êtes	1	2
	Vous aimeriez être un petit peu différent	3	4
	Vous n'êtes pas satisfait de vous	5	6
	NSP	99	
Q35	Appartenez-vous à :		
A. Assoc	a la Jeunesse Populaire révolutionnaire Lao ?	Oui (1) Non (2)	
	b la Fédération des syndicats Laos ?	Oui (1) Non (2)	
	c au Front Lao pour la construction Nationale ?	Oui (1) Non (2)	
	d au comité du village (chef de mouye, volontaires...)	Oui (1) Non (2)	
	e une association chinoise ou vietnamienne ?	Oui (1) Non (2)	
	f un club de sport ?	Oui (1) Non (2)	
	g un club culturel (musique, danse...)?	Oui (1) Non (2)	
	h	Oui (1) Non (2)	
Q36	Si la personne est une femme, posez lui la question suivante		
A. Lien	Appartenez-vous à l'union des femmes Lao ?	Oui (1)	Non (2)

LIEN AVEC L'ETRANGER

Q37	Avez-vous une fois dans votre vie, vécu à l'étranger plus de trois mois (de suite)?	Oui (1)	Non (2)
A. Etranger	(raisons professionnelles, universitaires, tourisme, famille, autres...)	Oui (1) - Q 38	Non (2) - Q 40
Q38	Avez-vous de la famille installée en Thaïlande depuis au moins un an ?	Oui (1)	Non (2)
A. Thaïland			
Q39	Si oui, quelle est la fréquence du lien que vous entretenez avec votre famille en Thaïlande ? (plusieurs réponses possibles)		
A. Thaïland	Visites fréquentes	1	2
	Contacts téléphoniques, correspondance, emails fréquents	3	4
	Peu de visites et de peu contacts téléphoniques	5	6
	Pas de contact du tout	7	8
Q40	Ces 12 derniers mois, quelle est la fréquence de vos visites en Thaïlande ?		
A. Thaïland	Jamais	1 - Q 42	
	Une fois par an	2 - Q 41	
	Plusieurs fois par an	3 - Q 41	
	Une fois par mois	4 - Q 41	
	Plusieurs fois par mois	5 - Q 41	
	Une ou plusieurs fois par semaine	6 - Q 41	
Q41	Pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)		
A. Thaïland	Shopping	1	2
	Se soigner	3	4
	Visite famille	5	6
	Business	7	8
	Tourisme	9	10
	Autres	11	12

Q94 A. Resteur	Les 7 Jours précédents, vous avez pris votre repas du soir...	1
	Tous les jours ou presque à votre maison	1
	Majorité à la maison, moitié à l'extérieur (restaurant, amis...)	2
	Tous les jours ou presque à l'extérieur (restaurant, amis...)	3
	Vous ne mangez pas le soir	4

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre santé.

ASSURANCES

Q95 A. Assur	Etes vous couverts par une assurance santé ?	Oui (1) -- Q 96	Non (2) -- Q 99	NSP (99) -- Q 99
Q96 A. Assur/kom	Indiquez le(s) nom(s) de(s) l'assurance(s) ? Ne pas proposer les (réponses)	1	2	3
	Assurance Indochine SSO (social security organisation) pour les fonctionnaires	1	2	3
	Assurance Isochiem SSO (social security organisation) pour le secteur privé	1	2	3
	AGL (Assurance Générale du Laos)	4	5	6
	Ayudhya	4	5	6
	ING (anciennement Echa)	4	5	6
	AAA (American International Insurance Company)	7	8	9
	S.O.S	7	8	9
	Autres (si différent ou plusieurs assurances)	7	8	9
	Vous ne savez pas	99		

Q97 A. Assur/chaik	Concernant cette assurance, (est la personne a plusieurs assurances, il s'agit de celle qu'elle utilise le plus)	1	2
	C'est vous ou votre famille qui a choisi de souscrire à une assurance	1	2
	C'est votre employeur ou celui d'un membre de la famille qui a choisi de souscrire à cette assurance	2	3
	Ne sait	99	
Q98 A. Assur/kom	Vos dépenses de santé sont elles : si la personne a plusieurs assurances, il s'agit de celle qu'elle utilise le plus)	1	2
	Bien remboursées	1	2
	Pres bien remboursées	2	3
	Ca dépend des fois	3	4
	Pres remboursé	4	5
	Vous ne vous servez pas de votre assurance	5	

PERCEPTION DE LA SANTE

Q99 A. Est/phy	Comment est votre état de santé physique ?	1	2	3	4	5
	Ben	1	2	3	4	5
	Moyen	2	3	4	5	
	Mauvais	3	4	5		
	Vous ne savez pas	99				
Q100 A. Est/psych	Comment est votre état de santé psychologique ?	1	2	3	4	5
	Vous êtes bien dans votre tête	1	2	3	4	5
	Moyen, Rien de spécial	2	3	4	5	
	Vous êtes stressés	3	4	5		
	Vous êtes déprimés / malheureux	4	5			
	Vous ne savez pas	99				

Q101 A. Pressenti	La santé est-ce pour vous une préoccupation :	1	2	3	4
	Très importante	1	2	3	4
	Importante	2	3	4	
	Peu importante	3	4		
	Sans importance	4			

CONNAISSANCE DES RESSOURCES SANITAIRES

Q102 A. Connaissance	Pour vous soigner, ces 12 derniers mois êtes-vous déjà allé :	Oui (1)	Non (2)
a	Epicrite (vente de médicaments)	Oui (1)	Non (2)
b	Pharmacie privée	Oui (1)	Non (2)
c	Généralistes, herbolistes	Oui (1)	Non (2)
d	Généralistes magico-religieux	Oui (1)	Non (2)
e	Un volontaire de santé du village	Oui (1)	Non (2)
f	Un médecin ou un infirmier du village	Oui (1)	Non (2)
g	Un médecin/infirmier de votre entourage (famille ou amis)	Oui (1)	Non (2)
h	Dispensaire	Oui (1)	Non (2)
i	Hôpital de district	Oui (1)	Non (2)
j	Hôpitaux centraux (Mahosol, settha, amille, 103, 109)	Oui (1)	Non (2)
k	Clinique privée	Oui (1)	Non (2)
l	Structures hospitalières	Oui (1)	Non (2)

PHARMACIE DE REFERENCE

Q103 A. Pharmacie	Avez-vous une pharmacie de référence à laquelle vous vous rendez le plus souvent ?	Oui (1) -- Q 104	Non (2) -- Q 105
Q104 A. Pharmacie	Cette pharmacie est :	1	2
	A côté de chez vous	1	2
	A côté de votre travail	2	3
	A côté de votre marché	3	4
	A côté ou dans la structure où vous vous soignez	4	5
	Autres	5	

ACCIDENT DU TRAVAIL

Q105 A. Acc/tra	Avez-vous déjà au cours de votre travail un accident qui vous a blessé et qui vous a empêché de travailler au moins une semaine ?	Oui (1) -- Q 106	Non (2) -- Q 107	NS jamais travaillé (99) -- Q 107
Q106 A. Acc/tra	Si oui, en quelle année s'est-il produit ?	1	2	3

ACCIDENT DE LA ROUTE ET RECOURS

Q107 A. Acc/route	Avez-vous déjà eu un accident sur la route en tant que conducteur de moto ou de voiture ou en tant que passager ou en tant que piéton... ?	Oui (1) -- Q 108	Non (2) -- Q 109	NS jamais travaillé (99) -- Q 109
Q108 A. Acc/route	Si oui, dans quel district et village ?	District :	Village :	

Concentrons notre attention sur votre dernier accident :

Q109 A. Acc/route	En quelle année s'est-il produit ?	1	2	3	4	5
Q110 A. Acc/route	Etes-ce dans la Préfecture de Vientiane ?	Oui (1) -- Q 110	Non (2) -- Q 111	NSP (99) -- Q 111		
Q111 A. Acc/route	Si oui, dans quel district et village ?	District :	Village :			

Q111 A_AccidentVehicule	Comment circulez-vous ?	1 → Q 113
	A pied	2 → Q 113
	En vélo	3 → Q 113
	En motovélo/moto	4 → Q 113
	En voiture	5 → Q 113
	En touk touk	6 → Q 113
	En bus	7 → Q 113
	Autres	
Q112 A_AccidentVehicule	Si vous êtes en moto, portez-vous un casque ?	Oui (1) Non (2)
Q113 A_AccidentVehicule	Cet accident a-t-il provoqué des blessures ?	Oui (1) → Q 114 non (2) → Q 116
Q114 A_AccidentVehicule	Quelle était la gravité des blessures ?	
	Minime	1
	Moyen	2
	Sérieux	3
	Très grave	4

Q115 A_Assistance	Après votre accident êtes-vous allé vous faire soigner ?	Oui (1) → Q 116 non (2) → Q 118
Q116 A_Assistance	Dans quelle structure de soins avez-vous consulté ?	Type : Nom : District (si Laos) : Ville (si Thaïlande) : Code 6 :
Q117 A_Assistance	Vous êtes allé consulter :	
	Tout de suite après l'accident et vous avez pu choisir la structure de soins	1
	Tout de suite après l'accident et vous n'avez pas pu choisir la structure de soins	2
	Plus tard (pas immédiatement après l'accident)	3

RECOURS AUX SOINS MALADIE CHRONIQUE			
Q118 A_Maladie	Souffrez-vous régulièrement d'une maladie depuis au moins 6 mois ?	Oui (1) → Q 119 Non (2) → Q 122	NSP (99)
Q119 A_Maladie	De quelle maladie s'agit-il ? (code maladies) ?	NSP (99)	Code 8 :
Q120 A_MaladieSuivi	Etes-vous suivi régulièrement pour ce problème de santé (par exemple tous les 3 mois, 6 mois, etc.) ?	Oui (1) → Q 121 Non (2) → Q 122	

Q121 A_MaladieSuivi	Dans quelle structure de soins êtes-vous suivi ?	Type : Nom : District (si Laos) : Ville (si Thaïlande) : Code 6 :
-------------------------------	--	---

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DE SANTE (AUTRE QUE DENTAIRE)			
Q122 A_Presan	Reflechissez si vous avez eu des problèmes de santé survenus dans les 2 dernières semaines (tornis problème dentaire) ?	Oui (1) → Q 125 Non (2) → Q 126	NSP (99) → Q 123
Q123 A_Presan	2 dernières semaines, ni de vomissement, ni de diarrhée, ni de fièvre, ni de ventrie, ni de maladie de peau, ni de fracture ou autre problème ?	Oui (1) → Q 125 Non (2) → Q 126	NSP (99) → Q 124

Q124 A_Presan	Quand avez-vous souffert d'un problème de santé pour la dernière fois autre que dentaire ?	1 → Q 146
	Entre plus de 15 jours et moins de 3 mois	2 → Q 146
	Entre 3 mois et moins de 6 mois	3 → Q 146
	6 mois et plus	4 → Q 146
	Vous êtes jamais malade	

La section suivante concerne ceux qui ont eu un problème de santé ces 15 derniers jours. Si la personne a eu plusieurs problèmes de santé ces 15 derniers jours, nous étudions uniquement le plus récent.

Q125 A_Presan	Est-ce que vous avez dû arrêter votre activité quotidienne à cause de ce problème de santé ?	Oui (1) Non (2)
Q126 A_Presan	Est-ce que ce problème de santé vous a inquiété ?	Oui (1) Non (2)

Q127 A_Presan	Quels signes vous ont permis de penser qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ? (ne pas proposer) (plusieurs réponses possibles)	
	fièvre	1
	maux de tête	2
	toux	3
	rhume	4
	mal à la gorge	5
	difficulté à respirer	6
	rythme cardiaque rapide	7
	vertiges	8
	maux de ventre	9
	diarrhées	10
	nausées	11
	vomissements	12
	constipation	13
	pièges	14
	brûlures	15
	maux de dos	16
	maux de bras	17
	écoulement vaginal ou urétral	18
	rhumatismes	19
	maux de jambes	20
	maux de pieds	21
	maux de yeux	22
	maux de dents	23
	Problème de peau (boutons, démangeaisons)	24
	Saignements de nez	25
	Malaises/vertiges	26
	fatigue générale	27
	Autres (préciser) :	28
	NSP	29

Q128 A_Presan	Par rapport à ce problème de santé, êtes-vous allé consulter ?	Oui (1) → Q 132 non (2) → Q 129
-------------------------	--	---------------------------------

Sans consultation :

Q129 A_Presan	Avez-vous pris des médicaments ?	1 → Q 130
	Traditionnels asiatiques	2 → Q 130
	Traditionnels chinois	3 → Q 130
	Médicaments (autres)	4 → Q 130
	Plusieurs types de médicaments	5 → Q 130
	Non	6 → Q 131
Q130 A_Presan	Si vous avez pris des médicaments, où les avez-vous ?	
	A la pharmacie privée	1
	A la pharmacie publique (dispensaire ou hôpital)	2
	Au vendeur de médicaments dans la rue, dans le marché	3
	A la pharmacie en Thaïlande	4
	A la clinique	5
	A la maison	6
	Avec un proche	7
	Plusieurs endroits différents	8

Q131	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé consulter ?	1 - Q 146
A. Pas consulté	Le problème n'était pas si grave	2 - Q 146
	Vous n'avez pas confiance avec les médecins	3 - Q 146
	Vous n'avez pas d'argent pour se faire soigner	4 - Q 146
	Vous vous soignez tout seul (auto-médication)	5 - Q 146
	Vous n'avez pas le temps, vous avez d'autres soucis	6 - Q 146
	Vous avez peur de vous faire soigner	7 - Q 146
	Autres	99 - Q 146
	Ne sait pas	

Avec consultation :

Q132	Avant de consulter, avez-vous pris des médicaments ?	OUI (1)	NON (2)
A. Polychaot/commun			
Q133	Pour ce problème de santé, combien de recours (structure ou personne : hôpital, clinique, maison du guérisseur...) différents avez-vous eu ?		
	Détaillez les différents consultations, différents endroits :		
	1ère structure ou personne consultée	Q135 - A.28 ^{ou} structure ou personne consultée	Q136 - A.35 ^{ou} structure ou personne consultée
	Lieu de consultation		
	Type :		
	Nom :		
	District (si Laos) :		
	Ville (si Thaïlande) :		
A. Code 6	|||||	|||||	|||||
B. Prix total en dollars (consultation, examen, médicaments)	|||||	NSP (99)	|||||
	FC (99)	NSP (99)	FC (89)

Si les premières structures ont un "Marrange", passez à la question 148

Choix des consultations :

Pourquoi êtes-vous allé consulter la pour le problème de santé? Chez la raison principale pour chacune des consultations (1, 2 ou 3) redonnez le nom du lieu de la consultation pour que l'enquêteur réponde correctement		Q138 - A.19 ^{ou} structure ou personne consultée	Q139 - A.26 ^{ou} structure ou personne consultée	Q140 - A.34 ^{ou} structure ou personne consultée	Q141 - A.41 ^{ou} structure ou personne consultée
	C'est la plus proche de chez vous	1	2	1	2
	C'est proche de votre travail	2	2	2	2
	Les horaires sont adaptés	3	3	3	3
	En fait, que fonctionnaire ou assaurs, c'est celle où vous allez	4	4	4	4
	Les tarifs sont abordables	5	5	5	5
	Le personnel de la structure est gentil	6	6	6	6
	Il y a un bon équipement médical	7	7	7	7
	Les soins sont de bonne qualité	8	8	8	8
	Vous avez suivi les conseils de quelqu'un	9	9	9	9
	Vous consultez quelqu'un qui travaille dans cette structure	10	10	10	10
	Autres	11	11	11	11
	NSP	12	12	12	12
		99	99	99	99

Les questions suivantes concernent uniquement la première consultation (cf. Q. 134). Pour chacune des questions suivantes, il faut redonner le nom de la première structure de consultation pour que l'enquêteur réponde correctement

Q141	Comment êtes-vous allé dans cette structure de soins ?	1	2	3	4	5	6	7
A. C'est	à pied							
	à vélo							
	à moto							
	en moto-taxi							
	en voiture							
	en bus							
	autres							

Q142	Avant de consulter, avez-vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?	OUI (1) - Q 144	NON (2) - Q 145
A. Personne			
A. Personne			
	Si non, pour quelle raison principale n'êtes-vous pas satisfait ?		
	Le temps d'attente était long	1	
	Les soins sont de mauvaise qualité	2	
	Le personnel n'était pas gentil	3	
	Mauvais équipement	4	
	Locaux pas propres	5	
	Soins trop chers	6	
	La structure de soins est éloignée	7	
	Les horaires ne sont pas adaptés	8	
	Vous avez eu mal lorsqu'on vous a soigné	9	
	Autres	10	
	NSP	99	

Q144	Comment s'est déroulée votre consultation ?	1	2	3	4
A. Douteux					
	Entretien oral	1			
	Examen du corps	2			
	Entretien oral et examen du corps	3			
	Ne se souvient pas	4			

Q145	Résultat de la première consultation : Quel était le diagnostic donné par le médecin:	Code 8
A. Personne	Maladie :	8
	Vous n'avez pas compris le diagnostic	98
	Le médecin ne savait pas	98
	Le médecin ne vous l'a pas dit	97
	Vous ne vous souvenez pas	96

RECOURS EN CAS DE.....

Q146. <i>A. Hypothèse</i> Imaginez que vous ayez une maladie qui ne vous semble pas très grave (par exemple mal au ventre, à la tête), que votre médecin (ou un autre professionnel de santé) ne vous ait pas proposé (les réponses)	Q147. <i>A. Hypothèse</i> Imaginez que vous ayez une maladie qui vous semble grave (par exemple du sang dans les selles), que votre médecin (ou un autre professionnel de santé) ne vous ait pas proposé (les réponses)
Volontaire de santé du village	Volontaire de santé du village
1	1
Un médecin ou un infirmier du village	Un médecin ou un infirmier du village
2	2
Vous contactez un médecin / infirmier de votre village ou amis	Vous contactez un médecin / infirmier de votre village ou amis
3	3
Dispensaire	Dispensaire
4	4
Hôpital de district	Hôpital de district
5	5
Hôpital central (Mahosot, Saththairat, Armité, 103, 109)	Hôpital central (Mahosot, Saththairat, Armité, 103, 109)
6	6
Clinique privée	Clinique privée
7	7
Pharmacie privée	Pharmacie privée
8	8
Généralistes herboristes	Généralistes herboristes
9	9
Généralistes magico-religieux	Généralistes magico-religieux
10	10
Automédication	Automédication
11	11
Vous ne faites rien	Vous ne faites rien
12	12
Vous allez consulter en Thaïlande	Vous allez consulter en Thaïlande
13	13
Autres	Autres
14	14
Vous ne savez pas	Vous ne savez pas
99	99

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DENTAIRE

Q148. <i>A. Positif</i> Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu un problème avec vos dents ou votre bouche ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q149. <i>A. Positif</i> Est-ce que vous avez du retard votre activité quotidienne à cause de ce problème de santé ?	→ Q 149	→ Q 170	→ Q 170
Q150. <i>A. Distinguit</i> Est-ce que ce problème de santé vous a inquiété ?	Oui (1)	Non (2)	

Q151. *A. Distingue*
Si vous avez un problème dentaire, quels signes vous ont permis de penser qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ? (ne pas proposer (Chaque réponse possible))

Une douleur en croquant, au froid ou en mangeant des aliments sucrés	1
Une douleur en dormant	2
De la fièvre avec un abcès à la bouche	3
Une dent qui bougeait	4
La gencive qui saignait	5
Autres	6
	7

Q152. *A. Distingue*
Par rapport à ce problème de santé, êtes-vous allé consulter ?

Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
→ Q 156	→ Q 175	

Sans consultation :

Q153. <i>A. Distingue</i> Avez-vous pris des médicaments ?	1 -- Q 154
Traditionnels locaux	2 -- Q 154
Traditionnels chinois	3 -- Q 154
Modernes (autres)	4 -- Q 154
Plusieurs types de médicaments	5 -- Q 154
Non	6 -- Q 155

Q154. *A. Pathocentrique*

Si vous avez pris des médicaments, où les avez-eus ?	1
A la pharmacie privée	2
A la pharmacie publique (dispensaire ou hôpital)	3
Au vendeur de médicaments dans la rue, dans le marché	4
A la pharmacie en Thaïlande	5
A l'épicerie	6
A la maison	7
Avec un proche	8
Plusieurs endroits différents	

Q155. *A. Pathocentrique*
Quelle est le raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé consulter ?

Le problème n'était pas si grave	1 -- Q 170
Vous n'avez pas confiance avec les médecins	2 -- Q 170
Vous n'avez pas d'argent pour se faire soigner	3 -- Q 170
Vous vous soignez tout seul (automédication)	4 -- Q 170
Vous n'avez pas pas le temps, vous avez d'autres soucis	5 -- Q 170
Vous avez peur de vous faire soigner	6 -- Q 170
Autres	7 -- Q 170
Ne sait pas	99 -- Q 170

Avec consultation :

Q156. <i>A. Pathocentrique</i> Avant de consulter, avez-vous pris des médicaments ?	Oui (1)	Non (2)
Q157. <i>A. Pathocentrique</i> Pour ce problème de santé, combien de recours (structure ou personne : hôpital, clinique, maison du généraliste...) différents avez-vous eu ?		///

Détaillez les différentes consultations :

Type :	Q158. <i>A. Distingue</i> 1 ^{ère} structure ou personne consultée	Q159. <i>A. Distingue</i> 2 ^{ème} structure ou personne consultée	Q160. <i>A. Distingue</i> 3 ^{ème} structure ou personne consultée
a- <i>Lieu de consultation</i>	///	///	///
Nom :			
District (et Laos) :			
Ville (et Thaïlande) :			
Code 6 :	///	///	///
b- <i>Prix total en dollars</i> (consultation, examen, médicaments)	NSP (99)	NSP (99)	NSP (99)
	PC (99)	PC (99)	PC (99)

Q161. *A. Distingue*
Avez-vous emprunté de l'argent pour ces consultations ?

