

La santé bucco-dentaire au Vietnam: disparité entre villes et campagnes

Laure Vannson

▶ **To cite this version:**

Laure Vannson. La santé bucco-dentaire au Vietnam: disparité entre villes et campagnes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2002. hal-01734415

HAL Id: hal-01734415
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734415

Submitted on 14 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY I

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Double

Année 2002 N°38.02

BIBLIOTHÈQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

par

Laure VANNSON

Née le 28 août 1974 à Epinal (Vosges)

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU VIETNAM DISPARITE ENTRE VILLES ET CAMPAGNES

Présentée et soutenue publiquement le : 21 Juin 2002

Examinateurs de la thèse :

M. J.-P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M. A. FONTAINE	Professeur 1er grade	Juge
M. C. AMORY	Maître de Conférences des Universités	Juge
M. T. TRAN	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

BU PHARMA-ODONTOL
D 104 060056 9

PPN 067253444X

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY I

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2002 **N°**

BIBLIOTHEQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

DE 26389

par

Laure VANNSON

Née le 28 août 1974 à Epinal (Vosges)

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU VIETNAM DISPARITE ENTRE VILLES ET CAMPAGNES

Présentée et soutenue publiquement le : 21 Juin 2002

Examinateurs de la thèse :

M. J.-P. LOUIS	Professeur des Universités	Président
M. A. FONTAINE	Professeur 1er grade	Juge
M. C. AMORY	Maître de Conférences des Universités	Juge
M. T. TRAN	Docteur en Chirurgie Dentaire	Invité

UNIVERSITE Henri Poincaré NANCY 1
Président : Professeur Claude BURLET

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
Doyen : Professeur Jean-Paul LOUIS

BIBLIOTHEQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

Assesseur(s) : Docteur C. ARCHIEN - Docteur J.J. BONNIN
Professeurs Honoraires : MM. F. ABT - S.DURIVAUX - G. JACQUART -D. ROZENCWEIG - M. VIVIER
Doyen Honoraire : J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie Pédiatrique	Mme	***D. DESPREZ-DROZ***	Maître de Conférences
	M	J. PREVOST	Maître de Conférences
	Mlle	S. CREUSOT	Assistant
	Mme	M.J. LABORIE-SCHIELE	Assistant
	Mlle	A. SARRAND	Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme	***M.P. FILLEUL***	Professeur des Universités*
	Mlle	A. MARCHAL	Maître de Conférences
	Mme	M. MAROT-NADEAU	Assistant
	Mme	D. MOUROT	Assistant
	Mlle	A. WEINACHTER	Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M.	***M. WEISSENBACH***	Maître de Conférences*
Sous-section 57-01 Parodontologie	M.	***N. MILLER***	Maître de Conférences
	M.	P. AMBROSINI	Maître de Conférences
	M.	J. PENAUD	Maître de Conférences
	Mlle	A. GRANDEMENGE	Assistant
	M.	M. REICHERT	Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Et Réanimation	M.	**P. BRAVETTI**	Maître de Conférences
	M.	J.P. ARTIS	Professeur 2ème grade
	M.	D. VIENNET	Maître de Conférences
	M.	C. WANG	Maître de Conférences*
	M.	P. GANGLOFF	Assistant
	Mme	S. KELCHE-GUIRTEN	Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie,Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M.	***A. WESTPHAL***	Maître de Conférences *
	M.	J.M. MARTRETTE	Maître de Conférences
	Mme	L. DELASSAUX-FAVOT	Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M.	***C. AMORY***	Maître de Conférences
	M.	A. FONTAINE	Professeur 1er grade *
	M.	M. PANIGHI	Professeur des Universités *
	M.	J.J. BONNIN	Maître de Conférences
	M.	P. BAUDOT	Assistant
	Mme	L. CUNIN	Assistant
	M	J. ELIAS	Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M.	***J.P. LOUIS***	Professeur des Universités*
	M.	C. ARCHIEN	Maître de Conférences *
	M.	J. SCHOUVER	Maître de Conférences
	Mlle	M. BEAUCHAT	Assistant
	M.	D. DE MARCH	Assistant
	M.	L.M. FAVOT	Assistant
	M.	A. GOENGRICH	Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle	**C. STRAZIELLE**	Professeur des Universités*
	M.	B. JACQUOT	Maître de Conférences
	Mme	V. SCHMIDT MASCHINO	Assistant

* temps plein - *italique* : responsable de la sous-section

Nancy, le 04.03.2002

Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT ET DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS,

Chevalier des Palmes Académiques
Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
de l'Université Henry Poincaré, Nancy-I
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités
Responsable de la sous-section : Prothèses

Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse, ainsi que d'en être le directeur.

Nous vous remercions pour la richesse de votre enseignement et pour la grande expérience clinique que vous nous avez donnée durant nos années d'études.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre immense respect.

A NOTRE JUGE,

Monsieur le Professeur Alain FONTAINE,

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Professeur 1er grade

Sous-section : Odontologie Conservatrice – Endodontie

Nous vous remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

Nous avons apprécié, tout au long de nos études, la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Nous vous prions de trouver dans ce travail notre profonde estime.

A NOTRE JUGE,

Monsieur le Docteur Christophe AMORY,

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités
Responsable de la sous-section : Odontologie Conservatrice – Endodontie

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de notre jury.

Nous nous souviendrons de vos qualités humaines et professionnelles, et de la disponibilité dont vous avez fait preuve à notre égard.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre sympathie.

A NOTRE INVITE,

Monsieur le Docteur Tuan TRAN,

Docteur en Chirurgie Dentaire
Ancien attaché au Service Dentaire du Centre Alexis Vautrin
Responsable Aide Dentaire Vietnam de la région Nord-Est de la France

Nous vous remercions pour votre dévouement et pour vos judicieux conseils qui ont permis de mener à bien cette thèse.

Que ce travail soit l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur TRAN VAN Truong,

Directeur de l'Institut d'Odonto-Stomatologie de Hanoi

Président de l'Association des Stomatologistes du Vietnam

Sans vous, cette thèse n'aurait pas lieu d'être.

Veuillez trouver ici notre immense gratitude.

A Monsieur le Professeur LAM NGOC An,

Directeur de l'Institut d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville

Vice-Président de l'Association des Stomatologistes du Vietnam

Nous tenons à vous remercier pour toutes les informations que vous nous avez permis d'obtenir. Nous nous souviendrons de votre amabilité et de votre courtoisie.

A Monsieur le Professeur HOANG TU Hung,

Doyen de la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville

C'est avec sourire et bienveillance que vous avez accepté de nous aider dans la réalisation de cette thèse. Soyez assuré de nos vifs remerciements.

A Madame le Docteur HUYNH Anh Lan,

Vice-Doyenne de la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville

En remerciement de votre gentillesse, de votre chaleureux accueil et de vos précieux conseils concernant la réalisation de cette thèse.

A Monsieur le Docteur NGO DONG Khanh,

Responsable du Département de Santé Publique de l'Institut d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville

Nous avons été touchée par votre prévenance et vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame le Docteur PHAN THI THANH Xuan,

Directrice du Dispensaire Aide Dentaire Vietnam de la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh- Ville

Un grand merci pour votre disponibilité et pour votre sympathie à notre égard, nous ne les oublierons pas.

A Madame le Docteur TRUONG Claire,

Représentante de A.O.I. au Vietnam

Et

A Madame le Docteur NGUYEN THI Dieu Lan,

Coordinatrice de projet de A.O.I. au Vietnam

Nous avons apprécié votre aide et tenons à vous témoigner notre reconnaissance pour le temps que vous nous avez consacré.

A MES GRANDS-MERES, avec toute ma tendresse.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE.

A MES PARENTS, pour les conseils et les soutiens qu'ils m'ont m'apportés tout au long de mes « longues » études. Que cette thèse soit un des aboutissements de leurs efforts. En espérant leur apporter de nombreuses autres satisfactions.

A MON FRERE, pour avoir été mon guide dans la nébuleuse informatique et pour tout le reste.

A RIRI, pour être toujours présente quand j'ai besoin d'aide.

A ME ET BA, pour votre gentillesse à mon égard ...et les crevettes au saté.

A SEVERINE, j'espère que l'on fera un bout de chemin ensemble.

A FRED ET NA, pour les soirées vautrés sur le canapé.

A CHRISTINE ET KIKI, pour votre hospitalité et l'attention que vous me portez.

A ELEONORE, ANAÏS, AMANDINE, JUSTINE, GUILLAUME, pour vos sourires.

AU DOCTEUR FRANCOIS MAIRE, pour vos bons conseils, et cela, dans tous les domaines...

A TOUTE L'EQUIPE DU CENTRE ALEXIS VAUTRIN.

A TOUTE MA FAMILLE.

A TOUS MES AMIS, EN FRANCE ET AILLEURS.

LAURE.

1 - INTRODUCTION

Les touristes continuent à affluer au Vietnam, attirés par ce peuple dont le courage contre les Français d'abord, et surtout contre les Américains par la suite, a suscité l'admiration de la terre entière.

Mais depuis l'ouverture du pays grâce à la politique du Doi Moi (rénovation), le Vietnam, bien que ses progrès économiques soient régulièrement cités dans les cercles financiers mondiaux, doit à présent résoudre bien des problèmes engendrés par la nouvelle économie de marché : tel est le revers de la médaille.

Face à une démographie galopante depuis au moins 25 ans, l'Etat vietnamien est souvent dépassé, surtout dans les deux domaines principaux d'une société moderne : l'éducation et la santé. Lors de notre premier voyage au Vietnam, nous avions pu constater le décalage entre la vie en ville et celle en campagne. Aussi fut-il logique, du fait de la nature de nos études, d'étudier les disparités entre milieu urbain et milieu rural, qui pouvaient exister au sein du système de santé bucco-dentaire de ce pays.

Après un survol rapide de la géographie, de l'histoire et de l'Etat vietnamien, nous nous attarderons sur le système général de santé du pays. Puis, nous exposerons les réalités de l'odontologie au Vietnam, grâce à divers documents nous permettant d'avoir des idées précises, ou quelques renseignements, sur la disparité entre villes et campagnes, en matière de santé bucco-dentaire.

Enfin, nous nous permettrons quelques réflexions sur l'avenir du système de santé bucco-dentaire de ce pays.

2 – LE VIETNAM,

TERRE DE CONTRASTES

2.1 GEOGRAPHIE : [10, 25, 38]

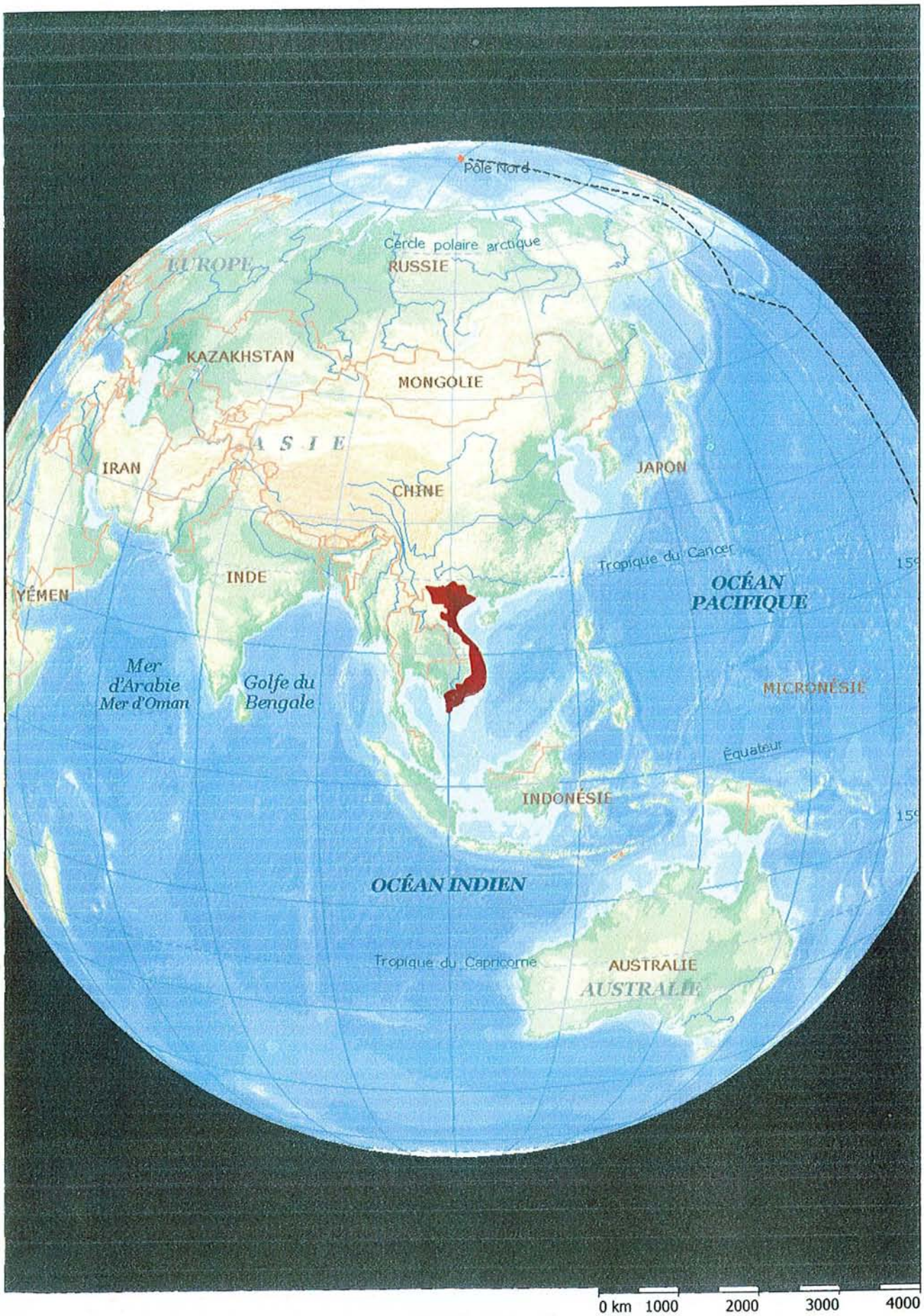
2.1.1 Situation géographique :

Situé sur la côte orientale de la péninsule Indochinoise, au bord de la mer de Chine méridionale, le Vietnam apparaît comme une bande de terre étirée qui s'étend sur 1.650 kilomètres du Nord au Sud.

Avec 3.260 km de littoral sur son versant Est, le Vietnam est le plus maritime des cinq Etats d'Asie du Sud-Est continentale qui regroupe la Thaïlande, la Malaisie, le Cambodge, le Laos et le Vietnam. Ceci lui confère une place de choix dans cette région du globe en le plaçant sur une des routes maritimes les plus fréquentées du monde, au carrefour des échanges entre l'Europe et l'Extrême-Orient d'une part et entre le Japon et les « tigres asiatiques » d'autre part. Ainsi, il est au centre du Sud-Est asiatique où les taux de croissance économique sont les plus élevés.

La carte n°1, figurant à la page suivante, donne un aperçu de la situation du pays dans le Monde Oriental.

Carte n°1 :



Le Vietnam

Le Vietnam possède :

- une frontière avec la Chine au Nord, frontière naturelle avec les montagnes du Yunnan.
- une frontière avec le Laos au Nord-Ouest matérialisée par une chaîne montagneuse ou cordillère annamitique.
- une frontière avec le Cambodge au Sud-Ouest qui reste encore une zone d'instabilité.

La superficie du Vietnam représente les deux tiers de la France soit à peu près 330.363 km^2 et le pays se trouve à la même latitude que les Antilles ou le Sénégal.

2.1.2 Relief :

Le pays s'organise autour de deux grands deltas, du Fleuve Rouge au Nord et du Mékong au Sud, reliés entre eux par de nombreuses plaines littorales au Centre.

Le pays est divisé en 3 grandes régions distinctes :

- Montagnes et Delta du Fleuve Rouge au Nord (Ancien Tonkin).
- Chaîne montagneuse des Truong Son ou cordillère annamitique et basses plaines littorales au Centre (Ancien Annam).
- Delta du Mékong au Sud (Ancienne Cochinchine).

2.1.2.1 Le Nord:

Le Nord du pays est façonné de montagnes et vallées. A son extrémité Ouest, se trouve le point culminant du pays, le Fan Si Pan, pied de la Chaîne Himalayenne et haut de 3.142 mètres.

La vallée du Fleuve Rouge descend du Nord-Ouest vers le Sud-Est ; le delta formé par ce fleuve est une région fertile, qui a vu apparaître les premiers vietnamiens et où se trouve Hanoi, la capitale du pays.

Au Nord-Est du Fleuve Rouge, se trouvent des reliefs karstiques et des pitons rocheux qui donnent son aspect caractéristique à la baie d'Halong s'ouvrant sur le golfe du Tonkin.

2.1.2.2 Le Centre :

Le Centre du pays se compose d'une longue et étroite bande côtière qui s'élève vers les Truong Son ou cordillère annamitique. Ce sont des montagnes étagées en plateaux.

Au Sud du Centre, se trouve la région des Hauts Plateaux aux sols fertiles et couverts de forêts et de cultures.

2.1.2.3 Le Sud :

Le Sud est formé, en grande partie, par le Delta du Mékong. C'est une immense plaine alluviale où aucun point ne dépasse 3 mètres d'altitude.

Le Mékong est le douzième plus long fleuve du monde ;il se divise en deux bras principaux au niveau de son delta, eux-mêmes divisés en neuf bras chacun ou neuf dragons.

Cette région est appelée « le grenier à riz » du pays car elle en produit les deux tiers de la production totale.

Au Nord-Est de cette région fertile, se trouve le principal centre industriel et commercial du pays, Ho Chi Minh-Ville ou ancienne Saigon.

2.1.2.4 Les îles :

Il s'agit essentiellement de deux archipels : Paracels et Spratly qui représentent des enjeux économiques importants du fait de la présence probable d'hydrocarbures et de leur réserve en poissons.

Les îles de l'archipel Paracels, en mer de Chine méridionale, sont disputées par la Chine et le Vietnam, mais sont en majorité occupées par la Chine à l'issue d'une guerre en 1974 avec le Vietnam du Sud.

Les îles Spratly sont disputées par le Vietnam et au moins cinq de ses voisins (les Philippines, la Chine, la Malaisie, Taiwan et l'Indonésie).

2.1.3 Climat :

Bien qu'il soit tout entier dans la zone tropicale, entre le tropique du Cancer et l'Equateur, le fait que le Vietnam s'étire du 8ème au 24ème degré de latitude Nord, entraîne des variations climatiques importantes : Le climat est de type sub-équatorial au Sud et de type tropical au Nord.

Les températures varient peu à Ho Chi Minh-Ville où la moyenne est de 28°C toute l'année. A Hanoi, il existe un écart important entre Janvier, le mois le plus froid (17°C) et Juin, le mois le plus chaud (29°C). Au cœur de l'hiver, la température peut frôler les 6°C. Bien que cette ville soit située nettement au dessous du tropique du Cancer, la proximité des montagnes de la Chine explique la rigueur du climat.

Ho Chi Minh-Ville et Hanoi reçoivent globalement la même quantité de pluies soit 1.500 à 2.000 mm/an. La répartition est différente puisque la métropole méridionale connaît une saison sèche de décembre à avril et une saison des pluies de mai à novembre, tandis que la capitale septentrionale connaît des pluies réparties régulièrement sur toute l'année.

2.2 POPULATION : [3, 10, 20, 25, 29, 38]

Le Vietnam est le deuxième pays le plus peuplé d'Asie du Sud-Est après l'Indonésie. Selon le dernier recensement en 2001, on comptait environ 80 millions de Vietnamiens.

Le peuplement du Vietnam est très inégalement réparti. D'abord, un très grand nombre de Vietnamiens vit en zone rurale soit 76,5 % de la population totale, le reste peuple les villes soit 23,5 %.
Ensuite, il existe un contraste démographique entre certaines régions du pays :

- Le Delta du Fleuve Rouge au Nord et les régions qui entourent Hanoi rassemblent près de 30 % de la population sur 8 % du territoire.
- Le Delta du Mékong au Sud et les régions qui le bordent, comptent près de 35 % de la population sur 20 % de la superficie du pays.

Ainsi les deux pôles du pays regroupent presque deux tiers de la population.

Par ailleurs, le Vietnam est un état poly-ethnique qui compte une soixantaine d'ethnies différentes :
La population est représentée à 88% de Viets ou ethnie Kinh. Les 12% restant sont les minorités ethniques vivant surtout dans les montagnes et comptant 54 groupes différents ; parmi elles, les Hoas, les Thais, les Khmers, les Hmongs...

Il faut ajouter les deux millions de Vietnamiens d'outre-mer ou « Viet Kieu », pour la plupart réfugiés boat people, qui ont fui le régime communiste à partir de 1975 et qui se sont implantés essentiellement aux Etats-Unis, en Australie, au Canada et en France.

La pyramide des âges de la population vietnamienne ressemble à un triangle isocèle typique des populations jeunes. Ceci résulte d'un taux de naissances élevé dans le passé. Aujourd'hui, les moins de 15 ans représentent 39 % de la population, tandis que les plus de 60 ans représentent seulement 5 % de la population totale.

Tableau 1 :

Répartition de la population vietnamienne par classe d'âge et par sexe en 1992-1993. [10]

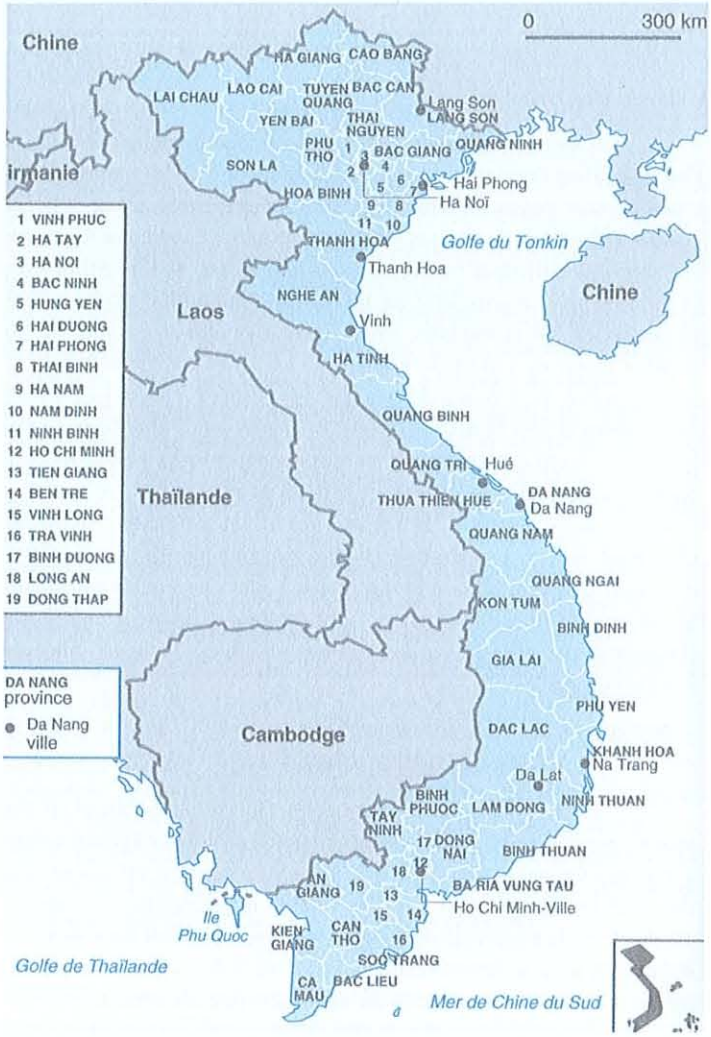
Classe d'âge	Part de la population (en %)	Nombre de femmes pour 100 hommes
0-4 ans	12,1	98
5-9 ans	13,1	92
10-15 ans	12,6	101
15-19 ans	10,8	101
20-29 ans	16,2	110
30-39 ans	13,5	113
40-49 ans	7,5	120
50-59 ans	5,9	128
60-69 ans	5,2	115
70-79 ans	2,6	152
80 et +	0,7	200
Total	100	103

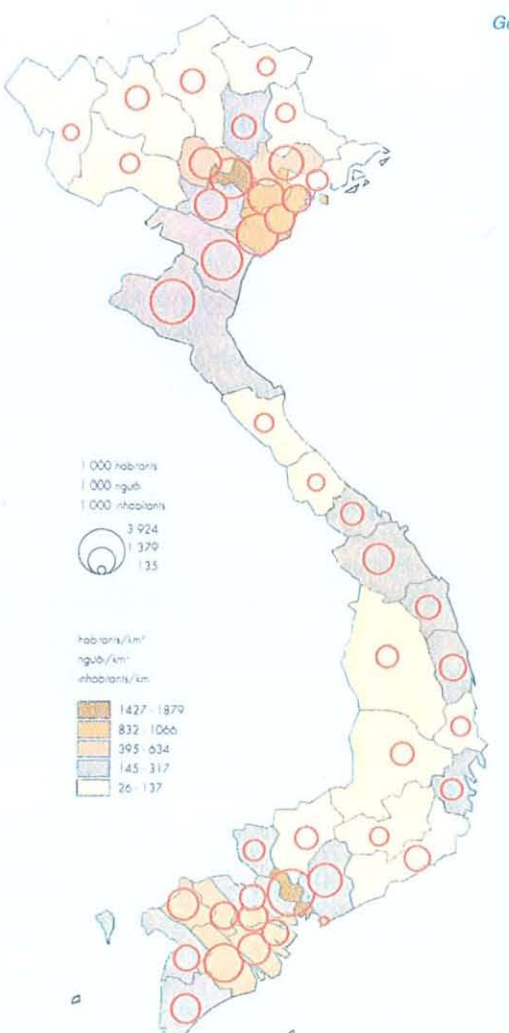
Source :Département général des statistiques vietnamien, Major Social and Economic Information Obtained from the Large Scale Surveys of 1990-96, Hanoi, 1998.