Si la première structure consultée est en Thaïlande : passez à la question 170

Choix des consultations :

Pourquoi êtes-vous allé consulter le pour le problème de santé? Chez la raison principale	Pour chacune des consultations (1, 2 ou 3), redonnez le nom du lieu de la consultation pour que l'enquêteur réponde correctement		
	Q162. A. Prenez l'adresse de la personne consultée	Q163. A. Prenez l'adresse de la personne consultée	Q164. A. Prenez l'adresse de la personne consultée
C'est la plus proche de chez vous	1	1	1
C'est proche de votre travail	2	2	2
Les horaires sont adaptés	3	3	3
En tant que fonctionnaire ou assuré, c'est celle où vous êtes affilié	4	4	4
Les tarifs sont abordables	5	5	5
Le personnel de la structure est gentil	6	6	6
Les locaux sont propres	7	7	7
Il y a un bon équipement médical	8	8	8
Les soins sont de bonne qualité	9	9	9
Vous avez suivi les conseils de quelqu'un	10	10	10
Vous connaissez quelqu'un qui travaille dans cette structure	11	11	11
Autres	12	12	12
rsp	99	99	99

Les questions suivantes concernent uniquement la première consultation. (cf. Q.158)
 Pour chacune des questions suivantes, il faut redonner le nom de la première structure de consultation pour que l'enquêteur réponde correctement.

Accès physique à la première consultation

Q165. Comment êtes-vous allé dans cette structure de soins ?	A. Pied	B. Vélo	C. à moto/motocycle	D. en tuk-tuk	E. en voiture	F. en bus	G. autres
	1	2	3	4	5	6	7

Q166. Avez-vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?

Q166. Avez-vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?	oui (1) → Q.168	Non (2) → Q.167
Si non, pour quelle raison principale n'êtes-vous pas satisfait ?		
Le temps d'attente était long	1	
Les soins sont de mauvaise qualité	2	
Le personnel n'était pas gentil	3	
Mauvais équipement	4	
Locaux pas propres	5	
Soins trop chers	6	
La structure de soins est éloignée	7	
Les horaires ne sont pas adaptés	8	
Vous avez eu mal lorsqu'on vous a soigné	9	
Autres	10	
NSP	99	

Qualité lors de la première consultation Q.158

Q168. Les dentistes vous a-t-il expliqué comment prendre soin de vos dents ?	OUI (1)	Non (2)	Ne se souvient pas (3)
Ressortir de la première consultation :			
celle		1	
Infection des gencives		2	
Taire trop important		3	
Vous n'avez pas compris le diagnostic		4	
Le médecin ne savait pas		5	
Le médecin ne vous l'a pas dit		6	
Vous ne vous souvenez pas		7	
Autres		8	

SANTÉ DENTAIRE : SATISFACTION ET FREQUENTATION

Satisfaction santé bucco-dentaire :		Fréquence des consultations dentaires :	
Q170. A. Dentiste	Etes-vous satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche en général ?	OUI (1)	Non (2)
	oui, beaucoup	1	
	ça va, c'est ok	2	
	non, pas vraiment	3	
	non pas du tout	4	
	Je ne m'en soucie pas	5	
Q171. A. Dentiste	Retournez-vous des difficultés à cause de vos dents pour manger des aliments durs ?	OUI (1)	Non (2)
Q172. A. Dentiste	Vous sentez-vous obligé de porter à quelque un ?	OUI (1)	Non (2)

Q173. A. Dentiste	De quand date votre dernière consultation chez le dentiste (en années)?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Q174. A. Dentiste	Cas 2 dentelles amovibles, êtes-vous allé chez le dentiste pour une visite de contrôle ou pour un détartrage ?	OUI (1)	Non (2)																																																																																																	

RENONCEMENT AUX SOINS (POUR TOUTS PROBLEMES DE SANTE)

Q175. A. Renoncement	Si oui, avec-vous renoncé à : (plutôt/réponses possibles)	OUI (1)	Non (2)	PC (98) car pas malade renoncé à certains soins (tous types de soins) → Q.176	Notes pour l'enquêteur	Notes pour l'enquêteur
Q176. A. Renoncement	Si oui, avec-vous renoncé à : (plutôt/réponses possibles)	OUI (1) <td>Non (2) <td>PC (98) car pas malade renoncé à certains soins (tous types de soins) → Q.176</td> <td>Notes pour l'enquêteur</td> <td>Notes pour l'enquêteur</td> </td>	Non (2) <td>PC (98) car pas malade renoncé à certains soins (tous types de soins) → Q.176</td> <td>Notes pour l'enquêteur</td> <td>Notes pour l'enquêteur</td>	PC (98) car pas malade renoncé à certains soins (tous types de soins) → Q.176	Notes pour l'enquêteur	Notes pour l'enquêteur
	Acheter des médicaments		1			
	Aller à une consultation générale		2			
	Aller à une consultation spécialiste (dentiste, gynécologue, cardiologue, ophtalmologiste...)		3			
	Faire des analyses de laboratoire (prise de sang) ou des radiographies		4			
	Faire faire des lunettes		5			
	Faire faire des prothèses ou appareils dentaires		6			

Notes pour l'enquêteur :
 1) Les questions suivantes concernent uniquement les femmes. Pour les hommes, allez directement à Q.206
 2) Si c'est une femme, lui poser les questions suivantes :

A		B	
Votre enfant est-il sélectionné pour l'enquête ?		OUI	Non/rsp
		Q. → B	
		Non/rsp	Q. → 177
Est-ce vous qui allez répondre au questionnaire pour votre enfant ?		OUI	Non/rsp
		Q. → 206	
		Non/rsp	Q. → 177

Contraception :

		Q203. A. Actuelle Méthode de contraception utilisée actuellement (Concerner les femmes de 15 à 49 ans si non mariées (PC))	Q204. A. Précedente Dernière méthode utilisée (Concerner les femmes de plus de 49 ans si non mariées/PC))
Aucune	PC (98)	1 → Q 206	1 → Q 206
Des méthodes naturelles (coïtal)		2 → Q 206	2 → Q 206
Des médicaments traditionnels		3 → Q 206	3 → Q 206
Des préservatifs		4 → Q 206	4 → Q 206
La pilule		5 → Q 206	5 → Q 206
Le stérilet		6 → Q 206	6 → Q 206
Des spermicides		7 → Q 206	7 → Q 206
L'injection		8 → Q 206	8 → Q 206
L'implant sous la peau		9 → Q 206	9 → Q 206
La stérilisation		10 → Q 206	10 → Q 206

Q205. Si vous êtes stérilisés, où avez-vous été opérés ?	Type :	Code 6
A. Si non	Nom :	_____
	Distric (si Laos) :	_____
	Ville (si Thaïlande) :	_____

RECOURS AUX SOINS EN THAÏLANDE

Q206. Avez-vous déjà eu recours en Thaïlande ?	Oui (1) → Q 209	Non (2) → Q 207
A. Recursif		

Q207. Pensez-vous qu'un jour vous pourriez aller consulter en Thaïlande ?	1 → Q 226
A. Recursif	
Oui, sûrement	2 → Q 226
Oui, si vous avez une maladie grave	3 → Q 208
Non jamais	99 → Q 226
Vous ne savez pas	

Q208. Si non jamais, pourquoi ?	1 → Q 226
A. Recursif	
Top loin	2 → Q 226
Top cher	3 → Q 226
Peur d'aller à l'étranger	4 → Q 226
Pas besoin car jamais malade	5 → Q 226
Pas envie	6 → Q 226
Autres	

Q209. Au cours des 12 derniers mois combien de fois êtes vous aller consulter en Thaïlande ?	1 → Q 226
A. Recursif	
Q210. En général, à quelle occasion allez-vous consulter en Thaïlande ?	1
A. Recursif	
Vous allez en Thaïlande à chaque fois (ou presque) que vous êtes malade	2
Vous allez en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves ou opérations	
Vous ne savez pas	99

CONDITIONS ET NIVEAU DE VIE		Oui (1)	Non (2)
Q21	Aviez-vous un téléphone portable personnel ?	Oui (1)	Non (2)
E. Equip			
Q22	De quel moyen de transport personnel disposez-vous ?		
E. Transp			
	Pas de moyen de transport personnel	1	
	Vélo	2	
	Moto/motocyclette	3	
	Voiture	4	
	Vous disposez de plusieurs moyens de transport différents	5	
	Vous êtes dans l'incapacité de conduire (vieillesse, handicap...)	6	
Q23	Quel était votre revenu personnel le mois dernier ?	_____/\$	
E. Revenu	Si pas de revenu, écrire 0		
E. Activ	Est-ce que vous allez, 1 fois tous les mois ou plus, faire des activités comme le bowling, le karaoké, le restaurant, le club de sport, le discothèque ?		
	Oui	1	
	Non	2	
	Vous ne pouvez pas le faire (vieillesse, handicap...)	3	
Q24	Diriez-vous que financièrement ?		
E. Financ	si possible, indiquez si la personne n'a pas de revenu personnel		
	Vous êtes à l'aïe	1	
	Ça va	2	
	C'est juste, il faut faire attention	3	
	C'est difficile	4	
Q25	Aujourd'hui est-ce que vous avez des dettes ?	Oui (1) → Q27	Non (2) → Q28
E. Dettes			
E. Anglète	Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)		
	Pour subvenir aux besoins quotidiens (nourriture, habillement...)	1	
	Pour des dépenses exceptionnelles/inattendues (maladie, décès, accident...)	2	
	Pour des dépenses volontaires, prévues (achat de voiture, de maison...)	3	
Q28	Faites-vous des économies ?	Oui (1)	Non (2)
E. Econom			
E. Vieilles	Participez-vous à une ou plusieurs tombes ?	Oui (1)	Non (2)
CAPITAL CULTUREL DE LA PERSONNE			
Q30	Lisez-vous le lao ?	Oui (1)	Non (2)
E. Lire			
Q31	Ecrivez-vous le lao ?	Oui (1)	Non (2)
E. Ecr			
Q32	Parlez-vous des langues étrangères ? (ne pas proposer les réponses) (plusieurs réponses possibles)		
E. Langues	Même si la personne ne parle pas couramment		
	Aucune	1	
	Thaï	2	
	Vietnamien	3	
	Chinois	4	
	Français	5	
	Anglais	6	
	Allemand	7	
	Russe	8	
	Autres	9	

Q33	Etes-vous de culture (idéologie, nourriture, etc.) différente de la culture lao (par exemple, vous êtes de culture hmong, phouai, vietnamienne, chinoise...)?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
E. Cult				
Q34	Si oui, à de quelle culture appartenez-vous ?	→ Q34	→ Q35	→ Q36
E. Cult				
	.....			Code 1 ou 2
COHESION SOCIALE ET RESEAUX SOCIAUX DE LA PERSONNE				
Intégration sociale en général				
Q35	Est-ce que en général, des personnes vous aident (aide morale, aide matérielle)	Oui (1)	Non (2)	
E. Aides				
Q36	Est-ce que en général, vous aidez des personnes (aide morale, aide matérielle)	Oui (1)	Non (2)	
E. Aides				
Estime de soi				
Q37	Si vous deviez vous décrire, diriez-vous que :			
E. Estime				
	Vous êtes satisfait de qui vous êtes	1		
	Vous aimeriez être un petit peu différent	2		
	Vous n'êtes pas satisfait de vous	3		
	NSP	99		
Activités communautaires				
Q38	Appartenez-vous à :			
E. Assoc				
a	la Jeunesse Populaire révolutionnaire Lao ?	Oui (1)	Non (2)	
b	la Fédération des syndicats Lao ?	Oui (1)	Non (2)	
c	au Front Lao pour la construction Nationale ?	Oui (1)	Non (2)	
d	au comité du village (chef de mouve, volontaires...)	Oui (1)	Non (2)	
e	une association chinoise ou vietnamienne ?	Oui (1)	Non (2)	
f	un club de sport ?	Oui (1)	Non (2)	
g	un club culturel (musique, danse...)?	Oui (1)	Non (2)	
si la personne est une femme, posez lui la question suivante				
Q39	Appartenez-vous à l'un des femmes Lao ?	Oui (1)	Non (2)	
E. Femm				
LIEN AVEC L'ETRANGER				
Q40	Aviez-vous une fois dans votre vie, vécu à l'étranger plus de trois mois (de suite) ?	Oui (1)	Non (2)	
E. Etranger				
Q41	Aviez-vous de la famille installée en Thaïlande depuis au moins un an ?	Oui (1) → Q42	non (2) → Q43	
E. Thailan				
Q42	Si oui, quelle est la fréquence du lien que vous entretenez avec votre famille en Thaïlande? (plusieurs réponses possibles)			
E. Thailan				
	Visites fréquentes	1		
	Contact téléphonique, correspondance, emails fréquents	2		
	Peu de visites et de peu contacts téléphoniques	3		
	Pas de contact du tout	4		
Q43	Actuellement, quelle est la fréquence de vos visites en Thaïlande ?			
E. Thailan				
	Jamais	1 → Q46		
	Une fois par an	2 → Q44		
	Plusieurs fois par an	3 → Q44		
	Une fois par mois	4 → Q44		
	Plusieurs fois par mois	5 → Q44		
	Une ou plusieurs fois par semaine	6 → Q44		

E. Thailande E. Singapour	Q44. Si oui, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)	Shopping	1	
		Se soigner	2	
		Visite famille	3	
		Business	4	
		Tourisme	5	
		Autres	6	
E. Thaïlande ou E. Singapour	Q45. Comment percevez-vous la Thaïlande ?			
a	Pays développé (ou en train de se développer), pays riche	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
b	Pays ami	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
c	Pays où l'insécurité est grande	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
d	Pays conquérant	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)

CONNAISSANCES ET CROYANCES

Croyances :

Q46. Pensez-vous que les esprits (de la maison, des ancêtres ou autres) peuvent provoquer des problèmes de santé ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
E. Enfant	→ Q 47	→ Q 48	→ Q 48
Q47. Est-ce que vous avez eu, personnellement, des problèmes de santé dus aux esprits (de la maison, des ancêtres ou autres) ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
E. Enfant			

Connaissances :

Q48. Pensez-vous que :	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)	
E. Enfant				
a	« respecter les interdits alimentaires après l'accouchement, c'est bon pour la santé »	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
b	« le sport aide à être en bonne santé »	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
c	« le glutamate, c'est mauvais pour la santé »	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
d	« c'est dangereux pour la santé d'être en contact avec les animaux (urne, sang, déchets) »	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
Q49. Comment se transmet la dengue ? (ne pas proposer les réponses)	Moustique	Autres	NSP (99)	
E. Enfant				

SANTÉ MATERNELLE

Si la personne qui répond n'est pas la mère de l'enfant mais la personne qui s'en occupe, passez à la question Q.77. Si la mère a moins de 49 ans, posez lui la question suivante. Si la mère a plus de 49 ans, aller à la question Q.51

Q50. Actuellement êtes-vous enceinte ?	Oui (1)	Non (2)
E. Adulte		
Q51. Combien de fois avez-vous été enceinte ?	1-1	2-2
E. Adulte		
Q52. A quel âge avez-vous eu votre premier enfant ?	1-1	2-2
E. Adulte		
Q53. De combien d'enfants vivants avez-vous accouché ?	1-1	2-2
E. Adulte		
Q54. Avez-vous des enfants qui sont décédés après la naissance ?	Oui (1) → Q 55	Non (2) → Q 56
E. Enfant		
a	Avant 1 mois	1-1
b	Entre 1 mois et 6 mois	1-1
c	Entre 6 mois et 12 mois	1-1
d	Entre 1 ans et 5 ans	1-1

Q55. Avez-vous eu des enfants morts nés (durée de grossesse supérieure à 6 mois) ?	Oui (1)	Non (2)
E. Enfant		
Q56. Avez-vous eu des fausses couches (durée de grossesse inférieure à 6 mois) ?	Oui (1)	Non (2)
E. Enfant		
Q57. Avez-vous eu des avortements provoqués ?	Oui (1)	Non (2)
E. Adulte		

Parlons de l'enfant sélectionné pour l'étude:

Q58. Poids de naissance (en grammes) (carte de santé ou déclaration de la mère) :	1-1	2-2	NSP (99)
E. Enfant			
Q59. Consultations prénatales			
E. Consultation			
Q60. Combien de consultations prénatales avez-vous eues ?	1-1	2-2	NSP (99)
E. Consultation			
Q61. Ou avez-vous consulté pour vos suivis prénataux ? (si plusieurs structures, indiquer la structure du premier suivi)	Type : Nom : District (si Laos) : Ville (si Thaïlande) :	Code 6 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6	NSP (99)
E. Consultation			
Q62. Lors des consultations prénatales, avez-vous fait une ou plusieurs échographies ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
E. Consultation			
Q63. Lors des consultations prénatales, avez-vous reçu une vaccination antidiabétique ?	Oui (1)	Non (2)	NSP (99)
E. Consultation			
Q64. Pour cet enfant, avez-vous accouché à domicile ?	Oui (1) → Q 65	Non (2) → Q 67	
E. Adulte			

Si vous avez accouché à domicile.....

Q65. Qui vous a aidé pour votre accouchement ? (plusieurs réponses possibles)	1
E. Adulte	
	Un médecin / infirmier
	Un volontaire de santé
	Une matrone
	Un membre de votre famille
	Personne
	Autres
Q66. Pour quelle raison principale avez-vous accouché à domicile ?	1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6
E. Adulte	
	Les structures de soins sont trop loin
	Les structures de soins sont trop chers
	La matrone était là et vous n'avez pas besoin d'aller à l'hôpital
	Vous n'avez pas eu le temps d'aller à l'hôpital
	Vous n'avez pas confiance en l'hôpital
	Vous voulez respecter la tradition
	Autres

Si vous avez accouché dans une structure de soins.....

Q67. Indiquez la structure ?	Type : Nom : District (si Laos) : Ville (si Thaïlande) :	Code 6 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6
E. Adulte		

E. Asses/Assessing		Pourquoi êtes-vous allé accoucher dans cette structure ? Chez la maison principale ?		1
		C'est la plus proche de chez vous		2
		C'est proche de votre travail		3
		En fait, que fonctionnaire ou assurée, c'est celle où vous êtes affiliée		4
		Les tarifs sont abordables		5
		Le personnel de la structure est gentil		6
		Les locaux sont propres		7
		Il y a un bon équipement médical		8
		Les soins sont de bonnes qualité		9
		Vous avez suivi les conseils de quelqu'un		10
		Vous connaissez quelqu'un qui travaille dans cette structure		11
		Autres		12
		NSP		
E. Asses/Assessing		Par rapport à votre domicile, la structure vous semble :		
		Proche		1
		Plutôt éloignée		2
		Très éloignée		3
E. Asses/Assessing		Êtes-vous satisfaite d'avoir accouché dans cette structure ?		Oui (1) Non (2) NSP (99)
E. Asses/Assessing		Partiques traditionnelles :		
E. Fautors		Q71. Pour cet enfant, combien de jours êtes-vous restée sur le feu ?		NSP (99)
E. Fautors		Q72. Pour cet enfant, pendant combien de temps après l'accouchement avez-vous respecté les interdits alimentaires ?		
		Vous n'avez pas respecté les interdits alimentaires		1
		Moins de 2 semaines après l'accouchement		2
		Entre 2 semaines et moins d'1 mois après l'accouchement		3
		Entre 1 mois et moins de 2 mois après l'accouchement		4
		Entre 2 mois et moins de 3 mois après l'accouchement		5
		3 mois et plus après l'accouchement		6

E. Asses/Assessing		SUIVI GYNÉCOLOGIQUE		E. Asses/Assessing		Q73. Êtes-vous satisfaite de votre suivi gynécologique ?		Oui (1) Non (2)
		Faites que vous avez assez l'habitude d'aller régulièrement chez le gynécologue pour faire une visite de contrôle (en dehors de vos grossesses ou d'infections type leucorrhées) ?						
		Méthode de contraception utilisée actuellement (terme de 15 à 49 ans)		Dernière méthode utilisée (terme de 15 à 49 ans)				
		Q74. E. Asses/Assessing		Q75. E. Asses/Assessing				
		Aucune		1 - Q77				
		Des méthodes naturelles (retail)		2 - Q77				
		Des médicaments traditionnels		3 - Q77				
		Des préservatifs		4 - Q77				
		La pilule		5 - Q77				
		Le stérilet		6 - Q77				
		Des spermicides		7 - Q77				
		L'injecton		8 - Q77				
		L'implant sous la peau		9 - Q77				
		La stérilisation		10 - Q78				
E. Asses/Assessing		Q76. Si vous êtes stérilisée, où avez-vous été opérée ?		Type		Code 6		
		Nom		Nom				
		Ville (si Thaïlande)		Ville (si Thaïlande)				
		District (si Laos)		District (si Laos)				

E. Asses/Assessing		Q87. Quel est le premier aliment complémentaire que vous avez donné à l'enfant ?		1
		Riz pré-frit		2
		Farine de riz		3
		Légumes		4
		Fruits		5
		Autres		6
		Ne se souvient plus		7
		Lait en poudre		7

E. Asses/Assessing		Selon quelle fréquence votre enfant consomme-t-il les produits suivants ?		une ou plusieurs fois par jour		une ou plusieurs fois par semaine		une ou plusieurs fois par mois		rarement ou jamais	
		Q88. E. Fautors		Boissons sucrées (cassé, mûrca...)		1		2		3	
		Q89. E. Fautors		Riz gluant		1		2		3	
		Q90. E. Fautors		Riz blanc		1		2		3	
		Q91. E. Fautors		Pâtes de riz		1		2		3	
		Q92. E. Fautors		Tapiocas (dommes de terre)		1		2		3	
		Q93. E. Fautors		Légumes (concombre, chou)		1		2		3	
		Q94. E. Fautors		Fruits (mangue, orange, banane...)		1		2		3	
		Q95. E. Fautors		Sauce soja, pain		1		2		3	
		Q96. E. Fautors		Vande		1		2		3	
		Q97. E. Fautors		Poisson		1		2		3	
		Q98. E. Fautors		Omelette		1		2		3	
		Q99. E. Fautors		Gâteaux ou biscuits sucrés		1		2		3	
		Q100. E. Fautors		Chips, galettes, sperto		1		2		3	
		Q101. E. Fautors		des plats avec de l'huile		1		2		3	
		Q102. E. Fautors		Bibons ou chewing gum		1		2		3	