Selon les résultats du recensement, le taux de fertilité par femme en âge de procréer était de 3,1 en 2001 contre 3,8 en 1989 ; cette diminution est le résultat de programmes adoptés par les autorités pour limiter le nombre d'enfants par famille à deux. Mais ces consignes si elles ont été respectées plus ou moins en ville, ne l'ont pas été en campagne, or c'est là que la population est la plus importante.

A la page suivante, les cartes n°2 et n°3, nous renseignent sur les provinces et principales villes du Vietnam, et sur la population et les densités générales par km^2.

Carte n°2
Provinces et villes principales [25]





Carte n°3
Population et densités générales par km2 [38]

2.3 RELIGIONS ET LANGAGES : [3, 25]

2.3.1 Religions :

La religion officielle du Vietnam est le bouddhisme du Grand Véhicule ou Mahayâna, environ 70% de la population la pratiquent.

Cependant, le Vietnam étant au carrefour de nombreuses influences telles que chinoises et indiennes, il existe dans ce pays une sorte de syncrétisme religieux qui est le mélange de trois philosophies différentes : le bouddhisme, le taoïsme ou l'harmonie avec la nature et le confucianisme ou le respect de l'ordre.

Par ailleurs, la plupart des Vietnamiens gardent des croyances anciennes et pratiquent le culte des ancêtres, des esprits, des génies et des morts. En effet, les coutumes veulent que l'on vénère ses ancêtres, par un culte, longtemps après leur mort, afin de demeurer attaché à ses propres origines.

2.3.2 Langages :

La langue vietnamienne est parlée par la majorité du peuple. C'est une langue monosyllabique et polytonale qui fut transcrite au XVII^{ème} siècle en caractères latins par un missionnaire européen, ALEXANDRE DE RHODES.

Le vietnamien ainsi romanisé ou « quôc ngu », devint plus accessible car plus facile à lire et à écrire que les idéogrammes chinois. Cela joua un rôle dans l'alphabétisation du peuple vietnamien et permit de vulgariser la pensée et la culture française.

Quant aux ethnies qui peuplent les montagnes, elles ont toutes des langages qui leur sont propres.

2.4 HISTOIRE : [4, 5, 6, 7, 9, 29, 32, 39]

L'Identité Nationale du Vietnam fut forgée au travers de batailles et de guerres pendant des siècles, contre les Chinois, les Français, les Américains. Aujourd'hui, le Vietnam a retrouvé la paix. Les grandes puissances ont déserté cette zone qui a cessé d'être pour elles un enjeu majeur.

2.4.1 La période chinoise :

Issus des tribus de Chine, les Vietnamiens (à l'origine des tribus Viet du Sud) étaient parvenus à constituer un royaume : le VAN LANG, dans le Delta du Fleuve Rouge. Ce royaume connut une période brillante à l'âge du bronze : l'Ere de DONG SON. Leurs rois HUNG, dans la conscience nationale vietnamienne, demeurent les fondateurs de la nation.

En 111 avant J.C., l'armée de l'empereur chinois des HAN conquiert le royaume et l'intègre à l'Empire. Cette domination durera près de onze siècles. Les Chinois diffusent leur technologie du fer, la riziculture irriguée, la tannerie, la porcelaine, l'imprimerie, leur langue, leur organisation étatique, leur calendrier soli-lunaire, leurs rites et progressivement tous les éléments de leur culture. Ils apportent aussi le bouddhisme du grand véhicule puis le confucianisme.

En 938, à l'occasion des troubles qui agitent l'empire chinois de la dynastie TANG, le pays recouvre son indépendance sous le nom de DAI CO VIET puis DAI VIET sans pour autant cesser de subir l'influence chinoise dont la langue restera la langue administrative et littéraire au moins jusqu'à la fin du XV^{ème} siècle. La culture irriguée entraîne une croissance démographique rapide. C'est le début de l'expansion ou « Nam Tien » qui signifie « la marche vers le Sud ». Les deux brillantes dynasties vietnamiennes des LY puis des TRAN couvrent quatre siècles

du XI^{ème} au XIV^{ème} siècle et prennent la Chine comme modèle. Au XV^{ème} siècle, la dynastie des LE achève d'organiser l'Etat sur le modèle chinois.

En 1471, le DAI VIET envahit finalement complètement le Champa, état maritime indianisé du Centre, développé à la fin du II^{ème} siècle après J.C..

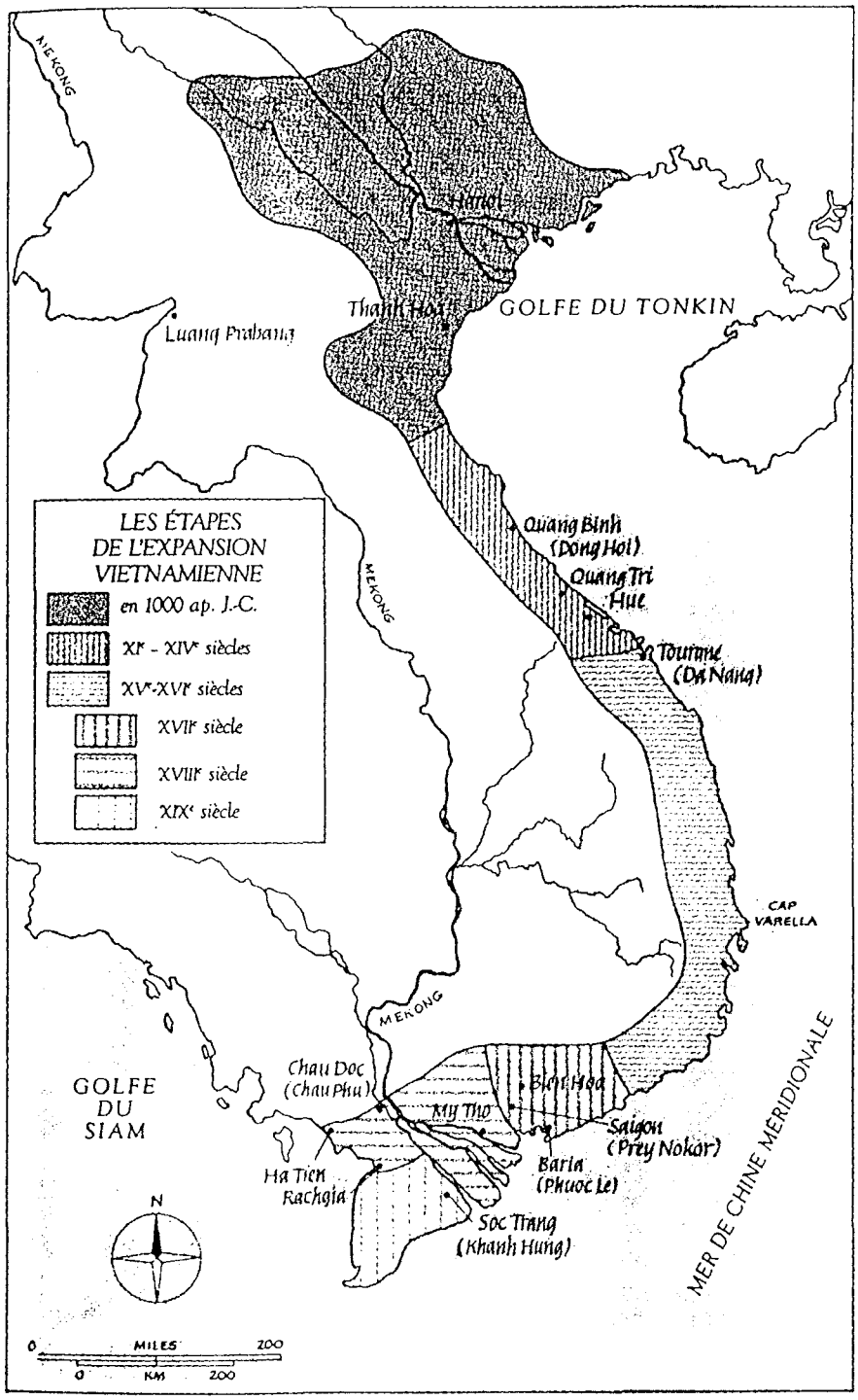
Au XVI^{ème} siècle, le Vietnam se scinde en deux principautés sous l'autorité purement nominale des rois LE. Au Nord du 18ème parallèle, les TRINH, au Sud, les NGUYEN qui poursuivent l'expansion vers le Sud. La progression se fait par grignotages successifs des provinces du Delta du Mékong alors territoires khmers.

A la fin du XVIII^{ème} siècle, le Vietnam a à peu près atteint ses frontières actuelles.

La carte n°4, page suivante, donne les étapes de l'expansion vietnamienne à travers les siècles.

Carte n°4

Les étapes de l'expansion vietnamienne [32]



Source : Les frères ennemis, Nayan Chanda, CNRS, 1987.

En 1771, les trois frères NGUYEN, originaires du village de Tay Son, dans la province de Binh Dinh, commencent la réunification du pays et se font rois en 1778. Mais au Sud, un membre de la famille des seigneurs NGUYEN, NGUYEN ANH, avec l'aide du missionnaire français PIGNEAU DE BEHAINE et de quelques négociants français, reconquiert la Cochinchine, puis l'Annam et en 1802 achève la réunification. Il se proclame empereur sous le nom de GIA LONG, installe sa capitale à Hué. Le DAI VIET prend alors pour la première fois le nom de Vietnam. Cette période marque également le début de la volonté française de se fixer en Indochine.

2.4.2 La période française (1858-1954) :

La conquête française commence en 1858 par Tourane (Danang) puis Saigon l'année suivante. En 1862, la Cour de Hué cède les trois provinces orientales à la France. Tout le Sud du Vietnam (Cochinchine) passe sous administration directe française.

En 1887, c'est la création de l'Union Indochinoise regroupant trois protectorats (l'Annam/Tonkin, le Laos et le Cambodge), plus la Cochinchine qui devient colonie. L'autorité française est représentée par un Gouverneur Général.

Après la première guerre mondiale, on voit émerger un courant réformiste démocratique dont la principale figure était l'intellectuel PHAN CHU TRINH. Peu à peu les contestations gagnent toutes les couches de la population, mais les révoltes sporadiques sont réprimées dans le sang. Ce n'est qu'à partir de 1930 que l'organisation de la lutte anti-colonialiste se dessine avec la création du Parti Communiste Vietnamien, le 3 Février 1930. Il sait jouer autant sur le sentiment nationaliste que sur les frustrations économiques de larges couches de la population.

Le début de la deuxième guerre mondiale marque le déclin de l'autorité coloniale française avec la défaite de la France face à l'Allemagne. Le Japon force la France à signer un traité de défense commune (le 9 Décembre 1941). Désormais, la France ne conserve plus que le contrôle de l'administration.

Le 9 Mars 1945, les forces japonaises éliminent les autorités françaises et poussent l'empereur BAO DAI à proclamer l'indépendance. Mais ce dernier ne parvient pas à asseoir son autorité et moins d'un mois après Hiroshima (6 Août 1945), le 2 Septembre 1945, HO CHI MINH proclame la République.

La situation devient alors confuse. Les forces chinoises du KUO MING TANG sont, selon la conférence de Postdam, autorisées à venir jusqu'au Nord du 16ème parallèle pour désarmer les forces japonaises. Au Sud, le corps expéditionnaire français, dans les bagages des britanniques, amorce la reconquête de l'Indochine.

Les provocations se multiplient de part et d'autre, malgré les pourparlers et les conférences (conférence de Fontainebleau en Septembre 1946) qui ne débouchent que sur un modus vivendi permettant aux forces françaises de rester sur le territoire nord-vietnamien. Mais le carnage de Hai Phong, le 23 novembre 1946 par les Français, finit par pousser le gouvernement de Ho Chi Minh à prendre le maquis. Ainsi débute la première guerre d'Indochine.

Les forces du Viet Minh, contraction de « Vietnam doc lap dong minh hoi » qui signifie « ligue pour l'indépendance du Vietnam », commandées par VO NGUYEN GIAP, se consolident jour après jour avec un soutien considérable de la population. De la guérilla, elles passent à la guerre de mouvement à partir de la fin 1949, date à laquelle les communistes chinois gagnent la guerre en Chine et apportent un soutien logistique important.

Pendant ce temps, la France tente de créer un Etat du Vietnam Indépendant avec à sa tête l'empereur BAO DAI mais les libertés octroyées au nouvel Etat l'apparentent davantage à un régime d'autonomie dans l'Union Française, que d'indépendance véritable. Du coup, BAO DAI perd de plus en plus sa légitimité.

Dès 1950, aidées par les communistes chinois et soviétiques, les forces vietnamiennes commencent à gagner du terrain pour déboucher sur l'offensive finale à Dien Bien Phu qui dure du 13 Mars 1954 au 7 Mai 1954.

Au lendemain de la défaite, la France s'engage dans la Conférence consacrée au problème indochinois, laquelle aboutit à la signature du Traité de Genève. Cet accord prévoit la partition du Vietnam en deux, au niveau du 17ème parallèle. Au Nord, se regroupent les hommes du Viet Minh, au Sud, les pro-français. Une élection de réunification est prévue en 1956.

2.4.3 La période américaine (1965-1973) :

Les Américains interviennent en soutenant le régime du Sud-Vietnam dans le contexte de lutte internationale contre le communisme. Ainsi, ils installent NGO DINH DIEM au pouvoir. Celui ci renverse BAO DAI en 1955, adopte le régime présidentiel calqué sur le modèle américain et passe outre l'élection prévue.

Au Nord, les communistes sous la houlette du président HO CHI MINH consolident le pouvoir et décident dès 1959 d'infiltrer le Sud pour continuer la lutte pour la réunification du pays.

Le 20 Décembre 1960 est créé au Sud, le Front National de Libération bientôt baptisé « Vietcong » par les Sudistes et les Américains.

Les conseillers américains affluent au Sud et en Janvier 1962, un commandement militaire américain est installé à Saigon. Mais l'impopularité de NGO DINH DIEM grandit et il sera renversé et assassiné lors d'un putsch soutenu par la C.I.A.. L'instabilité politique s'ensuit jusqu'à la prise de pouvoir par le général NGUYEN VAN THIEU en 1965.

La guérilla anti-gouvernementale commence à exaspérer les Américains qui sous prétexte de l'attaque d'un de leurs destroyers, le MADDOX, dans le golfe du Tonkin le 2 Août 1964, décident de bombarder le Nord-Vietnam et de s'engager massivement au Sud (600.000 hommes en 1966).

Malgré la suprématie technologique (aviation, armement...), les Américains s'enlisent peu à peu dans le conflit face à un ennemi insaisissable. Le moral est au plus bas car, pour la première fois de l'histoire militaire, les images de la guerre sont retransmises en direct à la télévision du monde entier.

L'offensive du Têt 1968 (nouvel an), porte un coup décisif au cours du conflit. On se souviendra du siège de l'ambassade américaine à Saigon et de l'exécution en direct d'un vietcong par le chef de la police saigonnaise.

Le président JOHNSON, poussé par l'opinion publique, décide d'interrompre les bombardements et d'engager les pourparlers de paix avec le Nord-Vietnam.

En 1969, élu avec la promesse de retrait des troupes américaines du Vietnam, le président NIXON amorce la politique de vietnamisation de la guerre. Par les accords de Paris signés le 27 Janvier 1973, les Américains s'engagent à quitter le Vietnam dans un délai de deux mois. En contrepartie, les Nordistes acceptent le maintien du régime de THIEU en attendant les élections démocratiques sous surveillance internationale.

Mais, le président THIEU s'entête dans la recherche d'une solution militaire, lance ses troupes à la reconquête des territoires tenus par les communistes. Ces derniers ne tardent pas à contre-attaquer car, entre temps, le président NIXON est contraint à démissionner à cause du Watergate et le Sénat américain vote une réduction massive de 50 % de l'assistance militaire au Vietnam. Le régime sudiste perd du terrain jusqu'à la défaite totale concrétisée par la chute de Saigon le 30 Avril 1975.

Ainsi s'achève une guerre qui fut l'une des plus meurtrières de toute l'histoire de l'humanité. Les pertes sont élevées : 53.000 Américains tués ainsi que 2

millions de Vietnamiens, 5 millions de blessés, 1.300.000 orphelins, 500.000 enfants estropiés, 10 millions de personnes déplacées, 15 millions de tonnes de bombes déversées soit deux fois plus que pendant toute la seconde guerre mondiale.

2.4.4 Le conflit khmero-vietnamien (1975-1989) :

Après trente ans de guerre, le Vietnam aspire à vivre une longue période de paix mais bientôt les vieilles querelles frontalières avec le Cambodge ressurgissent.

En effet, forts du soutien des Chinois, les Khmers Rouges, amis d'hier, commencent à attaquer les villes frontalières tout en revendiquant le retour au Cambodge de la Cochinchine, intégrée au Vietnam à l'issue de l'Accord de Paris du 8 Mars 1949.

Ces attaques donnent un prétexte au Vietnam d'étendre son influence conformément à la Fédération Indochinoise sous l'égide du Vietnam préconisé par le président HO CHI MINH.

Pendant ce temps, le régime génocidaire de POLPOT met en application la construction d'une société nouvelle en exterminant tout ce qui ne correspond pas à ses critères.

Sur le plan militaire, après la création à Hanoi le 3 Décembre 1978 du Front National pour le Salut du Kampuchea (FLNSK), lequel est inféodé au Vietnam, les Vietnamiens lancent l'offensive le 25 Décembre 1978. En quelques semaines, ils occupent pratiquement tout le Cambodge en chassant POLPOT vers la frontière avec la Thaïlande.

Bien que cette invasion soit considérée comme une libération du peuple cambodgien, le Vietnam est très critiqué et toutes les aides sont interrompues.

Pour sortir de l'isolement et pour faire l'économie d'une occupation qui lui coûte cher, le Vietnam décide de se retirer du Cambodge. A la fin de 1989, son retrait total est considéré comme effectif.

2.4.5 Le conflit sino-vietnamien (1979-1989) :

La Chine depuis le début des années 1960 ne voit pas d'un très bon œil l'alliance entre le Vietnam et l'U.R.S.S.. Laquelle alliance risquerait de tenir la Chine en tenaille. A partir de 1975, les tensions se font plus sentir avec l'exode d'un million de Hoa, ethnie d'origine chinoise victime des pratiques vexatoires du Vietnam.

La question de l'archipel Spratly et l'invasion du Cambodge par l'armée vietnamienne fournissent l'occasion à la Chine de donner une leçon au Vietnam. Le 17 Février 1979, la Chine déploie 120.000 hommes sur toute la longueur de la frontière, appuyés par une puissante artillerie. Les troupes chinoises se heurtent à une résistance si farouche, si efficace de l'armée vietnamienne que Pékin décide le 15 Mars 1979 de battre en retraite avec d'énormes pertes.

Les tensions entre les deux pays se sont poursuivies après 1979 avec un pic au début de 1987 quand une nouvelle bataille des frontières fit plusieurs milliers de victimes. L'annonce par le Vietnam du retrait de ses troupes du Cambodge assura la normalisation des relations entre les deux pays depuis 1989.

2.5 L'ETAT VIETNAMIEN : [2, 10]

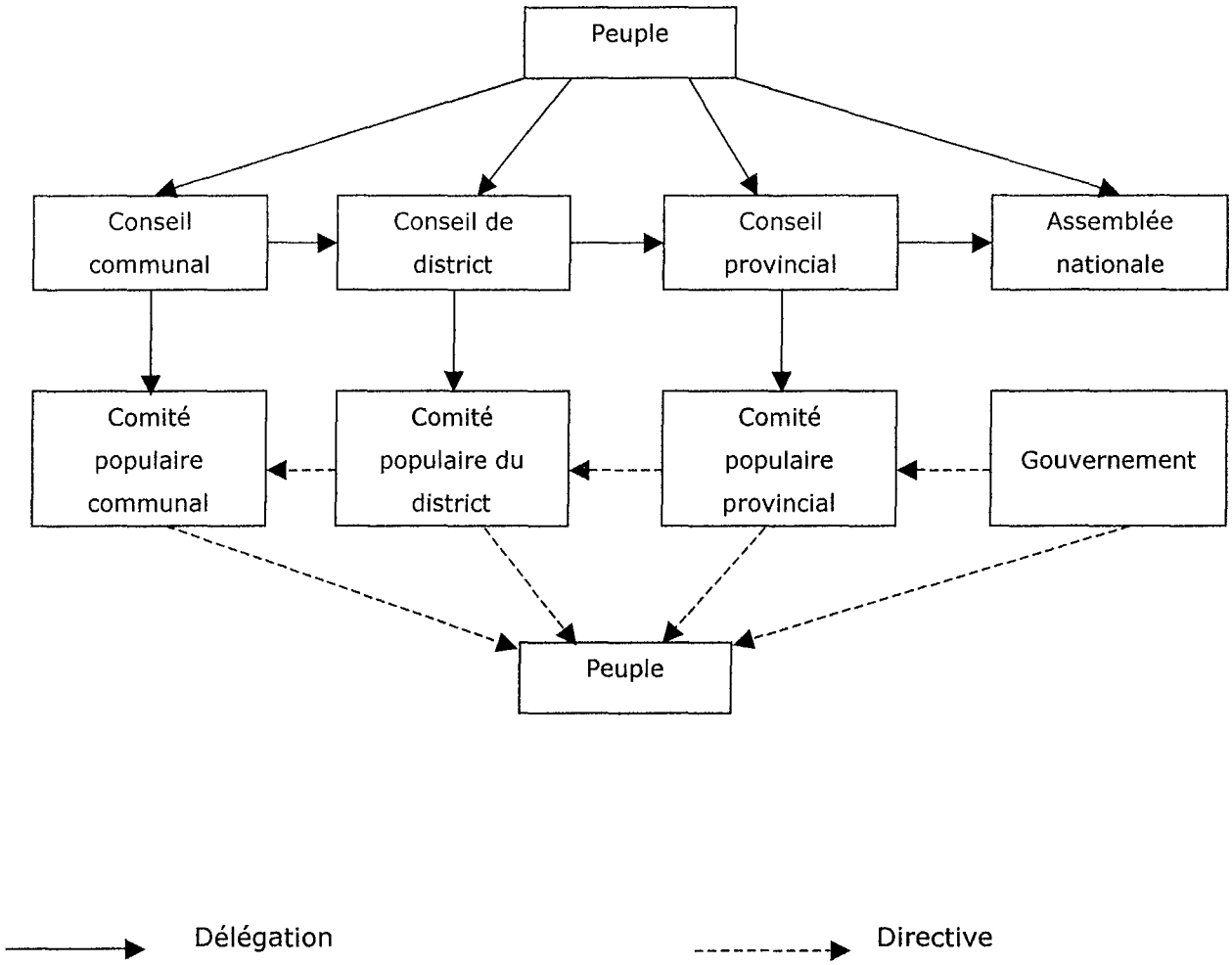
Avec la Chine, Cuba et la Corée du Nord, le Vietnam est l'un des derniers régimes communistes de la planète. Après avoir connu la dictature prolétarienne et populaire ainsi que l'économie planifiée, son régime politique actuel rentre dans une phase législative de transition indispensable à la nouvelle politique économique. Cependant, la tutelle d'un parti communiste pèse encore lourd sur l'ensemble du pouvoir.

Effectivement, le Vietnam est toujours une république socialiste dans laquelle le Parti Communiste Vietnamien joue encore un rôle très déterminant. Il est le seul mentionné dans la Constitution (Article 4) donc unique. Il est omniprésent à chaque instant politique du pays. Il contrôle puis approuve les candidatures à l'Assemblée Nationale par le truchement du Front de Libération de la Patrie. Cependant, aux dernières élections de 1997, parmi les candidats, cent six personnes n'étaient pas membres du Parti.

Le tableau 2, page suivante, donne un aperçu du système politique vietnamien.