Q108. E_AssurCook	Concernant cette assurance, (si la personne a plusieurs assurances, il s'agit de celle que vous utilisez plus pour l'enfant)	1
	C'est vous ou votre famille qui a choisi de souscrire à une assurance	2
	C'est votre employeur ou celui d'un membre de la famille qui a choisi de souscrire à cette assurance	99
	Ne sait pas	
Q109 E_AssurFirm	Ses dépenses de santé sont elles : (si la personne a plusieurs assurances, il s'agit de celle que vous utilisez le plus pour votre enfant)	1
	Bien remboursées	2
	Pas bien remboursées	3
	Ça dépend des fois	4
	Pas remboursées	5
	Votre enfant ne se sert pas de son assurance	

PERCEPTION DE LA SANTE DE L'ENFANT	
Q110 E_Enfant	Comment est l'état de santé physique de votre enfant?
	Bon
	Moyen
	Mauvais
	Ne sait pas
	1
	2
	3
	99

CONNAISSANCE DES RESSOURCES SANITAIRES	
Q111. E_Consultive	Pour soigner votre enfant, ces 12 derniers mois des-vous être allé :
a	Epicerie (vente de médicaments)
b	Pharmacie privée
c	Généralistes herbotoxiques
d	Généralistes magico-religieux
e	Un volontaire de santé du village
f	Un médecin ou un infirmier du village
g	Un médecin/infirmier de votre entourage (famille ou amis)
h	Dispensaire
i	Hôpital de district
j	Hôpitaux centraux (Mabaso, sehta, amika, 103, 109)
k	Hôpital de la mère et de l'enfant
l	Clinique privée
m	Structures traditionnelles
	Oui (1)
	Non (2)

PHARMACIE DE REFERENCE	
Q112 E_Primaire	Avez-vous une pharmacie de référence à laquelle vous vous rendez le plus souvent ?
Q113 E_Pharmid	Cette pharmacie est :
	A côté de chez vous
	A côté de votre travail
	A côté de votre marché
	A côté ou dans la structure où vous vous soignez
	Autres
	Oui (1)
	Non (2)
	99

RECOURS AUX SOINS MALADIE CHRONIQUE	
Q114. E_MalChro	Votre enfant souffre-t-il régulièrement d'une maladie (depuis au moins 6 mois)?
Q115. E_MalChro	De quelle maladie s'agit il ? (code maladies) ?
Q116. E_MalChro	Est-il suivi régulièrement pour ce problème de santé (par exemple tous les 3 mois, 6 mois, etc.) ?
Q117. E_MalChro	Dans quelle structure de soins est-il suivi ?
	Type :
	Nom :
	District (si Laos) :
	Ville (si Thaïlande) :
	Oui (1)
	Non (2)
	NSP (99)
	Code 6

RECOURS AUX SOINS DU DERNIER PROBLEME DE SANTE	
Q118. E_Presen19	Réfléchissez si votre enfant a eu des problèmes de santé survenus dans les 2 dernières semaines ? (ne comptez pas les problèmes dentaires)
Q119. E_Presen19	Pour être parfaitement sûr, votre enfant n'a-t-il pas eu aux cours des 2 dernières semaines ni de fièvre, ni de diarrhée, ni de toux, ni de vomissements, ni de problèmes dentaires, ni de maladie de peau, ni de fracture ou autre problème ? (ne comptez pas les problèmes dentaires)
Q120. E_Duobomban	Si non, quand a-t-il souffert d'un problème de santé pour la dernière fois ?
	Entre plus 15 jours et 3 mois
	Entre 3 mois et 6 mois
	Entre plus de 6 mois
	Votre enfant n'est jamais malade
	Oui (1)
	Non (2)
	NSP (99)
	Code 143

La section suivante concerne ceux qui ont eu un problème de santé ces 15 derniers jours. Si l'enfant a eu plusieurs problèmes de santé ces 15 derniers jours, nous étudions uniquement le plus récent.

Q121. E_Q122	Est-ce que ce problème a empêché votre enfant de dormir ou de jouer comme à l'habitude ?
Q122 E_Phinant	Est-ce que ce problème de santé vous a inquiété ?
	Oui (1)
	Non (2)

Q123. E_Pesigne	
Quels signes vous ont permis de penser qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas ? (ne pas proposer les réponses, plusieurs réponses possibles)	
fièvre	1
maux de tête	2
toux	3
rhume	4
mal à la gorge	5
difficulté à respirer	6
rythme cardiaque rapide	7
tremblements	8
maux de ventre	9
diarrhées	10
nausées	11
vomissements	12
constipation	13
plaie	14
mal à la nuque	15
mal à la nuque	16
sang dans les urines	17
mal aux jambes	18
mal au dos	19
maux d'yeux	20
mal aux oreilles	21
Problème de peau (boutons, démangeaisons)	22
Saignements de nez	23
Maisseaux/verruques	24
fatigue générale	25
Autres (préciser) :	26
NSP	27

Q124	Par rapport à ce problème de santé, votre enfant est-il allé consulter ?	oui (1) - Q 128	non (2) - Q 125
------	--	--------------------	--------------------

Sans consultation :

Q125	A-t-il pris des médicaments ?	1 -> Q 128
E. Médicaments	Traditionnels chinois	2 -> Q 128
	Modernes chinois	3 -> Q 128
	Modernes (autres)	4 -> Q 128
	Plusieurs types de médicaments	5 -> Q 128
	Non	6 -> Q 127
Q126	Si votre enfant a pris des médicaments, où les avez-vous ?	
E. Pharmacies	A la pharmacie privée	1
	A la pharmacie publique (dispensaire ou hôpital)	2
	Au vendeur de médicaments dans la rue, dans le marché	3
	A la pharmacie en Thaïlande	4
	A l'épicerie	5
	A la maison	6
	Avec un proche	7
	Plusieurs endroits différents	8
Q127	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas emmené votre enfant consulter ?	
E. Problèmes	Le problème n'était pas si grave	1 -> Q 143
	Vous n'avez pas confiance avec les médicaments	2 -> Q 143
	Vous n'avez pas d'argent pour se faire soigner	3 -> Q 143
	Vous le soignez tout seul (automédication)	4 -> Q 143
	Vous n'avez pas le temps, vous avez d'autres soucis	5 -> Q 143
	Autres	6 -> Q 143
	Ne sait pas	99 -> Q 143

Avec consultation :

Q128	Avant de consulter, a-t-il pris des médicaments ?	oui (1)	non (2)
E. Problèmes	Avant de consulter, a-t-il pris des médicaments ?	oui (1)	non (2)
Q129	Pour ce problème de santé, combien de recours (structure ou personne) : hôpital, clinique, maison du guérisseur... ; différents a-t-il eu ?	oui (1)	non (2)
Q130	Est-ce vous qui l'avez accompagné ?	oui (1)	non (2)
E. Accomp.	Est-ce vous qui l'avez accompagné ?	oui (1)	non (2)

Détaillez les différentes consultations :			
Q131	E. Lieu	Q132	E. 2 ^{ème}
	1 ^{ère} structure ou personne consultée		3 ^{ème} structure ou personne consultée
Lieu de consultation			
Type :			
District (si Laos) :			
Ville (si Thaïlande) :			
A. Code 6	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1
B. Prix total en dollars (consultation, examen, médicaments)	NSP (99)	NSP (99)	NSP (99)
	FC (99)	FC (99)	FC (99)

Q134	Avez-vous emprunté de l'argent pour ces consultations ?	oui (1)	non (2)
------	---	---------	---------

Si la première structure est en Thaïlande, passez à la question 143

Choix des consultations :

	Pourquoi l'avez-vous emmené là pour le problème de santé? Cliquez la raison principale			
	Pour chacune des consultations (1, 2 ou 3), redonnez le nom du lieu de la consultation pour que l'enquêteur réponde correctement	Q135 - E. 1 ^{ère} structure ou personne consultée	Q136 - E. 2 ^{ème} structure ou personne consultée	Q137 - E. 3 ^{ème} structure ou personne consultée
	C'est la plus proche de chez vous	1	1	1
	C'est proche de votre travail	2	2	2
	Les horaires sont adaptés	3	3	3
	En fait, que fonctionnaire ou assuré, c'est celle où vous êtes affilié	4	4	4
	Les tarifs sont abordables	5	5	5
	Le personnel de la structure est gentil	6	6	6
	Les locaux sont propres	7	7	7
	Il y a un bon équipement médical	8	8	8
	Les soins sont de bonne qualité	9	9	9
	Vous avez suivi les conseils de quelqu'un	10	10	10
	Vous connaissez quelqu'un qui travaille dans cette structure	11	11	11
	Autres	12	12	12
	nsip	99	99	99

Les questions suivantes concernent uniquement la dernière consultation

Pour chacune des questions suivantes, il faut redonner le nom de la première structure de consultation pour que l'enquêteur réponde correctement (cf. Q. 131)

Accès physique à la première consultation (cf. Q. 131)

Q138	Comment êtes-vous allé dans cette structure de soins ?	
E. Accès	à pied	1
	en vélo	2
	à moto/lette	3
	en touk-touk	4
	en voiture	5
	en bus	6
	autres	7

Satisfaction de la première consultation (cf. Q. 131)

Q140	Avez-vous été satisfait d'avoir consulté dans cette structure ?	oui (1) -> Q 141	non (2) -> Q 140
E. Pts de satisfaction	Si non, pour quelle raison principale n'êtes-vous pas satisfait ?		
	Le temps d'attente était long		1
	Les soins sont de mauvaise qualité		2
	Le personnel n'était pas gentil		3
	Mauvais équipement		4
	Locaux pas propres		5
	Soins trop chers		6
	La structure de soins est éloignée		7
	Les horaires ne sont pas adaptés		8
	A cause des soins, vous avez eu très mal		9
	Autres		10
	NSP		99

Qualité de la première consultation (cf. Q. 131)

Q141. Comment s'est déroulée votre consultation ?

Démarches			
Entretien oral			1
Examen du corps			2
Entretien oral et examen du corps			3
Ne se souvient pas			4

Résultat de la première consultation (cf. Q. 131)

Q142. Quel était le diagnostic donné par le médecin:

E. Réchauffé	Maladie :	Code 8
	Vous n'avez pas compris le diagnostic	99
	Le médecin ne savait pas	98
	Le médecin ne vous l'a pas dit	97
	Vous ne vous souvenez pas	96

RECOURS EN CAS DE...

Q143. Imaginons que votre enfant a une maladie qui ne vous semble pas très grave (par exemple un toussé un peu), (ne pas proposer les réponses)

Volontaire de santé du village	1	Volontaire de santé du village	1
Un médecin ou un infirmier du village	2	Un médecin ou un infirmier du village	2
Vous rendez en médecin / infirmier de votre famille ou amis	3	Vous contactez un médecin / infirmier de votre famille ou amis	3
Dispensaire	4	Dispensaire	4
Hôpital de district	5	Hôpital de district	5
Hôpital central (Mahosot, Setthavatt, Amnité, 103, 109)	6	Hôpital central (Mahosot, Setthavatt, Amnité, 103, 109)	6
Hôpital de la mère et de l'enfant	7	Hôpital de la mère et de l'enfant	7
Clinique privée	8	Clinique privée	8
Pharmacie privée	9	Pharmacie privée	9
Généralistes herbolistes	10	Généralistes herbolistes	10
Généralistes magico-religieux	11	Généralistes magico-religieux	11
Automedication	12	Automedication	12
Vous ne faites rien	13	Vous ne faites rien	13
Vous allez consulter en Thaïlande	14	Vous allez consulter en Thaïlande	14
Autres	15	Autres	15
Vous ne savez pas	99	Vous ne savez pas	99

Q144. Imaginons que votre enfant a une maladie qui ne vous semble grave (par exemple un sang dans les selles), (ne pas proposer les réponses)

Volontaire de santé du village	1	Volontaire de santé du village	1
Un médecin ou un infirmier du village	2	Un médecin ou un infirmier du village	2
Vous rendez en médecin / infirmier de votre famille ou amis	3	Vous contactez un médecin / infirmier de votre famille ou amis	3
Dispensaire	4	Dispensaire	4
Hôpital de district	5	Hôpital de district	5
Hôpital central (Mahosot, Setthavatt, Amnité, 103, 109)	6	Hôpital central (Mahosot, Setthavatt, Amnité, 103, 109)	6
Hôpital de la mère et de l'enfant	7	Hôpital de la mère et de l'enfant	7
Clinique privée	8	Clinique privée	8
Pharmacie privée	9	Pharmacie privée	9
Généralistes herbolistes	10	Généralistes herbolistes	10
Généralistes magico-religieux	11	Généralistes magico-religieux	11
Automedication	12	Automedication	12
Vous ne faites rien	13	Vous ne faites rien	13
Vous allez consulter en Thaïlande	14	Vous allez consulter en Thaïlande	14
Autres	15	Autres	15
Vous ne savez pas	99	Vous ne savez pas	99

RENFORCEMENT AUX SOINS (POUR TOUS PROBLEMES DE SANTE)

Q145. Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous renoncé à certains soins pour votre enfant pour des raisons financières ?

Oui (1) → Q 146	Non (2) → Q 147	P.C (99) car pas malade pendant ces 12 mois → Q 147
-----------------	-----------------	---

Q146. Si oui, avez-vous renoncé à : (plusieurs réponses possibles)

E. Remède	Acquiescer des médicaments	1
E. Remède	Aller à une consultation générale	2
E. Remède	Aller à une consultation spécialisée (pédiatre, ophtalmologiste...)	3
E. Remède	Faire des analyses de laboratoire (prise de sang) ou des radiographies	4

RECOURS AUX SOINS EN THAILANDE

Q147. Votre enfant est-il déjà allé se faire soigner en Thaïlande ?

Oui (1) → Q 150	Non (2) → Q 148
-----------------	-----------------

Q148. Pensez-vous qu'un jour vous pourriez l'emmener consulter en Thaïlande ?

Oui sûrement	1 → Q 166
Oui, si il a une maladie grave	2 → Q 166
Non jamais	3 → Q 149
Vous ne savez pas	99 → Q 166

Q149. Si non jamais, pourquoi ?

Top loin	1 → Q 166
Très cher	2 → Q 166
Peur d'aller à l'étranger	3 → Q 166
Pas besoin car jamais malade	4 → Q 166
Pas envie	5 → Q 166
Autres	6 → Q 166

Q150. Au cours des 12 derniers mois combien de fois votre enfant est-il allé consulter en Thaïlande ?

En général, à quelle occasion l'emmener vous consulter en Thaïlande ?	1
Vous l'accompagnez en Thaïlande à chaque fois (ou presque) qu'il est malade	1
Vous l'accompagnez en Thaïlande uniquement en cas de maladies graves ou opérations	2
Vous ne savez pas	99

Q152. Est-ce que vous l'avez accompagné (au moins une fois) ?

Oui (1) → Q 153	Non (2) → Q 166
-----------------	-----------------

Partez nous de la dernière fois que vous avez emmené votre enfant se faire soigner en Thaïlande

Q153. De quand date son dernier recours en Thaïlande ?

Moins de 15 jours	1
Entre 15 jours et 6 mois	2
Entre 6 mois et un an	3
Entre 1 an et 2 ans	4
Plus de 2 ans	5

Q154. Indiquer la structure :

Type :	NSP (99)	Code 6
Nom :	.....	.....
Ville (si Thaïlande) :	.....	.....

Q155. Quel était le diagnostic donné par le médecin:

Maladie principale :	.....	code 8
Vous n'avez pas compris le diagnostic	.....	99
Le médecin ne savait pas	.....	98
Le médecin ne vous l'a pas dit	.....	97
Vous ne vous souvenez pas	.....	96

Q156. Pour ce problème de santé, avant d'avoir eu ce dernier recours en Thaïlande, avez-vous emmené consulter dans une structure de soins au Laos ?

Oui (1) → Q 157	Non (2) → Q 158
-----------------	-----------------

Q157. Pour ce problème de santé, combien de consultations au Laos a-t-il eu ?

.....
-------	-------

Développement social, droits de l'homme et sécurité humaine

Vayorath Xayasonroth

Le gouvernement est déterminé à travailler dans tous les secteurs afin de contribuer au développement durable et à la sécurité. Non plus seulement un simple prestataire de services, d'aide sociale, il devient le mobilisateur de tous les acteurs, en particulier ceux de la société civile, afin que tous s'impliquent activement dans le processus de développement. Des efforts ont été fournis pour renforcer leur potentiel, leur permettre de surmonter les difficultés et ainsi de profiter de nouvelles possibilités. L'auto-assistance a été préconisée pour promouvoir le développement social, dont les objectifs visés sont l'équité sociale, la réduction de la pauvreté, l'amélioration de la qualité de vie de la famille et de la communauté ainsi que le renforcement de la sécurité.

Le bien-être social est défini à l'article 80 de la Constitution de 1991 aux termes duquel le gouvernement a la responsabilité de protéger et d'aider les enfants et les jeunes dans leur développement, de promouvoir l'égalité entre les sexes, de renforcer les liens familiaux ainsi que l'intégrité de la communauté. Le gouvernement doit également aider les personnes âgées, les groupes défavorisés, les personnes handicapées et les groupes vulnérables à améliorer leur niveau de vie. La protection sociale, axée sur le développement des ressources humaines,

notamment en termes de possibilités d'emploi et de revenus, est l'une des plus importantes fonctions de l'Etat qui permet à la population de vivre en sécurité. Le gouvernement s'est donné comme priorité la réduction de la pauvreté, le développement des ressources humaines et l'équité sociale.

L'objectif ultime de la stratégie de mise en œuvre est d'institutionnaliser le soutien visant à permettre à la population cible de devenir autonome. Pour y parvenir, le gouvernement a sélectionné plusieurs axes de travail : (1) la détection des nouveaux problèmes; (2) l'offre de solutions par la sensibilisation et la diffusion des connaissances; (3) la mise en place d'institutions pour les personnes défavorisées et l'utilisation des centres de formation; (4) la création de viviers d'emploi; (5) la création de foyers pour les enfants démunis; (6) l'aide à la recherche de logement pour les familles, et (7) la fourniture de services tels que des programmes de réinsertion pour les groupes marginaux ou sujets exposés à des risques. Conformément à la réforme administrative visant à rationaliser les organisations gouvernementales et à réduire les interventions administratives, la stratégie de développement social menée par le gouvernement s'est centrée sur le renforcement de la participation active de la société civile, notamment celle des entreprises du secteur privé, qui est la plus à même de connaître ses besoins, ainsi que des droits et du rôle des salariés. Le secteur des

entreprises, part son soutien financier, se trouve de plus en plus impliqué dans les projets de société. Les communautés culturelles, sociales et économiques, nationales ou régionales, permettent aux citoyens d'interagir, de soumettre leurs problèmes et de trouver les solutions appropriées. Dans ce cadre, des conflits sont évités ou réglés et des relations fructueuses sont développées entre les différents secteurs de la société, privé et public, tant au sein de la famille que dans la communauté. Le nouveau réseau de développement social englobe les organismes gouvernementaux et les organismes communautaires

qui sont conscients des problèmes existants, des possibilités limitées et des besoins de la population.

Le gouvernement attache une grande importance à la collaboration avec les organisations concernées. Il souhaite accroître l'efficacité de tous les acteurs engagés dans le développement social, y compris les citoyens, les collectivités locales, les organisations et les organismes provinciaux. Tous les efforts serviront à fournir une aide sociale aux nécessiteux sur le court terme, et à autonomiser les individus de manière efficace, sur le long terme.

SWEDISH PIZZA & BAKING HOUSE

At Anou, Center Point. (Close to Anou Hotel)
Open everyday 7:00-21:00



SWEDISH PIZZA & BAKING HOUSE

Now we have
home delivery

Le Rénovateur

8 juin 2009 [14]

Source : Le Rénovateur, 8 juin 2009

Annexe 9 - Coupure de presse : Portrait d'un journaliste modèle

Un journaliste révolutionnaire

Phetphoxay Sèngpaseuh

A l'occasion de la Journée nationale des médias lao, nous vous présentons une des figures emblématiques de ce domaine qui a joué un rôle dans le développement des médias lao, le directeur-adjoint du quotidien le Pasaxon M. Malachone Lot-Outhoum.

« Le travail du journaliste est de rapporter les bienfaits de la politique du Parti et du gouvernement », explique-t-il.

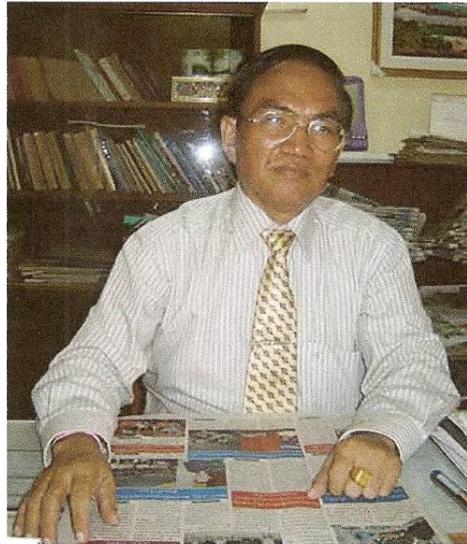
Originaire de Xépone dans la province de Savannakhet, il sera témoin des bombardements américains et de ses victimes, drame qui allait orienter radicalement sa vie vers le journalisme. Il était important pour lui de rapporter ce qu'il avait vu pour que tout le monde sache la vérité. En 1968, il poursuit ses études secondaires à Viengxay, province de Houaphanh, et à la fin de celle-ci, il entre directement comme journaliste au Lao Issara. C'est dans ce journal qu'il fera ses premières armes. Il commencera par taper à la machine à écrire des rapports d'articles d'autres journalistes, ce qui l'initiera aux caractéristiques du métier. Ensuite il retranscrira sur le papier les actions héroïques de ses camarades révolutionnaires et les directives du Parti. Remarqué par sa hiérarchie, il se verra confié des tâches à hautes responsabilités notamment celle de rédiger les communiqués de la station de radio révolutionnaire lao.

A ses débuts au Pasaxon en 1976, l'utilisation des ordinateurs n'était pas répandue comme maintenant et c'est à la main et à la machine à écrire que l'on rédigeait les articles. Depuis 40 ans, le savoir faire M. Malachone Lot-Outhoum a contribué à développer la qualité des articles du journal, notamment l'analyse et l'écriture. Il est devenu un modèle pour ses jeunes collègues et un homme de confiance pour sa hiérarchie. Bientôt il prendra un repos bien mérité en partant à la retraite.

« Partir à la retraite, ne veux pas dire disparaître, a confié Malachone Lot-Outhoum. Je continuerai d'écrire pour mon pays. Je conseille aux jeunes de lire autant qu'ils le peuvent, car la lecture, quelle qu'elle soit, est importante pour développer ses connaissances et s'ouvrir sur le monde ».

A l'occasion de la Journée nationale des médias lao, M. Malachone a tenu à dire à quel point il était important de rehausser le rôle des journalistes lao. Que celui-ci était essentiel pour la vulgarisation de la politique du Parti et du gouvernement ainsi que pour le développement socio-économique du pays et le travail d'édification nationale.

Le comité de direction du Pasaxon rend hommage à cet homme qu'il considère comme un excellent journaliste, d'une intégrité sans faille, fidèle au Parti et à son pays.



M. Malachone Lot-Outhoum

Phasouk Residence
At The City Center

Xieng Gneun, Wat Xieng Gneun Rd, Vientiane, Laos
Tel: +856-21 243415, 264185 Fax: +856-21 243414
www.phasoukresidence.com

[19] 24 août 2009

Special discount

Domestic promotion 2009

Lao Airlines has announced a new promotion effective April 01 to September 30, 2009. A special price will be offered for two and more passengers travelling together on the same domestic flight.

No	Routing	GW RT	Price \$ / ກີບ
1	Vientiane - Luangprabang (VTE LPO)	320kg	310,000
2	Vientiane - Xiengkhouang (VTE XKH)	320kg	975,000
3	Vientiane - Houaysay (VTE HOE)	320kg	860,000
4	Vientiane - Oudomxay (VTE ODX)	320kg	1,260,000
5	Vientiane - Luangnamtha (VTE LNK)	320kg	1,260,000
6	Vientiane - Savannakhet (VTE SVK)	320kg	880,000
7	Svannakhet - Pakse	320kg	714,000
8	Vientiane - Pakse (VTE PKZ)	320kg	1,474,000
9	Luangprabang - Xiengkhouang	320kg	975,000
10	Luangprabang - Houaysay	320kg	975,000
11	Luangprabang - Pakse	320kg	1,592,000

For more information please contact the nearest Lao Airlines offices
Tel: 021-212051-54, 021-212014 Fax 021-212056, 212058, Email: info@laoairlines.com

Le Rénovateur

Source : Le Rénovateur, 24 août 2009

Annexe 10 - Coupure de presse : La liberté d'Association

Coup de pouce à la liberté d'association

Somsanouk Mixay

La Constitution du 6 mai 2003 affirme la liberté d'association. Mais jusqu'à dernièrement, on ne compte que des organismes officiels qui relèvent directement du Parti ou du Gouvernement, comme le Front lao d'édification nationale, la Fédération des syndicats lao, la Fédération nationale des anciens combattants, l'Union des femmes lao, la Jeunesse populaire révolutionnaire lao, dont les présidents et vices présidents ont rang de ministres ou vice ministres. On peut citer encore les associations d'amitiés ou le Comité lao de paix et de solidarité qui relèvent du Comité des relations extérieures du parti. Il existe bien quelques fondations comme la Fondation pour la promotion de l'éducation ou la Fondation pour la promotion de la culture. En dehors de cela, il existe des associations professionnelles dont l'Association des journalistes est la plus ancienne, sans oublier la Chambre nationale de commerce et d'industrie, l'Association des artisans, l'Association des Femmes d'affaires ou des jeunes entrepreneurs jusqu'à l'Association des chauffeurs de taxi ou des pédaleurs de Samlo.

Un décret signé par le Premier ministre Bouasone Bouphavanh ouvre davantage le scope pour l'établissement d'associations. C'est M^{me} Bounphéng Mounphoxay, ministre auprès du Premier ministre et présidente de l'Autorité de l'administration publique et de gestion des fonctionnaires, qui a présenté le décret aux responsables d'associations. Par ce décret, le gouvernement veut encourager la liberté d'association afin que la population ait l'occasion de mettre ses potentialités, sa créativité et son droit de maîtrise au service du développement socioéconomique du pays et de l'éradication de la pauvreté. Le décret vise aussi à régler un domaine jusqu'ici un peu flou ou l'on ne faisait pas clairement la différence entre associations et organisations non gouvernementales. Désormais, une seule autorité coiffra les associations, que ce soit pour les autorisations ou le contrôle, c'est l'Autorité de l'administration publique et de gestion des fonctionnaires, relevant du Bureau du Premier ministre. Cependant, une fois bien catégorisées selon leur domaine d'activité : économique, scientifique, technique, culturel, social, médical, environnemental, sportif ou autres, et leur appartenance géographique, elles



M^{me} Bounphéng Mounphoxay

peuvent être aidées par leurs autorités de tutelles: ministère, province, municipalité ou district et même village.

Le décret définit en détail les critères pour mettre sur pied et faire marcher une association, dont voici les principaux. D'abord, en établir les statuts et avoir des activités régulières et continues en accord avec ces statuts. Ne pas rechercher le profit mais être financièrement autosuffisant. Être responsable devant la loi. Les membres adhèrent ou quittent sur la base du volontariat. Toutes les activités doivent être menées d'une façon ouverte, transparente, démocratique et équitable. L'association ne doit pas aller à l'encontre de la constitution, des lois, des us et coutumes de la nation, des ethnies, de l'ordre social, de la sécurité et de l'unité nationale et de la liberté d'autrui. Son fondateur doit être de nationalité lao et avoir dix-huit ans révolus. Un nombre minimum de membres est fixé selon l'importance de l'association car, auparavant, une personne pouvait avoir une association à elle seule et demander tranquillement des dons à l'étranger.

Le décret mentionne également les attributs des membres du conseil d'administration, des membres honoraires, bienfaiteurs ou ordinaires, leur droit de vote etc. Le texte régleme aussi les congrès ordinaires ou extraordinaires et la fréquence des conseils d'administration.

Côté financier, plusieurs articles réglementent cotisation, dons, revenus, dépenses et les biens meubles et immeubles ainsi que le sort de ces derniers en cas de dissolution. Des contrôles et

audits auront lieu régulièrement pour éviter des dérapages.

L'Etat a, lui aussi, ses devoirs envers les associations. Il garantit la liberté du peuple de fonder des associations si toutefois ces dernières ne vont pas à l'encontre de la loi. L'Etat doit créer les conditions favorables afin que les associations puissent mener librement leurs activités et il doit défendre les droits légitimes des associations et de leurs membres. L'Etat doit aider les associations à mener leurs activités ouvertement et d'une façon transparente et veiller à leur développement. Les associations peuvent aider le gouvernement et même le remplacer dans certaines activités de service public. Les associations peuvent recevoir des dons et, dans certains cas, peuvent être exemptés d'impôts ou bénéficier d'un abattement. L'Etat a le devoir de récompenser les associations ou individus qui méritent de la nation mais aussi punir ceux qui enfreignent la loi.

ACTIVITES A VIENTIANE!

 **KIDS CLUB** (6-12 ans)

 **SOUTIEN EN FRANCAIS** (3-6 ans)

 **ORGANISATION D'ANNIVERSAIRES**

 **ATELIERS DE THEATRE** (adultes)

 **COURS D'AQUAGYM** (adultes)

Pour toute information :
Sarah MULLER & Nadia PERETTI
nsteam@live.fr / (020) 78 16 810

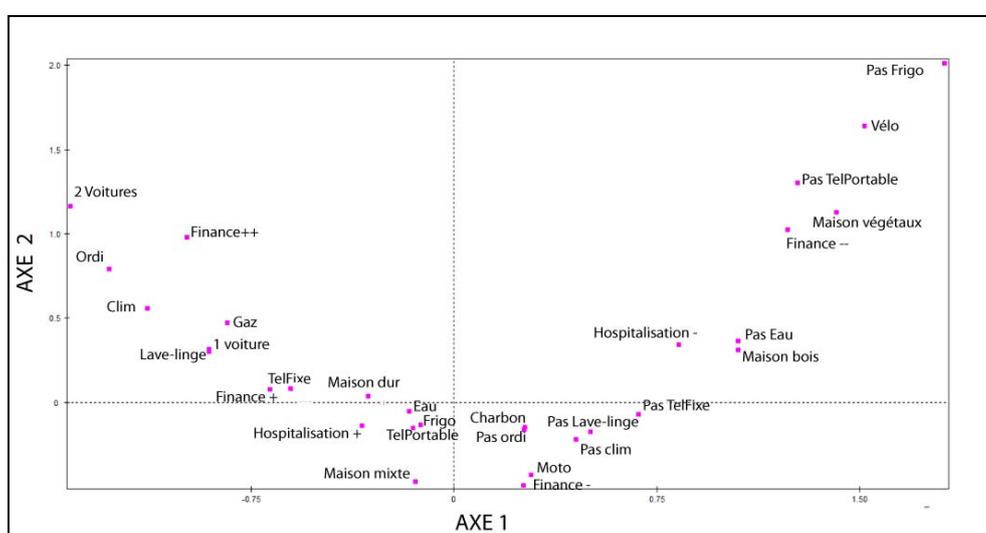
Le Rénovateur

[17] 21 septembre 2009

Source : Le Rénovateur, 21 septembre 2009

Annexe 11 - Principaux résultats de l'analyse factorielle ayant permis de définir les cinq groupes sociaux de la population enquêtée (enquête IRD/LEST 2006)

Représentation des modalités des 12 variables sélectionnées caractérisant le niveau de vie des ménages sur les deux premiers axes de l'ACM :



La représentation des modalités sur les deux premiers axes montre une forme en parabole, caractéristique de l'effet Guttman. Cela traduit une opposition entre les modalités extrêmes sur le premier axe et une opposition entre les modalités moyennes et extrêmes sur le second axe. Le parcours de la parabole, de la droite vers la gauche, traduit un accroissement progressif du niveau de vie.

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Inertie des 18 premiers axes de l'ACM établie à partir des 12 variables sélectionnées caractérisant le niveau de vie des ménages :

Axe	Inertie	Pourcentage	Pourcentage cumulé	
1	0,3431	22,87	22,87	*****
2	0,1488	9,92	32,79	*****
3	0,0927	6,18	38,97	*****
4	0,0905	6,03	45,01	*****
5	0,0867	5,78	50,79	*****
6	0,0825	5,50	56,29	*****
7	0,0812	5,41	61,70	*****
8	0,0743	4,96	66,65	*****
9	0,0698	4,65	71,30	*****
10	0,0638	4,25	75,56	****
11	0,0603	4,02	79,58	****
12	0,0528	3,52	83,10	****
13	0,0513	3,42	86,52	***
14	0,0491	3,28	89,79	***
15	0,0448	2,99	92,78	***
16	0,0383	2,55	95,33	***
17	0,0368	2,45	97,79	**
18	0,0332	2,21	100,00	**

En principe de la méthode du « coude », nous avons retenu les deux premiers axes pour effectuer la CAH vu la rupture apparente entre le second et le troisième axes. La CAH exécutée ensuite avec le logiciel SPAD, a été paramétrée de manière à « rechercher automatiquement la meilleure partition ».

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Caractérisation des 5 classes :

Classe: « Exclus »					
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Possession d'un réfrigérateur	Non	77,03	6,24	61,96	23,62
Moyen de transport	Vélo(s) ou rien	84,46	9,39	45,13	22,89
Possession d'un téléphone portable	Non	75,00	10,51	35,81	19,42
Perception de la situation financière	Difficile	74,32	13,08	28,50	17,73
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Impossible	85,14	28,71	14,88	14,65
Possession d'un téléphone fixe	Non	97,97	49,80	9,87	13,42
Accès à l'eau courante	Non	54,73	13,49	20,35	12,25
Matériau de construction de la maison	Bois	53,38	15,12	17,71	11,14
Possession d'un lave-linge	Non	99,32	64,03	7,78	10,99
Matériau de construction de la maison	matière végétale	27,03	3,83	35,40	10,37
Possession d'un climatiseur	Non	100,00	71,39	7,03	9,83
Possession d'un ordinateur	Non	100,00	82,88	6,05	7,17
Mode de cuisson	Charbon de bois	95,95	76,00	6,33	6,65
Moyen de transport	Au moins 2 voitures	0,00	7,69	0,00	-4,42
Perception de la situation financière	Trop juste	20,95	40,41	2,60	-5,06
Matériau de construction de la maison	Mixte	4,73	23,32	1,02	-6,19
Mode de cuisson	Gaz, électricité	4,05	23,80	0,85	-6,60
Possession d'un ordinateur	Oui	0,00	17,05	0,00	-7,16
Moyen de transport	Au moins 1 voiture	0,68	21,22	0,16	-7,70
Possession d'un climatiseur	Oui	0,00	28,54	0,00	-9,81
Possession d'un lave-linge	Oui	0,68	35,90	0,09	-10,97
Matériau de construction de la maison	Dur	14,19	57,56	1,24	-11,13
Perception de la situation financière	Bonne	4,73	45,59	0,52	-11,33
Moyen de transport	Au moins un motorcycle	14,86	61,69	1,21	-11,98
Accès à l'eau courante	Oui	45,27	86,51	2,63	-12,25
Possession d'un téléphone fixe	Oui	2,03	50,20	0,20	-13,42
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Possible	12,84	68,54	0,94	-14,42
Possession d'un téléphone portable	Oui	25,00	89,49	1,40	-19,42
Possession d'un réfrigérateur	Oui	22,97	93,69	1,23	-23,55

Classe: « Pauvres »					
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Perception de la situation financière	Difficile	47,77	13,08	55,44	20,34
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Impossible	68,08	28,71	36,01	18,95
Possession d'un téléphone fixe	Non	88,62	49,80	27,03	18,77
Possession d'un lave-linge	Non	96,65	64,03	22,92	17,84
Possession d'un climatiseur	Non	98,44	71,39	20,94	16,33
Moyen de transport	Vélo(s) ou rien	31,92	9,39	51,62	15,15
Possession d'un ordinateur	Non	98,88	82,88	18,12	11,82
Possession d'un téléphone portable	Non	27,90	10,51	40,32	11,48
Matériau de construction de la maison	Bois	33,71	15,12	33,86	10,83
Accès à l'eau courante	Non	27,68	13,49	31,16	8,71
Mode de cuisson	Charbon de bois	90,18	76,00	18,02	8,18
Matériau de construction de la maison	Matière végétale	11,61	3,83	46,02	7,89
Possession d'un réfrigérateur	Non	15,18	6,24	36,96	7,46
Matériau de construction de la maison	Mixte	13,39	23,32	8,72	-5,60
Possession d'un réfrigérateur	Oui	84,82	93,69	13,75	-7,38
Matériau de construction de la maison	Dur	41,07	57,56	10,84	-7,57
Moyen de transport	Au moins 2 voitures	0,22	7,69	0,44	-8,03
Mode de cuisson	Gaz, électricité	9,82	23,80	6,27	-8,08
Accès à l'eau courante	Oui	72,32	86,51	12,70	-8,71
Possession d'un téléphone portable	Oui	72,10	89,49	12,23	-11,48
Possession d'un ordinateur	Oui	1,12	17,05	0,99	-11,78
Moyen de transport	Au moins 1 voiture	2,68	21,22	1,92	-12,16
Perception de la situation financière	Bonne	14,29	45,59	4,76	-15,17
Possession d'un climatiseur	Oui	1,56	28,54	0,83	-16,31
Possession d'un lave-linge	Oui	3,35	35,90	1,42	-17,82
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Possible	30,80	68,54	6,82	-17,93
Possession d'un téléphone fixe	Oui	11,38	50,20	3,44	-18,77

Classe: « Modestes »					
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Moyen de transport	Au moins un motorcycle	96,03	61,69	51,87	29,86
Possession d'un climatiseur	Non	98,88	71,39	46,15	26,95
Possession d'un lave-linge	Non	91,15	64,03	47,43	23,17
Perception de la situation financière	Trop juste	65,41	40,41	53,94	19,53
Possession d'un ordinateur	Non	99,19	82,88	39,88	19,50
Possession d'un téléphone fixe	Non	71,82	49,80	48,06	17,09
Mode de cuisson	Charbon de bois	92,17	76,00	40,41	15,53
Possession d'un réfrigérateur	Oui	99,90	93,69	35,53	11,87
Possession d'un téléphone portable	Oui	96,03	89,49	35,76	8,74
Matériau de construction de la maison	Mixte	30,52	23,32	43,60	6,40
Matériau de construction de la maison	Bois	18,51	15,12	40,81	3,54
Accès à l'eau courante	Non	16,38	13,49	40,45	3,15
Accès à l'eau courante	Oui	83,62	86,51	32,21	-3,15
Matériau de construction de la maison	Matière végétale	1,83	3,83	15,93	-4,12
Matériau de construction de la maison	Dur	48,93	57,56	28,33	-6,65
Possession d'un téléphone portable	Non	3,97	10,51	12,58	-8,74
Perception de la situation financière	Bonne	30,82	45,59	22,53	-11,46
Perception de la situation financière	Impossible	3,36	13,08	8,55	-12,13
Possession d'un réfrigérateur	Non	0,00	6,24	0,00	-12,19
Moyen de transport	Au moins 2 voitures	0,00	7,69	0,00	-13,65
Moyen de transport	Vélo(s) ou rien	0,51	9,39	1,81	-13,80
Mode de cuisson	Gaz, électricité	7,53	23,80	10,54	-15,70
Possession d'un téléphone fixe	Oui	28,18	50,20	18,70	-17,09
Moyen de transport	Au moins une voiture	3,46	21,22	5,43	-18,57
Possession d'un ordinateur	Oui	0,71	17,05	1,39	-19,64
Possession d'un lave-linge	Oui	8,75	35,90	8,12	-23,23
Possession d'un climatiseur	Oui	1,02	28,54	1,19	-27,06

Classe: « Aisés »					
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Possession d'un téléphone fixe	Oui	75,10	50,20	38,28	16,10
Possession d'un lave-linge	Oui	53,91	35,90	38,43	11,75
Accès à l'eau courante	Oui	96,69	86,51	28,61	10,57
Perception de la situation financière	Bonne	61,72	45,59	34,65	10,28
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Possible	82,65	68,54	30,86	10,00
Possession d'un réfrigérateur	Oui	99,74	93,69	27,24	9,60
Moyen de transport	Au moins une voiture	32,19	21,22	38,82	8,23
Possession d'un téléphone portable	Oui	96,29	89,49	27,54	7,66
Matériau de construction de la maison	Dur	68,87	57,56	30,62	7,33
Possession d'un climatiseur	Oui	33,91	28,54	30,40	3,70
Matériau de construction de la maison	Mixte	27,42	23,32	30,09	3,00
Possession d'un ordinateur	Oui	86,36	82,88	26,67	2,93
Mode de cuisson	Gaz, électricité	27,02	23,80	29,06	2,34
Possession d'un ordinateur	Oui	13,64	17,05	20,48	-2,88
Perception de la situation financière	Trop juste	34,83	40,41	22,06	-3,59
Possession d'un climatiseur	Non	66,09	71,39	23,69	-3,65
Moyen de transport	Au moins 2 voitures	3,58	7,69	11,89	-5,19
Matériau de construction de la maison	Matière végétale	0,13	3,83	0,88	-7,42
Possession d'un téléphone portable	Non	3,71	10,51	9,03	-7,66
Possession d'un réfrigérateur	Non	0,26	6,24	1,09	-9,54
Accès à l'eau courante	Non	3,31	13,49	6,28	-10,57
Perception de la situation financière	Difficile	2,78	13,08	5,44	-10,95
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Impossible	13,77	28,71	12,28	-11,00
Matériau de construction de la maison	Bois	3,44	15,12	5,83	-11,61
Moyen de transport	Vélo(s) ou rien	0,53	9,39	1,44	-11,64
Possession d'un lave-linge	Non	46,09	64,03	18,42	-11,70
Possession d'un téléphone fixe	Non	24,90	49,80	12,80	-16,10

Classe: « Riches »					
Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test
Possession d'un climatiseur	Oui	92,37	28,54	67,58	38,82
Possession d'un lave-linge	Oui	89,29	35,90	51,94	31,31
Possession d'un ordinateur	Oui	62,99	17,05	77,14	31,02
Possession d'un téléphone fixe	Oui	94,64	50,20	39,37	26,80
Moyen de transport	Au moins 2 voitures	32,31	7,69	87,67	22,77
Mode de cuisson	Gaz, électricité	60,71	23,80	53,28	22,69
Moyen de transport	Au moins 1 voiture	54,55	21,22	53,67	21,13
Perception de la situation financière	Bonne	81,98	45,59	37,55	20,82
Perception de la capacité à financer des frais d'hospitalisation	Possible	91,40	68,54	27,84	14,93
Matériau de construction de la maison	Dur	79,87	57,56	28,98	12,99
Accès à l'eau courante	Oui	98,86	86,51	23,86	12,03
Possession d'un téléphone portable	Oui	98,86	89,49	23,07	10,08
Possession d'un réfrigérateur	Oui	99,84	93,69	22,25	8,73
Matériau de construction de la maison	Mixte	18,51	23,32	16,57	-3,18
Matériau de construction de la maison	Matière végétale	0,32	3,83	1,77	-6,01
Possession d'un réfrigérateur	Non	0,00	6,24	0,00	-9,12
Possession d'un téléphone portable	Non	1,14	10,51	2,26	-10,08
Moyen de transport	Vélo(s) ou rien	0,00	9,39	0,00	-11,43
Perception de la situation financière	Difficile	1,30	13,08	2,07	-11,55
Accès à l'eau courante	Non	1,14	13,49	1,76	-12,03
Matériau de construction de la maison	Bois	1,30	15,12	1,79	-12,80
Perception de la situation financière	Trop juste	13,96	40,41	7,21	-15,85
Perception de la situation financière	Impossible	5,36	28,71	3,90	-16,09
Mode de cuisson	Charbon de bois	38,80	76,00	10,66	-22,82
Possession d'un téléphone fixe	Non	5,36	49,80	2,25	-26,80
Moyen de transport	Au moins un motorcycle	13,15	61,69	4,45	-28,18
Possession d'un ordinateur	Non	36,85	82,88	9,28	-31,04
Possession d'un lave-linge	Non	10,55	64,03	3,44	-31,38
Possession d'un climatiseur	Non	7,47	71,39	2,18	-38,88

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Annexe 12 - Coupure de presse : éradication de la pauvreté dans l'un des districts urbains de la capitale



Agriculture production leads the way in poverty eradication.