Tableau 2 :

Le système politique vietnamien. [10]



Actuellement, malgré son importance politique, il convient de relativiser le nombre des membres communistes. Le P.C.V. (Parti Communiste Vietnamien) compterait environ 2 millions de membres soit moins de 3 % de la population. Son implantation au Sud demeure faible par rapport à ce qu'elle est au Nord (1 % contre 9 %). Elle culmine même à 16 % dans la province côtière de Nghe Tinh dont HO CHI MINH était originaire, une des provinces les plus pauvres du Vietnam. Notons que depuis le changement de la politique économique du pays,

il y a une dégradation des adhésions au Parti Communiste et qu'il est possible de réussir sans entrer au Parti.

Le Parti se repose sur une force armée qui rassemble encore près d'un demi-million d'hommes (420.000 dans l'armée de terre, 42.000 dans la marine, 30.000 dans l'armée de l'air).

2.6 EVOLUTION ECONOMIQUE : [8, 10, 18, 19]

Au lendemain de la guerre, les communistes vietnamiens, euphoriques, décidaient de socialiser la société capitaliste du Sud. Forts de leurs victoires contre le colonialisme français puis contre l'impérialisme américain, les dirigeants entendaient « démontrer à tous les peuples en lutte pour leur émancipation qu'un peuple décidé à construire une nouvelle vie est capable d'y parvenir » (dixit le Premier Ministre PHAM VAN DONG en 1975). La collectivisation forcée des terres fut alors appliquée et entraîna une baisse importante de la production agricole. Lors du 2ème plan quinquennal de 1980 à 1985, l'industrie lourde fut favorisée au détriment de l'agriculture. Les résultats furent catastrophiques.

Isolé de la scène internationale, victime d'un blocus économique imposé par les Etats-Unis suite à l'invasion du Cambodge dont l'occupation commença à peser lourd dans le budget, le régime pensa à sortir de ces difficultés.

Ce fut chose faite dès le VI ème congrès en décembre 1986. Emportée par la vague de la perestroïka préconisée par MIKHAIL GORBATCHEV, une nouvelle politique dite de « rénovation » ou « Doi Moi » fut décidée.

Désormais, tout en demeurant fidèle à la ligne marxiste, du moins au niveau idéologique, le Vietnam s'engage dans une nouvelle voie baptisée : l'économie socialiste de marché.

Les principales réformes portent essentiellement sur quatre domaines :

1. Privatisation de l'agriculture :

   Dès 1988, les terres furent partagées entre les paysans qui en obtinrent la jouissance avec des baux de 15 ans en acquittant diverses taxes.

2. Autonomie de gestion des entreprises publiques (sauf dans les secteurs stratégiques comme l'électricité, les communications, les ressources pétrolières) :

   Dorénavant, les entreprises produisant des biens de consommation seront soumises à la loi du marché et respecteront les règles de la comptabilité économique en vue de dégager des profits.

3. Développement du secteur privé :

   Par la résolution n°16, l'Etat s'engage à garantir les intérêts légitimes y compris le droit de propriété et d'héritage des petits entrepreneurs et capitalistes nationaux engagés dans la production industrielle.

4. Promulgation de la loi sur les investissements étrangers.

Les résultats économiques ne se firent pas attendre. Dès 1989, la croissance atteignit 8,5 %, puis baissa en 1990 et 1991, ceci étant dû à des restructurations. De 1992 jusqu'à 1998, elle se maintient autour de 8%.

Tableau 3 :

Quelques indicateurs du « miracle vietnamien » (1988-1998). [10]

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Taux de croissance du PIB (en %)	5,0	8,5	5,1	6,0	8,6	8,1	8,8	9,5	9,3	8,8	5,8
Taux d'inflation (en %)	394	34,7	67,4	67,6	17,6	8,3	9,3	16,8	5,6	4,0	9,2
Déficit public (en % du PIB)	7,2	7,5	5,8	2,3	2,4	4,8	1,5	1,3	2,7	3,6	Non com-
Investissement public (en % du PIB)	4,4	5,8	5,1	2,8	5,8	7,0	6,9	5,4	6,0	6,0	muni- qués

Sources : FMI Vietnam.

Les progrès furent sans précédent. Le Vietnam est devenu depuis 1995, le 2ème producteur et exportateur mondial de riz. L'inflation fut ramenée de 394 % en 1988 à 4,0 % en 1997. L'industrie prend la première place dans la répartition des licences d'investissement. Ces investissements se dirigent surtout vers l'industrie légère notamment la confection et l'agro-alimentaire. Parmi ces flux de capitaux, il ne faut pas oublier les transferts des Vietnamiens d'outre-mer, qui oscillent entre 1 et 2 milliards de dollars par an.

D'un PIB/habitant de 170 US$ en 1992, le Vietnam atteignit le PIB/habitant de 370 US$ en 1997 (1 900 US$ en fonction de la parité du pouvoir d'achat) et il était de 400 US$ en 2000.

2.7 EDUCATION : [10, 25]

Au début de la période communiste, l'éducation de la population était l'un des piliers du régime, c'est pourquoi les Vietnamiens ont un niveau d'éducation élevé par rapport au niveau de développement du pays.

Le tableau 4, page suivante, permet de comparer les niveaux d'éducation des chefs de ménage vietnamiens par région de résidence en 1992-1993. Notons que la méthode concernant le choix des régions est identique à celle utilisée pour les études épidémiologiques.

Tableau 4 :

Niveau d'éducation des chefs de ménage vietnamiens par régions de résidence en 1992-1993 (en %). [10]

Niveau d'éducation	**Vietnam**	Hautes Terres du Nord	Delta Fleuve Rouge	Côtière nord-centrale	Côtière centrale	Hautes Terres centrales	Sud-Est	Delta Mékong
Aucun	**11,9**	8,7	6,0	5,6	20,3	35,6	12,9	15,3
Primaire	**37,5**	34,5	21,5	31,4	38,4	33,7	43,3	55,4
Second. inférieur	**37,5**	38,6	47,8	42,2	23,8	23,5	28,6	20,5
Second. supérieur	**12,3**	14,1	17,9	14,6	11,3	6,2	11,2	6,4
Technique	**2,5**	2,6	4,1	4,7	2,1	0,5	0,9	1,2
Université	**2,2**	1,6	2,8	1,5	4,2	0,5	3,2	1,2

Source : Dollar (David), Glewwe (Paul), Litvack (Jennie) (sous la dir.), Household Welfare and Vietnam's Transition..., op.cit.

D'emblée, on remarque que peu de gens dans les trois provinces du Nord (Hautes Terres du Nord, Delta du Fleuve Rouge et Région Côtière Nord – Centrale) n'ont aucun niveau d'éducation, contrairement au Sud du pays où les chiffres sont plus importants. Ceci s'explique par l'influence plus marquée au Nord, du régime communiste sur le système éducatif.

Cependant, les Vietnamiens ayant atteint l'Université ne représentent que 2,2 %. En effet, depuis 1989, l'Etat a cessé son monopole sur l'enseignement par la création des écoles privées reconnues d'utilité publique. Bien que l'éducation soit gratuite dans les écoles publiques, les frais annexes de scolarité représentent une somme importante pour un budget familial citadin et la totalité du budget d'une famille paysanne moyenne. Les gens vivant en campagne sont donc exclus de l'enseignement supérieur en grande majorité, et l'accès des citadins y est très limité.

Dans le cycle primaire, qui reste gratuit pour les plus pauvres, le manque d'écoles par rapport à une démographie galopante à laquelle l'Etat ne peut plus faire face, fait que les enfants vont étudier en classe une demi-journée par jour seulement. Les plus riches, seulement, peuvent s'inscrire à des cours privés pour contourner ce problème.

Mais en dépit du coût élevé des études, les Vietnamiens sont prêts à se sacrifier pour assurer un avenir à leurs enfants, la réussite dans les études étant l'un des fondements du confucianisme.

3 – SYSTEME

GENERAL

DE SANTE

3.1 SITUATION SANITAIRE AU VIETNAM : [10]

Avec l'éducation, la santé est un secteur favorisé par le système communiste. Après l'établissement de la République Démocratique du Vietnam, le 2 septembre 1945, les principes directeurs du service de santé étaient :

- Servir la production et la défense nationale.
- Combiner la prévention des maladies avec les traitements.
- Combiner médecine traditionnelle et médecine occidentale.

Durant la période allant de 1954 à 1975, le service de santé vietnamien s'est élaboré en un vaste réseau, notamment dans les campagnes. Ainsi en 1997, on estimait que 99 % des communes vietnamiennes étaient équipées d'un dispensaire local.

Selon les tableaux 5 et 6, page suivante, la situation sanitaire du Vietnam est plutôt satisfaisante. Proche de celle de pays dont le niveau de développement est plus avancé, comme les Philippines ou la Chine, elle dépasse même celle de pays dont le PIB par tête se rapproche du sien comme le Népal.

Nous pouvons noter que le Vietnam se situe au deuxième rang en ce qui concerne le nombre de médecins, juste derrière la Chine (autre pays communiste) et même avant la Corée du Sud qui est la 11ème puissance économique mondiale.

Tableau 5 :

Indicateurs sanitaires en 1960 et en 1990 et PIB par tête en 1992 au Vietnam et dans plusieurs autres pays asiatiques.[10]

	Espérance de vie à la naissance (en années)		Taux de mortalité infantile (décès sur 1 000 naissances vivantes)		PIB par tête (en dollars)
Pays	1960	1990	1960	1990	1992
Vietnam	***57***	***67***	***105***	***55***	***170***
Népal	44	56	279	135	170
Bangladesh	46	56	251	137	220
Inde	47	58	235	127	310
Pakistan	49	56	222	163	420
Chine	43	69	210	43	450
Ceylan	58	72	140	22	540
Indonésie	46	59	214	111	670
Philippines	59	64	103	62	770
Papouasie N^{elle} Guinée	47	52	204	169	950
Thaïlande	52	68	149	36	1 840
Malaisie	58	71	106	20	2 790
Corée du Sud	53	72	133	10	6 790

Source : Dollar (David), Glewwe (Paul), Litvack (Jennie) (sous la dir.), Household Welfare and Vietnam's Transition..., op.cit.

Tableau 6 :

L'offre et la demande de soins au Vietnam et dans plusieurs autres pays asiatiques en 1991. [10]

Pays	Médecins (pour 1 000 habitants)	Lits d'hôpital (pour 1 000 habitants)	Dépenses par habitant (en dollars)	Dépenses publiques (en %)	PIB par tête (1992) (en dollars)
Vietnam	***0,84***	***2,2***	***12***	***16,2***	***170***
Népal	0,06	0,3	7	48,9	170
Bangladesh	0,15	0,3	7	43,8	220
Inde	0,41	0,7	21	21,7	310
Pakistan	0,34	0,6	12	52,9	420
Chine	1,37	2,6	11	60,0	450
Ceylan	0,14	2,8	18	48,6	540
Indonésie	0,14	0,7	12	35,0	670
Philippines	0,12	1,3	14	50,0	770
Papouasie N^{elle} Guinée	0,08	3,4	36	63,6	950
Thaïlande	0,20	1,6	73	22,0	1 840
Malaisie	0,37	2,4	67	43,3	2 790
Corée du Sud	0,73	3,0	377	40,9	6 790

Source : Dollar (David), Glewwe (Paul), Litvack (Jennie) (sous la dir.), Household Welfare and Vietnam's Transition..., op.cit.

Outre les bienfaits dont le Vietnam a bénéficié durant la colonisation française, dans le domaine de la santé, (par exemple les Instituts PASTEUR de Hanoi et Ho Chi Minh-Ville), la mise en place du régime communiste à partir de 1975, a conduit le pays à une égalisation du niveau de soins. Les succès furent incontestables, notamment en ce qui concerne les grandes maladies épidémiques, la mortalité infantile et la lutte contre le paludisme. Cependant, bien que les problèmes de maladies infectieuses et de malnutrition, dont 37 % d'enfants souffrent **[42]**, restent majeurs, les maladies liées à l'augmentation du niveau de vie gagnent du terrain.

3.2 STRUCTURE DU SYSTEME DE SOINS AU VIETNAM : [20]

3.2.1 Administration :

Le tableau 7, page suivante, décrit le réseau des professions de santé établi au Vietnam et régi par l'Etat.

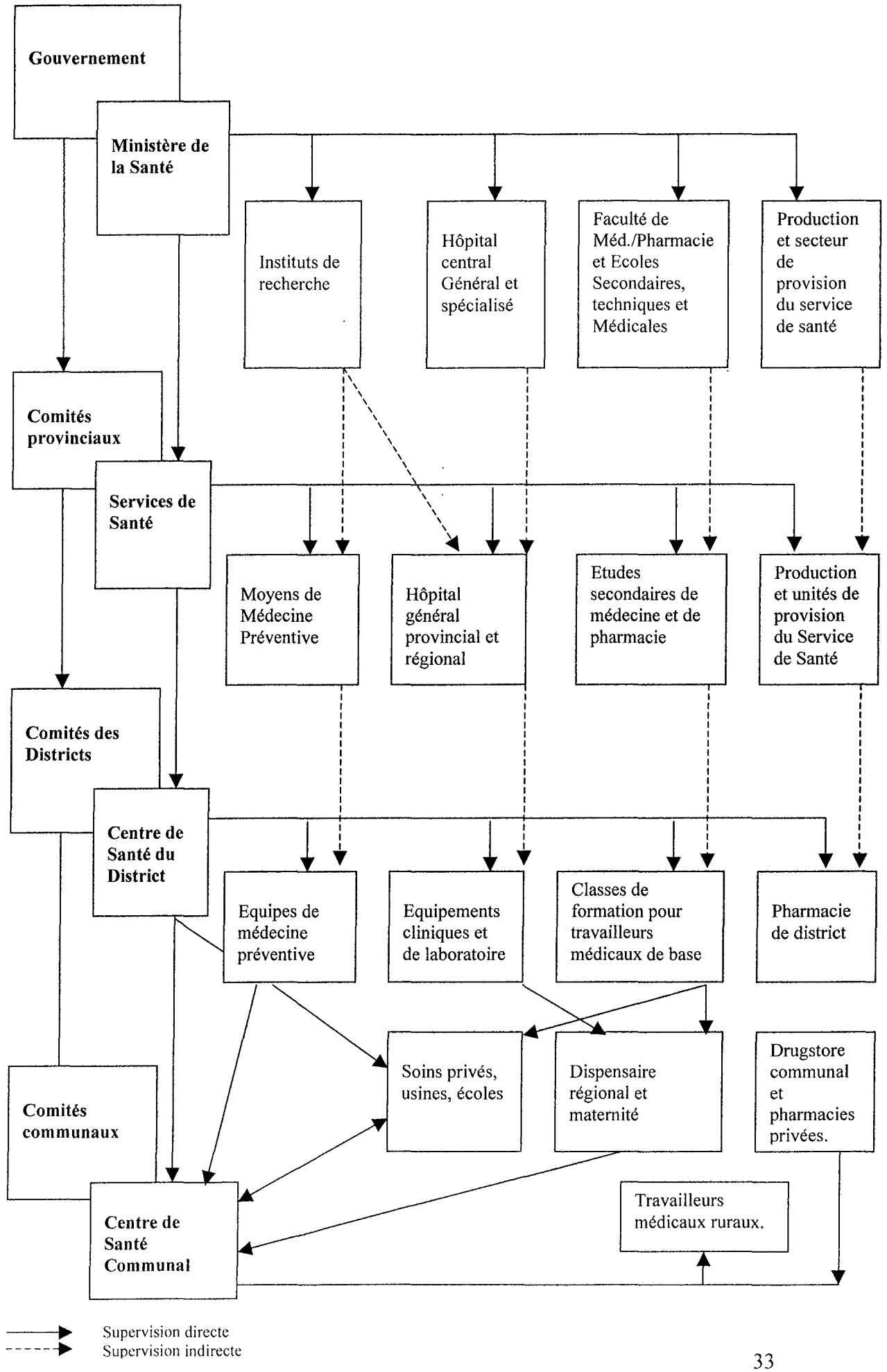
Il existe une hiérarchie dans le contrôle.

Le Gouvernement par le biais du Ministère de la Santé, supervise de façon directe les grands instituts de recherche, les hôpitaux des grandes villes, les facultés du secteur santé, la production pharmaceutique.

Ensuite, les comités provinciaux, des districts et communaux gèrent à leur niveau, leur réseau de professionnels de santé.

De nos jours, nous pouvons voir des hôpitaux dépendant directement des ministères où se concentrent les subventions de l'Etat et les aides des pays donateurs, et d'autres hôpitaux dépendant des provinces, dépourvus de tout.

Tableau 7 : [20]


ADMINISTRATION D'ETAT
RESEAU PROFESSIONNEL
Gouvernement
Ministère de la Santé
Instituts de recherche
Hôpital central Général et spécialisé
Faculté de Méd./Pharmacie et Ecoles Secondaires, techniques et Médicales
Production et secteur de provision du service de santé
Comités provinciaux
Services de Santé
Moyens de Médecine Préventive
Hôpital général provincial et régional
Etudes secondaires de médecine et de pharmacie
Production et unités de provision du Service de Santé
Comités des Districts
Centre de Santé du District
Equipes de médecine préventive
Equipements cliniques et de laboratoire
Classes de formation pour travailleurs médicaux de base
Pharmacie de district
Comités communaux
Soins privés, usines, écoles
Dispensaire régional et maternité
Drugstore communal et pharmacies privées.
Centre de Santé Communal
Travailleurs médicaux ruraux.
Supervision directe
Supervision indirecte

3.2.2 Personnel de santé :

3.2.2.1 Formation au cours des décennies :

C'est en 1902 et 1914, que la Faculté de Médecine et la Faculté de Pharmacie du Collège d'Indochine furent établies. Ainsi commença la formation de médecins et de pharmaciens pour toute l'Indochine, même si le nombre de diplômés par année était restreint.

Après 1945, le pays ne comptant que 51 docteurs en médecine vietnamiens, la tâche urgente était de former du personnel médical, spécialement en campagne où la majorité de la population se trouvait. Des milliers de membres des brigades d'hygiène et de la Croix Rouge allèrent dans les communautés enseigner et informer sur l'hygiène, les premiers secours et les vaccinations.

Avant 1960, le réseau de santé rurale comprenait un contingent de 10.000 personnes.

Depuis 1960, malgré la formation de médecins et de pharmaciens dans les grandes écoles, le pays connut des besoins grandissants en santé publique, particulièrement dans les campagnes. Le gouvernement a donc créé une formation de médecin-assistant dans des écoles médicales provinciales dites « de niveau intermédiaire ». Les étudiants de ces écoles furent sélectionnés parmi de jeunes gens qui achevaient la 7ème année d'éducation générale dans les campagnes. Ils suivaient 3 années de formation en médecine générale, puis étaient employés dans les centres médicaux communaux de leurs villages natals.

De 1973 à 1975, plus de 450 médecins-assistants eurent une formation de 3 ans supplémentaires pour devenir médecins. La plupart retournèrent ensuite dans leur village natal pour travailler dans le centre de médecine communal.

Après 1975, la formation de médecins-assistants fut suspendue dans les provinces du Nord, mais se poursuivit dans le Sud du Vietnam.

3.2.2.2 Etablissements de formation :

Au Vietnam, il y a 16 collèges, universités ou facultés de formation de médecins, de pharmaciens, de dentistes et d'autres catégories de personnel

soignant, tous régis par l'Etat. Parmi eux, on trouve l'Ecole de Médecine et l'Ecole de Pharmacie d'Hanoi, l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Ho Chi Minh-Ville, la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville, la Faculté de Chirurgie Dentaire de Hanoi, l'Ecole de Médecine de Hué, l'Institut Médical Militaire, les Ecoles Médicales et Techniques de niveau intermédiaire localisées à Hai Duong et Danang, l'Ecole Intermédiaire de Tue Tinh pour la médecine traditionnelle.

La formation du personnel de santé reste faible dans les provinces montagneuses du Nord, les Hauts Plateaux du Centre et les endroits isolés du Sud-Vietnam. Certaines provinces n'ont pas d'institutions pour la formation du personnel.

3.2.3 Fonctions et activités des différents niveaux de santé :

Le réseau de santé vietnamien est formé selon un modèle à 4 niveaux.

3.2.3.1 Niveau central :

Au niveau central, le Ministère de la Santé définit les grandes orientations de la politique de santé publique et les programmes sanitaires nationaux. Il exerce une gestion étatique sur la répartition des services de soins. Cela inclut l'hygiène et la prophylaxie, le diagnostic et le traitement, la production et la circulation des équipements dans le pays entier, ainsi que celles des médicaments. Médicaments qui sont en grande partie importés de France, d'Inde ou de Suisse, leur production concerne surtout les antibiotiques, les vitamines et les vaccins (Institut des vaccins à Nha Trang).

Le Ministère de la Santé gère également les instituts de recherche, la formation du personnel médical, les grands hôpitaux d'Hanoi et des villes importantes comme Hué ou Ho Chi Minh-Ville.

3.2.3.2 Centre Médical Provincial:

Il supervise et coordonne l'activité des centres médicaux des districts et des communes. Il dirige les hôpitaux provinciaux, le centre provincial pour la santé mère-enfant, les services de médecine préventive, produit des vaccins et du petit matériel médical, et gère les écoles d'infirmières et de sage-femmes. Il exerce aussi une gestion sur la pratique privée en province.

Dans les 61 provinces du Vietnam et au centre des cités administrées, il existe 249 hôpitaux provinciaux spécialisés incluant des léproseries, des sanatoriums et des centres de réhabilitation.

3.2.3.3 Centre Médical du district:

Administré par le service de médecine provincial, il coordonne et supervise l'activité des dispensaires communaux et se trouve être l'un des acteurs principaux des programmes de santé publique, par l'intermédiaire de la brigade d'hygiène et de prophylaxie qui fournit les services de prévention comme vaccinations, contrôle du paludisme, des carences en vitamine A et en iode.

Le Centre Médical du district gère également les centres mère-enfant, les polycliniques intercommunales, les hôpitaux du district (de 100 lits environ) qui fournissent des soins de médecine générale, de médecine organique, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, d'ophtalmologie, de dentisterie et d'O.R.L..

Dans tout le Vietnam, il existe 550 hôpitaux de district, un district regroupant environ 10 à 20 communes soit une population d'environ 100.000 à 150.000 habitants.

3.2.3.4 Centre Médical Communal:

C'est le 1er niveau de services accessible aux populations dans le réseau de santé. C'est à lui de proposer les soins primaires, de détecter et contrôler les épidémies, de mettre en œuvre les programmes nationaux de vaccination et de contraception, d'assurer la provision des médicaments essentiels. Il comprend une infirmerie de 5 à 10 lits, une maternité de 5 lits, un dépôt de pharmacie. Le personnel est composé de 3 à 5 personnes, incluant au moins un médecin-assistant qui a trois ans de formation et une sage-femme formée pendant deux

ans (seulement un quart des communes rurales ont un médecin). Le Vietnam compte 10.331 communes, presque chacune ayant un Centre de Médecine Communal couvrant en moyenne une population de 6.000 habitants.

Tableau 8 :

Equipements de santé par catégorie en 1998. [20]

Catégorie	Nombre	Nombre de lits
Instituts avec lits	10	2.140
Hôpitaux généraux	685	86.513
Hôpitaux spécialisés	66	14.799
Hôpitaux de médecine traditionnelle	43	4.195
Hôpitaux de réhabilitation	6	465
Polycliniques	953	9.999
Cliniques spécialisées	33	485
Maternités	48	995
Centres de rééducation	5	100
Sanatoriums	71	11.970
Léproseries	18	1.529
Centres de santé communaux	9.920	42.380
Centres médicaux d'autres secteurs	1.120	
Total	12.978	175.570

Cependant de nombreux problèmes persistent au niveau du secteur public, notamment le sous-équipement de ses établissements et le salaire très faible du personnel de santé. Avec 29 US$ (=230 FF=35 €) par mois en moyenne, on comprend la démotivation de ces professionnels, ceci se répercutant sur la qualité des soins.

3.2.3.5 Exercice privé:

En 1989, les pratiques privées médicales et pharmaceutiques furent légalisées. Cette autorisation répondait aux demandes non satisfaites par le secteur public. De ce fait, beaucoup de cliniques privées, de pharmacies et de cabinets dentaires s'établirent. Jusqu'en 1998, le Vietnam comptait environ 40.000 structures privées majoritairement situées dans les métropoles, Hanoi et Ho Chi Minh-Ville, ainsi que dans les villes provinciales (c'est à dire 69% et 55% respectivement, de structures privées de médecine et de pharmacie). Au cours

de ces dernières années, les structures privées ont contribué, de façon substantielle, à l'apport des soins curatifs à la population et à l'allègement du fardeau pour le secteur public. Par exemple, la disponibilité de ces structures a contribué à détecter plus rapidement des maladies.

Au niveau du secteur privé, la recherche du profit, l'abus des examens complémentaires, le mauvais comportement du prescripteur amenant le patient à gaspiller son argent sont les principaux problèmes rencontrés. Egalement, des infractions ont été rapportées concernant les médicaments toxiques, les stupéfiants, les narcotiques.