Chanthabouly celebrates total poverty eradication

□ MEUANGKHAM NORADETH

As from the beginning of next year, no Chanthabouly district villagers will be living below the poverty line, according to local officials responsible for poverty eradication, who can see no obstacles to development in the district.

"We have laid great emphasis on poverty eradication in this district, and by October we had raised the living standards of 36 of the 37 poor families," said District Governor Mr Bounthieng Kounsy.

He explained that a poor family was defined as having insufficient food, clothing and living space, without enough money to send children to school, not in permanent work, with no vehicle, and with an income below 100,000 kip per month in the city, below 85,000 kip per month in the countryside.

"The district has 37 villages, comprising 11,685 families, 66,503 people," said Bounthieng, adding that there were also 352 foreigners from nine nations.

He said that 27 urban villages housed just over 80 percent of the population. Half of these villagers worked in

government and private offices, the others were traders.

The rest of the population were in 10 rural villages on the outskirts of the city. Half of these villagers are engaged in farming and livestock, especially in Nongping, Nongtha and Huayhong villages, while most of the rest are traders, soldiers and police, with some in government and private offices.

"In financial year 2000-2001, there were 37 poor families in the Chanthabouly district," said Bounthieng. He added that all the poor families comprised people aged up to 30, living hand to mouth, without land on which to build their own houses or grow crops.

Bounthieng said that poverty is an obstacle to national development. "District officials have found

many ways to help poor families. We have established a development fund in the district and in each village," he added. "We have provided interest-free loans for poor families so they can invest in agricultural production, livestock breeding and business, and we also try to find work for them."

He said that there were 10 families occupying government land, the others lived on private land.

Bounthieng said that in 2000-2001, there were five poor families in Nongtha Tai, while the other villages had only one or two poor families. "At present, there is still one poor family, in Ban Hongkha Neua," he said. "We are looking for ways to help them and we are sure we will be able to raise their living standards before the end of this year."

"Poverty eradication has been difficult," he admitted, "but by the end of this month we will meet our poverty eradication goals."

□ VIENTIANE TIMES

THE Greater Mekong Subregion Ministers last week in Vientiane marked a major milestone towards further opening up their borders, setting guidelines for unifying their region's transport systems.

The ministers signed important documents to ease cross border transport of goods and people during the 13th Greater Mekong Subregion (GMS) Ministerial Conference last Thursday in Vientiane.

The six GMS countries - Cambodia, China, Laos, Myanmar, Thailand and Vietnam - signatories of the GMS cross-border transport agreement - have been engaged in efforts to complete the negotiations of the 20 annexes and protocols accompanying the agreement. Four annexes were signed, according to a press release from Asian Development Bank.

The six countries made the agreement on classification of dangerous goods, criteria to license transport operators, multimodal transport operators eligible for cross-border operations and mutual recognition of driving licenses, stated the press release.

"It facilitates the movement of people, goods and services in the subregion and that helps to accelerate economic growth in the GMS," said Lao GMS Minister Mr Somphong Mongkhonvilay.

The East-West Economic Corridor stretches nearly 1,500

Blowing

□ SOUKNILLUNDON
SOUTHVONGNORATH

The Foundation for Cultural Promotion plans to teach local high school students about one of the nation's truly unique musical instruments, the *khaen*, saying last week that few youngsters knew much about it.

"We would like them to know about their grandparents' instruments because most of them only know about guitar, piano, drums and bass, which are not national instruments."

DO NOT MISS THIS OPPORTUNITY

Home of English Business School is pleased to announce the opening of new class from **January 6th, 2005**

Join us now to improve your English and Computer skills

204 Luangprabang Rd., Sibom Intersection, Vientiane
Tel: 021 243321-3

EUROP CONTINENTS

Distributing renowned worldwide manufacturers in LAOS for 10 years

Project solutions

Source : Vientiane Times, 21 décembre 2004

Annexe 13 - Régression logistique : propension des différents groupes sociaux à recourir à une clinique et à une structure de soins thaïlandaise

Recours à une clinique :

		Consultation dans une clinique lors des 12 derniers mois				
		Population totale n =2022	Pourcentage d'individus consultant dans une clinique	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
variable d'intérêt	Groupe social					
		exclu	93	12	0,2 [0,1-0,4]	> 0,001
		pauvre	302	18	0,3 [0,2-0,4]	> 0,001
		modeste	661	19	0,3 [0,2-0,4]	> 0,001
		aisé	510	25	0,5 [0,4-0,6]	> 0,001
	riche	456	40	Référence		
Variables contrôlées	Âge	35-44 ans	779	22	1,1 [0,8-1,5]	n.s
		45-54 ans	540	26	1,1 [0,8-1,5]	n.s
		55-64 ans	382	23	1 [0,7-1,4]	n.s
		65 et +	321	26	Référence	
	Sexe	masculin	804	23	1 [0,8-1,2]	n.s
		féminin	1218	25	Référence	
	Niveau d'étude	- aucune scolarité ou école primaire	889	25	1,3 [0,9-1,9]	n.s
		- collège et/ou lycée	762	24	1,1 [0,9-1,6]	n.s
		- post-lycée	371	22	Référence	
	Condition physique	bonne	431	17	0,6 [0,4-0,8]	> 0,05
		moyenne	1227	26	0,9 [0,7-1,2]	n.s
		mauvaise	364	26	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	182	18	0,7 [0,5-1,1]	n.s
non		1840	25	Référence		
Culture d'appartenance	non lao	222	27	0,9 [0,6-1,2]	n.s	
	lao	1800	24	Référence		

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Recours à une structure de soins thaïlandaise :

		Consultation dans une structure thaïlandaise lors des 12 derniers mois			
variable d'intérêt		Population totale n =2023	Pourcentage d'individus consultant en Thaïlande	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité
	Groupe social	exclu	93	2	0,2 [0,06-0,6]	> 0,01
pauvre		303	2	0,1 [0,05-0,3]	> 0,001
modeste		661	1	0,1 [0,05-0,2]	> 0,001
aisé		510	6	0,5 [0,3-0,8]	> 0,01
riche		456	13	Référence	
Âge	35-44 ans	780	4	0,8 [0,4-1,4]	n.s
	45-54 ans	540	4	0,8 [0,5-1,5]	n.s
	55-64 ans	382	8	1,5 [0,8-2,6]	n.s
	65 et +	321	5	Référence	
Sexe	masculin	805	3	0,6 [0,4-0,9]	> 0,05
	féminin	1218	6	Référence	
Niveau d'étude	- aucune scolarité ou école primaire	889	5	1,1 [0,6-2]	n.s
	- collège et/ou lycée	763	4	1,1 [0,6-1,8]	n.s
	- post-lycée	371	6	Référence	
Condition physique	bonne	431	3	0,5 [0,3-0,9]	> 0,05
	moyenne	1227	5	0,6 [0,4-0,9]	> 0,05
	mauvaise	365	8	Référence	
Souscription à une assurance	oui	182	5	0,9 [0,4-2]	n.s
	non	1841	5	Référence	
Culture d'appartenance	non lao	222	8	1,2 [0,7-2]	n.s
	lao	1801	5	Référence	
Famille en Thaïlande	oui	440	9	1,9 [1,3-2,9]	> 0,01
	non	1583	4	Référence	

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Annexe 14 - Régression logistique : propension des différents groupes sociaux à recourir auprès d'une connaissance

Population adulte :

		Recours auprès d'une connaissance lors des 12 derniers mois			
variable d'intérêt		Population totale n =2021	Pourcentage d'adultes consultant auprès d'une connaissance	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité
	Groupe social	exclu	93	16	0,5 [0,3-0,9]	> 0,05
pauvre		303	24	0,8 [0,6-1,2]	n.s
modeste		661	22	0,7 [0,5-0,9]	> 0,05
aisé		508	28	0,8 [0,6-1,1]	n.s
riche		456	31	Référence	
Âge	35-44 ans	779	24	1 [0,7-1,4]	n.s
	45-54 ans	539	25	1 [0,7-1,4]	n.s
	55-64 ans	382	26	1 [0,7-1,5]	n.s
	65 et +	321	26	Référence	
Sexe	masculin	804	25	0,9 [0,8-1,2]	n.s
	féminin	1217	25	Référence	
Niveau d'étude	- aucune scolarité ou école primaire	889	23	0,5 [0,4-0,8]	> 0,001
	- collège et/ou lycée	761	24	0,6 [0,5-0,8]	> 0,01
	- post-lycée	371	33	Référence	
Condition physique	bonne	431	19	0,5 [0,4-0,7]	> 0,001
	moyenne	1226	26	0,8 [0,6-1,1]	n.s
	mauvaise	364	27	Référence	
Souscription à une assurance	oui	181	23	0,9 [0,6-1,3]	n.s
	non	1840	25	Référence	
Culture d'appartenance	non lao	222	27	0,9 [0,7-1,3]	n.s
	lao	1799	25	Référence	

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Population des enfants :

		Recours auprès d'une connaissance lors des 12 derniers mois				
variable d'intérêt		Population totale n = 1467	Pourcentage d'enfants consultant auprès d'une connaissance	Odds Ratio [IC 95%]	Significativité	
	Groupe social	exclus	78	8	0,3 [0,1-0,7]	>0,05
pauvre		248	12	0,5 [0,3-0,7]	>0,01	
modeste		530	16	0,6 [0,4-0,8]	>0,01	
aisé		335	18	0,8 [0,5-1,1]	n.s	
riche		276	23	Référence		
Variables contrôlées	Âge	moins d'un an	140	16	1[0,6-1,6]	n.s
		un an et plus	1327	17	Référence	
	Sexe	masculin	758	19	1 [0,8-1,5]	n.s
		féminin	709	15	Référence	
	Conditions physiques	bonne	636	17	1,7 [0,8-3,6]	n.s
		moyenne	744	17	1,7 [0,8-3,6]	n.s
		mauvaise	87	11	Référence	
	Niveau d'étude (de la mère)	- aucune scolarité ou école primaire	354	16	0,8 [0,5-1,6]	n.s
		- collège et/ou lycée	836	16	0,8 [0,5-1,3]	n.s
		- post-lycée	277	21	Référence	
	Souscription à une assurance	oui	147	10	0,4 [0,2-0,8]	>0,01
		non	1320	17	Référence	
	Culture d'appartenance	non lao	167	12	0,6 [0,3-1]	n.s
lao		1300	18	Référence		

Source : Enquête de santé IRD/LEST, 2006

Annexe 15 - Désinformation dans la presse concernant le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande

Sont présentés successivement les entretiens originaux d'un sondage d'opinion sur le recours aux soins en Thaïlande (obtenus grâce à une connaissance qui travaillait au sein de la rédaction du *Rénovateur*) et la publication de l'article qui comprend des témoignages contraires aux originaux et inventés de toute pièce.

Papier original :

Micro-trottoir

Comme tous les matins, de nombreux Lao vont dans les cliniques et hôpitaux de Thaïlande pour se soigner. On dit que les équipements médicaux des hôpitaux lao sont identiques à ceux des hôpitaux thaïs mais certains Lao continuent de se faire soigner en Thaïlande.

Aujourd'hui, le *Rénovateur* se penche sur ce problème et a posé la question aux personnes qui sont allés soigner en Thaïlande.

Pourquoi allez-vous vous soigner en Thaïlande ?

Madame Chanh, âgée de 50 ans, habite le village de Xiengda, dans l'arrondissement de Xaysetha :

« Pour moi, ce que j'aime en Thaïlande, c'est la bonne qualité des analyses et la prescription des médicaments. En Thaïlande, j'aime aussi le service, les questions posées par les médecins thaïlandais avant de contrôler les maladies, alors que les médecins laotiens ne font pas ça, ils attendent les malades sur leur chaise.

J'ai du diabète et avant de me soigner dans une clinique en Thaïlande, je suis allée de nombreuses fois consulter dans les hôpitaux de la capitale : le docteur a contrôlé ma maladie, m'a donné des médicaments mais la maladie a continué. Une connaissance de mon village, m'a conseillé d'aller consulter en Thaïlande ; les résultats des analyses ont été connus dans les trois heures au lieu de trois jours dans les hôpitaux lao. Maintenant ma maladie diminue et je dois aller en Thaïlande une fois par mois pour acheter les médicaments et faire des contrôles. Je pense que dans l'avenir, ma maladie va s'arrêter si je suis les conseils du docteur. »

Chounmany Singsomphou, âgée de 25 ans, habite le village de Meuangnoy :

« Il y a quelques temps, j'ai accouché de mon enfant dans un hôpital de la capitale. J'avais mal au ventre mais les médecins ne s'intéressaient pas à moi parce que j'étais pauvre. Après avoir accouché, les infirmières qui se sont occupées de moi ont mis mon lit dans un couloir où il y avait beaucoup de passants. Elles m'ont laissé là deux heures au lieu de me remettre dans ma chambre. Mon mari m'a alors dit qu'elles procédaient comme cela, parce qu'elles attendaient de l'argent, en plus de celui donné pour les médicaments et l'accouchement. Mon mari a alors donné de l'argent et quelques minutes plus tard, elles m'ont ramené dans ma chambre. Depuis ce jour et jusqu'à aujourd'hui je ne crois plus les médecins laotiens, ils n'en veulent qu'à l'argent des malades. »

S.S.

Papier publié :

SANTÉ

Et la santé...

SOMPHAVANH SIRAMATH

Tous les jours, de nombreux Lao vont dans les cliniques et hôpitaux de Thaïlande pour se faire soigner. On dit que les équipements médicaux des hôpitaux lao sont identiques à ceux des hôpitaux thaïs mais certains Lao continuent de se faire soigner en Thaïlande. Ont-ils tort, ou raison ? Nous avons cherché à savoir leur motivation et nous nous sommes rendu compte que les avis étaient partagés.

En cas de problèmes de santé, où allez-vous vous faire soigner ?

Mme Hoy, 82 ans, habitante de Tanepiao, Vientiane :

« En 1998, j'ai eu un calcul rénal. Mon fils m'a accompagnée dans un hôpital de la capitale. Après sept jours passés à l'hôpital, les médecins ont dit à mes enfants que cette maladie ne pouvait se soigner parce que le rein arrêtaient travailler. Le soir-même, nous sommes rentrés chez nous. Tout le monde pensait que j'allais décéder. Deux jours plus tard, mes enfants m'ont emmenée en Thaïlande pour consulter là-bas. Je ne croyais pas du tout à mes chances et j'ai d'abord douté de l'efficacité

du traitement que le médecin thaï m'a prescrit. Trois jours après j'allais déjà mieux, aujourd'hui j'ai 82 ans, je suis forte comme une jeune femme, je pense que ma maladie est terminée mais je continue à acheter les médicaments que le médecin thaïlandais m'avait conseillé ».

Mme Noy, âgée de 25 ans, de Nalao, (arr. de Sikottabong) :

« Je ne vois pas la nécessité d'aller en Thaïlande pour se faire soigner. Quand ma famille ou moi-même, nous avons un problème de santé important, nous allons à l'hôpital Mahosot. On y est très bien soigné et on peut être facilement visité par la famille et les amis. Nos médecins sont compétents, croire le contraire c'est manquer d'information sur notre système de santé. Des progrès considérables ont été apportés au secteur de la santé et nos médecins disposent de matériels performants, il n'y qu'à visiter l'hôpital de Setthathirhat et le service cardiologique de Mahosot pour s'en assurer. »

Mme Boun à 50 ans, résidant à Ban Meuangnoy (arr. Saysettha) : « Je trouve



Mme Hoy

que le service hospitalier est meilleur en Thaïlande. Les analyses et les prescriptions me semblent plus adaptées. J'ai un diabète, avant de me soigner dans une clinique en Thaïlande, j'ai plusieurs fois

consulté dans les hôpitaux de Vientiane. Des docteurs m'ont fait des prescriptions mais mes conditions ne se sont pas améliorées. Une amie du même village que moi m'a conseillé d'aller consulter en Thaïlande, ce que j'ai fait. Tout est allé très vite : j'ai eu les résultats de mes analyses en trois heures au lieu de trois jours dans les hôpitaux lao. Aujourd'hui, ma maladie est sous contrôle, je dois juste aller en Thaïlande une fois par mois ».

M. Somthiane de ban Asokh

« Je viens d'être traité à la clinique internationale de Vientiane pour un abcès, les médecins m'ont dit que j'avais consulté à temps et évité le pire... encore quelques jours et c'était l'infection. Il est vrai que les soins n'ont pas été gratuits, mais cela serait revenu au même en Thaïlande, voire plus cher, en comptant les frais de voyage et les médicaments, car les hôpitaux thaïs ont tendance à prescrire trop de médicaments dans un but commercial. Les médecins m'ont tiré d'un mauvais pas, j'ai bien été soigné dans mon pays, je ne vois pas l'intérêt de traverser la frontière »

Mme Chounmany Singsomphou, âgée de 25 ans, habitant le quartier du That Luang :

« Moi, je me fais soigner à Vientiane, les soins y sont aussi bien administrés qu'ailleurs. Les soins en Thaïlande coûtent énormément d'argent, il faut être riche pour aller là-bas et en cas de grave problème, rien ne vous de guérir. J'ai même entendu dire que de nombreux Lao sont décédés dans les hôpitaux thaïs. Ici cela aurait été peut-être pareil mais les familles ont en plus le souci du rapatriement du corps qui est compliqué et onéreux. Pour moi, il n'y a que des inconvénients à se faire soigner de l'autre côté de frontière.



Mme Boun (deuxième à gauche).

Bibliographie

- ADAMSON J., BEN-SHLOMO Y., CHATURVEDI N., DONOVAN J., 2003. Ethnicity, socio-economic position and gender: do they affect reported health-care seeking behaviour?, *Social Science & Medicine*, 57, 895-904.
- ADAY L.A., ANDERSEN R., 1974. A Framework for the Study of Access to Medical Care, *Health Services Research*, 9 (3), 208-220.
- AHMED S.M., ADAMS A.M., CHOWDHURY M., BHUIYA A., 2000. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh, *Social Science & Medicine*, 51, 361-371.
- AIACH P., FASSIN D., 2004. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé, *La revue du praticien*, 54, 2221-2227.
- ALTHUSSER L., 1976. Idéologie et appareils idéologiques d'Etat, in ALTHUSSER L., *Positions (1964-1975)*, Paris, Les Éditions sociales, 67-125.
- AMAT-ROZE J.M., BUISSON J., GINOT L., SCHOENE M., 1994. Les systèmes de recours aux soins à la Plaine Saint-Denis, étude géographique à l'échelle locale, *Cahiers Géos*, n° 29, Montpellier, Université Paul Valéry.
- AMAT-ROZE J.M., 1998. Risques sanitaires et territoires à risques. Perception individuelle et perception collective, du groupe à l'Etat, in GUILLAUD D., SEYSSET M., WALTER A., *Le voyage inachevé... à Joël Bonnemaison*, Paris, Ed. de l'ORSTOM/PRODIG, 543-550.
- ANDERSEN R.M., McCUTCHEON A., ADAY L.A., CHIU G.Y., BELL R., 1983. Exploring Dimensions of Access to Medical Care, *Health Services Research*, 18 (1), 49-74.
- ARBORIO A.M., FOURNIER P., 2003. *L'enquête et ses méthode : l'observation directe*, Paris, Nathan, coll. Université.
- ARCHAIMBAULT C., 1973. *Structures religieuses lao (rites et mythes)*, Vientiane, Vithagna.
- ARNAUD P., 1976. Laos : l'étrange révolution, *Problèmes politiques et sociaux*, 295, 68-85.
- BANQUE ASIATIQUE DE DEVELOPPEMENT, 2000. *Key Governance Issues in the Lao PDR*, Vientiane.
- BASSAND M., 1986. Les acteurs des transformations de l'espace et du changement social, in BENKO G. B. et alii, *Les nouveaux aspects de la théorie sociale : de la géographie à la sociologie*, Paris, Paradigme, 157-170.

BLAIS R., 1989. Comment expliquer les variations géographiques dans l'utilisation des services de santé ?, *Colloque Géographie et Socio-Economie de la Santé, 23-26 Janvier 1989*, 105-110.

BLANCHET A., GOTMAN A., 2001. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, coll. Université.

BOCHATON A., 2009. *Paï thaï, paï fang nan - Aller en Thaïlande, aller de l'autre côté. Construction d'un espace sanitaire transfrontalier : le recours aux soins des Laotiens en Thaïlande*, thèse de doctorat soutenue en géographie humaine sous la direction du Professeur G. Salem, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense.

BOILEAU C., EBOKO F., 2000. Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires, *Face à face : Regards sur la santé*, 2, 1-5.

BOITEUX C., 2005. *L'éducation au Laos*, Aide et Action, Asie du Sud-Est, Vientiane.

BOLTANSKI L., 1971. Les usages sociaux du corps, *Les Annales*, 1, 205-233.

BONNEMAISON J., 1981. Voyages autour du territoire, *L'espace géographique*, 4, 249-262.

BONNEMAISON J., CAMBREZY L., 1996. Les aspects théoriques de la question du territoire, *Géographie et cultures*, 20, 3-5.

BONNEMAISON J., CAMBREZY L., 1996. Le lien territorial : entre frontières et identité, *Géographie et cultures*, 20, 7-18.

BOURDET Y., 1997. Laos : un pas en arrière ou un pas de côté ?, *Péninsule*, 34, 173-208.

BOURDIER F., 1995. Le secteur informel des soins de santé, méthodes d'approche et terrain (Le cas de l'Inde), *Bulletin de la Société Neuchâteloise de Géographie*, 39, 163-176.

BOURDIEU P., 1984. *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit.

BRAD-SCHWARTZ J., 1999. *Lao PDR, Public and Private Health Expenditures*, Vientiane.

BRIAND C., 2000. *Vientiane : projet de ville, projet de municipalité*, mémoire de DESS Urbanisme et Aménagement.

BRUCKER G., CANESTRI A., 2000. Epidémiologie des priorités de santé dans les pays pauvres, *Actualité et dossier de santé publique*, 30, 20-25.

BRUN J., 1994. *La ségrégation dans la ville*, Paris, L'Harmattan.

- BRUNEAU M., MARCOTTE L., 1991. Les Etats de l'Asie du Sud-est continentale. Persistance du modèle en auréoles concentriques, *Mappemonde*, 1, 4-8.
- BRUNEAU M., 2006. Le polycentrisme laotien : de l'enclave au carrefour, in BRUNEAU M., *L'Asie d'entre Inde et Chine, logiques territoriales des Etats*, Paris, Belin, 97-99.
- BRUNET R., 1986. La géographie dite « sociale » : fonctions et valeurs de la distinction, *L'Espace géographique*, 2, 127-130.
- BRUNET R., 2004. *Le développement des territoires*, La Tour D'aigues, Ed. de L'Aube.
- BUSSI M., 2007. Pour une géographie de la démocratie. La géographie, ça sert maintenant à faire la paix ?, *L'Espace politique*, 1, 17-36.
- CERISE E., LANCRET N., DE MAXIMY R., PEYRONNIE K., SISOULATH B., 2004. *Projets de voirie et recompositions urbaines à Vientiane et Hanoi*, Rapport final du Programme de Recherche Urbaine pour le Développement (PRUD).
- CEVAER A., GAUDIN T., 2004. *Risques sanitaires et salubrité du milieu urbain. Analyse des sources de risques sanitaires liés aux services d'eau, d'assainissement et de collecte des déchets solides à Vientiane, Laos*, mémoire de DESS "Ingénierie des Services Urbains en Réseaux dans les Pays en Développement", Rennes.
- CHACHAVALPONGPUN P., 2003. Lao government extols a great king, *The Nation*, 4 janvier 2003.
- CHAMUSSY H., 2003. Le territoire, notion heuristique ou concept opératoire ? , in BERNARDI M., DEBARDIEUX B., *Territoire en sciences sociales. Approches disciplinaires et pratiques de laboratoires*, Grenoble, Publications de la MSH-Alpes, 167-182.
- CHARIYALERTSAK S., SHUEY D., RATTANAVONG F., 2001. *Primary Health Care Review in Lao PDR*, Vientiane, OMS.
- CHIENGTHONG J., 2003. The politics of ethnicity, indigenous culture and knowledge in Thailand, Vietnam and Lao PDR, in KAOSA-ARD M., DORE J., *Social Challenges for the Mekong Region*, Social Research Institute, Chiang Mai University, 147-166.
- CLAVAL P., 1978. *Espace et pouvoir*, Paris, PUF.
- COLIN I., 1998. Les inégalités de recours à la prescription médicale dans l'espace urbain : l'exemple de l'agglomération rouennaise, *L'Espace géographique*, 328-338.
- CONDOMINAS G., 1980. *L'espace social à propos de l'Asie du Sud-Est*, Paris, Flammarion.
- CONDOMINAS G., 1998. *Le bouddhisme au village*, Vientiane, Cahiers de France.

CONDOMINAS G., GAUDILLOT C., 2000. *La plaine de Vientiane : étude socio-économique, rapport de mission, octobre 1959*, Paris, P. Geuthner.

COPANS J., 2002. *L'enquête ethnologique de terrain*, Paris, Nathan, coll. Université.

COUFFINHAL A. et al., 2005. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen. Première partie: les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Bulletin d'information en économie de la santé*, 92, 1-6.

CURTIS S., GESLER W., SMITH G., WASHBURN S., 2000. Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health, *Social Science & Medicine*, 50 (7-8), 1001-1014.

D'ACQUINO P., 2002. Le territoire entre espace et pouvoir : pour une planification territoriale ascendante, *L'Espace géographique*, 1, 3-23.

DE KONINCK R., 2001. La géographie critique, in BAILLY A., *Les concepts de la géographie humaine*, Paris, Armand Colin, 141-151.

DERCHE C., BIGDELI M., MANIVONG K., SANASIANE S., SHUEY D., 2005. Measuring Public Hospital Costs and Activities, *Juth Pakai*, 5, 34-43.

DES NETUMIERES F., 1997. Méthodes de régression et analyse factorielle, *Histoire et mesure*, 12 (3), 271 -297.

DEUVE J., 1984. *Le Royaume du Laos, 1949-1965. Histoire événementielle de l'indépendance à la guerre américaine*, Travaux du Centre d'histoire et de civilisations de la péninsule indochinoise, Paris.

DE VIENNE M. S., 1993. Laos, une relecture de la survie, *Péninsule*, 26, 49-70

DI MEO G., 1991. *L'homme, la Société, l'Espace*, Paris Anthropos.

DI MEO G., 2005. *L'espace social : Lecture géographique des sociétés*, Paris, Armand Colin.

DOLIGEZ F., 2005. Une économie fragile et une forte influence de l'aide internationale in GENTIL D., BOUMARD P., *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Karthala, 57-70.

DORE A., 1972. *De l'hibiscus à la frangipane. Essai de sociologie politique sur la notion d'autorité traditionnelle au Laos*, Thèse de doctorat, Université Paris V.

DORE A., 1982. The Three Revolution in Laos, in STUART-FOX M., *Contemporary Laos: studies in the politics and society of the Lao People's Democratic Republic*, St Lucia, University of Queensland Press ; New York, St Martin's Press, 101-115.

- DRULHE M., 1996. Les disparités sociales de santé : un défi pour la gestion du système de santé, *Sociologie Santé*, 15, 1-17.
- DUMOULIN J., 1996. Les professionnels sans l'Etat, l'Etat sans les professionnels : l'organisation du marché pharmaceutique au Laos, *Mondes en développement*, 93, 43-53.
- DUMOULIN J., 1997. L'économie du système pharmaceutique du Laos, *Asie recherches*, 12, 83-92.
- DURAND J.P., 2004. Ces dix nouveaux pays qui interpellent les vieux systèmes de santé, *Sève*, p. 87-98.
- DURAND-DASTES F., 1986. L'interaction espaces/sociétés, la géographie sociale et la « théorie du renversement », *L'Espace Géographique*, 2, 115-117.
- EBOKO F., GRENIER-TORRES C., MESTRE C., 2002. Inégalités et santé : des disparités récurrentes à un projet global ?, *Face à Face*, 4, 4-8.
- ELISSALDE B., 2002. Une géographie des territoires, *L'information géographique*, 3, 193-205.
- ENFANCES ET DEVELOPPEMENT, 2000. *Carte sanitaire de l'agglomération de Vientiane*, Vientiane.
- EVANS G., 1998. *The politics of rituals and remembrance Laos since 1975*, Thaïlande, Silworm Books.
- EVANS G., 1999. *Laos: culture and society*, Thaïlande, Silworm Books.
- EVANS G., 2000. The Party Is Not yet Over: In Laos, a 25-year celebration - a rare public trial, *Asiaweek*, p. 65.
- EVANS G., 2002. *A short history of Laos; The land in between*, Thaïlande, Silworm Books.
- EVARD O., PHOLSENA V., 2005. De la révolution à l'après socialisme : les temps de la construction nationale en RDP Lao, in GENTIL D., BOUMARD P., *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Karthala, 15-36.
- FARMER P. 2001. La violence structurelle et la matérialité du social, *Leçon Inaugurale au Collège de France le 9 novembre 2001*, Paris.
- FASSIN D., JAFFRE Y., 1990. *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.
- FASSIN D., BROUSSELLE C., 1991. Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. *Revue épidémiologique et Santé Publique*, 39, 89-99.

- FASSIN D., 1992.** *Pouvoir et maladie en Afrique : une anthropologie sociale de la banlieue de Dakar*, Paris, PUF.
- FASSIN D., 1994.** Ville et santé dans le Tiers Monde, un regard anthropologique, *Sociologie Santé*, 11, 10-16.
- FASSIN D., 1996.** *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FENECH F., 1995.** Comment analyser les statistiques du système de soins dans les pays en voie de développement ?, *Espace, population, sociétés*, 1995-1, 143-147.
- FORBES D., CUTLER C., 2006.** Laos in 2005: 30 Years Of The People's Democratic Republic, *Asian Survey*, XLVI (1), 175-180.
- FORMOSO B., 1994.** Les Isan, *Péninsule*, 2, 51-94.
- FOUCAULT M., 1976.** *La Volonté de savoir, Histoire de la sexualité, TOME 1*, Paris, Gallimard.
- FOURNIER J.M., RAOULX B., 2003.** La géographie sociale, géographie des inégalités, *Espaces Géographiques et Sociétés*, 20, 25-32.
- FOURNIER J.M., 2007.** Géographie sociale et territoires. De la confusion sémantique à l'utilité sociale ?, *Espaces Géographiques et Sociétés*, 26, 29-31.
- FREEMAN N.J., 2001.** Laos. Timid Transition, in FUNSTON J., *Government and Politics in Southeast Asia*, Singapore, Institute of Southeast Asia Studies, 120-159.
- FREMONT A., CHEVALIER J., HERIN R., RENARD J., 1984.** *Géographie sociale*, Paris, Masson.
- GAGNEUX P.M., 1978.** La culture lao et ses origines : des faits nouveaux, *Asemi*, 9 (1-2), 179-189.
- GATRELL A.C., ELLIOT S.J., 2004.** *Geographies of Health: An Introduction*, Oxford, Blackwell.
- GESLER, W.M., 1984.** *Health care in developing countries*, Washington, Association of American Geographers.
- GESLER W.M., 1991.** *The cultural geography of health care*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.
- GIBLIN B., 1999.** Pourquoi la santé publique est devenue une question géopolitique ?, *Hérodote*, 92, 3-11.

GOLDBLUM C., PEYRONNIE K., PRATHOUMVAN S., (à paraître). Le Vientiane Urban Development Authority and Administration (VUDAA) : perspectives de la gouvernance urbaine de Vientiane, entre autonomie municipale et logiques de projet (1985-2006) in APHAYLAT K., CLEMENT P., GOLDBLUM C., TAILLARD C., *Vientiane, développement urbain et patrimoine*, Paris, Les Cahiers de l'IPRAUS.

GOUDINEAU Y., 2000. Ethnicité et déterritorialisation dans la Péninsule indochinoise, considérations à partir du Laos, *Autrepart*, 14, 17-31.

GORDON S., SPENCER S., 2006. Medical professionalism in Laos, *The Lancet*, 1302-1304.

GRODOS D., 2004. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne, Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala.

GRUENAI S M.E., 2001. Communautés et Eta dans les systèmes de santé en Afrique, in HOURS B., *Systèmes et politiques de santé*, Paris, Karthala, 67-85.

GUERAICHE W., 2004. Pour une géopolitique de l'Asie du Sud-Est, *Péninsule*, 48, 177-186.

GUMUCHIAN H., GRASSET E., LAJARGE R., ROUX E., 2003. *Les acteurs, ces oubliés du territoire*, Paris, Anthropos.

GWATKIN D.R., 2000. Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire?, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 78 (1), 3-18.

HALPERN J., 1964. *Government, politics, and social structure in Laos: a study of transition and innovation*, Monograph series 4, Southeast Asia Studies, New Haven, Yale University Press.

HARANG M., 2007. *Système de soins et croissance urbaine dans une ville en mutation. Le cas de Ouagadougou (Burkina Faso)*, thèse de doctorat soutenue en géographie humaine sous la direction du Professeur G. Salem, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense.

HERIN R., 2003. Inégalités sociales, *Espaces Géographiques et Sociétés*, 20, 7-11.

HESS R. 2004. La méthode d'Henri Lefebvre, *Multitudes.net*, http://multitudes.samizdat.net/article.php?id_article=618

HOLLAND S., PHIMPHACHANH C., CONN C., SEGALL M., 1995. *Impact of Economic and Institutional Reforms on the Health Sector in Laos: Implications for Health System Management*, Brighton, Institute of Development Studies.

HOURS B., 1981. Pouvoirs et territoires bouddhistes, *L'Homme*, XXI (3), 95-113.

HOURS B., 1997. Entre Etat et Marché : la difficile maîtrise du système de santé laotien, *Autrepart*, 3, 65-78.

HOURS B., SELIM M., 1997. *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain : marché, socialisme et génies*, Paris, L'Harmattan (coll."Recherches asiatiques").

IRESOON, W.R., 1996. Invisible walls: village identity and the maintenance of cooperation in Laos, *Journal of Southeast Asian studies*, 27 (2), 219-244.

IRESOON W.R., 1998. Evolving Village-State relations in the Lao PDR: Time, Space and Ethnicity, in BUTLER-DIAZ J., *New Laos, New Challenges*, Tempe, AZ: Program for Southeast Asian Studies Monograph Series, Arizona State University, 41-72.

IRESOON-DOOLITTLE C., MORENO-BLACK G., 2004. *The Lao, Gender, power and livelihood*, Cambridge, Westview Case studies in anthropology.

JAFFRE Y., OLIVIER de SARDAN J-P., 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Apad - Karthala.

JAREG P., KASEJE D., 1998. Growth of civil society in developing country: implications for health, *The Lancet*, 351, 819-822

JICA (JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY), 2002. *The study of the improvement of health and medical services in the Lao People's Democratic Republic*, 4 volumes, Vientiane, JICA, Ministry of health.

JERNDAL R., 1998. Making space in Laos: constructing a national identity in a « forgotten » country, *Political Geography*, 17 (7), 809-831.

JONES K., MOON G., 1992. *Health, Disease & Society: an introduction to medical geography*, London, New-York, Routledge.

JÖNSSON K., 2008. Authoritarian States in Southeast Asia in Times of Globalization: Vietnam, Cambodia, Laos and Myanmar, in CHONG T., *Globalization and Its Counter-forces in Southeast Asia*, Singapore, Institute of Southeast Asian Studies, 21-50.

KLEINEN J., 2001. La comédie de l'Etat-parti. Le Viêt Nam depuis la réunification, *Raisons politiques*, 3 (3), 37-54.

KROEGER A., 1983. Health interview surveys in developing countries: A Review of the Methods and Results, *International Journal Epidemiology*, 12 (4), 465-481.

LAMBREW J.M., DEFRIESE G.H., CAREY T.S., RICKETTS T.C., BIDDLE A.K., 1996. The effects of having a regular doctor on access to primary care, *Medical Care*, 34 (2), 138-151.

-
- LAMRHARI M. 2007. *Rapport de stage de la licence professionnelle Data Mining*, Université René Descartes, Paris.
- LEBART I., MORINEAU A. PIRON M., 2000. *Statistique exploratoire et multidimensionnelle*, Paris, Dunod.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T., 2000. *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La découverte/INSERM.
- LEFEBVRE H., 1974. *La production de l'espace*, Paris, Anthropos.
- LEVY J., 1994. *L'espace légitime. Sur la dimension géographique de la fonction politique*, Paris, FNSP.
- LEVY J., LUSSAUT M., 2003. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin.
- LIBMAN A., BOUAMANIVONG S., SOUTHAVONG B., SYDARA K., SOEJARTO D.D., 2006. Medicinal Plants: An important asset to health care in a region of Central Laos, *Journal of Ethnopharmacology*, 106 (3), 303-311.
- LINTNER B. 2000. Political Dissent in Laos - Political turmoil comes to one of the most isolated communist ruled countries in Southeast Asia, *The Irrawaddy*, 13-14.
- LINZ J.J., 2006. *Régimes totalitaires et autoritaires*, Paris, Armand colin.
- LONDON J.D., 2008. Reasserting the state in Viet Nam Health Care and the logics of market-Leninism, *Policy and society*, 27, 115-128.
- LUSSAULT M., 2007. *L'homme spatial. La construction sociale de l'espace humain*. Paris, Seuil.
- MARIANI L., 2006. Les personnalités politiques, la politique et les mariages au Laos. La légitimité retrouvée, *ASEANIE*, 17, 29-60.
- MARIANI L., 2008a. *Lien social et place de l'individu dans la société lao contemporaine*, thèse de doctorat soutenue en ethnologie sous la direction du Professeur R. Pottier, Université Paris Descartes.
- MARIANI L., 2008b. Affirmation et distinction. Un exemple de mise en perspective d'une relation d'entretien en contexte lao, *ethnographiques.org*, Numéro16 - septembre 2008 [en ligne].
- MARTIN O., 2005. *L'enquête et ses méthodes. L'analyse de données quantitatives*, Paris, Armand Colin.

- MASSE R., 2001. La santé publique comme projet politique et projet individuel, in HOURS B., *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 41-66.
- MAUREL M.C., 1982. *Territoire et stratégies soviétiques*, Paris, Economica.
- MAURET F., PHONGRATASY K., 2003. *Vientiane : vers une gestion urbaine maîtrisée*, Vientiane, Programme Asia Urbs.
- McLAFFERTY S.L., 2003. GIS and Health Care, *Annual Review Public Health*, 24, 25-42.
- MÉRENNE-SCHOUMAKER B., 2003. *Géographie des services et des commerces*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- MIGNOT F., 2003. *Santé et intégration nationale au Laos. Rencontres entre montagnards et gens des plaines*, Paris, L'Harmattan.
- MIHALI C., 2006. Droit de vivre et identités biopolitiques, *Journal for Politics, Gender, and Culture*, 5, 89-112.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2000. *Policy on Primary Health Care*, Vientiane.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2001. *Report on National Health Survey. Health Status of the People in LAO PDR*, Vientiane.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2006. *Human Resources for Health. Analysis of the situation in Lao PDR*, Vientiane.
- MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, 1992. *Population of the Lao PDR*, Vientiane, UNFPA.
- MINISTERE DES COMMUNICATIONS DES TRANSPORTS DES POSTES ET DE LA CONSTRUCTION 1989. *Vientiane, schéma directeur et d'aménagement urbain*, Vientiane.
- MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., 1992. Les champs d'action des équipements médicaux : distances et consommations médicales, *Espace, populations, sociétés*, 333-343.
- MOBILLON V., PEYRONNIE K., VALLEE J., 2006. L'offre de soins à Vientiane (RDP Lao) : entre contrôle territorial et économie marchande », *Espace, Populations, Sociétés*, 2 (3), 341-349.
- MOHAN J.F., 1998. Explaining geographies of health care: a critique, *Health and Place*, 4 (2), 113-124.

- NGAOSYVATHN P., 1983. Propos sur la médecine traditionnelle laotienne, *Cahiers de l'Asie du Sud-Est*, 13-14, 113-126.
- NOEL A., 1999. *Historical Development of Primary Health Care in Lao PDR*, Project Preparatory Technical Assistance, Vientiane, Banque Asiatique de développement.
- OFFNER J.M., PUMAIN D., 1996. *Réseaux et territoires : significations croisées*, La Tour D'aigues, Ed. de l'Aube.
- OUATTARA F., 2002. Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso, *Le bulletin de l'APAD*, n° 23-24, 111-131.
- PAPHASSARANG C., PHILAVONG K., BOUPHA B., BLAS E., 2002. Equity, privatization and cost recovery in urban health care: the case of Lao PDR, *Health Policy and Planning*, 17 (1), 72-84.
- PENCHANSKY R., THOMAS J.W., 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to consumer Satisfaction, *Medical Care*, 19 (2), 127-40.
- PERKS C., TOOLE M.J., PHOUTHONSY K., 2006. District health programmes and health-sector reform: case study in the Lao People's Democratic Republic, *Bulletin of the World Health organization*, 84(2), 132-138.
- PEYRONNIE K., 2002. Vientiane, une capitale de taille modeste en restructuration, in FOUCHER M., *Asies Nouvelles*, Paris, Belin, 226-228.
- PHOLSENA V., 2004. Relations bilatérales entre résilience du passé et nouveaux enjeux, in PHOLSENA V., BANOMYONG R., *Le Laos au XXI^e siècle. Les défis de l'intégration régionale*, Bangkok, IRASEC, 55-78.
- PHOLSENA V., 2006. *Post-war Laos. The Politics of Culture, History and Identity*, Singapour, IEAS Publications.
- PHOMMASACK B., OULA L., KHOUNTHALIVONG O., 2005. Decentralization and recentralization effects on the health systems in LAO PDR, *Southeast Asian Journal Tropical Medicine Public Health*, 36 (2), 523-528.
- PICHERAL H., SALEM G., 1992. De la géographie médicale à la géographie de la santé : bilan et tendances de la géographie française (1960-1991), *Cahiers géos*, n°22.
- PICHERAL H., 1995. Réseau urbain et hiérarchie hospitalière, in *IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*, Paris, 25-26-27 janvier 1995, 15-23.