3.3 ACTIVITES PRATIQUES ET METHODES DE TRAVAIL :

3.3.1 En ville :

Le malade ira soit dans un hôpital public, où les salles d'attente sont souvent bondées du fait des tarifs bas, soit dans un cabinet médical privé où les soins, beaucoup plus chers que dans le service public, sont en général de meilleure qualité. L'hôpital public reste le principal pourvoyeur de soins, premièrement parce que le réseau hospitalier est dense au Vietnam, et deuxièmement parce que la majorité des médecins doivent y assurer en priorité leur service avant de se consacrer à leur cabinet privé. Seuls les médecins retraités du secteur public peuvent bénéficier d'une licence pour un exercice libéral à temps plein. Les cabinets médicaux privés se concentrent, quant à eux dans les centres urbains et ignorent de plus en plus les campagnes.

3.3.2 En campagne :

Lorsqu'un individu est malade, il consulte l'infirmier du village, s'il existe. Si son état est plus grave ou s'il n'y a pas d'infirmier de village, il demande une consultation auprès du médecin du Centre Médical Communal qui décidera de le soigner à domicile ou de le soigner au centre. Les budgets des communes, alloués par l'Etat étant insuffisants, les dispensaires communaux connaissent des difficultés pour prodiguer des soins satisfaisants, notamment sur le plan matériel et humain. Aussi, est-il fréquent d'envoyer les malades dans un hôpital du district, réputé plus efficace.

Parallèlement à la médecine occidentale qui fut introduite par les Français, la médecine traditionnelle reste populaire parmi les Vietnamiens **[27]**. Officiellement reconnue et facilement accessible à la population, elle fait l'objet d'un enseignement universitaire.

3.4 LES CENTRES DE SOINS :

Les photographies, pages suivantes, présentent les différents centres de soins en campagne et en ville :

Page 40 : Différents centres médicaux en campagne.

Page 41 : Hôpital Municipal de la ville de Buon Me Thuot (province du Dac Lac, région des Hauts Plateaux du Centre)



Centre Médical Provincial
de Dong Thap

Centre Médical de district

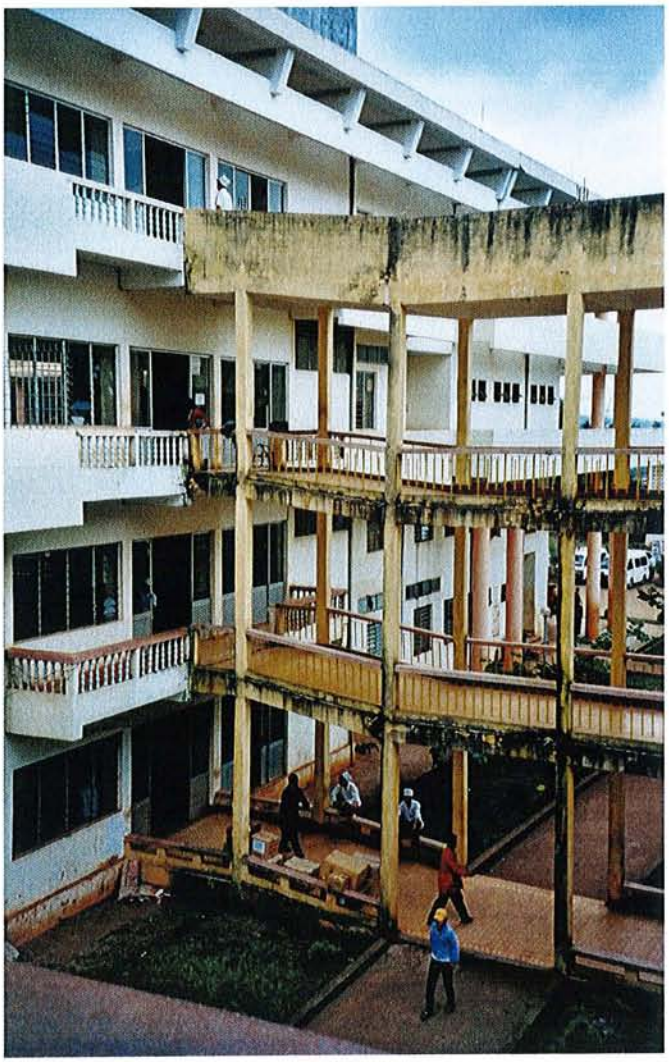


Centre Médical Communal
de Dong Nai



Centre Médical Communal
dans le Nord montagneux





Hôpital de Buon Me Thuot

4 – SYSTEME

DE

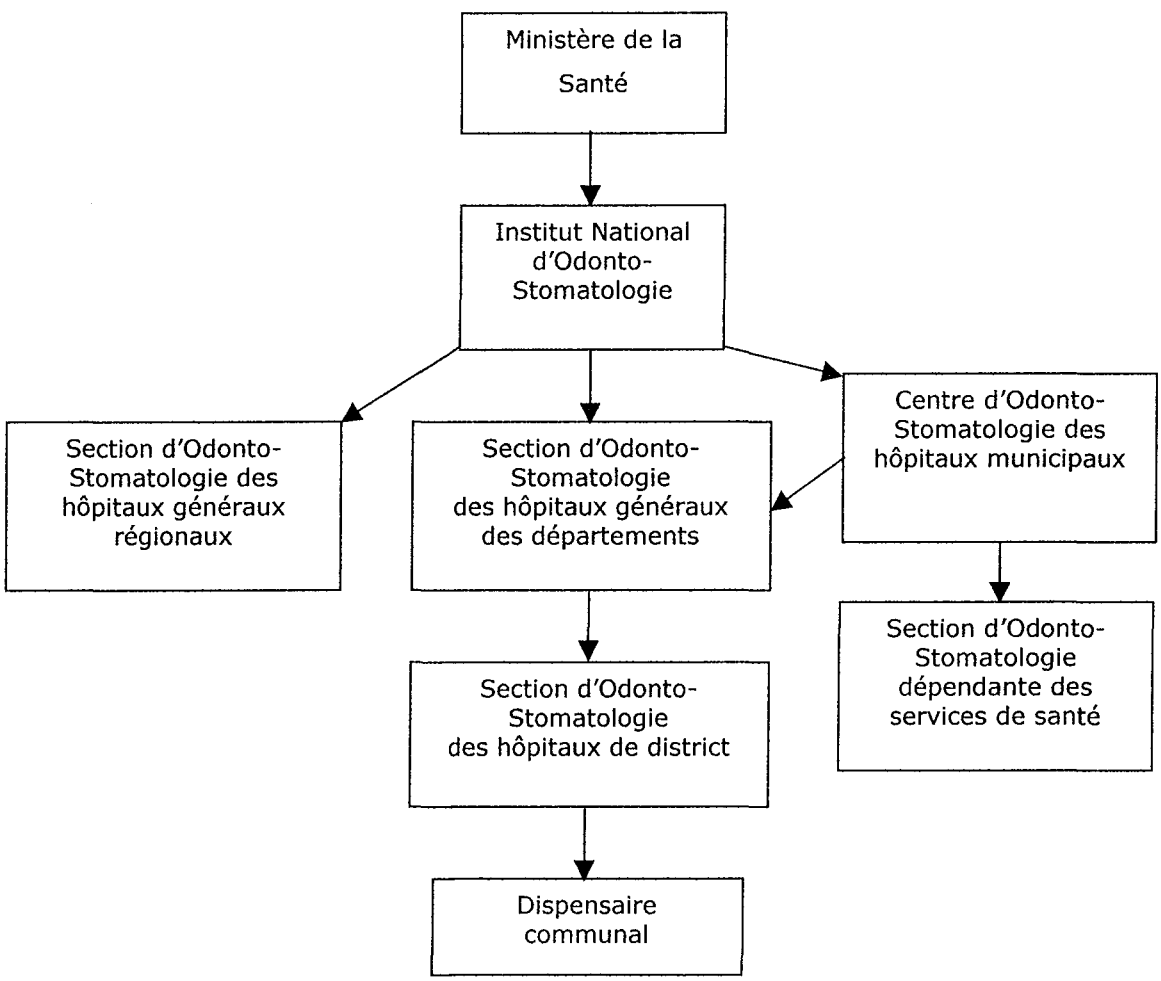
SANTE BUCCO-DENTAIRE

4.1 ORGANISATION GENERALE : [16]

Tableau 9 :

Organisation du système de santé bucco-dentaire au Vietnam.

[16]



Notons que, comme pour le système de santé en général, l'Institut National d'Odonto-Stomatologie agit directement sur les niveaux régionaux, départementaux et municipaux. A l'intérieur d'une grande ville comme Ho Chi Minh-Ville, la concurrence existe entre le service d'Odonto-Stomatologie dépendant de l'Hôpital Municipal et celui de l'Institut.

4.2 LES ETUDES EN ODONTOLOGIE :

4.2.1 Introduction :

Pour présenter le système d'étude en chirurgie dentaire au Vietnam, nous détaillerons, en premier point, l'exemple de la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville, qui demeure, pour l'instant, la seule faculté dentaire du pays, la Faculté de Chirurgie Dentaire de Hanoi étant en voie d'achèvement.

Cette unique Faculté à Ho Chi Minh-Ville, a la lourde tâche de former des praticiens pour une population avoisinant les 80 millions d'habitants

Il existe, cependant, d'autres établissements qui forment des praticiens et du personnel dentaire en nombre non négligeable. Ces établissements seront cités en second lieu.

4.2.2 Exemple de la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville :

La Faculté d'Odonto-Stomatologie a été créée en août 1962. Il s'agit en fait de l'ancienne section de chirurgie dentaire de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Saigon, transformée en Faculté d'Odonto-Stomatologie.

Depuis 35 ans, la Faculté dépend de l'Université des Sciences Médicales, située dans le district 5 au 652, Nguyen Trai. **[22]**

4.2.2.1 Formation universitaire :

La formation est un peu calquée sur le système français. Après le baccalauréat, les futurs étudiants doivent réussir un concours d'entrée, puis après 6 années d'études, obtiennent le diplôme de Docteur en Odonto-Stomatologie.

Ces 6 années d'études en odonto-stomatologie sont ponctuées de 34 certificats de sciences médicales de base et 56 certificats de spécialités. Les étudiants doivent en obtenir un nombre minimum pour passer en année supérieure.

- La 1ère et la 2ème année étant communes avec médecine, on y étudie les matières fondamentales.
- En 3ème année, les étudiants s'initient à l'art dentaire sur des mannequins en plastique, identiques à ceux que l'on peut trouver en salle de T.P. de 3ème année à la Faculté Dentaire de Nancy.
- En 4ème, 5ème et 6ème année, les étudiants se perfectionnent à l'art dentaire sur des patients en clinique. En effet, la Faculté est aussi un centre dispensant des soins dentaires de qualité et à prix modique.

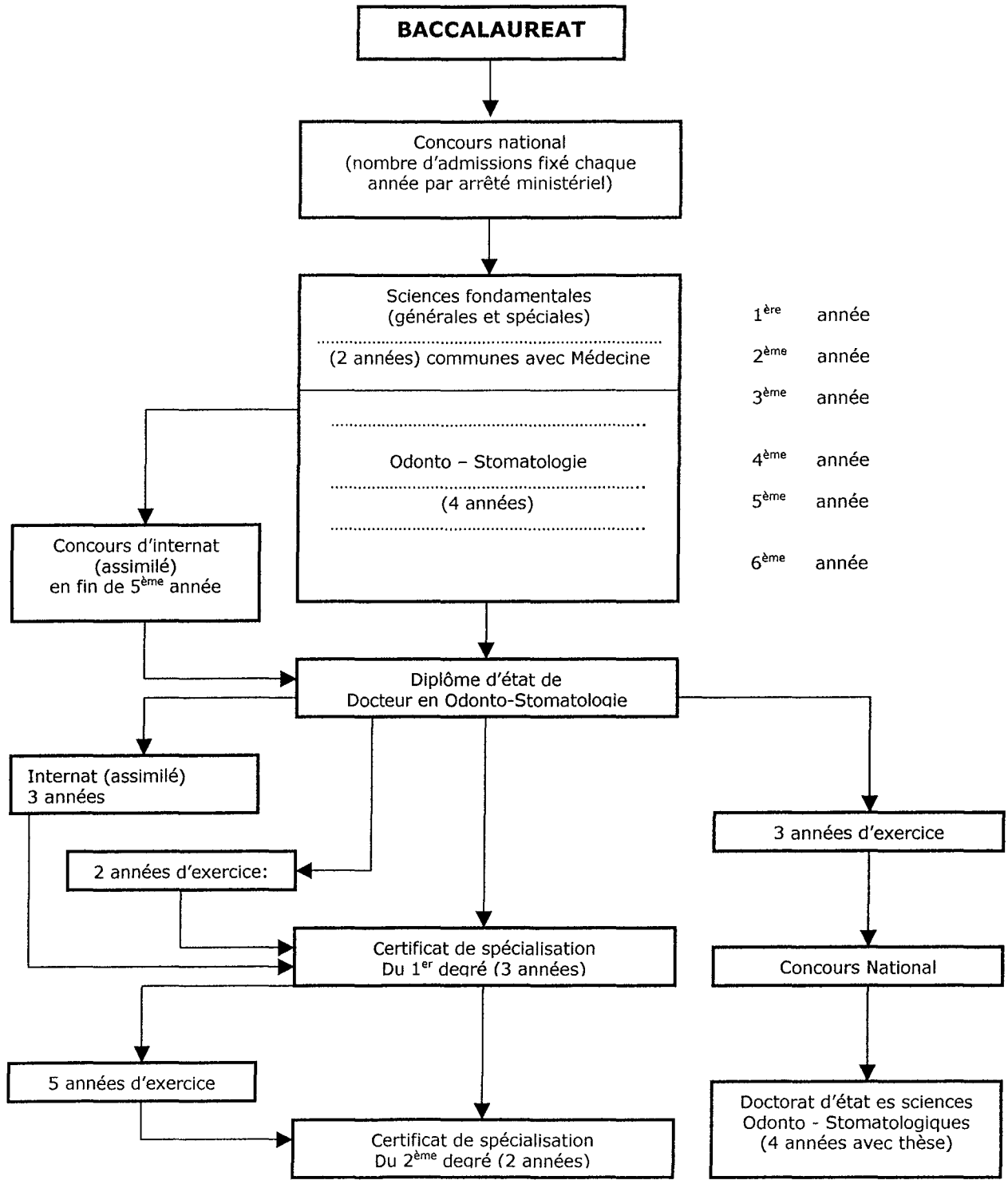
Les tableaux 10, 11 et 12, pages suivantes, renseignent sur le parcours universitaire, les matières enseignées en 1ère et 2ème année, et celles enseignées en 3ème, 4ème, 5ème et 6ème année. **[22, 24]**

Notons que parmi ces matières odontologiques, l'idéologie politique est encore enseignée, comme dans toutes les autres universités du pays. Car, ainsi que le souligne l'article 35 de la loi sur l'Education votée en Décembre 1997 : « La formation universitaire est destinée à répondre aux besoins d'édification et de défense de la Patrie » **[25]**. Parallèlement, les cours de gymnastique et l'entraînement militaire sont aussi obligatoires.

Tableau 10 : [24]

SCHEMA GENERAL DE FORMATION UNIVERSITAIRE

ET POST UNIVERSITAIRE EN ODONTO – STOMATOLOGIE



Les certificats de spécialisation du 1er degré :

- Exondontie. Petite chirurgie et Pathologie buccale
- Dentisterie conservatrice. Périodontologie
- Chirurgie maxillo faciale
- Prothèse adjointe et conjointe
- Orthodontie. Pédodontie
- Sciences fondamentales spéciales
- Dentisterie générale

Tableau 11 : [24]

CURRICULUM

1ère ANNEE				
CERTIFICATS	1er SEMESTRE		2ème SEMESTRE	
	Théorie	Travaux Pratiques	Théorie	Travaux Pratiques
1/ Statistiques	48		16	3
2/ Informatique				
3/ Physique appliquée à la Médecine	40	24		
4/ Biophysique			30	
5/ Chimie générale et inorganique	36			
6/ Chimie organique			24	12
7/ Biologie cellulaire			24	15
8/ Génétique			28	18
9/ Anatomie des membres	30	20		
10/ Anatomie tête et cou	30	20		
11/ Anatomie thorax et abdomen			40	25
12/ Anatomie du système nerveux			20	15
13/ Idéologie 1	40			
14/ Idéologie 2			30	
15/ Psychologie			24	
16/ Ethique			30	
17/ Langues étrangères	80		100	
18/ Gymnastique	8	20		40
19/ Entraînement militaire		4 semaines		

2ème ANNEE				
CERTIFICATS	1er SEMESTRE		2ème SEMESTRE	
	Théorie	Travaux Pratiques	Théorie	Travaux Pratiques
1/ Physiologie 1	49	21		
2/ Physiologie 2			49	21
3/ Biochimie 1	36	21		
4/ Biochimie 2	36	21		
5/ Bactériologie 1	35	16		
6/ Bactériologie 2	35	16		
7/ Histologie	40	33		
8/ Embryologie	20	09		
9/ Médecine interne			36	6 semaines
10/ Médecine externe			34	9 semaines
11/ Organisation de la santé			20	
12/ Idéologie 3	30			
13/ Idéologie 4			30	
14/ Langues étrangères	72		60	
15/ Entraînement militaire		4 semaines		

Tableau 12 : [24]

3e 4e 5e 6e ANNEES		
CERTIFICATS	**Totaux horaires**	
	Théorie	**Pratique**
CHAPITRE 1 : Matières fondamentales spéciales	**250**	**171**
1.1 Biochimie dentaire	15	0
1.2 Physiologie pathologique	45	20
1.3 Anatomie dentaire	30	48
1.4 Parasitologie	30	15
1.5 Pharmacologie	60	0
1.6 Anatomie pathologie	30	20
1.7 Occlusodontie	30	45
1.8 Matériaux dentaires pour dentisterie opératoire	10	0
1.9 Matériaux dentaires pour prothèse	0	23
CHAPITRE 2 : Santé dentaire publique et sociale	**227**	**129**
2.1 Psychologie, médecine sociale	60	0
2.2 Santé publique et Odonto Stomatologie	42	78
2.3 Dentisterie préventive – Service dentaire scolaire	15	0
2.4 Dentisterie générale	10	51
2.5 Organisation de la Santé	60	0
2.6 Epidémiologie et Hygiène	30	0
2.7 Initiation à la recherche scientifique en Odonto Stomatologie	10	0
CHAPITRE 3 : Idéologie	**200**	**122**
3.1 Philosophie	62	62
3.2 Economie Politique	48	30
3.3 Communisme scientifique	45	15
3.4 Histoire du Parti communiste	45	15
CHAPITRE 4 : Langues étrangères	**60**	**0**
4.1 Terminologie dentaire 1	30	0
4.2 Terminologie dentaire 2	30	0
CHAPITRE 5 : Odonto Stomatologie Chirurgicale	**208**	**630**
5.1 Chirurgie générale appliquée à l' O.S	48	192
5.2 Anesthésiologie et Exodontie	30	87
5.3 Petite chirurgie de la bouche	30	51
5.4 Traumatologie maxillofaciale	20	48
5.5 Chirurgie des tumeurs maxillo-faciales	20	48
5.6 Chirurgie des malformations maxillo-faciales	20	124
5.7 Oto-Rhino – Laryngologie	20	40
5.8 Ophtalmologie	20	40
CHAPITRE 6 : Médecine dentaire/ Radiologie/ Pathologie buccale	**213**	**498**
6.1 Médecine interne appliquée à l'O.S	48	192
6.2 Notions générales de radiologie buccale	30	48
6.3 Diagnostic radiologique	15	48
6.4 Examen et diagnostic bucco dentaire	15	48
6.5 Pathologie buccale	60	78
6.6 Manifestations buccales des maladies de systèmes		24
6.7 Thérapeutique en Odonto Stomatologie	15	0
6.8 Dermatologie	20	40
6.9 Médecine traditionnelle	10	20
CHAPITRE 7 : Dentisterie conservatrice	**70**	**185**
7.1 Pathologie dentaire	30	0
7.2 Dentisterie opératoire	15	72
7.3 Endodontie	25	132
CHAPITRE 8 : Parodontologie	**84**	**138**
8.1 Parodontologie	40	0
8.2 Parodontologie pratique	32	87
8.3 Chirurgie parodontale	12	51
CHAPITRE 9 : Dentisterie restauratrice	**150**	**618**
9.1 Prothèse adjointe partielle	30	144
9.2 Prothèse adjointe totale	45	165
9.3 Prothèse conjointe unitaire	30	144
9.4 Restauration prothétique par bridge	45	165
CHAPITRE 10 : La santé bucco-dentaire de l'enfant	**69**	**253**
10.1 Développement psychosomatique de l'enfant	17	0
10.2 Thérapeutique pédodontique	16	96
10.3 Pédodontie préventive	16	117
10.4 Pédiatrie	20	40
CHAPITRE 11 Orthopédie dento-faciale	**60**	**99**
11.1 Notion élémentaire d'orthopédie dento-faciale	46	0
11.2 Appareillages et techniques orthodontiques	14	48
11.3 Orthodontie clinique	0	51

4.2.2.2 Organisation clinique de la Faculté :

Tableau 13 : [26]

	Clinique 1	**Clinique 2**	**Clinique 3**	**Clinique 4**
Services	1.Pathologie buccale 2.Exodontie 3.Petite chirurgie 4.Occlusodontie 5.Parodontologie	1.Odontologie conservatrice 2.Endodontie 3.Prothèse conjointe et amovible	1.Pédodontie 2.Orthodontie 3.Clinique post-universitaire (dentisterie générale) A.D.V.	1.Dentisterie générale 2.Orthodontie
Nombre de fauteuils	26	24	18	5
Personnel				
Chef de clinique	1 dentiste pour les cliniques 1 et 2		1 dentiste pour les cliniques 3 et 4	
Réceptionniste	2	2	1	1
Assistante	2		2	Selon le nombre de dentistes attachés
Instrumentiste	4	4	2	2
Technicien	1	1	1	1
Personne de ménage	1	1	1	1
Nombre d'étudiants par vacations (2 vacations/jour)	30	30	21	4 à 5 enseignants + 3 à 4 dentistes attachés travaillant comme assistants dentaires
Matériel				
Autoclave	2		1	1
Poupinel	4	1		
Cuve à ultrasons			1	1
Turbine	23	33	18	5
Pièce à mains	10	23	12	5
Contre-angle	18	23	14	5
Détartreur	2	2	4	4
Lampe halogène		4	5	3
Destructeur d'aiguilles	3	1	1	1
Eau	Eau de la ville (non décontaminée)			

4.2.2.3 Locaux :

Outre ces quatre services cliniques, la Faculté dispose de trois amphithéâtres, de cinq salles de classe, de deux salles de travaux pratiques, de trois laboratoires de prothèse dentaire et d'une école de prothèse dentaire en son sein, laquelle forme, depuis 1982, de 20 à 30 techniciens prothésistes par an. Les études dans cette discipline durent 2 ans et c'est la seule école pour tout le pays. **[22, 43]**

Les photographies, pages suivantes, donnent un aperçu des différents secteurs de la Faculté.

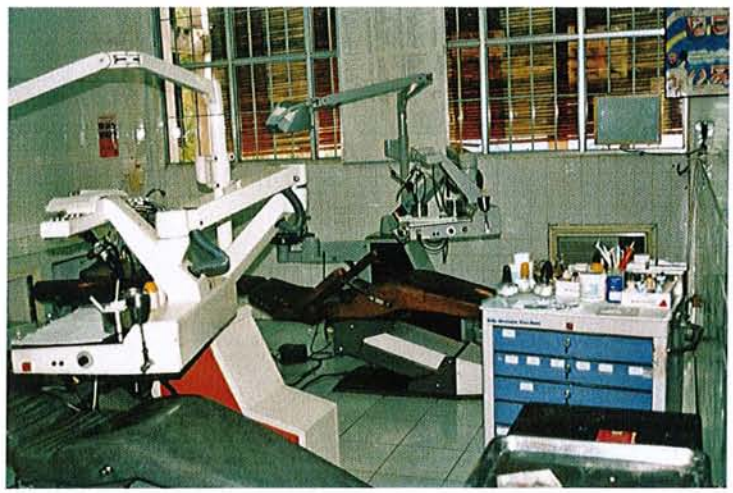
Page 51 : Salle de travaux pratiques des 3ème année et salles de clinique des 4ème,5ème et 6ème années.

Page 52 : Laboratoire de prothèse et école de prothèse dentaire.

Salle de travaux pratiques à la faculté d'Ho-Chi-Minh-Ville



Salle de clinique dentaire à la faculté d'Ho-Chi-Minh-Ville



Salle de clinique dentaire à la faculté d'Ho-Chi-Minh-Ville

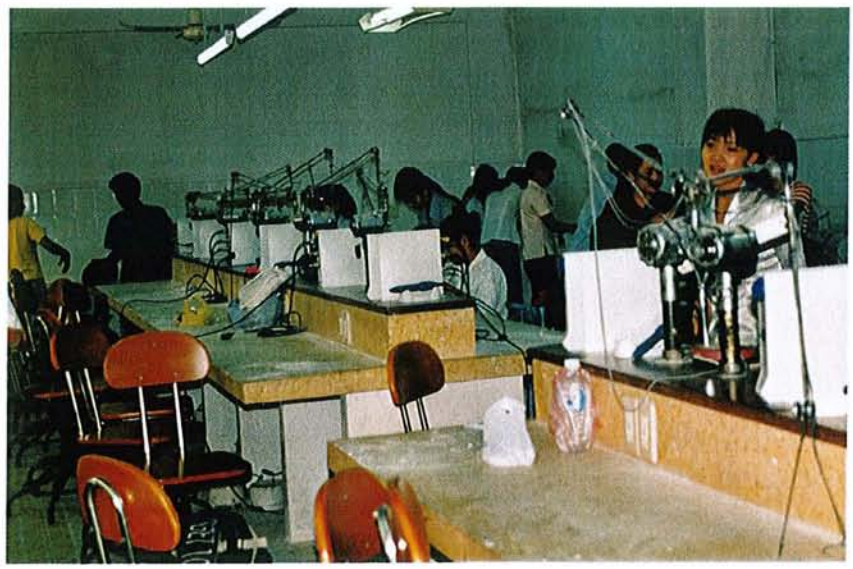




Laboratoire de prothèse dentaire
de la faculté d'Ho-Chi-Minh-Ville



Ecole de prothèse dentaire
de la faculté d'Ho-Chi-Minh-Ville



En conclusion, pour l'année 2000,

88 étudiants ont réussi le concours d'entrée,

97 ont été diplômés en odonto-stomatologie,

32 ont été diplômés en prothèse dentaire,

30 ont été diplômés en assistanat dentaire,

34 ont été diplômés en formation post-universitaire. **[26]**

4.2.3 Autres lieux de formation : **[36]**

4.2.3.1 Facultés de Médecine de Hanoi, Hué et Ho Chi Minh-Ville :

Ces établissements diplôment des médecins qui choisissent ensuite une spécialité : l'odonto-stomatologie. Ces médecins se forment, en général, à l'art dentaire et à la chirurgie maxillo-faciale, dans les Instituts d'Odonto-Stomatologie des grandes villes. Ils peuvent ouvrir un cabinet dentaire privé.

4.2.3.2 Ecoles de Techniques Médicales des provinces de HaiHung, Danang et Ho Chi Minh-Ville :

Ces écoles forment des « dental nurses », sorte d'auxiliaires dentaires, selon un cursus de deux ans et demi, et ce, pour développer le programme scolaire de prévention bucco-dentaire et pratiquer des soins de base dans les dispensaires de campagne.

Il y a 10 ans, le ratio « dental nurses »/population était de 1/34.700, aujourd'hui il est de 1/17.366. **[43]**

Au Nord, l'Ecole de HaiHung à côté de Hanoi, forme en trois mois 100 « dental nurses ».

4.2.3.3 Formations à l'armée.

Ces professionnels restent exclusivement au service de l'armée.

4.2.3.4 Future Faculté Dentaire de Hanoi :

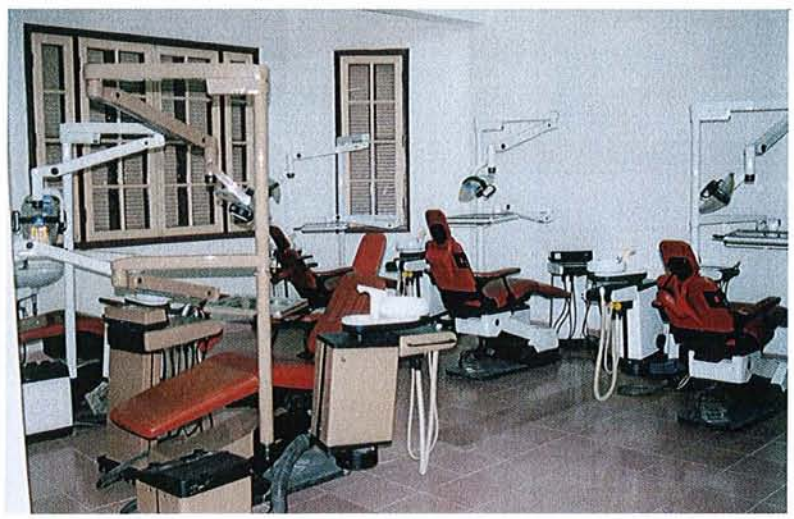
Elle ouvrira ses portes probablement à la fin du 1er semestre 2002. Après deux années de médecine, 35 étudiants seront accueillis en 3ème année de dentaire. Ces étudiants travailleront pendant deux ans en salle de T.P. sur des mannequins en plastique ou « fantômes » puis intégreront, en 5ème et 6ème, la salle de soins où sont disposés 46 fauteuils.

A la page 55, on peut voir un aspect de cette nouvelle Faculté, qui se trouve dans les murs de l'actuel Institut Odonto-Maxillofacial de Hanoi (ou Institut d'Odonto-Stomatologie).

FUTURE FACULTE DENTAIRE DE HANOI



Future salle de travaux pratiques



Future salle de clinique



Actuelle salle de soins dentaires de
l'Institut Odonto-maxillofacial de Hanoi

4.3 LE CHIRURGIEN DENTISTE VIETNAMIEN :

De 1945 à 1975, la guerre du Vietnam a ralenti la formation des professionnels de santé bucco-dentaire. Après la libération du Sud et la réunification du pays en 1975, le nombre de dentistes diplômés a régulièrement augmenté, mais en dépit de cela, le Vietnam est un des pays du Pacifique-Ouest le plus démuni en dentistes.

4.3.1 Densité de dentistes au Vietnam :

Dans le pays entier, on estime à un peu moins de 2.000 le nombre de dentistes. Sachant que le Vietnam compte 80 millions d'habitants, on a un rapport de 1 dentiste pour 40.000 habitants environ. Par comparaison, la France compte un dentiste pour 1.400 habitants.

La densité de dentistes est inégale selon les régions reculées du fait de leur géographie et les régions qui profitent du dynamisme des grandes villes. **[15]**

Par exemple :

Parmi les régions où le rapport dentiste/population se situe environ à 1/20.000, on trouve : Ho Chi Minh-Ville et Danang, quatrième ville du pays. Ceci est dû au développement économique important de ces villes, la patientèle est plus aisée et peut payer des soins dentaires. L'installation de cabinets dentaires y est donc plus importante qu'ailleurs.

Les régions où le rapport dentiste/population se situe vers 1/100.000 sont : Quang Nam, Daclac et celles en bordure de mer. Le Daclac est une région des Hauts Plateaux du Centre à fort développement économique dû à la fertilité

exceptionnelle des sols mais où le développement des structures dentaires est peu important.

Les régions dont le rapport se situe à 1/200.000 environ, sont celles du Delta du Mékong. Elles sont souvent inondées par les crues du fleuve si bien qu'il n'existe pratiquement pas d'infrastructures médicales et encore moins de cabinets dentaires en campagne. Cependant, Can Tho est une ville en plein essor où il existe déjà plusieurs universités. On y trouve une unité de formation en chirurgie dentaire où les cours sont dispensés par des professeurs venant de Ho Chi Minh-Ville.

Les régions les moins bien servies en dentistes (1 dentiste pour plus de 300.000 habitants) sont celles de :

- Soc Trang, située au sud de la péninsule Indochinoise, c'est une région agricole très pauvre.
- Dong Nai, qui a subi une forte immigration de Vietnamiens du Nord ayant fui la pauvreté. C'est une région en plein essor, proche de Ho Chi Minh-Ville, où de nombreuses structures sont en cours de construction.
- Lai Chau située au Nord-Ouest du Vietnam à la frontière laotienne, et qui est une région montagneuse isolée tout comme sa voisine,
- Lao Cai, à la frontière chinoise.

N'interviennent pas dans les chiffres tous les « denturologues » et arracheurs de dents non répertoriés et qui contribuent « aux soins dentaires » de la population, principalement dans les zones les plus reculées.

Par exemple, certains prothésistes dentaires n'hésitent pas à pratiquer l'art dentaire même s'ils n'en ont pas le droit : en général, ils ne pratiquent que des gestes simples, parfois de la chirurgie aux risques du patient qui ignore leur absence de formation. Ils font des extractions puis fabriquent les prothèses.

Autre exemple, si un membre d'une famille est dentiste, il peut expliquer certains gestes à un parent qui s'improvise dentiste.

Mais face à la demande trop importante de soins dentaires par la population, l'Etat ferme les yeux sur ces activités parallèles théoriquement illégales.

4.3.2 Modes d'exercice :

Auparavant, les dentistes vietnamiens étaient contraints de travailler dans le secteur public c'est à dire à l'hôpital, pendant 5 ans, avant de se consacrer entièrement à un cabinet privé. Néanmoins, ils pouvaient, parallèlement à cette activité hospitalière, travailler en privé, après 17 heures, pour augmenter leurs revenus. En effet, le salaire moyen à l'hôpital pour un chirurgien dentiste est de 600 000 VND/mois soit environ 38 US$ (=45 €=300 FF), alors qu'en cabinet privé, les tarifs étant libres, les dentistes peuvent gagner jusqu'à 10 millions de VND/mois soit 625 US$ (=760 €=5000 FF). Mais ceci est surtout vrai en ville, où il existe une patientèle aisée. Dorénavant, le gouvernement permet aux nouveaux diplômés de travailler à temps complet dans leur cabinet privé sans exercer à l'hôpital.

4.3.3 Accessibilité des soins :

En ville , le patient ira soit dans un cabinet privé, soit dans un service dentaire de l'hôpital public.

Certains cabinets dentaires privés sont équipés avec le matériel dernier cri, comme nous avons pu le constater à Hanoi. Les tarifs qui y sont pratiqués, sont justifiés par des soins de bonne qualité. Mais seule la classe supérieure vietnamienne et les salariés étrangers peuvent consulter dans ce type de cabinet. Dans d'autres cabinets de ville, à Hue par exemple, on utilise encore un bras DORIOT des années 1930 pour pratiquer la dentisterie. La présence de ce matériel ancien peut s'expliquer par le coût élevé des équipements pour un dentiste, qui, à moins d'être issu d'une famille disposant d'argent, ne peut acquérir du matériel moderne.

Dans les hôpitaux publics, les soins sont souvent limités par le manque de matériels et d'équipements, faute d'argent. Par exemple, dans le service de soins dentaires à l'hôpital de Buon Me Thuot, les dentistes avouent ne pas utiliser le

matériel rotatif (turbines, contre-angles et pièces à main) donné par une O.N.G. française (Aide Dentaire Vietnam), faute de raccords compatibles avec les fauteuils déjà présents. En outre, les tarifs des soins sont plus bas que dans les cabinets privés.

En campagne, mises à part les missions de prévention et de soins élémentaires dispensées par les équipes dentaires mobiles de la Faculté de Ho Chi Minh-Ville ou du service de santé départemental **[22],** les soins pratiqués dans les rares cabinets privés ou les dispensaires ruraux, sont souvent l'extraction puis, trop rarement, la prothèse, réalisée dans la foulée.

Etant donné le peu d'argent investi dans ces structures rurales, les soins y sont limités. L'état des cabinets dentaires y est souvent consternant. On y trouve des fauteuils vétustes, venant des anciens pays du bloc communiste, parfois de simples chaises avec têtière incorporée. La stérilisation du matériel se fait dans une casserole d'eau portée à ébullition....Un cas particulier et rare est celui du Dispensaire Dentaire Communal de la province de Thua Thien Hue, qui a bénéficié de dons de matériels de l'A.D.V..

La distance séparant l'habitat et le premier cabinet dentaire privé ou public, est souvent un souci de plus pour les patients. Le motif de consultation premier étant la douleur dentaire, les gens viennent en général de loin, pour un soin sur la dent sensible, et espèrent régler leurs problèmes en une seule séance.

Les pages suivantes donnent un aperçu des différentes structures dentaires que l'on trouve en campagne :

Page 60 : Centre Dentaire Communal de la province de Thua Thien Hue (Région Côtière Nord-Centrale),

Page 61 : Dispensaire Dentaire en campagne (Région Côtière Nord-Centrale),

et celles que l'on peut trouver en ville :

Page 62 : Cabinet dentaire privé à Hanoi et cabinet dentaire à l'Hôpital Municipal de Buon Me Thuot (Région des Hauts Plateaux du Centre),

Page 63 : Cabinet dentaire privé à Hue (Région Côtière Nord-Centrale).

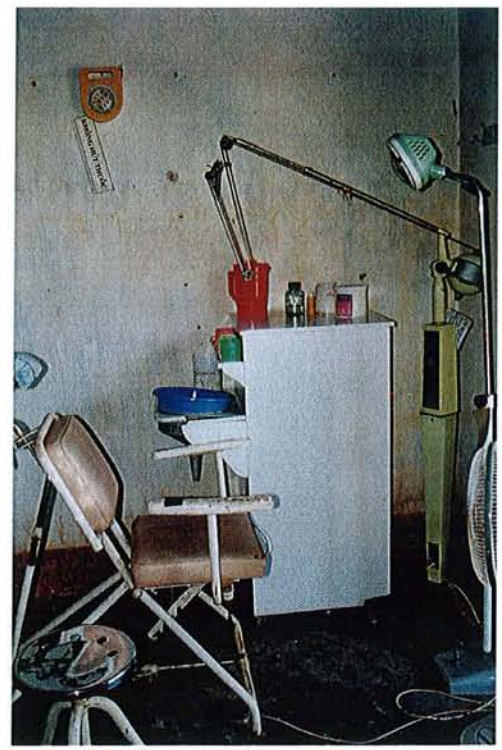
Centre Dentaire Communal
de la province de Thua Thien Hue

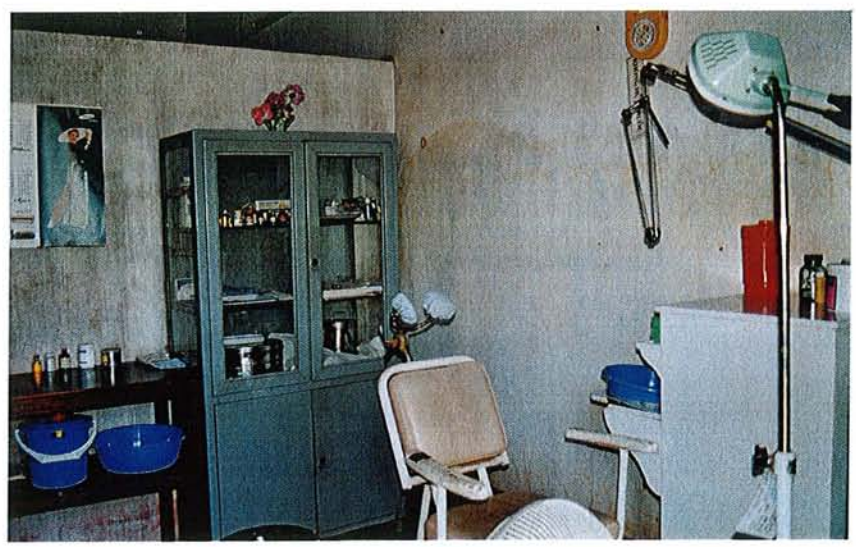






Dispensaire Dentaire
en campagne



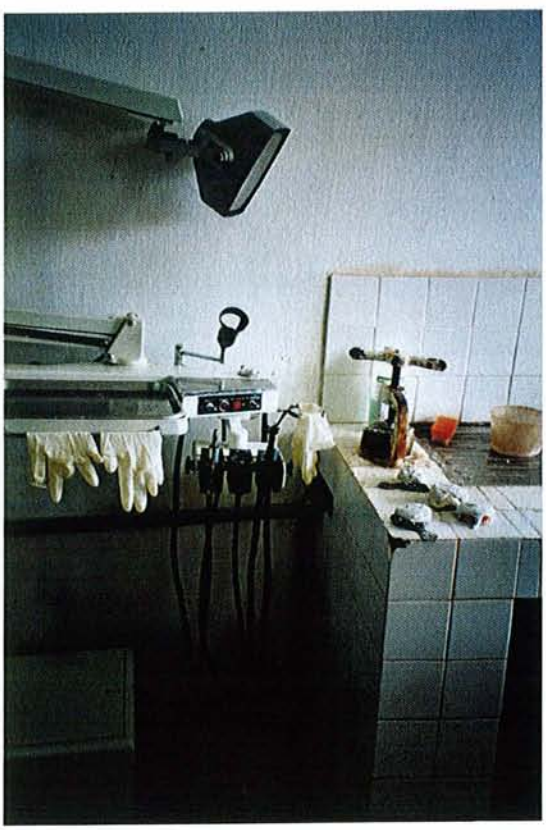


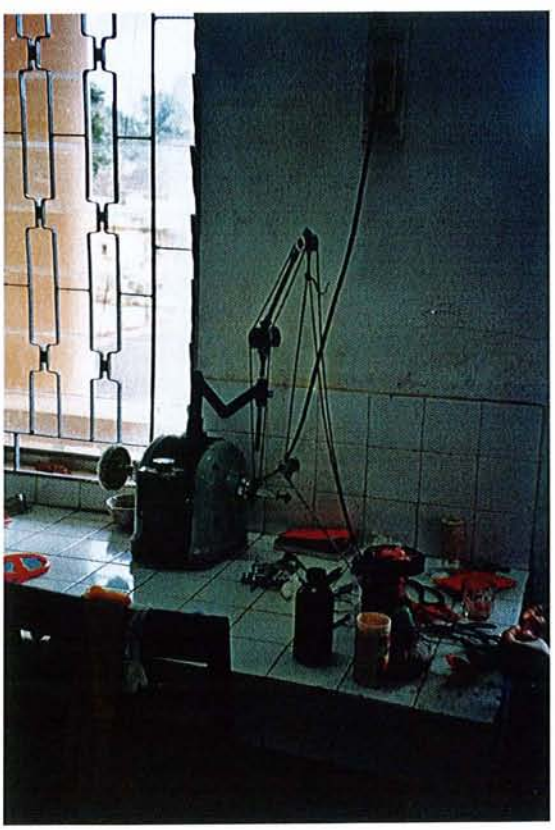


Cabinet dentaire privé à Hanoi



Cabinet dentaire à l'hôpital de Buon Me Thuot





Cabinet dentaire
privé à Hue





Au Vietnam, les frais médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ne sont pas pris en charge, pour la grande majorité de la population.

Une petite partie de celle ci seulement, bénéficie d'une assurance maladie. Une assurance est obligatoire pour les travailleurs du secteur public (fonctionnaires d'Etat, membres du Parti Communiste, salariés des entreprises publiques, invalides de guerre). Déduite du salaire, elle prend en charge les honoraires de consultations, à condition que ces soins soient pratiqués en hôpital public. Parallèlement, il existe une assurance maladie facultative, qui ne concerne que 4 millions de personnes, et à laquelle les personnes les plus pauvres ne peuvent souscrire.

Avec un revenu moyen de 400.000 Dongs ou VND (= 30€= 200 FF), le Vietnamien ne peut se payer, en général, que les soins les moins chers (voir les tarifs plus loin). Par exemple, pour un traitement endodontique sur molaire, (pulpectomie de trois canaux+obturation amalgame), le prix sera approximativement de 45.000 VND dans un dispensaire de campagne, et de 140.000 VND en ville. Le traitement coûtera environ 10 % du salaire dans un cas et un tiers du salaire dans l'autre cas. On comprendra pourquoi les patients choisissent plutôt les extractions et ce même à partir de 16 ans (10.000 VND en moyenne en campagne, 30.000 VND en moyenne en ville).

4.3.4 Tarifs des soins dentaires :

Les tableaux 14 à 20, pages suivantes, donnent un exemple des tarifs des soins dentaires prodigués en ville, notamment à la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville et en cabinet privé à Hanoi, ainsi qu'en campagne dans le Centre Dentaire Communal de la province de Thua Thien Hue (région Côtière Nord-Centrale).

Tableaux 14 à 17 :

Tarifs des soins dentaires pratiqués à la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville en Vietnam Dongs (2 000 VND= 1 FF= 0,15 €).

Tableau 14 :

ACTES		Soins pour les étrangers.	Soins effectués par étudiant.	Soins effectués par post-universitaire.
CONSULTATION		20 000	5 000	5 000
RADIOGRAPHIE	Film périapical	20 000	10 000	10 000
EXTRACTION	Dent temp. monoradiculée	50 000	10 000 à 15 000	10 000 à 15 000
	Dent temp. pluriradiculée	80 000	20 000	20 000
	Dent perm. monoradiculée	120 000	20 000	25 000
	Dent perm. pluriradiculée	150 000	25 000	30 000
CHIRURGIE	Dent de sagesse en malposition	300 000	70 000	70 000
	Dent incluse	400 000	100 000	100 000
	Résection apicale (par dent)	300 000	300 000	300 000
	Résection apicale+obturation canalaire (par dent)	400 000	150 000	150 000
	Extraction de plusieurs dents + alvéoloplastie :			
	4 à 10 dents	500 000	300 000	300 000
	>10 dents	700 000	/	/
	Régularisation de crête :			
	Partielle	300 000	70 000	70 000
	Totale	700 000 à 1 million	150 000 à 300 000	150 000 à 300 000
	Frénectomie	300 000	300 000	300 000

Tableau 15 :

TRAITEMENTS PARODONTAUX	Détartrage/Polissage (par arcade)	300 000	60 000	90 000
	Curetage (par arcade)	400 000	60 000	100 000
	Gingivectomie	600 à 800 000	150 000	/
	Elongation coronaire	400 à 600 000	/	/
	Hémisection de racine	400 000	/	/
	Frénectomie labiale	600 000	/	/
	Comblement par biomatériaux	600 000 à 1,2 million	/	/
	Greffe gingivale	600 000	200 000	300 000
SOINS CONSERVATEURS	Obturations composites			
	Cavités classe I et II	150 000	60 000	60 000
	Cavités classe V	250 000	60 000	70 000
	Cavités classe III	200 000	70 000	70 000
	Cavités classe IV	300 000	/	100 000
	Collage vestibulaire en composite	300 000	/	120 000
	Comblement des diastèmes	300 000	/	/
	Obturations amalgames			
	Cavités classe I	100 000 à 150 000	30 000	45 000
	Cavités classe II	200 000 à 250 000 +30 000 avec tenon radiculaire	40 000	60 000
	Traitements canalaires			
	Dent antérieure	200 000	60 000	80 000
	Prémolaire	300 000	80 000	100 000
	Molaire	500 000	100 000	120 000
	Reprise de traitement	150 000 à 250 000	120 000	120 000
	Dent lactéale	/	80 000	80 000
	Traitements préventifs			
	Scellement des fissures (sealant)	100 000	30 000	40 000
	Obturation en composite et prévention (PRR) par dent	150 000	30 000	50 000
	Pulpotomie et obturation définitive	/	60 000	60 000

Tableau 16 :

PROTHESE AMOVIBLE	Appareil amovible en résine			
	1 appareil	4 millions	250 000	500 000
	2 appareils	8 millions	500 000	900 000
	Appareil provisoire	100 000/dent	/	/
	Stellite	3 millions	600 000	600 000
	Travaux de réparation			
	Scellement de couronne	/	40 000	30 000
	Réparation mineure	200 000	30 000 à 50 000	60 000
	Rebasage partiel	300 000	60 000	70 000
	Rebasage total	600 000	70 000	90 000 à 150 000
	Rajout de crochet	200 000	30 000	30 000
	Rajout d'une dent	300 000	40 000	40 000
	Conditionnement des tissus	300 000	/	/
PROTHESE CONJOINTE	Pivot	/	70 000	80 000
	Couronne totale en métal précieux	2 millions	/	/
	Couronne céramo-métallique	3 millions	700 000	800 000
	Bridge collé CM, 1 élément intermédiaire	3 millions/unité	/	/
	Bridge collé CM, 1 ailette	1,2 million/unité	/	/
	Couronne métallique avec incrustation :			
	En Tergis Vectris	2 millions	130 000	500 000
	En résine	1 million	100 000	120 000
	Couronne métallique totale	1 million	70 000	90 000
	Faux moignon	600 000	70 000	80 000
	Dépose d'une prothèse	200 000/unité	30 000/unité	30 000/unité
	Dent provisoire	200 000/unité	20 à 30 000/unité	40 000/unité
	Jacket résine	/	70 000	80 000
	Richmond	/	/	120 000

Tableau 17 :

TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS MANDIBULAIRES	Gouttière occlusale et équilibration occlusale	1,5 million	120 000	/
	Equilibration occlusale :			
	Cas complexe	200 000/séance	60 000/séance	/
	Cas simple	/	30 000/séance	/
	Equilibration occlusale préprothétique	200 000/séance	/	/
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ET PREVENTIF	Appareil amovible			
	Appareil amovible/maxillaire	9 millions	750 000	750 000
	Appareil amovible pour les 2 maxillaires	15 millions	1,5 million	1,5 million
	Reconstitution de l'appareil amovible	900 000	/	/
	Appareil de maintenance	900 000	90 000	90 000
	Appareil fixe			
	Appareil fixe/maxillaire	15 millions	/	/
	Appareil fixe pour les 2 maxillaires	27 millions	/	/
	Mainteneur d'espace	3 millions	/	/
	Recollage d'une bracket	600 000/dent	/	/
BLANCHIMENT DES DENTS	Dent dépulpée avec traitement canalaire	400 000/dent	/	/
	Dent vitale	4 millions/2 arcades	/	/
	Dent colorée par tétracycline	5 millions/2 arcades	/	/

Remarque : Les soins pour les étrangers sont effectués uniquement par des dentistes confirmés ayant suivi une formation post-universitaire, et dans les locaux bénéficiant de normes internationale.