- PICHERAL H., 1998. Territoires et valeur d'usage de l'espace : éléments d'une géopolitique de la santé, in *5^{ième} colloque géographie et socio-économie de la santé, Allocation des ressources et géographie des soins*, Paris 22-23-24, 39-45.
- PICHERAL H., 2001. *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, GEOS/Université de Montpellier III-Paul Valéry.
- PIROTTE G., 2007. *La notion de société civile*, Paris, La Découverte.
- POTTIER R., 1972. Introduction à l'étude des pratiques thérapeutiques lao, *Péninsule*, 3 (2), 173-193.
- POTTIER R., SICARD D., 1979. Quelques données sur la relation thérapeutique en milieu Lao, *Psychologie médicale*, 11, 2407-2427.
- POTTIER R., 1983. Réhabilitation de la médecine traditionnelle et soins de santé primaire : deux idéologies d'encadrement des masses, in RETEL-LAUTURIN, *Une anthropologie médicale en France*, Paris, CNRS, 107-115.
- POTTIER R., 1992. Bouddhisme et sorcellerie au Laos, *Cahiers de la Société des Etudes euro-asiatiques*, 174-185.
- POTTIER R., 2004. *Santé et Société au Laos (1973-1978)*, Paris, Editions du CCL.
- POTTIER R. 2007. *Yù dī mī hēng, "être bien, avoir de la force" – Essai sur les pratiques thérapeutiques lao*, Paris, Editions de l'EFEO.
- PROST A., 2000. L'Afrique n'est pas un cas particulier. Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles, *La documentation Française*, 195, 15-23.
- RAENDCHEN J., 2000. Traditional concepts of community rights and social values of the lao, *Tai culturei*, 5(2), 46-67.
- RAFFESTIN C., 1980. *Pour une géographie du pouvoir*, Paris, Litec.
- RAFFESTIN C., 1986. Ecogenèse territoriale et territorialité, in AURIAC F., *Espaces, jeux et enjeux*, Paris, Fayard, 173-185.
- RAFFESTIN C., BARAMPAMA A., 2001. Espace et pouvoir, in BAILLY A., *Les concepts de la géographie humaine*, Paris, Colin, 63-71.
- RAYNAUT C., 1989. Disparités économiques et inégalités devant la santé à Maradi (Niger), in SALEM G., JEANNEE E., *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris, ORSTOM (Collection Colloque et Séminaires), 477-504.

- REHBEIN B., 2005. The Lao Economic Field, *SOJOURN*, 20 (1), 23-38.
- REHBEIN B., 2007. *Globalization, Culture and Society in Laos*, London, Routledge.
- REICH R., 2008. Rencontre avec Robert Reich. La démocratie est malade du supercapitalisme. *Sciences humaines*, mars 2008, 28-31.
- RICAN S., 1998. La cartographie des données épidémiologiques. Les principales méthodes de discrétisation et leur importance dans la représentation cartographique, *Cahiers Santé*, 8 (6), 461-470.
- RICAN S., SALEM G., KURZINGER M.L., BOUTRON C., 2003. *Disparités d'accès aux soins en Ile-de-France. Rapport final*. Paris, URCAM.
- RICHARD J.L., 1995. Profil des utilisateurs des différents services de santé moderne dans le Bénin rural, *Espace, populations, sociétés*, 1, 91-104.
- RICHARD, J.L., 2001. *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessé (Bénin)*, Thèse de doctorat de géographie sous la direction du Prof. F. Chiffelle.
- RIMBERT P., 2001. L'injustice sociale tue, *Le Monde Diplomatique*, 2 septembre, <http://monde-diplomatique.fr/Carnet/2008-09-02-inegalites>
- ROCHEFORT R., 1982. Réflexions liminaires sur la géographie sociale, *Actes du Colloque de Lyon (1983), Géographie Sociale, 14-16 octobre 1982*, Paris, éd. Daniel Noin, 11-15.
- ROSENBERG M.W., 1987. Linking the geographical, the medical and the political in analysing health care delivery system, *Social Science and Medicine*, 26 (1), 179-186.
- ROSIERE S., BUSSI M., DUSSOUY G., SANGUIN A.L., 2008. *Dictionnaire de l'espace politique. Géographie politique et géopolitique*, Paris, Armand Colin.
- ROSSI G., TISSANDIER P., INTHIPHONE B., 2003. *Atlas infographique de Vientiane*, Vientiane, Programme de formation-recherche en coopération inter-universitaire, Université Nationale du Laos, Université de Bordeaux III.
- SALEM G., ROZENBLAT C., KOENIG D., 1992. L'accès aux soins : les distances physiques, sociales et culturelles se superposent-elles ? Exemple d'une recherche menée à Pikine en 1991 (Sénégal)", in *La dimension spatiale, Actes du colloque européen "De l'analyse économique aux politiques de santé"*, Paris, CREDES, 219-228.
- SALEM G., 1995. Géographie de la santé, santé de la géographie, *Espaces populations sociétés*, 1, 25-30.

- SALEM G., 1998. *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala.
- SAUTTER G., 1973. Recherches en cours sur les villes d'Afrique noire, thèmes et problèmes, point de vue d'un géographe, *Cahiers d'études africaines* 51 (13), 405-416.
- SAYARATH C., 2005. *Vientiane, portrait d'une ville en mutation*, Paris, Ambassade de France, Editions Recherches/Les Cahiers de l'IPRAUS.
- SCIENCES HUMAINES, 2005. *Foucault, Derrida, Deleuze : Pensées rebelles*, numéro spécial 3.
- SCIENCES HUMAINES, 2002. *L'œuvre de Pierre Bourdieu*, numéro spécial 1.
- SECHET R., KEERLE R., 2007. Petite histoire de nos délicatesses avec le territoire, *Espaces Géographiques et Sociétés*, 7-8.
- SENGSAY G., 1981. Les guérisseurs lao, *Sudestasie*, 17, 25-26.
- SICARD D., HADDAD G., 1999. *Hippocrate et le scanner, Réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, DDB.
- SISOULATH B., 2003. *Vientiane, stratégies de développement urbain. Processus et acteurs de l'urbanisation dans la capitale de la République Démocratique Populaire Lao*, thèse de doctorat soutenue en géographie sous la direction C. TAILLARD, Université Paris Ouest Nanterre la Défense.
- SISOUPHANTHONG B., TAILLARD C., 2000. *Atlas de la République Démocratique Populaire Lao. Les structures territoriales du développement économique et social*, Montpellier, CNRS-Libergéo - La Documentation française.
- SMITH C., 1998. Modernization and health care in contemporary China, *Health & Place*, 4 (2), 125-139.
- SMYTH F., 2005. Medical geography: therapeutic places, spaces and networks, *Progress in Human Geography*, 29 (4), 488-495.
- SOUK-ALOUN P.N., 1990. *Médecine traditionnelle bouddhique du Laos*, Montpellier, Montpellier-Laos aide médicale.
- SOUK-ALOUN P.N., 2004. *Histoire du Laos moderne, 1930-2000*, Paris, L'Harmattan.
- SOUTHEAST ASIA CHRONICLE, 1980. *Laos Rides Out The Storms*, volume 73.
- STATE PLANNING COMMITTEE NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 1997. *Results from the Population Census 1995*, Vientiane.

STATE PLANNING COMMITTEE NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 1999. *The household of Lao PDR: social and economic indicators, Lao Expenditures and Consumption survey 1997/1998 (LECS 2)*, Vientiane.

STATE PLANNING COMMITTEE NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 2002. *Poverty in Lao PDR during the 1990's*, Vientiane.

STATE PLANNING COMMITTEE NATIONAL STATISTICAL CENTRE, 2004. *The household of Lao PDR: Social and economic indicators, Lao Expenditure and Consumption Survey 2002/03, LECS 3*, Vientiane.

STEERING COMMITTEE FOR CENSUS OF POPULATION AND HOUSING, 2006. *Results from the Population and Housing Census 2005*, Vientiane.

STRIGLER F., OUPATHANA B., VANDAME B., DESCHAMPS J.P., 2005. La situation nutritionnelle et sanitaire et l'évolution du système de santé in GENTIL D., BOUMARD P., *Le Laos, doux et amer, 25 ans de pratiques d'une ONG*, Paris, Karthala, 115-132.

STUART-FOX M., 1980. Laos: The Vietnamese Connection, *Southeast Asian Affairs*, 191-209.

STUART-FOX M., 1982. *Contemporary Laos: studies in the politics and society of the Lao People's Democratic Republic*, St Lucia, University of Queensland Press; New York, St Martin's Press.

STUART-FOX M., 1986a. *Laos: politics, economics and society*, London, Frances Pinter Publishers; Boulder, Lynn Reinner Publishers.

STUART-FOX M., 1986b. Politics and patronage in Laos, *Indochina Issues*, 70, 1-10.

STUART-FOX M., 1996. *Buddhist kingdom, Marxist state: the making of modern Laos* Bangkok, White Lotus.

STUART-FOX M., 1997. *A history of Laos*, Cambridge, Cambridge University Press.

STUART-FOX M., 2001. *Historical dictionary of Laos*, London, Scarecrow press.

STUART-FOX M., 2003. Historiography, Power and Identity, History and Political legitimisation in Laos, in GOSCHA E., IVARSSON I., *Contesting Visions of the Lao Past Historiography at the Crossroads*, London, Routledge, 71-96.

STUART-FOX M., 2004. *Politics and reform in the Lao People's Democratic Republic*, working paper n°1, College of William and Mary, Williamsburg.

STUART-FOX M., 2006. The Political Culture of Corruption in the Lao PDR, *Asian Studies Review*, 30, 59-75.

STUART-FOX M., 2007. Laos – May 2006: The Eight Congress of the Lao People's Revolutionary Party: more of the Same, *Asian analysis*, ASEAN focus groups in cooperation with the faculty of Asian Studies of the Australian National University www.asean.com/asiananalysis/article.cfm?articleID=963

SYDARA K., 2005. Use of traditional medicine in Lao PDR, *Complementary Therapies in Medicine*, 13, 199-205.

SYHAKHANG L., 2002. *The quality of private pharmacy services in a province of Lao PDR: perceptions, practices and regulatory enforcements*, Stockholm, Karolinska Institute.

TAILLARD C., 1977. Le village lao de la région de Vientiane, un pouvoir local face au pouvoir étatique, *L'Homme*, XVII (2-3), 71-100.

TAILLARD C., 1979. Le dualisme urbain-rural au Laos et la récupération de l'idéologie traditionnelle, *ASEMI*, 10 (1), 41-56.

TAILLARD C., 1980. De la campagne à la ville : le paysage bâti de la région de Vientiane, *ASEMI*, XI (1-4), 239-264.

TAILLARD C., 1989. *Le Laos, stratégies d'un Etat-tampon*, Montpellier, Reclus.

TAILLARD C., 1992. Les régimes politiques passent... Les échelles d'organisation de l'espace demeurent. Essai sur l'héritage des systèmes politiques thaï au Laos, in TAILLARD C., *Habitations et habitat d'Asie du Sud-Est continentale : pratiques et représentations de l'espace*, Paris, L'Harmattan, 305-342.

TAILLARD C., 1995. Le Laos, enclave ou carrefour, in *Asie du Sud-Est, Océanie de la Géographie Universelle*, Paris, Belin Reclus, 164-175.

THAYER C.A., 2003. Laos in 2002: Regime Maintenance through Political Stability, *Asian Survey*, XLIII (1), 120-126.

THAYER C.A., 2004. Laos in 2003: Counterrevolution Fails to ignite, *Asian Survey*, XLIV (1), 110-114.

THOUEZ J.P., 1987. *Organisation spatiale des systèmes de soins*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

TONNELIER F., V. LUCAS, 1995. Distances réelles d'accès et attraction, in *IV Colloque Géographie et socio-économie de la santé. Hôpitaux et géographie des soins*, Paris, 25-26-27 janvier 1995, 51-60.

- VAILLANT Z., 2008, *La Réunion, Koman i lé ? Territoires, santé, société*, Paris, PUF.
- VALLEE J., SOURIS M., FOURNET F., BOCHATON A., MOBILLION V., PEYRONNIE K., SALEM G., 2007. Sampling in health geography: reconciling geographical objectives and probabilistic methods. An example of a health survey in Vientiane (Lao PDR), *Emerging Themes in Epidemiology* 4 (6).
- VALLEE J., 2008. *Urbanisation et santé à Vientiane (Laos) : les disparités spatiales de santé dans la ville*, Thèse de doctorat soutenue en géographie humaine sous la direction du Prof. G. Salem, Université de Paris Ouest Nanterre la Défense.
- VALLEE J., (à paraître). Espace urbanisé et périmètres urbains à Vientiane : une délimitation complexe, in APHAYLAT K., CLEMENT P., GOLDBLUM C., TAILLARD C., *Vientiane, développement urbain et patrimoine*, Paris, Les Cahiers de l'IPRAUS.
- VEENSTRA G. 2001. Capital social et santé, *Spring*, 82-92.
- VIARD B., 1993. De l'individualisme et du socialisme selon Pierre Leroux et selon Tocqueville, *Le Banquet*, (3).
- VIGNERON E., 1996. Conditions de la justification de l'approche géographique des faits sanitaires et sociaux, *GEOS*, 33, 48-58.
- VIGNERON E., 2001. *Distance et santé : la question de la proximité des soins*, Paris, PUF.
- VLAHOV D., GALEA S., FREUDENBERG N., 2005. The urban Health « Advantage », *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82 (1), 1-4.
- WANG'OMBE J., 1995. Public health crises of cities in developing countries, *Social Science & Medicine*, 41 (6), 857-862.
- WESTERMEYER J.J., 1988. Folk medicine in Laos: a comparison between two ethnic groups, *Social Science & Medicine*, 27 (8), 769-778.
- WU Y.S., 2001. Les voies du communisme, *Raisons politiques*, 3, 19 -36.
- ZAGO M., 1972. *Rites et cérémonies en milieu bouddhiste lao*, Rome, Universita Gregoriana.

Index

Document :

Document 1 – Représentation des « trois femmes lao » sur le billet de 1000 kips.....	30
Document 2 – Sceau national laotien avant et après la libéralisation économique de 1986	43
Document 3 - Plan de Vientiane en 1895-1898	99
Document 4 – Carte de situation de l'Hôpital Mahosot à la période coloniale.....	112
Document 5 - Situation de l'Hôpital Militaire et développement urbain (1966-1985).....	114
Document 6 – Publicité d'une société privée de protection sanitaire	272
Document 7 – Publicité des hôpitaux nationaux dans la presse laotienne	366
Document 8 – Publicité dans la presse laotienne de la qualité du service des hôpitaux nationaux.....	367

Photographie :

Photographie 1 – La santé : une priorité nationale toujours affichée.....	34
Photographie 2 – Panneau invitant la population à participer aux campagnes de vaccination (nord du Laos)	37
Photographie 3 – Panneau édifié en 2004 rendant hommage à l'armée populaire laotienne : « 55 ans d'établissement et de victoire de l'armée populaire laotienne »	44
Photographie 4 - Paysages ruraux aux marges de la limite des 189 villages de Vientiane.....	65
Photographie 5 - Etal de produits médicinaux dans le marché hmong de Vientiane.....	75
Photographie 6 - L'Hôpital central Mahosot	83
Photographie 7- L'Hôpital central de l'Amitié	84
Photographie 8 : L'Hôpital central de la Mère et de l'Enfant.....	86
Photographie 9 - L'Hôpital central de Sethattirat	87
Photographie 10 - Les quatre hôpitaux de district de Vientiane (2008).....	89
Photographie 11 - Les sept dispensaires de Vientiane 2006 (deux planches photographiques)	92
Photographie 12 - Différents types de pharmacies présentes à Vientiane.....	124
Photographie 13 - Différents types de cliniques implantées à Vientiane.....	128
Photographie 14- Concentration de pharmacies privées à Vientiane.....	137
Photographie 15 – Support d'enregistrement des consultations médicales dans les hôpitaux de Vientiane.....	168
Photographie 16 - Fréquentation des services de médecine générale dans les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux de Vientiane aux différentes heures de la matinée	186
Photographie 17 - Plateau technique inégal entre structures : type de table d'accouchement disponible dans les hôpitaux centraux.....	278
Photographie 18 - L'accompagnement des patients hospitalisés par leurs familles	280
Photographie 19 - Apparence de l'Hôpital de district de Chanthabouly	291
Photographie 20 - Apparence de l'Hôpital de district de Xaysetha.....	293
Photographie 21 - Apparence de l'Hôpital de district de Sissathanak.....	295
Photographie 22 - Apparence de l'Hôpital de district de Sikhottabong	297
Photographie 23 - Déroulement de l'enquête de santé I.R.D. /L.E.S.T., Vientiane 2006.....	312
Photographie 24 - Autel dédié aux esprits du sol.....	315
Photographie 25 – Le Pont de l'Amitié	322
Photographie 26 - Marqueurs spatiaux du développement économique de la capitale.....	323

Photographie 27 - Habitations pauvres et insalubres à Vientiane.....	336
Photographie 28 - Expressions de la mixité urbaine à Vientiane.....	339
Photographie 29 - Une jeune mère qui observe la tradition lao du post-partum.....	349
Photographie 30 - Hôpitaux thaïlandais situés à proximité du Pont de l'Amitié.....	351

Carte :

Carte 1 - Situation du Laos dans la péninsule indochinoise.....	20
Carte 2 - Zone de peuplement : part des Tai-Kadai à Vientiane et dans la population générale.....	21
Carte 3 - Les cinq plus grandes villes du Laos (1995).....	55
Carte 4 - Evolution du schéma directeur de Vientiane entre 1991 et 2002.....	57
Carte 5 - Districts et périmètre des 189 villages de Vientiane en 2007.....	61
Carte 6 - Eléments constitutifs de la limite des 189 villages de Vientiane.....	63
Carte 7 - Périmètre urbain de Vientiane défini dans le cadre du programme IRD/LEST (2006) : 148 villages.....	67
Carte 8 - Villages enquêtés lors de l'étude « Analyse des sources de risques sanitaires liés aux services urbains à Vientiane » (2004).....	71
Carte 9 - Distribution spatiale de l'offre de soins publique à Vientiane.....	97
Carte 10 - Croissance urbaine et installation des structures de soins publiques à Vientiane (1953-2004).....	101
Carte 11 - Localisation des dispensaires dans les 7 districts de Vientiane (2006).....	105
Carte 12 - Développement du réseau routier et installation des hôpitaux de district à Vientiane.....	109
Carte 13 - Localisation des hôpitaux centraux à Vientiane, 2006.....	111
Carte 14 - Accroissement de l'espace bâti à proximité de l'Hôpital de l'Amitié entre 1981 et 1999.....	115
Carte 15 - Distribution spatiale des pharmacies à Vientiane (2006).....	137
Carte 16 - Croissance urbaine et installation des pharmacies à Vientiane (1953-2004).....	139
Carte 17 - Pharmacies de Vientiane implantées à proximité des marchés et des hôpitaux.....	141
Carte 18 - Pharmacies de Vientiane implantées le long de la voirie primaire : une distribution à la fois centrale et dispersée (2006).....	142
Carte 19 - Pharmacies « de quartier », villageoises et néurbaines de Vientiane.....	143
Carte 20 - Qualité des pharmacies de Vientiane : des inégalités spatiales modérées.....	147
Carte 21 - Distribution spatiale des cliniques à Vientiane (2006).....	148
Carte 22 - Croissance urbaine et installation des cliniques privées à Vientiane (1953-2004).....	149
Carte 23 - Localisation des « cliniques-maisons » et des « cliniques-structures » de Vientiane.....	152
Carte 24 - Hôpitaux de Vientiane dont les territoires d'attraction ont été étudiés.....	166
Carte 25 - Zone d'influence dominante des hôpitaux centraux et des hôpitaux de district à Vientiane.....	196
Carte 26 - Aire d'attraction de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et de l'Hôpital Mahosot, consultations pédiatriques.....	202
Carte 27 - Aire d'attraction de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et de l'Hôpital Mahosot, consultations gynécologiques.....	204
Carte 28 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant, accouchements.....	206
Carte 29 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations de médecine générale.....	218

Carte 30 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations de médecine générale.....	219
Carte 31 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations pédiatriques.....	222
Carte 32 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations pédiatriques.....	223
Carte 33 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations dentaires.....	226
Carte 34 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations dentaires.....	227
Carte 35 - Aire d'attraction de l'Hôpital Chanthabouly et de l'Hôpital Sikhottabong, consultations prénatales.....	230
Carte 36 - Aire d'attraction de l'Hôpital Xaysetha et de l'Hôpital Sissathanak, consultations prénatales.....	231
Carte 37 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations de médecine générale.....	242
Carte 38 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations de médecine générale.....	243
Carte 39 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations pédiatriques.....	246
Carte 40 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations pédiatriques.....	247
Carte 41 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations gynécologiques.....	250
Carte 42 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations gynécologiques.....	251
Carte 43 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations aux urgences.....	254
Carte 44 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat, consultations aux urgences.....	255
Carte 45 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, consultations dentaires.....	258
Carte 46 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, consultations dentaires.....	259
Carte 47 - Aire d'attraction de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de l'Amitié, accouchements.....	262
Carte 48 - Aire d'attraction de l'Hôpital Sethattirat et de l'Hôpital Militaire, accouchements.....	263
Carte 49 - Situation de l'Hôpital de district de Chanthabouly.....	291
Carte 50 - Situation de l'Hôpital de district de Xaysetha.....	293
Carte 51 - Situation de l'Hôpital de district de Sissathanak.....	295
Carte 52 - Situation de l'Hôpital de district de Sikhottabong.....	297
Carte 53 - Situation des trois hôpitaux centraux : Mahosot, Amitié, Sethattirat.....	298
Carte 54 - Localisation des couronnes d'urbanisation et des villages enquêtés.....	310
Carte 55 - Localisation des sousespaces d'analyse du recours aux soins.....	371

Figure :

Figure 1- Echelles administratives et pyramide sanitaire au Laos en 2007.....	36
Figure 2- Evolution de la population de Vientiane de 1896 à 2000.....	52
Figure 3 - Evolution de la densité de population (hab./ha) de Vientiane de 1930 à 2000.....	58
Figure 4 - Dispositif sanitaire de Vientiane : un développement calqué sur les unités administratives de la capitale.....	81
Figure 5 - Evolution du nombre de pharmacies privées au Laos entre 1985 et 2001.....	120
Figure 6 - Evolution du nombre de cliniques privées au Laos entre 1993 et 2001.....	120
Figure 7 - Type de cliniques présentes à Vientiane en 2006.....	125
Figure 8 - Effectif des cliniques de Vientiane par spécialité médicale, 2006.....	126
Figure 9 - Profil des cliniques de Vientiane établies soit au domicile du médecin soit dans un local.....	151