Tableaux 18 à 20 :

Tarifs des soins dentaires pratiqués en ville et en campagne en Vietnam Dongs (2 000 VND= 1 FF= 0,15 €).

Tableau 18 :

ACTES	En ville (Cabinet privé à Hanoi)	En campagne (Centre Dentaire Communal de la province de Thua Thien Hue)
CHIRURGIE		
Extraction de dent temporaire	5 000 (Avec anesthésie de surface)	4 000
	10 000 (Avec anesthésie locale)	
Extraction de dent permanente	20 000 (Facile)	8 000 (Monoradiculée)
	40 000 (Difficile)	12 000 (Pluriradiculée)
Dent de sagesse sous-muqueuse	80 000	30 000
Incision du capuchon d'une sagesse	30 000	15 000
Résection apicale+curetage	100 000	60 000
Incision d'un abcès (intrabuccal)	20 000	10 000
Frénectomie	30 000	30 000
Elongation coronaire	/	50 000
TRAITEMENTS PARODONTAUX		
Détartrage+polissage d'une arcade	80 000 (Ultrasonique)	7 000 (Manuel)
Détartrage+polissage de 2 arcades	150 000	12 000 (Manuel)
		30 000 (Ultrasonique)
Surfaçage d'un sextant	40 000	7 000
SOINS CONSERVATEURS		
Obturation par amalgame	30 000 (1 dose)	10 000 (Classe I)
		20 000 (Classe II)
Obturation par amalgame+fond de cavité	40 000	/
Obturation par verre ionomère	35 000	20 000
Obt. par composite autopolymérisable	70 000	25 000
Obt. par composite photopolymérisable	90 000	40 000
Endodontie :		
1 canal	60 000 (avec obt. amalgame)	20 000 (sans obt. amg)
2 canaux	100 000 (avec obt. amalgame)	25 000 (sans obt. amg)
3 canaux	140 000 (avec obt. amalgame)	30 000 (sans obt. amg)
Pulpectomie d'une incisive temporaire	40 000	/
Pulpectomie d'une molaire temporaire	60 000	/
Sealant	40 000	/

Tableau 19 :

PROTHESE		
Prothèse amovible résine :	(garantie 3 mois)	
1 dent	100 000	50 000
2 dents	130 000	80 000
3 dents	160 000	100 000
4 dents	190 000	120 000
5 dents	220 000	140 000
6 dents	250 000	160 000
7 dents...	280 000	180 000
Prothèses complètes sup. et inf.	1 Million	700 000
Stellite :		700 000 (Armature)
1 dent	750 000	/
2 à 4 dents	1 Million	/
5 à 7 dents	1,2 Million	/
8 à 12 dents	1,5 Million	/
Prothèse fixée :		
Richmond métallique coulée	200 000	90 000
Richmond résine	/	60 000
Richmond céramique	/	700 000
Couronne coulée	/	80 000
CIV céramique	1 Million	450 000
CIV résine	250 000	/
Bridge CIV résine 3 éléments	500 000	/
Bridge métallique 3 éléments	750 000	/
Bridge céramique 3 éléments	3 Millions	/
Couronne en or (or fourni par le patient)	200 000	/
Bridge en or 2 éléments	300 000	/
Bridge en or 3 éléments	400 000	/
Bridge en or 4 éléments	500 000	/
Bridge en or 5 éléments	600 000	/

Tableau 20 :

BLANCHIMENT		
1 arcade	600 000	/
2 arcades	1,2 Million	600 000
ORTHODONTIE		
Réduction d'un diastème de 2 mm		
Enfant ou adulte	600 000	/
Réduction d'un diastème de 3 à 4 mm		
Enfant ou adulte	800 000	/
Réduction d'un diastème de plus de 6 mm		
Enfant ou adulte	1 Million	/
Dent ectopique, en malposition		
Enfant	800 000	/
Adulte	1 Million	/
Articulé inversé antérieur		
Enfant	1 Million	/
Adulte	1,5 Million	/
Orthodontie avec brackets		
Cas simple	3 Millions	/
Cas complexe	6 Millions	/

On peut être choqué en voyant la différence énorme de prix pour les étrangers et pour les autochtones, à la Faculté de Ho Chi Minh-Ville, mais en regardant de plus près, on est surpris que des prix pour des étrangers soient si peu coûteux. En effet, de plus en plus d'étrangers travaillant au Vietnam, ont recours à ces soins dispensés par des praticiens compétents et habiles (uniquement ceux qui sont confirmés et ayant suivi des formations post-universitaires).

Au Vietnam, le prestige des praticiens, en particulier ceux des hôpitaux, reste intact au sein de la population. Il est donc évident de comprendre que les prix pratiqués en ville chez les privés doivent être compétitifs par rapport à ceux des services de la Faculté.

Il existe certains actes qui ne sont que rarement pratiqués chez les Vietnamiens, faute de demande, ou sont simplement considérés comme un luxe : par exemple, le comblement par biomatériaux, l'élongation coronaire, le

traitement orthodontique ou le blanchiment des dents qui figurent tout de même dans la liste des tarifs, et ceci, même en campagne.

Les actes sont parfois très détaillés et varient d'un endroit à l'autre en fonction de la demande locale. Ceci s'explique par le fait que le niveau de vie augmente plus vite en ville qu'en campagne. En conséquence, les exigences sont différentes. Par exemple, le prix de l'extraction d'une dent temporaire dans un cabinet de ville, sera divisé par deux si on utilise une anesthésie de surface au lieu d'une anesthésie locale.

La différence de prix entre villes et campagnes est énorme : par exemple, le prix de l'extraction d'une dent de sagesse sous-muqueuse varie de 30.000 VND en campagne à 80.000 VND en ville (Hanoi). De même, la prothèse complète coûtera 700.000 VND en campagne et 1.000.000 VND en ville (Hanoi).

Un autre exemple nous montre que non seulement l'inégalité des tarifs selon le milieu existe bien, mais aussi que les prix varient en fonction des produits utilisés :

Un soin avec composite photopolymérisable coûte 40.000 VND en campagne et 90.000 VND en ville (Hanoi), ce matériau étant considéré de bonne qualité. Celui avec composite autopolymérisable coûte 25.000 VND en campagne et 70.000 VND en ville (Hanoi). A la campagne, le fait d'utiliser une lampe à photopolymériser, confère au dentiste une réputation de modernisme supplémentaire. Pareillement, en campagne, les prix varient selon que le détartrage est effectué manuellement ou avec un détartreur ultrasonique.

Un autre exemple, dans la province de Thua Thien Hue, on remarque qu'il n'y a que les classes I et II parmi les soins conservateurs, ce qui signifie que, lorsque les dents sont un peu plus délabrées, elles sont promises à des extractions ou, au mieux, à être couronnées.

Les soins étant prodigués en fonction de la demande des gens, à Hanoi par exemple, on remarquera la pratique du traitement préventif des sillons (Sealant) et des soins conservateurs de pédodontie, actes encore inexistants en campagne.

Les traitements orthodontiques sont excessivement chers pour les budgets vietnamiens. Pratiqués uniquement en ville, on remarque que souvent ce sont des appareils amovibles qui sont préconisés, les traitements fixes étant considérés comme inesthétiques et de plus trop coûteux. Il faut cependant savoir que les traitements orthodontiques sont pratiqués depuis longtemps au Vietnam mais réservés à une patientèle fortunée.

Il n'est pas rare de voir l'acte de réduction de diastème réalisé soit par une prothèse, soit par un traitement orthodontique (sans que cela soit pris dans l'ensemble logique d'un traitement). Cet acte répond simplement à des considérations esthétiques et quelquefois superstitieuses. Les Vietnamiens sont souvent d'une biproalvéolie, ont donc des diastèmes, surtout entre les deux incisives centrales. **[37]**

5 – RESULTATS

EPIDEMIOLOGIQUES

5.1 INTRODUCTION :

Les enquêtes épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire ont pour objectif principal de fournir à partir d'un échantillon de personnes, une vue générale de l'état de santé bucco-dentaire ainsi que des besoins immédiats et futurs de la population d'un pays.

Au Vietnam, la dentisterie évolue rapidement, parallèlement au développement économique. Plusieurs indicateurs prouvent que le poids des maladies bucco-dentaires a augmenté, surtout au niveau des caries chez les enfants.

Une première enquête nationale réalisée au Vietnam en 1990 avait déjà collecté des données sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adultes vietnamiens. Elle montrait une haute prévalence de caries dentaires, dont beaucoup n'étaient pas soignées et un fort pourcentage de maladies parodontales notamment chez l'adulte. Ces premières données sont aujourd'hui dépassées et sont une base inadéquate pour dresser un nouveau bilan. Une récente enquête nationale de 1999-2000, menée conjointement par l'Institut d'Odonto-Stomatologie de Hanoi et de Ho Chi Minh-Ville et l'Université d'Adélaïde en Australie a, pour la première fois, permis de :

- Décrire la prévalence des maladies bucco-dentaires dans une population infantile et adulte.
- Fournir des comparaisons précises entre les sujets des régions urbaines et ceux des régions rurales, par groupes d'âges et caractéristiques sociales.

5.2 METHODOLOGIE : [21]

5.2.1 Choix des âges :

Dans le but de disposer d'une large fourchette d'individus, les sujets sont sélectionnés à partir de 6 ans et se répartissent selon les groupes d'âges suivants :

6-8 ans, 9-11 ans, 12-14 ans, 15-17 ans, 18-34 ans, 35-44 ans, 45 ans et plus.

5.2.2 Choix des lieux et méthodes d'échantillonnages :

5.2.2.1 Choix des lieux :

Le tableau 21, page suivante, montre que le Vietnam est divisé en sept régions selon ses caractéristiques géographiques :

Le Nord Montagneux (Haute-Montagne et Moyenne-Montagne)

Le Delta du Fleuve Rouge

La Région Côtière Nord-Centrale

La Région Côtière Sud-Centrale

Les Hauts Plateaux du Centre

Le Sud Nord-Est

Le Delta du Mékong

Deux provinces sont sélectionnées à partir de chacune des 7 régions même si le nombre de provinces diffère d'une région à l'autre et si les provinces n'ont pas le même nombre d'habitants.

Pour ce choix, on part du fait que chaque région a sa localisation géographique spécifique, ses habitudes de vie, son niveau économique et son accès aux soins propre.

Hanoi et Ho Chi Minh-Ville, les deux plus grands centres politiques et économiques, sont évidemment sélectionnés du fait de leur poids démographique.

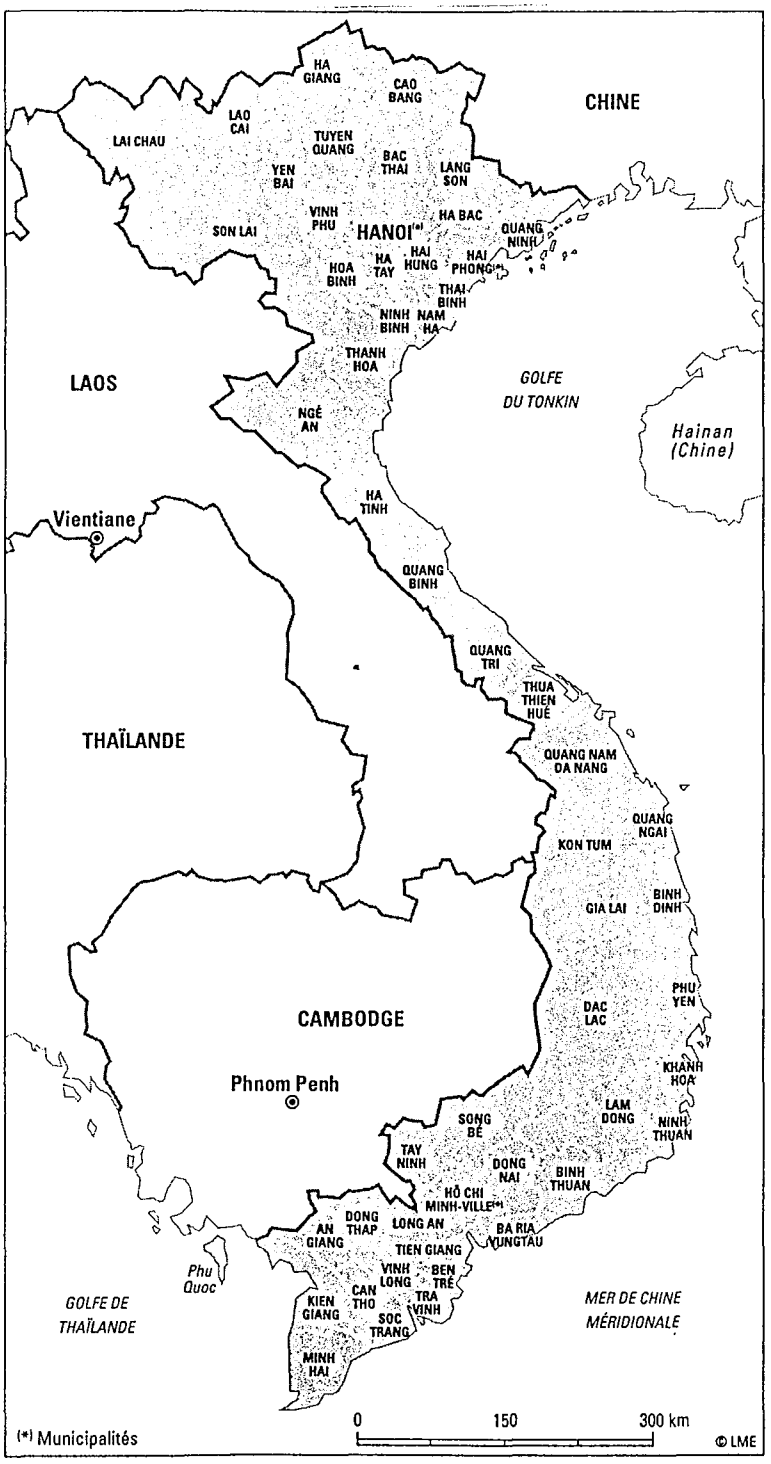
Tableau 21 : Sélection des régions et des provinces.

Régions	Provinces sélectionnées
Le Nord Montagneux	Lao Cai
	Ha Giang
Le Delta du Fleuve Rouge	Hanoi
	Ha Tay
La Région Côtière Nord-Centrale	Quang Binh
	Hue
La Région Côtière Sud-Centrale	Quang Ngai
	Phu Yen
Les Hauts Plateaux du Centre	Gia Lai
	Kon Tum
Le Sud Nord-Est	Ho Chi Minh-Ville
	Ba Ria - Vung Tau
Le Delta du Mékong	Tien Giang
	Soc Trang
Total	**14 provinces**

La carte n°5 qui figure à la page suivante, permet de mieux apprécier l'étendue de cette enquête épidémiologique sur le territoire vietnamien.

Carte n°5

Les provinces vietnamiennes en 1993 [29]



5.2.2.2 Echantillonnage des sujets âgés de 6 à 17 ans :

1 Sélection des districts

Quatre districts sont sélectionnés au hasard à Hanoi et Ho Chi Minh-Ville à partir d'une liste de tous les districts (8 districts).

Dans les 12 provinces restantes, les districts sont identifiés comme districts urbains ou districts ruraux. Puis un district urbain et un district rural sont sélectionnés dans chaque province (24 districts).

Au total, 32 districts sont sélectionnés à partir des 14 provinces.

2 Sélection des groupes d'écoles

Pour les districts sélectionnés à Hanoi et à Ho Chi Minh-Ville, un groupe d'écoles est sélectionné dans chaque district soit 8 groupes d'écoles pour ces deux villes.

Dans chacune des 12 provinces restantes, deux groupes d'écoles sont sélectionnés pour chaque district urbain et chaque district rural soit 48 groupes d'écoles.

Un total de 56 groupes d'écoles sont ainsi sélectionnés et représentent 56 groupes d'étude pour l'enquête.

3 Sélection des sujets

Chaque groupe d'étude comprend 4 groupes d'âges de 6 à 17 ans. Les sujets de chaque groupe d'âges sont sélectionnés au hasard à partir des classes d'écoles primaires, d'écoles secondaires (collèges) et de lycées.

Groupe d'âges 1 (6 à 8 ans) :Classe 1, 2, 3 (école primaire)

Groupe d'âges 2 (9 à 11 ans) :Classe 4, 5 (école primaire) et classe 6 (école secondaire)

Groupe d'âges 3 (12 à 14 ans) :Classe 7, 8, 9 (école secondaire)

Groupe d'âges 4 (15 à 17 ans) : Classe 10, 11, 12 (lycée)

A partir de chaque groupe d'âges, 12 à 14 sujets sont sélectionnés. Pour chaque groupe d'étude, on espère avoir 48 à 56 sujets.

Finalement, le nombre estimé d'enfants est compris entre 2688 à 3136 sujets (dont 1536 à 1792 sujets venant de zone urbaine et 1152 à 1344 sujets venant de zone rurale).

Tableau 22 : Echantillonnage des sujets âgés de 6 à 17 ans.

Régions	7
Provinces	14
Districts	32
Groupes d'écoles	56
Strates	âges 6-8, 9-11, 12-14, 15-17 12 à 14 sujets par strate
Total	**2688 à 3136 sujets**

5.2.2.3 Echantillonnage des sujets âgés de 18 ans et plus :

Pour l'étude de ce groupe d'individus, deux enquêtes parallèles ont été menées. Une enquête nationale sur la santé bucco-dentaire et une enquête pilote sur les maladies parodontales. Cette dernière, ne portant que sur certains sous-groupes de la population, apporte un complément d'informations à l'étude sur l'enquête nationale. Aussi, les résultats de l'enquête pilote seront combinés aux résultats de l'enquête nationale.

Pour l'enquête nationale :

1 Sélection des districts

On a sélectionné 12 provinces dont celle de Ho Chi Minh-Ville parmi les 14 provinces.

Pour Ho Chi Minh-Ville, 4 districts sont sélectionnés au hasard.

Pour chacune des 11 provinces restantes, on a sélectionné 2 districts dont un urbain et un rural soit 22 districts.

En tout, on compte 26 districts.

2 Sélection des groupes administratifs

Pour chaque district de chacune des 11 provinces, on sélectionne 2 circonscriptions administratives soit 44 circonscriptions.

Pour Ho Chi Minh-Ville, une circonscription est sélectionnée par district soit 4 circonscriptions.

En tout on compte 48 circonscriptions.

Dans chaque circonscription, un petit groupe administratif est sélectionné et ce groupe est défini comme le groupe d'étude pour l'enquête.

En tout on compte 48 groupes administratifs.

3 Sélection des sujets

Chaque groupe administratif comprend 3 groupes d'âges :18-34 ans, 35-44 ans, plus de 45 ans.

A partir de chaque groupe d'âges, 12 à 14 sujets sont sélectionnés.

On espère ainsi, pour chaque groupe administratif, avoir 36 à 42 sujets.

Un total de 1728 à 2016 individus est prévu pour l'enquête nationale (dont 936 à 1092 sujets venant de zone urbaine, et 792 à 924 venant de zone rurale).

Pour l'enquête pilote :

Parmi les 14 provinces, les deux provinces de Hanoi et Quang Ngai sont retenues.

1 Sélection des districts :

Dans la province de Quang Ngai, 1 district urbain et 1 district rural sont retenus. Pour Hanoi, 4 districts sont sélectionnés.

En tout, on compte 6 districts.

2 Sélection des circonscriptions administratives :

Dans chaque district sélectionné de Quang Ngai, 10 circonscriptions administratives sont prises au hasard. Dans chaque district sélectionné de Hanoi, 5 circonscriptions administratives sont retenues.

En tout, on compte 40 circonscriptions administratives.

3 Sélection des sujets :

Chaque circonscription administrative est définie comme un groupe d'étude pour l'enquête pilote et comprend 3 groupes d'âges :18-34 ans, 35-44 ans et plus de 45 ans.

- 10 sujets sont sélectionnés dans les groupes d'âges 18-34 ans et plus de 45 ans.
- 15 sujets sont sélectionnés dans le groupe d'âges 35-44 ans.

En tout, on compte 35 sujets par circonscription administrative.

Le total des individus sélectionnés pour l'enquête pilote est de 1400 sujets. (dont 1050 sujets venant de zone urbaine, et 350 sujets venant de zone rurale).

Pour ces deux enquêtes réunies, 3128 à 3416 sujets sont dénombrés.

Tableau 23 : Echantillonnage des sujets âgés de 18 ans et plus.

7 régions	
Enquête nationale	**Enquête pilote**
Provinces :12	Provinces :2
Districts :26	Districts :6
Groupes d'étude :48	Groupes d'étude :40
Strates :18-34, 35-44, +45	Strates :18-34, 35-44, +45
12 à 14 sujets par strate	10 sujets pour les strates 18-34 et +45
	15 sujets pour la strate 35-44
Total :1728 à 2016 sujets	Total :1400 sujets
Total enquête nationale et pilote :3128 à 3416 sujets	

5.2.3 Choix des indices de santé bucco-dentaire :

Préconisés par l'O.M.S., les indices C.A.O. et C.P.I.T.N. sont les indices utilisés pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire d'un pays. **[44]**

Ces indices témoignent de deux problèmes bucco-dentaires les plus fréquents : les caries dentaires et les parodontopathies.

5.2.3.1 L'indice C.A.O. de KLEIN et PALMER :

Cet indice comptabilise le nombre de dents cariées à traiter (C.), absentes (A.) et obturées (O.). Il donne une indication sur la santé dentaire d'un sujet combinant la pathologie carieuse (C.) et ses conséquences thérapeutiques (A. et O.) et permet d'estimer la sévérité de l'atteinte carieuse. **[11]**

Cet indice peut être utilisé globalement (somme des dents cariées, absentes ou obturées) ou de façon éclatée selon ses différents composants :

- L'indice C. comprend les dents cariées, permanentes ou temporaires, qu'elles soient déjà obturées ou non :
  1. Dents cariées
  2. Dents obturées avec nouvelle carie primaire (site différent de l'obturation)
  3. Dents obturées avec nouvelle carie secondaire (site de l'obturation)

  Pour établir cet indice, on recherche sur toutes les dents la présence de caries au moyen d'un miroir buccal et d'une sonde.

- L'indice A. correspond aux dents permanentes absentes suite à une dégradation carieuse si le patient a moins de 30 ans, et également aux dents absentes pour toute autre raison (une absence congénitale, un traumatisme, une extraction pour un traitement orthodontique) si le patient a plus de 30 ans.

Chez l'enfant de moins de 9 ans, on peut comptabiliser l'absence prématurée d'une dent de lait par suite de carie (notée indice a.).

- L'indice O. correspond aux dents obturées, permanentes ou temporaires, exemptes de nouvelle carie et aussi aux dents permanentes couronnées pour cause de carie.

Les résultats sont présentés sous forme d'indices C.O. moyen ou c.a.o. moyen pour les dents temporaires et C.A.O. moyen pour les dents permanentes, calculés sur l'ensemble de l'échantillon (y compris les sujets non atteints, pour lesquels l'indice vaut 0).

5.2.3.2 L'indice C.P.I.T.N. (Indice communautaire des parodontopathies et des besoins en traitement.) :

Le C.P.I.T.N. est une méthode d'enregistrement épidémiologique de l'état parodontal qui établit cliniquement la présence ou l'absence de poches parodontales, de tartre et de saignement gingival. **[28]**

5.2.3.2.1 Chez l'adulte :

L'examen se pratique à l'aide d'une sonde munie d'un embout sphérique de 0,5 mm de diamètre et marquée d'une bande noire sur une distance de 3,5 mm à 5,5 mm de cet embout.

Pour établir cet indice, on examine dix dents chez l'adulte : La n°11, la n°31 et toutes les $1^{ère}$ et $2^{ème}$ molaires.

La bouche étant divisée en 6 parties ou 6 sextants par les numéros des dents (18 à 14, 13 à 23, 24 à 28, 38 à 34, 33 à 43, 44 à 48), un sextant n'est examiné que s'il y a au moins deux dents présentes, et si aucune dent ne doit être extraite. Lorsqu'il ne reste qu'une dent, le sextant doit être adjoint au sextant suivant.

Pour chaque dent, on introduit la sonde avec une force de 20 grammes environ, en six points. On donne une seule note par dent et c'est la note la plus haute (c'est à dire la pire) qui prévaut. De même chaque sextant n'aura qu'une seule note, la plus élevée. Ensuite, on fait une moyenne des notes de chaque sextant et on obtient le C.P.I.T.N. du sujet.

L'enregistrement des données se fait selon les cinq codes suivants :

C.P.I.T.N. 0 : Parodonte sain.

C.P.I.T.N. 1 : Saignement gingival observé lors du sondage.

C.P.I.T.N. 2 : Présence de tartre mais pas de poche.

C.P.I.T.N 3 : Poche profonde de 3,5 à 5,5 mm.

C.P.I.T.N. 4 : Poche profonde d'au moins 6 mm.

Cet indice donne des indications de besoins en soins, c'est un outil épidémiologique.

5.2.3.2.2 Chez l'enfant :

Chez l'enfant de moins de 17 ans, on n'enregistre que les saignements gingivaux et la présence de tartre afin d'éviter de confondre les crevasses, dues à l'éruption des dents, avec des poches parodontales. On examine six dents chez l'enfant : n°16-11-26-36-31-46.

Une sonde C.P.I.T.N. est insérée dans le sulcus gingival sans dépasser 2 mm de profondeur et à différents endroits autour de la dent. La notation se fait selon un système binaire (présence ou absence de saignement, présence ou absence de tartre).

Ainsi, pour les saignements gingivaux, on détermine un des codes suivants :

Code 0 : Aucun saignement gingival ne se produit lors du sondage.

Code 1 : Un saignement gingival apparaît à plusieurs endroits lors du sondage.

Code Y : Ne peut être enregistré.

Pour le tartre, on détermine un des codes suivants :

Code 0 : Le tartre ne peut être détecté aux niveaux des sites supra et/ou sous-gingival visuellement ou avec la sonde C.P.I.T.N..

Code 1 : Le tartre est présent en supra et/ou sous-gingival, détecté visuellement ou lors du sondage.

Code Y : Ne peut être enregistré.

5.3 RESULTATS : [21]

5.3.1 Taux de participation :

Tableau 24 :

Taux de participation par groupe d'âges et lieu de résidence. [21]

Groupe d'âges	Pourcentage de réponses
6-8 ans	99,3
9-11 ans	98,6
12 14 ans	99,5
15-17 ans	95,8
18-34 ans	82,2
35-44 ans	85,8
45 ans et plus	81,1
Lieu de résidence	
Zone urbaine	91,8
Zone rurale	86,3

D'une part, on note une participation plus importante chez les jeunes âgés de 6 à 17 ans. Ceci est sans doute dû au rôle de l'école dans l'enquête, les plus de 18 ans se sentant moins concernés.

D'autre part, une participation plus élevée en zone urbaine souligne un maillage plus important des équipes dans les villes.

5.3.2 Conditions sociales des sujets :

5.3.2.1 Conditions sociales des sujets âgés de 6 à 17 ans :

Tableau 25 :

Répartition de l'échantillon en fonction de l'activité des parents. [21]

Activité	Pourcentage des mères	Pourcentage des pères
Agriculteur	40,4	43,3
Ouvrier	8,9	15,3
Employé de bureau	18,7	20,9
Commerçant	12,0	13,1
Au foyer	18,3	2,5
Autres	1,7	4,9
Total	100,0	100,0

Le tableau 25 nous montre la répartition des enfants échantillonnés, en fonction de l'activité des parents.

L'agriculture est le métier le plus exercé par les pères et mères. Ensuite viennent, pour les pères, les métiers d'employé de bureau (20,9 %) et d'ouvrier (15,3 %). Les occupations les plus fréquentes pour les mères sont ensuite, également, employée de bureau (18,7 %) et mère au foyer (18,3 %).

Tableau 26 :

Répartition de l'échantillon en fonction des revenus des parents par mois. [21]

Revenus par mois	Pourcentage
<400.000 VND	40,8
400.000-800.000 VND	36,1
+800.000 VND	23,1
Total	100,0

La répartition des enfants sélectionnés, en fonction des revenus parentaux, est donnée dans le tableau 26. Plus de 40% vivent avec moins de 400.000 VND (=30 €=200 FF) par mois, tandis que moins de un quart vivent avec plus de 800.000 VND (=60 €= 400 FF)par mois.

5.3.2.2 Conditions sociales des sujets âgés de 18 ans et plus

Tableau 27 :

Répartition de l'échantillon adulte, en fonction du métier exercé.[21]

Métier	Pourcentage
Agriculteur	41,5
Ouvrier	8,7
Employé	13,9
Commerçant	9,1
Au foyer	19,4
Autres	7,4
Total	100,0

Le tableau 27, représente la répartition de l'échantillon des adultes, en fonction du métier exercé. Les agriculteurs sont les plus nombreux avec 41,5 % suivis par les activités au foyer avec 19,4 % puis par les employés avec 13,9 %.

Tableau 28 :

Répartition de l'échantillon des adultes, en fonction des revenus par mois. [21]

Revenus par mois	Pourcentage
>200.000 VND	30,1
200.000-400.000 VND	32,7
400.000-600.000 VND	19,7
600.000-800.000 VND	5,5
800.000-1 Million VND	7,6
1-2 Millions VND	3,2
+2 Millions VND	1,1

Le tableau 28, représente la répartition de l'échantillon des adultes, en fonction des revenus par mois.

Selon l'enquête, 30,1 % des adultes vivent avec moins de 200.000 VND par mois (=15 €=100 FF) et font partie des plus pauvres. Par ailleurs, 32,7 % des adultes vivent avec des revenus compris entre 200.000 et 400.000 VND par mois. Donc, environ 63 % des gens vivent avec moins de 400.000 VND par mois (=30 €=200 FF).

Ces résultats sont en quelque sorte corroborés par une autre étude commandée par la banque mondiale en 1998. En effet, selon cette étude dont les résultats figurent dans le tableau 29, page suivante, les ménages dont le chef est agriculteur sont ceux qui comptent relativement le plus de pauvres (65 %), alors on peut déduire qu'ils ont des revenus inférieurs à 200.000 VND par mois et qu'ils vivent, en général, à la campagne.

Tableau 29 :

Part des pauvres au Vietnam selon le lieu de résidence, les régions et l'occupation du chef de ménage. [10]

	Part des pauvres (%)	Part dans la pauvreté totale (%)	Part de la population totale (%)
Ensemble du Vietnam	55	100	100
Villes et campagnes			
Villes	30	11	20
Campagnes	61	89	80
Régions			
Hautes Terres du Nord	66	19	16
Delta du Fleuve Rouge	53	20	22
Côtière Nord-Centrale	77	18	13
Côtière Centrale	56	12	12
Hautes Terres Centrales	67	4	3
Sud-Est	34	8	12
Delta du Mékong	46	19	22
Occupation du chef de ménage			
Col blanc	25	2	5
Commerce, service	30	5	8
Agriculture	65	76	65
Production	42	8	11
Autre	50	1	1
Retraité	40	5	6
Autre inactif	46	3	4

Source : Dollar (David), Glewwe (Paul), Litvack (Jennie) (sous la dir.), Household Welfare and Vietnam's Transition, Banque mondiale, Regional and Sectoral Studies, Washington, 1998.

5.3.3 Comportements de santé bucco-dentaire des Vietnamiens en fonction des zones urbaines et des zones rurales :

5.3.3.1 Fréquence des brossages :

La fréquence des brossages des dents selon que les sujets habitent en ville ou en campagne permet d'apprécier l'intérêt porté à l'hygiène bucco-dentaire par ces populations.

Tableau 30 :

Fréquence des brossages des dents chez les enfants et les adultes selon le lieu de résidence. [21]

ENFANTS (6-17 ans)					
Lieu de résidence	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	1 fois par jour	2 fois par jour	3 fois et plus par jour
Zone urbaine	2	2,8	34,9	49,8	10,5
Zone rurale	3	2,9	44,2	42,6	7,5

ADULTES (plus de 18 ans)					
Lieu de résidence	Jamais	1 fois par jour	2 fois par jour	3 fois par jour	4 fois et plus par jour
Zone urbaine	1,0	30,8	59,0	8,6	0,6
Zone rurale	0,5	49,8	43,7	6,0	0,0

Les enfants, en général, se brossent les dents une ou deux fois par jour voire plus : avec 95,2 % en ville et 94,3 % en campagne, on constate que les taux sont similaires. Cependant, les enfants issus de milieu rural se brossent les dents plutôt une fois par jour (44,2 %), tandis que ceux de milieu urbain plutôt deux fois par jour (49,8 %). La diffusion d'informations sur la prévention bucco-dentaire, est aussi beaucoup plus pratiquée en ville qu'en campagne.

Les adultes vietnamiens sont environ 99 % à se brosser les dents au moins une fois par jour. Par comparaison et d'après l'U.F.S.B.D., 2 % des Français avouent n'avoir jamais fait un brossage des dents et 6 % ne se les brossent pas

tous les jours. Au Vietnam, les ruraux se brossent les dents plutôt une fois par jour (49,8 %) tandis que les citadins se brossent les dents plutôt deux fois par jour (59,0 %). Ce qui est surprenant, est peut-être de voir que certains adultes se brossent les dents trois fois et plus par jour, avec 9,2 % en ville et 6 % en campagne. Ceci peut être expliqué par le fait qu'environ 19 % de personnes du sexe féminin sont au foyer et par la fréquence élevée des repas dans la journée, ce qui suppose des brossages plus nombreux.

5.3.3.2 Dernière visite chez le dentiste :

Tableau 31 :

Dernière visite chez le dentiste pour les 6-17 ans selon le lieu de résidence. [21]

Groupe d'âges	Lieu de résidence	< 6 mois	6 à 12 mois	12 à 24 mois	+ de 24 mois	Jamais
6-8 ans	Zone urbaine	16,2	16,8	5,5	10,2	51,3
	Zone rurale	15,4	4,9	4,1	8,6	67,0
9-11 ans	Zone urbaine	11,8	12,0	7,3	16,6	52,4
	Zone rurale	12,6	3,6	2,7	16,4	64,7
12-14 ans	Zone urbaine	11,4	8,6	7,3	17,6	55,1
	Zone rurale	7,1	4,5	1,8	7,3	79,3
15-17 ans	Zone urbaine	10,5	10,9	5,6	23,5	49,5
	Zone rurale	4,8	2,3	2,3	15,3	75,3

On peut remarquer que quelque soit le groupe d'âges, en général, les enfants vivant en ville sont les plus nombreux à avoir rencontré le dentiste depuis un délai inférieur à 6 mois.

La majorité des enfants n'ont jamais fait de visite chez le dentiste et ceci est surtout vrai pour les enfants de milieux ruraux où le pourcentage avoisine les 70 % chez les 6-8 ans et 9-11 ans, dépasse 75 % chez les 15-17 ans et s'approche de 80 % pour les 12-14 ans.

Tableau 32 :

Dernière visite chez le dentiste pour les adultes selon le sexe, l'âge et le lieu de résidence. [21]

	<12 mois	1-2 ans	2-5 ans	+5 ans	Jamais
Homme	16,1	9,4	5,3	11,0	58,1
Femme	18,8	13,7	7,1	8,3	52,0
18-34 ans	18,2	9,6	5,8	8,3	58,1
35-44 ans	21,9	13,4	7,6	8,9	48,3
+45 ans	12,8	14,0	5,9	12,7	54,6
Zone urbaine	23,6	15,4	10,8	10,9	39,3
Zone rurale	15,8	10,5	4,9	9,2	59,6

Quant aux adultes, en général, les femmes sont plus nombreuses à avoir consulté un dentiste dans les 12 derniers mois soit 18,8 % contre 16,1 % pour les hommes. De plus, les groupes d'âges 18-34 ans et 35-44 ans sont les plus nombreux à être allés voir le dentiste récemment (18,2 % et 21,9 % respectivement pour une visite inférieure à 12 mois). Les citadins sont aussi plus nombreux que les ruraux à aller voir le dentiste (la réponse « jamais » est donnée par 39,3 % de citadins et 59,6 % de provinciaux soit un écart de 20,3 points). Par comparaison et d'après l'U.F.S.B.D., 60 % des Français rendent visite à leur dentiste au moins une fois par an, 80 % une fois tous les trois ans et 20 % n'y vont jamais.

Les différences de comportements entre ruraux et citadins s'expliquent par :

- le manque de structures de soins et de praticiens en campagne.
- Le coût des soins dentaires élevés par rapport aux revenus et l'absence de remboursements. Nous l'avons vu, au Vietnam, les soins sont à la charge des patients sauf pour les fonctionnaires de l'Etat et certains Vietnamiens fortunés ou travaillant pour des compagnies étrangères, pour lesquels les soins sont partiellement pris en charge par les assurances privées.

- Le faible intérêt porté par une population souvent pauvre, à l'hygiène bucco-dentaire, simplement parce que ce n'est pas son premier souci.

5.3.3.3 Habitudes alimentaires des Vietnamiens :

La majorité des Vietnamiens ont une alimentation peu cariogène, l'essentiel des repas étant composé de riz, légumes, protéines et fruits. Le goût de la population est plutôt axé sur le salé, la ration alimentaire est en faible volume et consommée en plusieurs repas par jour.

En général, on consomme plus de sucre au Sud et on boit plus de thé au Nord, ce qui a une répercussion sur le degré d'atteinte carieuse des populations de ces deux régions. **[17]**

Depuis l'ouverture économique du pays, on observe un bouleversement des habitudes alimentaires traditionnelles, à commencer dans les villes et concernant surtout les enfants et les adolescents. L'alimentation de ces jeunes citadins tend à se rapprocher de celle des pays occidentaux comme la France, avec l'arrivée sur le marché de produits sucrés tels que le Coca Cola, les jus de fruits enrichis en sucre, les boissons énergétiques et les confiseries. **[13]**

5.3.4 Caries dentaires et C.A.O. selon les zones urbaines et les zones rurales :

5.3.4.1 Estimations nationales :

Tableau 33 :Estimations nationales des caries dentaires et du C.A.O. moyen en 2000 au Vietnam. [21]

Groupe d'âges	Prévalence carieuse				
		c.	a.	o.	c.a.o.
6-8 ans	84,9	5,07	0,31	0,02	5,40
9-11 ans	56,3	1,85	0,10	0,01	1,96
		C.	A.	O.	C.A.O.
6-8 ans	25,4	0,47	0,00	0,01	0,48
9-11 ans	54,6	1,15	0,02	0,02	1,19
12-14 ans	64,1	1,96	0,05	0,04	2,05
15-17 ans	68,6	2,12	0,15	0,13	2,40
18 ans	87,5	2,28	0,52	0,04	2,84
18-34 ans	75,2	2,31	0,77	0,21	3,29
35-44 ans	83,2	2,35	2,10	0,25	4,70
+45 ans	89,7	2,14	6,64	0,15	8,93

Légende :
Prévalence carieuse : Pourcentage de sujets avec au moins une carie.
c. : Nombre moyen de dents temporaires cariées.
a. : Nombre moyen de dents temporaires absentes.
o. : Nombre moyen de dents temporaires obturées.
c.a.o. : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes et obturées.
C. : Nombre moyen de dents permanentes cariées.
A. : Nombre moyen de dents permanentes absentes.
O. : Nombre moyen de dents permanentes cariées.
C.A.O. : Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes et obturées.

Pour les dents temporaires, on note une prévalence importante des caries chez les 6-8 ans avec 84,9 %. Elle n'est plus que de 56,3 % pour les 9-11 ans, ceci étant dû à la chute physiologique des dents de lait.

Quant aux dents définitives, on remarque que la prévalence carieuse s'accentue avec l'âge au fur et à mesure que les dents se mettent en place. De même pour l'indice C.A.O., il s'accroît progressivement avec le vieillissement de la population.

5.3.4.2 Estimations selon les zones urbaines et les zones rurales :

5.3.4.2.1 En denture temporaire :

Tableau 34 : Estimations des caries dentaires et du c.a.o. moyen en denture temporaire selon les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

Groupe d'âges	URBAIN					RURAL				
	% Caries	c.	a.	o.	c.a.o.	% Caries	c.	a.	o.	c.a.o.
6-8 ans	84,4	4,98	0,31	0,08	5,37	85,1	5,10	0,31	0,00	5,41
9-11 ans	51,8	1,60	0,18	0,02	1,80	57,6	1,93	0,08	0,00	2,01
Moyenne	68,1	3,29	0,25	0,05	3,59	71,35	3,52	0,20	0,00	3,71

Légende :
% Caries : Pourcentage de sujets avec au moins une carie ou prévalence carieuse.
c. : Nombre moyen de dents temporaires cariées.
a. : Nombre moyen de dents temporaires absentes.
o. : Nombre moyen de dents temporaires obturées.
c.a.o. : Nombre moyen de dents temporaires cariées, absentes ou obturées.

En denture temporaire, le cao moyen en zone urbaine est toujours légèrement inférieur au cao moyen en zone rurale mais cette différence n'étant pas très significative, il faut regarder les différents composants de ces indices. De plus, on note une baisse significative des indices concernant les 9-11 ans, simplement parce que cela correspond à la chute naturelle des dents temporaires.

➢ L'indice c. :

Les enfants issus de milieux ruraux ont un peu plus de dents temporaires cariées que ceux de milieu urbain soit, en moyenne, 3,52 et 3,29 respectivement. Ces chiffres élevés, qui sont à peu près similaires, représentent à eux seuls, une grande part du c.a.o.. Ceci s'explique par le manque d'ardeur au brossage des dents. Il faut inciter un enfant à acquérir de bonnes habitudes d'hygiène dentaire (brossages réguliers des dents avec dentifrice fluoré et alimentation équilibrée) pour que cela devienne un automatisme. Pour motiver les enfants, il faut déjà motiver les parents, or, les parents vietnamiens sont très souvent permissifs avec leurs enfants, du moins jusqu'à l'âge de 10 ans ou alors ne comprennent pas encore les bienfaits du brossage.

➢ L'indice a. :

En moyenne, il y a moins de dents absentes pour cause de carie chez les ruraux (0,20). Les dents cariées sont laissées bien souvent en l'état et ne sont pas toujours extraites.

➢ L'indice o. :

En milieu urbain, les enfants ont plus d'obturations sur leurs dents temporaires que ceux de milieu rural où le nombre d'obturation est égal à zéro. Ce n'est pas étonnant puisqu'on fait plus d'extractions que de soins conservateurs en milieu rural.

5.3.4.2.2 En denture permanente :

Tableau 35 :

Estimations des caries dentaires et du C.A.O. moyen en denture permanente selon les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

Groupe d'âges	URBAIN					RURAL				
	% Caries	C	A	O	CAO	% Caries	C	A	O	CAO
6-8 ans	24,6	0,40	0,00	0,03	0,43	25,6	0,49	0,00	0,00	0,49
9-11 ans	50,8	1,15	0,00	0,06	1,21	55,8	1,15	0,02	0,01	1,18
12-14 ans	68,4	1,70	0,05	0,14	1,89	63,0	2,03	0,05	0,01	2,09
15-17 ans	78,3	2,56	0,26	0,33	3,15	65,8	1,43	0,05	0,02	1,50
18-34 ans	88,1	2,49	1,02	0,43	3,94	61,4	2,26	0,69	0,14	3,09
35-44 ans	95,3	2,20	2,78	0,59	5,57	82,9	2,39	1,92	0,16	4,47
+45 ans	93,7	2,23	8,07	0,40	10,70	78,6	2,12	6,22	0,07	8,41
Moyennes										
6-17 ans	55,3	1,45	0,08	0,14	1,67	52,6	1,28	0,03	0,01	1,32
+18 ans	92,4	2,30	3,95	0,47	6,73	74,3	2,26	2,94	0,12	5,32

Légende :
% Carie : % de personnes avec au moins une carie.
C. : Nombre moyen de dents permanentes cariées.
A. : Nombre moyen de dents permanentes absentes.
O. : Nombre moyen de dents permanentes obturées.
C.A.O. : Nombre moyen de dents permanentes cariées, absentes et obturées.

D'après le tableau 35 page précédente, en général, le C.A.O. en denture permanente croît avec l'âge, en ville et en campagne.

Jusqu'à 14 ans, les C.A.O. observés sont sensiblement les mêmes pour les deux zones de résidence (entre 9-11 ans :1,21 en ville et 1,18 en campagne). A partir de 15 ans, on constate que les indices les plus élevés sont en milieu urbain.

En détaillant chaque constituant de l'indice C.A.O., on note que :

- Jusqu'à 14 ans, l'indice C. de dents cariées est à peu près égal puis, à partir de 15 ans, il est en moyenne moins élevé en campagne qu'en ville. L'hygiène moins bonne, est contrebalancée par une alimentation plus saine, moins cariogène. Cet indice C. représente à lui seul une grande proportion du C.A.O. prouvant que beaucoup de caries ne sont pas soignées, quel que soit le milieu.

- Globalement, l'indice A. de dents absentes est plus élevé en ville qu'en campagne.

- Dans toutes les catégories d'âges, le nombre de dents obturées ou O., est largement supérieur en ville.

Les gens ayant la possibilité de consulter plus facilement un dentiste en ville qu'à la campagne, les indices A. et O. augmentent.

5.3.5 Etat parodontal selon les zones urbaines et les zones rurales :

5.3.5.1 Etat parodontal chez les enfants vietnamiens :

Chez les enfants, rappelons que l'on ne prend en compte que le saignement des gencives et la présence de tartre.

Tableau 36 :

Saignement des gencives chez les enfants vietnamiens selon les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

Groupe d'âges	Lieu de résidence	% de sujets ayant des saignements	% sextants ayant un index de saignement	Nombre moyen de sextants avec saignement
6-8 ans	Zone urbaine	34,9	15,6	0,94
	Zone rurale	45,1	21,3	1,28
9-11 ans	Zone urbaine	62,9	33,7	2,02
	Zone rurale	71,3	37,5	2,25
12-14 ans	Zone urbaine	69,5	37,6	2,26
	Zone rurale	71,8	38,3	2,30
15-17 ans	Zone urbaine	65,9	35,8	2,15
	Zone rurale	67,1	35,5	2,13
Moyenne en zone urbaine		**58,3**	**30,7**	**1,85**
Moyenne en zone rurale		**63,8**	**33,2**	**1,99**

Selon les informations fournies par le tableau 36, on observe que, d'une part, le saignement gingival, lié à la présence de la plaque dentaire, elle même liée aux brossages, survient plus fréquemment chez les enfants ruraux les plus jeunes (6-8 ans et 9-11 ans), et d'autre part, l'écart entre les lieux de vie, se réduit lorsqu'ils atteignent l'âge de 12 ans. Ceci prouve qu'avec l'âge , ils sont eux-même plus conscients de l'hygiène dentaire et que c'est la période où ils s'ouvrent plus vers le monde extérieur en particulier les filles... ou les garçons (eux aussi, eh oui).

Tableau 37 :

Présence de tartre chez les enfants vietnamiens selon les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

Groupe d'âges	Lieu de résidence	% de sujets ayant du tartre	% de sextants ayant un indice de tartre	Nombre moyen de sextants avec du tartre
6-8 ans	Zone urbaine	29,7	12,2	0,73
	Zone rurale	24,3	10,5	0,63
9-11 ans	Zone urbaine	60,2	32,7	1,96
	Zone rurale	55,7	34,7	2,08
12-14 ans	Zone urbaine	79,2	46,0	2,76
	Zone rurale	78,2	48,7	2,92
15-17 ans	Zone urbaine	82,1	52,7	3,16
	Zone rurale	83,7	54,2	3,25
Moyenne en zone urbaine		**62,8**	**35,9**	**2,15**
Moyenne en zone rurale		**60,5**	**37,03**	**2,22**

On constate que la présence de tartre augmente avec l'âge. Le nombre d'enfants qui présentent du tartre en bouche, est à peu près similaire quel que soit l'endroit où ils vivent. Le tartre reste le problème numéro un et touche tout le monde.

5.3.5.2 Etat parodontal chez les adultes vietnamiens :

5.3.5.2.1 Pourcentage de sujets avec au moins trois sextants sains :

Tableau 38 :

Pourcentage de sujets adultes avec au moins trois sextants sains selon l'âge et selon les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

	Oui (%)	Non (%)
18-34 ans	14,6	85,4
35-44 ans	3,5	96,5
+45 ans	5,0	95,0
Zone urbaine	9,4	90,6
Zone rurale	8,2	91,8

Selon le tableau 38, 90,6 % de citadins et 91,8 % de ruraux n'ont pas au moins trois sextants sains : les problèmes parodontaux des adultes sont énormes et touchent tous les milieux.