Figure 10 - Pyramide des âges de la population de Vientiane et des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006)	177
Figure 11 - Diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane (n=11 603).....	181
Figure 12 - Provenance géographique des consultants des services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane (n=12 902).....	182
Figure 13 - Proportion de consultants provenant d'une province différente de la Capitale de Vientiane pour chaque service (déc.2005-jan.2006).....	183
Figure 14 - Répartition des consultations totales entre hôpitaux de district et hôpitaux centraux de Vientiane.....	184
Figure 15 - Répartition des consultations entre hôpitaux de district et hôpitaux centraux de Vientiane pour chaque service.....	187
Figure 16 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane.....	189
Figure 17 - Distribution par classe d'âge des consultants du service de médecine générale des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane.....	190
Figure 18 - Diagnostics standardisés sur l'âge pour les hôpitaux de district et les hôpitaux centraux de Vientiane.....	194
Figure 19 - Répartition des consultations entre l'Hôpital Mahosot et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (services de pédiatrie, des consultations prénatales, de gynécologie et maternité).....	197
Figure 20 - Diagnostics enregistrés dans les services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (gauche) et diagnostics standardisés sur l'âge (droite).....	200
Figure 21 - Fréquence cumulée en fonction de la distance* des consultants des services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	203
Figure 22 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultantes des services gynécologiques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	205
Figure 23 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des parturientes de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	207
Figure 24 - Répartition des consultations (tous services) entre les hôpitaux de district de Vientiane.....	208
Figure 25 - Indice d'attraction des hôpitaux de district de Vientiane (tous services).....	209
Figure 26 - Profil d'activité des hôpitaux de district de Vientiane.....	210
Figure 27 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane.....	211
Figure 28 - Pyramides des âges de la population environnant chaque hôpital de district de Vientiane en 2005.....	212
Figure 29 - Diagnostics standardisés sur l'âge pour chaque hôpital de district de Vientiane.....	214
Figure 30 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane.....	220
Figure 31 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital de district de Vientiane.....	224
Figure 32 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service dentaire de chaque hôpital de district de Vientiane.....	228
Figure 33 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de consultations prénatales de chaque hôpital de district de Vientiane.....	232
Figure 34 - Répartition des consultations totales entre les hôpitaux centraux (n= 19 479).....	233
Figure 35 - Profil d'activité des hôpitaux centraux.....	235

Figure 36 - Pyramide des âges des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central.....	237
Figure 37 - Diagnostics standardisés sur l'âge pour chaque hôpital central.....	239
Figure 38 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central.....	244
Figure 39 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital central.....	248
Figure 40 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service gynécologique de chaque hôpital central.....	252
Figure 41- Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service des urgences de chaque hôpital central.....	256
Figure 42 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des consultants du service dentaire de chaque hôpital central.....	260
Figure 43 - Fréquence cumulée en fonction de la distance des parturientes de chaque hôpital central.....	264
Figure 44 - Impact de l'inégal financement des structures de soins sur leur niveau d'attractivité.....	284
Figure 45 - Utilisation du réseau de structures de soins publiques : théorie et pratique principale.....	288
Figure 46 - Principales caractéristiques des ménages « exclus ».....	332
Figure 47 - Principales caractéristiques des ménages « pauvres ».....	332
Figure 48 - Principales caractéristiques des ménages « modestes ».....	333
Figure 49 - Principales caractéristiques des ménages « aisés ».....	333
Figure 50 - Principales caractéristiques des ménages « riches ».....	334
Figure 51 - Stratification sociale à Vientiane.....	334
Figure 52 - Espaces de soins pratiqués par les adultes qui ont eu un épisode morbide dans les quinze jours précédant l'enquête (n=75).....	352
Figure 53 - Espace de soins pratiqué par les enfants qui ont eu un épisode morbide dans les quinze derniers jours précédant l'enquête (n=142).....	355
Figure 54 - Territoires de recours aux soins caractéristiques des différents groupes sociaux (adultes).....	361
Figure 55 - Pourcentage des adultes « aisés » (à droite) et des adultes « riches » (à gauche) qui n'ont jamais consulté en Thaïlande.....	363
Figure 56 - Territoires de recours aux soins caractéristiques des différents groupes sociaux (enfants).....	369
Figure 57 - Taux d'accouchement dans une structure de chaque catégorie sociale en fonction du niveau d'accessibilité physique à l'offre de soins.....	372
Figure 58 - Propension de chaque catégorie sociale à accoucher dans un hôpital de district en fonction du niveau d'accessibilité physique à cette structure.....	373

Tableau :

Tableau 1- Evolution des structures de soins publiques 1976-2005.....	39
Tableau 2- Population à Vientiane et dans les capitales nationales et provinciales de la péninsule indochinoise, 1997-1998.....	55
Tableau 3 - Répartition des 189 villages de Vientiane par district.....	62
Tableau 4 - Enquête sur l'offre informelle de médecine traditionnelle dans quatre villages de Vientiane : participation de la population et résultats.....	72
Tableau 5 - Le dispositif de soins public à l'échelle nationale.....	82
Tableau 6 - Le dispositif public de soins dans le périmètre des 189 villages de Vientiane (2007).....	94
Tableau 7 - Le dispositif public de soins dans les districts de la Capitale de Vientiane en 2007.....	95

Tableau 8 - Croissance démographique entre 1995 et 2005 dans les villages à proximité de l'Hôpital Sethattirat.....	115
Tableau 9 - Densité de pharmacies dans les provinces urbaines et rurales du Laos en 2001.....	121
Tableau 10 - Densité de pharmacies dans chaque province urbaine du Laos en 2001.....	122
Tableau 11 - Densité de cliniques dans les provinces urbaines et rurales du Laos en 2001.....	122
Tableau 12 - Densité de cliniques dans chaque province urbaine du Laos en 2001.....	122
Tableau 13 - Typologie des pharmacies de Vientiane (2006).....	144
Tableau 14 - Caractéristiques des pharmacies privées de Vientiane (2006).....	146
Tableau 15 - Profil des cliniques implantées soit à l'intérieur soit à l'extérieur du périmètre des 100 villages urbains de Vientiane.....	153
Tableau 16 - Consultations enregistrées par service dans les hôpitaux publics de Vientiane, en décembre 2005 et janvier 2006.....	169
Tableau 17 - Classification des maladies et des symptômes à partir des différentes familles épidémiologiques de la C.I.M*.....	172
Tableau 18 - Répartition par genre des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane.....	176
Tableau 19 - Répartition par classe d'âge des consultants du service de médecine générale des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane.....	178
Tableau 20 - Répartition par classe d'âge des consultants du service dentaire des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane.....	179
Tableau 21 - Répartition par classe d'âge des consultantes du service gynécologique des hôpitaux publics (déc.2005-janv.2006) et de la population de Vientiane.....	179
Tableau 22 - Principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux publics de Vientiane et familles d'affections associées.....	181
Tableau 23 - Volumes d'activité (totaux ou journaliers) des hôpitaux de district et des cliniques privées de Vientiane.....	188
Tableau 24 - Structure par âge des consultants des hôpitaux de district et des hôpitaux centraux de Vientiane, pour chaque service de soins.....	191
Tableau 25 - Fréquence des familles d'affections et principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux de district.....	192
Tableau 26 - Fréquences des familles d'affections et principaux diagnostics enregistrés dans les services de médecine générale des hôpitaux centraux de Vientiane.....	193
Tableau 27 - Nombre moyen d'actes quotidiens à l'Hôpital Mahosot et à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	198
Tableau 28 - Distribution par classe d'âge des consultants de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'enfant, pour chaque service de soins.....	198
Tableau 29 - Provenance des consultants des services pédiatriques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	203
Tableau 30 - Provenance des consultantes des services gynécologiques de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	205
Tableau 31 - Provenance des parturientes de l'Hôpital Mahosot et de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	207
Tableau 32 - Répartition par genre dans les quatre hôpitaux de district.....	210
Tableau 33 - Diagnostics enregistrés dans chaque hôpital de district de Vientiane.....	213
Tableau 34 - Profil d'attraction de chaque hôpital de district.....	215
Tableau 35 - Provenance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital de district de Vientiane.....	220

Tableau 36 - Provenance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital de district de Vientiane	224
Tableau 37 - Provenance des consultants du service dentaire de chaque hôpital de district de Vientiane	228
Tableau 38 - Provenance des consultants du service de consultations prénatales de chaque hôpital de district de Vientiane	232
Tableau 39 - Nombre moyen quotidien d'actes médicaux par service dans les hôpitaux centraux	234
Tableau 40 - Distribution par genre de la population consultante pour chaque hôpital central (services de médecine générale, de stomatologie et des urgences)	236
Tableau 41 - Distribution par classe d'âge des consultants du service de médecine générale pour chaque hôpital central	237
Tableau 42 - Distribution par classe d'âge des consultants du service des urgences pour chaque hôpital central	238
Tableau 43 - Provenance des consultants du service de médecine générale de chaque hôpital central	244
Tableau 44 - Provenance des consultants du service pédiatrique de chaque hôpital central	248
Tableau 45 - Provenance des consultants du service gynécologique de chaque hôpital central	252
Tableau 46 - Provenance des consultants du service des urgences de chaque hôpital central	256
Tableau 47 - Provenance géographique des consultants du service dentaire de chaque hôpital central	260
Tableau 48 - Provenance des parturientes de chaque hôpital central	264
Tableau 49 - Dépenses de santé par habitant dans les pays du Sud-Est asiatique en 2003	268
Tableau 50 - Sources de financement des dépenses nationales de santé de 1992 à 2000	268
Tableau 51 - Ventilation du budget de santé central et du budget de santé provincial en 2001	283
Tableau 52 - Variables sélectionnées pour établir l'indicateur de niveau de vie des ménages	331
Tableau 53 - Variables contrôlées pour analyser la relation existante entre le recours aux soins et les différentes catégories sociales	340
Tableau 54 - Recours aux soins des adultes par catégorie sociale lors du dernier épisode morbide	342
Tableau 55 - Renoncement aux soins des adultes selon les différents groupes sociaux	343
Tableau 56 - Consultation des enfants lors du dernier épisode morbide selon les différents groupes sociaux	344
Tableau 57 - Renoncement aux soins des enfants selon les différents groupes sociaux	345
Tableau 58 - Comportement de soins adopté par les adultes et les enfants lors du dernier épisode morbide	345
Tableau 59 - Recours aux soins en cas de problème dentaire selon les différents groupes sociaux	347
Tableau 60 - Proportion des adultes qui ne sont jamais allés consulter un dentiste selon les différents groupes sociaux (à gauche) et selon les différents niveaux d'éducation (à droite)	348
Tableau 61 - Pourcentage d'accouchements à domicile selon les différents groupes sociaux	349
Tableau 62 - Espaces de soins pratiqués par les différents groupes sociaux adultes qui ont eu un épisode morbide dans les quinze jours précédant l'enquête (n=75)	353
Tableau 63 - Propension des enfants à consulter à la clinique lors du dernier épisode morbide selon les différents groupes sociaux	356
Tableau 64 - Espace de soins pratiqué par les adultes qui ont eu un problème dentaire lors des douze derniers mois (n=296)	357
Tableau 65 - Propension à consulter à la clinique lors du dernier problème dentaire selon les différents groupes sociaux	358

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	9
PARTIE 1 :	17
TERRITOIRES D'IMPLANTATION DES FOURNISSEURS DE SOINS	
Chapitre 1. Le développement du système de soins laotien, reflet d'un projet politique	19
I. Avant 1975 : les prémices de l'édification nationale, un dispositif de soins peu structuré	19
A/ A l'origine, les médecines des traditions	19
B/ Le protectorat français jette les fondements de la santé publique	24
C/ 1954-1974 : division nationale et partition des dispositifs de soins	26
II. 1975 : la nouvelle politique de santé, un élément de l'entreprise totalitaire de la RDP Lao	28
A/ Du cadre politique au cadre sanitaire	28
• Le cadre politique	28
• Le cadre sanitaire	32
B/ Traductions de la biopolitique laotienne sur le système de soins	35
• L'architecture sanitaire publique, un outil du contrôle socio-territorial	35
• Le recadrage des médecines traditionnelles	39
III. A partir de 1980 : nouvelles légitimités politiques et développement des soins privés	41
A/ Du socialisme totalitaire au « capitalisme autoritaire »	41
B/ Un système de soins privé au secours du régime politique	45
Chapitre 2. Faire la géographie de l'offre de soins à Vientiane : Méthodes	51
I. Quelle zone d'étude ?	51
A/ Les obstacles à une limitation de la ville	51
• Une urbanisation récente sans cadre préalable	51

•	Des modes d'urbanisation propices à l'étalement	56
•	Le blocage politique à la formation d'une entité urbaine	58
B/	Les échelles d'étude significantes	61
•	Les « 189 villages » : le périmètre de la planification urbaine	61
•	Les « 148 villages » : un périmètre urbain construit	66
•	Quelle zone d'étude pour quelle analyse ?	67
II.	L'offre de soins étudiée	68
A/	De la difficulté à recenser l'offre de soins informelle	68
•	L'offre informelle de médecine traditionnelle	68
•	L'offre informelle de médecine moderne	75
B/	Une analyse centrée sur les structures de soins officielles	76
Chapitre 3. Les territoires de l'offre de soins publique : une logique de contrôle territorial ?		79
I.	L'organisation du dispositif de soins : un développement fondé sur le contrôle territorial	79
A/	Un modèle calqué sur les limites politico-administratives	79
B/	La traduction du modèle à Vientiane	81
II.	L'implantation spatiale de l'offre de soins : d'autres logiques	97
A/	Le mirage d'une distribution calquée sur la croissance urbaine	97
•	La répartition de l'offre de soins : entre concentration et dispersion	97
•	Une distribution liée au développement urbain ?	98
B/	Des logiques d'implantation distinctes selon le type de structure	104
•	Les dispensaires : le jeu des pouvoirs locaux	104
•	Les hôpitaux de district : un agencement lié au réseau viaire	108
•	Les hôpitaux centraux : entre centralité et croissance urbaine	110
Chapitre 4. Les territoires d'implantation de l'offre de soins privée : la consécration d'intérêts particuliers		119
I.	Un dispositif au développement non maîtrisé	119
A/	Une dynamique de type commercial	119
•	Une croissance liée à l'ouverture économique	119
•	Une concentration dans les centres urbains	121
•	Le commerce du soin à Vientiane, état des lieux	123
B/	Des activités peu contrôlées	129

• Les manifestations d'un faible contrôle	129
• Des causes structurelles aux causes politiques	131
II. Les territoires d'implantation des pharmaciens : le produit de stratégies commerciales	136
A/ Répartition des pharmaciens : entre dispersion et concentration	136
B/ Logique d'installation des pharmacies : la proximité des consommateurs	138
III. Les territoires d'implantation des médecins privés : le résultat d'enjeux commerciaux modérés	148
A/ Répartition des médecins privés : une concentration dans les villages urbains	148
B/ Logiques d'installation des cliniques : beaucoup de « cliniques-maisons », quelques « cliniques-structures »	150
PARTIE 2 :	159
TERRITOIRES D'ATTRACTION DES STRUCTURES DE SOINS	
Chapitre 5. Eléments méthodologiques	165
I. Secteurs de soins et structures sanitaires éligibles	165
II. Services de soins, variables et période étudiés	166
III. Les limites de l'étude	168
Chapitre 6 - Le champ d'action des hôpitaux publics : des dysfonctionnements visibles à plusieurs échelles	175
I. L'attractivité générale des hôpitaux publics	175
A/ Quelle population le système de soins public attire-t-il ?	175
B/ Zone d'influence des hôpitaux publics	182
II. Le rôle majeur des hôpitaux de rang supérieur	184
A/ Comparaison Hôpitaux de district/hôpitaux centraux	184
• Charge de travail : sous-activité caractérisée des hôpitaux de district	184

•	Profils des consultants : des caractéristiques démo-épidémiologiques distinctes	188
•	Emprise spatiale : le monopole des structures centrales	194
B/	Comparaison Hôpital central général/Hôpital central spécialisé	197
•	Charge de travail : une activité plus forte dans la structure spécialisée	197
•	Profils des consultants : une population plus à risques dans la structure spécialisée	198
•	Emprise spatiale : une attractivité supérieure de la structure spécialisée	201
III.	Attractivité inégale des hôpitaux de même rang	208
A/	Le champ d'action des hôpitaux de district	208
•	Charge de travail : des volumes d'activité inégaux	208
•	Profils des consultants : des patientèles cloisonnées	210
•	Emprise spatiale : une variabilité inter-hôpitaux	215
B/	Le champ d'action des hôpitaux centraux :	233
•	Charge de travail : des niveaux d'activité différents, une productivité équivalente	233
•	Profil des consultants : des patientèles plutôt comparables	235
•	Emprise spatiale : une variabilité inter-hôpitaux	240
Chapitre 7. Les structures de soins publiques : entre perdution et autogestion		267
I.	L'Etat, un acteur absent et fragilisant	267
A/	Vers un désengagement des dirigeants	267
•	La diminution du financement public	267
•	Quand la santé publique n'est plus un enjeu politique	271
B/	Les pesanteurs bureaucratiques	273
C/	La nature des dégâts : éléments généraux	277
•	Ressources humaines et matérielles : l'état du manque	277
•	De l'abandon des soignants à l'abandon des soignés	280
D/	Les structures de rang inférieures, premières sinistrées	283
•	Une politique au bénéfice des hôpitaux centraux	283
•	Les dysfonctionnements caractéristiques des hôpitaux de district	285
II.	Impacts des contraintes et qualités locales	289
PARTIE 3 :		305
TERRITOIRES DU RECOURS AUX SOINS		

Chapitre 8. Appréhender le recours aux soins	309
I. L'enquête quantitative	309
II. Les entretiens	316
Chapitre 9. Etudier les territoires du recours aux soins : une approche sociale	319
I. Perspective de recherche privilégiée	319
II. A Vientiane, quelle stratification sociale ?	320
III. Les différents groupes sociaux de la capitale : définition	329
Chapitre 10. Le façonnement social et spatial du recours aux soins : des territoires inégaux	338
I. Les territoires du recours aux soins des différents groupes sociaux	340
A/ Les territoires du recours aux soins : quelle existence ?	341
B/ Qualité, diversité et appropriation des territoires du recours aux soins	350
• Qualité des espaces de soins pratiqués	350
- lors du dernier épisode morbide	352
- en cas de problème dentaire	357
• Diversité des espaces de soins pratiqués	360
II. Du façonnement social au façonnement spatial du recours aux soins	370
CONCLUSION GENERALE	381
ANNEXES	389
BIBLIOGRAPHIE	441
INDEX	461

Territory and Health care in Vientiane (Laos): One geography of the capital city of a Popular Democratic Republic

Since 1975, Vientiane is the capital city of the Lao People's Democratic Republic, a authoritarian regime which although open to free market economy since 1986, maintains a one-party system and a declared socialist line.

Health care system being a political machinery for the use of the population, it constitutes de facto a subject of analysis reflecting the action of leaders and their vision of society. However, considering the political context of Laos, between authoritarianism and economic liberalization, which health care system can we draw in Vientiane? Is it an expression of state interventionism?

The study of the different spatial registration of the health care system – offers location, catchment area of public facilities, resorts to health care – which corresponds to the framework of our development, will reflect the leaders' behaviour regarding social and territorial control, health coverage or public assistance.

Each of those three spatial markers forms a territory – understood here as a space played by an actor – this concept, considering its analytic relevance, gives the basis of our demonstration. The favoured approach, which centres the stakeholders on the explanatory system, shows the capacity for action of health institutions, public or private health care providers, patients, and therefore, ultimately, the state involvement in the health care sector.

The geography of the health care system as comprehended in Vientiane reveals the motivations of the political Laotian leaders and as a matter of fact, their way of contributing to the production of space in Vientiane.

Keywords: Territory ; Health Care ; To seek Health Care ; Lao PDR ;Vientiane

Territoires et soins à Vientiane (Laos) : **une géographie de la capitale d'une République Démocratique Populaire**

Depuis 1975, Vientiane est la capitale de la République Démocratique Populaire Lao, un régime autoritaire qui, bien qu'ouvert à l'économie de marché depuis 1986, maintient un parti unique et une ligne socialiste affichée.

Le système de soins étant un appareil d'Etat à l'usage de la population, il constitue de fait un objet d'analyse traduisant l'action des dirigeants et leur projet de société. Or, compte tenu du contexte politique laotien, entre autoritarisme et libéralisation économique, quelle géographie du système de soins peut-on dresser à Vientiane ? Est-elle l'expression d'un interventionnisme d'Etat ?

L'étude des différentes inscriptions spatiales du système de soins – localisation de l'offre, aire d'attraction des structures publiques, recours aux soins –, qui correspond à la trame de notre développement, rendra compte de l'attitude des dirigeants en ce qui concerne le contrôle social et territorial, la couverture sanitaire ou encore l'assistance publique.

Ces trois marqueurs spatiaux formant chacun un *territoire* - entendu ici comme un espace pratiqué par un acteur –, ce concept, vu son intérêt analytique, fonde notre démonstration. La démarche privilégiée, qui met au centre du système explicatif les acteurs concernés, montre les capacités d'action des institutions sanitaires, des soignants, publics comme privés, des patients, et donc, en définitive, l'implication de l'Etat dans le secteur des soins.

La géographie du système de soins ainsi appréhendée à Vientiane révèle les motivations du pôle dirigeant laotien et, en somme, sa manière de contribuer à la production de l'espace vientianais.

Mots-clés : Territoire ; Offre de soins ; Recours aux soins ; République Démocratique Populaire Lao ; Vientiane