En effet, la réponse « oui » minoritaire, coïncide au code C.P.I.T.N. égal à 0 (correspondant à un parodonte sain). La réponse « non » majoritaire, regroupe tous les autres codes du C.P.I.T.N. supérieurs ou égaux à 1 (soit la présence de saignements et/ou de tartre et/ou de poches moyennes et/ou de poches profondes).

Les gens appartenant aux classes d'âges des 35-44 ans et des plus de 45 ans, chez qui les pourcentages sont conséquents, ont vécu une période de guerre très éprouvante, avec des restrictions alimentaires très dures voire des périodes de disette, entraînant de graves carences en vitamines pour la population. Aujourd'hui nous voyons les conséquences de ces avitaminoses sur la santé parodontale des Vietnamiens. De plus, la dégradation de l'état général de santé à partir d'un certain âge, fait que les gens relativisent les problèmes dentaires et négligent leur hygiène bucco-dentaire, clef de voûte de la santé parodontale.

5.3.5.2.2 Pourcentage de sujets classés dans chaque code C.P.I.T.N. :

Tableau 39 :

Pourcentage de sujets adultes classés dans chaque code C.P.I.T.N. selon l'âge et les zones urbaines et rurales en 2000. [21]

	C.P.I.T.N.					
	0	1	2	3	4	Edenté
18-34 ans	1,7	1,8	74,6	18,6	3,3	0,0
35-44 ans	0,6	1,3	61,0	29,7	6,7	0,7
+45 ans	1,9	0,2	45,9	35,7	10,5	5,8
Zone urbaine	1,5	0,7	69,4	21,1	4,4	2,9
Zone rurale	1,55	1,43	61,9	27,2	6,5	1,5

On remarque que la majorité des personnes présentent un code C.P.I.T.N. égal à 2 indiquant la présence de tartre. Les problèmes parodontaux extrêmes se retrouvent plutôt chez les ruraux, du fait de leur plus grande négligence au brossage.

D'après l'O.M.S., le C.P.I.T.N. donne des indications de besoins en soins. Tous les sujets ayant un code C.P.I.T.N. supérieur ou égal à 1 auront besoin au minimum, d'un enseignement d'hygiène bucco-dentaire, voire d'un détartrage, d'un surfaçage, au maximum de soins spécifiques de parodontie, qui sont coûteux ou non prodigués sachant que l'immense majorité des Vietnamiens ne s'occupent guère de leurs problèmes parodontaux.

5.3.6 Comparaison des résultats des deux enquêtes nationales de 1990 et 2000 :

En nous procurant les résultats de l'enquête nationale menée en 1990, nous pouvons comparer les indices C.A.O. et C.P.I.T.N., afin de mettre au jour leur évolution durant la décennie passée.

Les méthodes épidémiologiques de l'époque différaient cependant de celles d'aujourd'hui : par exemple, les résultats ne concernaient que les âges clef

préconisés par l'O.M.S., à savoir, 12 ans, 15 ans et la tranche des 35-44 ans. La taille des échantillons diffère aussi d'une enquête à l'autre.

5.3.6.1 Prévalence carieuse et indice C.A.O. :

Tableau 40 :

Prévalence carieuse en denture permanente selon les âges clef, en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Age clef	Vietnam 1990		Vietnam 2000	
	n	% caries	n	% caries
12 ans	300	57,7	253	56,6
15 ans	300	60,3	159	67,6
35-44 ans	300	72,7	1160	83,2

Légende : n : nombre de sujets sélectionnés, % caries : prévalence carieuse.

Selon le tableau 40, la prévalence carieuse c'est à dire le pourcentage de personnes ayant au moins une carie, reste stable chez les 12 ans mais elle augmente pour les 15 ans et pour les 35-44 ans.

Tableau 41 :

Indice C.A.O. moyen en denture permanente selon les âges clef, en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Age clef	Vietnam 1990	Vietnam 2000
12 ans	1,83	1,87
15 ans	2,19	2,16
35-44 ans	5,14	4,70

Tableau 42 :

Indice C. moyen en denture permanente selon les âges clef, en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Age clef	Vietnam 1990	Vietnam 2000
12 ans	1,77	1,83
15 ans	2,06	2,03
35-44 ans	3,11	2,35

Tableau 43:

Indice A. moyen en denture permanente selon les âges clef, en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Age clef	Vietnam 1990	Vietnam 2000
12 ans	0,02	0,01
15 ans	0,11	0,12
35-44 ans	1,85	2,10

Tableau 44 :

Indice O. moyen en denture permanente selon les âges clef, en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Age clef	Vietnam 1990	Vietnam 2000
12 ans	0,04	0,03
15 ans	0,02	0,01
35-44 ans	0,18	0,25

Quand on regarde les tableaux 41 page précédente, 42, 43 et 44, on note que :

➢ L'indice C. : le nombre moyen de dents cariées à 12 ans a augmenté légèrement. Par contre, à 15 ans et dans la tranche des 35-44 ans, leur nombre a baissé. Ce qui peut paraître paradoxal si on se réfère à la prévalence carieuse qui croît : c'est seulement que plus de gens, parmi ces âges, ont au moins une carie en bouche, mais que le nombre de caries en bouche par personne a diminué.
Cependant la proportion de l'indice C. dans le C.A.O. reste élevée ce qui signifie qu'encore trop de dents cariées ne sont pas traitées.

➢ L'indice A. : il n'y a pas plus de dents absentes pour cause de carie à 12 ans et à 15 ans. Mais cet indice a augmenté pour les 35-44 ans ce qui veut dire qu'il ont eu recours au dentiste.

➢ L'indice O. : le nombre de dents obturées reste presque inchangé en l'espace de 10 ans, pour les 12 ans et 15 ans, il baisse même légèrement. La tranche des 35-44 ans, quant à elle, voit un accroissement de son indice O.. Les dents des personnes de cette tranche d'âges, ont donc été soignées.

➢ En comparant les indices C.A.O. nationaux de 1990 à 2000, nous remarquons une constance des résultats. Cependant, l'accroissement de la démographie, de la prévention, des progrès techniques prouve que la stabilité apparente des résultats cache bien une recrudescence de ce type de problèmes bucco-dentaires.

Nous avons voulu comparer les indices C.A.O. à 12 ans des enfants vietnamiens en 2000, et ceux des jeunes français en 1998, l'âge de 12 ans étant choisi partout dans le monde pour la surveillance des caries à des fins de comparaisons internationales.

Tableau 45 :

C.A.O. moyen à 12 ans au Vietnam en 2000. [21]

C.	1,83
A.	0,01
O.	0,03
C.A.O.	1,87

Tableau 46:

C.A.O. moyen à 12 ans en France en 1998. [11]

C.	0,82
A.	0,17
O.	0,95
C.A.O.	1,94

On remarque tout d'abord que l'indice C.A.O. est légèrement inférieur au Vietnam, ce qui peut paraître surprenant. Mais la décomposition de cet indice, dans chaque pays, montre les différences importantes entre les indices vietnamiens et français :

- Le nombre de dents cariées non soignées est beaucoup plus élevé au Vietnam. Il reste cependant faible pour un pays en voie de développement.
- L'indice A. et surtout l'indice O., sont nettement plus faibles au Vietnam.

Ces contrastes confirment bien le manque de praticiens et de matériels qui existe au Vietnam, contrairement à la France.

5.3.6.2 Indice C.P.I.T.N. :

Tableau 47 :

Pourcentage de sujets dans chaque code C.P.I.T.N. selon les âges clef en 1990 et 2000 au Vietnam. [21]

Année	Age	n	0	1	2	3	4	Edenté
1990	**12**	300	1,7	3,3	95,0	0,0	0,0	0,0
2000	**12**	253	9,6	15,7	74,7	0,0	0,0	0,0
1990	**15**	300	2,7	1,6	93,7	2,0	0,0	0,0
2000	**15**	159	6,6	11,9	81,5	0,0	0,0	0,0
1990	**34-45**	300	0,7	1,1	67,0	29,9	2,3	0,0
2000	**34-45**	1160	0,6	1,3	61,0	29,7	6,7	0,7

Légende :
n : nombre de sujets sélectionnés
0 : % de sujets avec un C.P.I.T.N. égal à 0, ou parodonte sain
1 : % de sujets avec un C.P.I.T.N. égal à 1, ou présence de saignements gingivaux
2 : % de sujets avec un C.P.I.T.N. égal à 2, ou présence de tartre
3 : % de sujets avec un C.P.I.T.N. égal à 3, ou présence de poches parodontales moyennes
4 : % de sujets avec un C.P.I.T.N. égal à 4, ou présence de poches parodontales profondes
Edenté : % de personnes édentées totales

En ce qui concerne la santé parodontale, à 12 ans, on voit un accroissement de la prévalence de parodonte sain coïncidant au code C.P.I.T.N. égal à 0, ainsi que du pourcentage de saignements gingivaux (C.P.I.T.N.=1). Ces accroissements se font au bénéfice d'une réduction de la prévalence de tartre (C.P.I.T.N.=2).

A 15 ans, nous remarquons un changement identique, voire meilleur avec la prévalence de poches parodontales moyennes (C.P.I.T.N.=3) réduites à zéro.

Pour les 35-44 ans, la prévalence d'un parodonte sain et celle des saignements gingivaux sont restées stables. Les sujets ont moins de tartre qu'en 1990, mais les pourcentages de poches profondes (C.P.I.T.N.=4) et d'édentement total, se sont amplifiés.

En dépit de toutes ces améliorations, le pourcentage de sujets ayant un indice C.P.I.T.N. égal à 2 c'est à dire présentant du tartre, est encore trop élevé et cela quel que soit l'âge de référence.

6 - CONCLUSION

A travers cet exposé, nous constatons que les problèmes majeurs, en matière de santé bucco-dentaire au Vietnam, sont les caries, la présence de tartre et le manque de praticiens.

Il existe, de surcroît, une disparité entre les villes et les campagnes, concernant la répartition des dentistes, les soins pratiqués, les comportements d'hygiène et l'état de santé bucco-dentaire.

Grâce à tous ces enseignements, nous pouvons amener ces quelques réflexions :

Il serait nécessaire de mettre à la disposition de la population rurale notamment, des services de soins dentaires de qualité acceptable, accessibles géographiquement d'une part, et financièrement d'autre part.

L'accessibilité géographique pourrait se faire par le biais d'un accroissement de l'implantation des professionnels dentaires en campagne.

En effet, la plupart des dentistes fraîchement diplômés restent en ville parce que c'est là que se concentrent les services, les moyens financiers et économiques. C'est seulement grâce à une politique autoritaire et volontariste du Ministère de la Santé, concrétisée par des avantages substantiels tels des subventions d'installation, que les dentistes migreront vers les campagnes. Cela allègerait en outre, les dispensaires dentaires publics de campagne surchargés de travail. Cependant, pour accroître le nombre de dentistes en campagne, il faut intensifier leur formation à la base. Mais augmenter l'effectif total de dentistes pour assurer une distribution équitable des soins odonto-stomatologiques à l'ensemble de la population, est difficile compte-tenu du taux de croissance démographique élevé et de la durée des études dentaires.

Un autre point, pour un meilleur accès aux soins par la population rurale, serait d'envoyer plus régulièrement dans les contrées reculées, des unités mobiles dentaires pourvues d'équipement de dentisterie complet (le pays n'en compte que 25).

Enfin il faudrait une répartition plus juste des moyens matériels et financiers, entre les villes et les campagnes. Effectivement, et cela peut paraître illogique, le Vietnam dispose parfois de matériels sophistiqués alors qu'il n'a pas toujours celui de première nécessité.

Dans les grandes villes, en particulier à Ho Chi Minh-Ville et Hanoi, les comités populaires consacrent un budget important à la santé : les locaux et équipements dentaires à la Faculté d'Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville ou à la future Faculté Dentaire de Hanoi sont très honorables. En général, les villes bénéficient aussi plus que partout ailleurs au Vietnam, de l'aide internationale (par exemple, don du Dispensaire A.D.V. au sein de la Faculté de Ho Chi Minh-Ville, don de fauteuils dentaires par la France, le Japon et les Etats-Unis à la future Faculté de Hanoi).

La relative modernité des villes en ce domaine, n'est en fait qu'une façade masquant la misère des campagnes, qui sont souvent oubliées.

L'accessibilité, d'un point de vue financier, pourrait être améliorée par le biais d'un renforcement de la prévention bucco-dentaire, ce qui au niveau des patients, permettrait d'amoindrir la fréquence des maladies bucco-dentaires et donc de diminuer le coût des soins.

Suite à la première enquête épidémiologique réalisée en 1990, la stratégie pour l'an 2000, était d'adopter un programme de prévention en milieu scolaire. **[43]**

Le gouvernement fait des efforts pour mettre ces programmes en œuvre (distribution de solution fluorée et enseignement des méthodes de brossage dans les écoles **[14]**), mais leur application se fait de façon trop sporadique pour qu'ils soient efficaces.

Par ailleurs, A.O.I., Aide Odontologique Internationale, a réalisé un énorme travail de 1995 à 2000, en menant une campagne de prévention dentaire chez les enfants scolarisés en milieu rural au Vietnam. Ce projet s'étendant sur cinq provinces du Sud-Vietnam, concernait environ 400 000 sujets. Les résultats issus de ce travail furent satisfaisants. **[1]**

L'idée, à présent , serait que le gouvernement prenne le relais et étende la prévention à toutes les provinces du Vietnam, ce qui suppose une coopération étroite entre le Ministère de la Santé et celui de l'Education, à travers le financement, le contrôle et l'évaluation de cette entreprise. Cependant, les priorités du pays, en matière de santé, sont autres (lutte contre la tuberculose, les maladies tropicales, le virus HIV...).

BIBLIOGRAPHIE

1. A.O.I..
Rapport de conférence « Présentation de l'évaluation du projet promotion de la santé bucco-dentaire chez les enfants scolarisés en milieu rural au Vietnam (1995-2001) financé par A.O.I. et l'Ambassade du Canada. »
Ho Chi Minh-Ville : 2001.-29 pages.

2. ASSEMBLEE NATIONALE DE LA REPUBLIQUE SOCIALISTE DU VIETNAM.
Les constitutions du Vietnam :1946-1959-1980-1992.
Hanoi :The Gioi, 1995.-216 pages.

3. AGUSTONI-PHAN, Nhung.
L'esprit du Vietnam. Croyances, cultures et société : réflexion sur la société et la pensée vietnamienne.
Genève : Olizane, 1997.-217 pages.

4. BICH, Manh.
Le Vietnam crucifié, 1945-1975.
Paris : L'Harmattan, 2000.-287 pages.-(Mémoires asiatiques).

5. BLANCHARD, Michel.
Vietnam-Cambodge. Une frontière contestée.
Paris : L'Harmattan, 1999.-171 pages.-(Points sur l'Asie).

6. BODARD, Lucien.
La guerre d'Indochine.
Paris : Grasset, 2000.-1168 pages.

7. BROCHEUX P.,HEMERY D..
Indochine, la colonisation ambiguë 1858-1954.
Paris : la Découverte, 1994.-427 pages.-(Textes à l'appui : Série Histoire Contemporaine).

8. CENTRE TRICONTINENTAL LOUVAIN LA NEUVE.
Socialisme et marché : Chine, Vietnam, Cuba.
Paris : L'Harmattan, 2001.-292 pages.-(Alternatives Sud, 2001, n°1).

9. HEMERY, Daniel.
Ho Chi Minh, de l'Indochine au Vietnam.
Paris : Gallimard, 1990.-192 pages.-(Découvertes Gallimard Histoire ;97).

10. HERLAND, Michel.
Le Vietnam en mutation.
Paris : la Documentation Française, 1999.-155 pages.-(Notes et études documentaires ; 5094).

11. HESCOT P., ROLAND E..
La santé dentaire en France :1998.
Paris : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, 1999.-128 pages.

12. HUNTINGTON, Samuel P..
Le choc des civilisations
Paris : Odile Jacob, 1997.-402 pages.

13. ISMAIL A.I., TANZER J.M., DINGLE J.L..
Current trends of sugar consumption in developing societies.
Community Dent. Oral. Epidemiol., 1997; 25 (6):438-43.

14. KHANH, Dong Ngo.
Oral health care programme for school children . Based data .
Ho Chi Minh-City : 2000.-3 pages.

15. KHANH, Dong Ngo.
Rapport dentiste/habitants dans trente régions du Sud-Vietnam.
Ho Chi Minh-Ville : 2000.-4 pages.

16. KHANH, Dong Ngo.
Organisation générale du système de santé bucco-dentaire au Vietnam.
Ho Chi Minh-Ville : 2000.-15 pages.

17. LAMENDIN, H.
Thé et santé bucco dentaire.
Chir. Dent. Fr., 1998, 879 : 118-122.

18. LAVIGNE, Marie.
Economie du Vietnam. Réforme, ouverture et développement.
Paris : L'Harmattan, 1999.-191 pages.-(Collection Pays de l'Est ; 5730).

19. LE VAN CUONG., MAZIER J..
L'économie vietnamienne et la crise asiatique.
Paris : L'Harmattan, 1999.-313 pages.

20. MINISTRY OF HEALTH, SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM.
Health Service in Vietnam today.
Hanoi : 1999.-56 pages.

21. MINISTRY OF HEALTH AND INSTITUTE OF ODONTO STOMATOLOGY, HANOI, VIETNAM.
National Oral Health Survey of Vietnam 1999.
Hanoi : 2002.-102 pages.

22. MINISTRY OF HEALTH, UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES, HO CHI MINH-CITY, VIETNAM.
Faculty of Odonto-Stomatology: Handbook 2001-2002.
Ho Chi Minh-City : 2001.-20 pages.

23. NGUYEN BATHIEN M.
Aide Dentaire Vietnam : Compte-rendu.
Inf. Méd. Asie francophone, 1995, 12 :23-24.

24. NINNIN, Sébastien.
Mobilité des étudiants en odontologie entre Bordeaux et le Vietnam : Présentations, intérêts et perspectives.-154 f.
Th. : Chir.Dent. : Bordeaux 2 : 1999 ; 03.

25. PAPIN, Philippe.
Viêt-Nam, Parcours d'une nation.
Paris : la Documentation Française, 1999.-179 pages.-(Asie Plurielle).

26. PETIT, Christophe.
Cahier des charges pour l'organisation de l'asepsie des soins dentaires à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Ho Chi Minh-Ville (Vietnam).
Ho Chi Minh-Ville : Faculté de Chirurgie Dentaire, s. d..-14 pages.

27. PHAM, Tuan Son.
La médecine traditionnelle orientale et l'art dentaire. – 96 f.
Th. : Chir. Dent. : Paris V : 1983 ; 42.55.83.

28. PILOT, T. , PURDELL-LEWIS, D.
Guidelines for community periodontal care.
London :FDI World Dental Press, 1992.

29. POMONTI J.C., TERTRAIS H.
Vietnam, communistes et dragons.
Paris :Le Monde Editions, 1994.-210 pages.

30. QUALTROUGH A.J..
Dentistry in Vietnam.
Br. Dent. J., 1997 ; 182 (6):231-3.

31. ROUCH, P.H.
Séminaire de formation continue de l'A.O.I..
Inf. Dent., 1995, 5 : 331-332.

32. ROZE, Xavier.
Géopolitique de l'Indochine. La péninsule éclatée.
Paris : Economica, 2000.-132 pages.

33. S. DE SACY, Alain.
L'Asie du Sud-Est. L'unification à l'épreuve.
Paris : Vuibert, 1999.-265 pages.-(Gestion Internationale).

34. SOPPELSA, Jacques.
Géopolitique de l'Asie-Pacifique.
Paris : Ellipses, 2001.-112 pages.-(l'Orient politique).

35. TIN, Bui.
1945-1999. Vietnam, la face cachée du régime.
Paris : Kergour, 1999.-303 pages.

36. TRAN-MINH, Kim.
Bilan et besoins de la santé bucco-dentaire au Vietnam.-94 f.
Th. : Chir. Dent. : Reims : 1993.

37. TRAN-MINH, Kim.
Etude épidémiologique en orthodontie au Vietnam.-59 f.
Mémoire pour le Certificat d'Etudes Cliniques Spéciales Mention Orthodontie : Reims : 1998.

38. TU LÂP V., TAILLARD C.
Atlas du Vietnam.
Montpellier : RECLUS ; Paris : la Documentation Française, 1994.-421 pages.-(Dynamiques du territoire ;13).

39. NGO VAN.
Viet-Nam, 1920-1945. Révolution et contre-révolution sous la domination coloniale.
Paris : Nautilus, 2000.-444 pages.

40. VAN PALESTEIN HELDERMAN W.H., MIKX F., TRUIN G.J., HOANG T.H., PHAM H.L..
Workforce requirements for a primary oral health care system.
Int. dent. J., 2000 ;50 (6):371-7.

41. VAN PALESTEIN HELDERMAN W.H., TRUIN G.J., CAN N., KHANH N.D..
The possibility of previous epidemiological data to serve as baseline for future national oral health surveys—a study in Vietnam.
Int. dent. J., 2001 ;51 (1):45-8.

42. VASSEUR FAUCONNET, Charlyne.
Enfance, état des lieux : Vietnam, au cœur de la francophonie.
Paris : L'Harmattan, 1998.-620 pages.

43. VO THE Q.
Stratégie de santé bucco-dentaire pour le Vietnam d'ici l'an 2000.
Inf. Méd. Asie francophone, 1995, 12 : 3.

44. WORLD HEALTH ORGANISATION.
Oral Health Surveys, basic methods.-4 th Ed.
Geneva :W.H.O., 1997.-66 pages.



TABLE DES MATIERES

BIBLIOTHÈQUE
PHARMACIE
ODONTOLOGIE
NANCY

1 – INTRODUCTION..... 1

2 – LE VIETNAM, TERRE DE CONTRASTES..... 3

2.1 Géographie..... 4

2.1.1 Situation géographique..... 4

2.1.2 Relief..... 6

2.1.2.1 Le Nord..... 6

2.1.2.2 Le Centre..... 7

2.1.2.3 Le Sud..... 7

2.1.2.4 Les îles..... 7

2.1.3 Climat..... 8

2.2 Population..... 9

2.3 Religions et langages..... 12

2.3.1 Religions..... 12

2.3.2 Langages..... 12

2.4 Histoire..... 13

2.4.1 La période chinoise..... 13

2.4.2 La période française (1858-1954)..... 16

2.4.3 La période américaine (1965-1973)..... 18

2.4.4 Le conflit khmero-vietnamien (1975-1989)..... 20

2.4.5 Le conflit sino-vietnamien (1979-1989)..... 21

2.5 L'Etat vietnamien..... 22

2.6 Evolution économique..... 24

2.7 Education..... 26

3 – SYSTEME GENERAL DE SANTE..... 29

3.1 Situation sanitaire au Vietnam..... 30

3.2 Structure du système de soins au Vietnam..... 32

3.2.1 Administration..... 32

3.2.2 Personnel de santé..... 34

3.2.2.1 Formation au cours des décennies..... 34

3.2.2.2 Etablissements de formation..... 34

3.2.3 Fonctions et activités des différents niveaux de santé..... 35
3.2.3.1 Niveau central..... 35
3.2.3.2 Centre Médical Provincial..... 36
3.2.3.3 Centre Médical du district..... 36
3.2.3.4 Centre Médical Communal..... 36
3.2.3.5 Exercice privé..... 37
3.3 Activités pratiques et méthodes de travail..... 38
3.3.1 En ville..... 38
3.3.2 En campagne..... 39
3.4 Les centres de soins..... 39

4 – SYSTEME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE..... 42
4.1 Organisation générale..... 43
4.2 Les études en odontologie..... 44
4.2.1 Introduction..... 44
4.2.2 Exemple de la Faculté d' Odonto-Stomatologie de Ho Chi Minh-Ville. 44
4.2.2.1 Formation universitaire..... 45
4.2.2.2 Organisation clinique de la Faculté..... 49
4.2.2.3 Locaux..... 50
4.2.3 Autres lieux de formation..... 53
4.2.3.1 Facultés de Médecine de Hanoi, Hue et Ho Chi Minh-Ville..... 53
4.2.3.2 Ecoles de Techniques Médicales des provinces de HaiHung, Danang, et Ho Chi Minh-Ville..... 53
4.2.3.3 Formations à l'armée..... 53
4.2.3.4 Future Faculté Dentaire de Hanoi..... 54
4.3 Le chirurgien dentiste vietnamien..... 56
4.3.1 Densité de dentistes au Vietnam..... 56
4.3.2 Modes d'exercice..... 58
4.3.3 Accessibilité des soins..... 58
4.3.4 Tarifs des soins dentaires..... 64

5 – RESULTATS EPIDEMIOLOGIQUES..... 74
5.1 Introduction..... 75
5.2 Méthodologie..... 76
5.2.1 Choix des âges..... 76
5.2.2 Choix des lieux et méthodes d'échantillonnages..... 76
5.2.2.1 Choix des lieux..... 76
5.2.2.2 Echantillonnage des sujets âgés de 6 à 17 ans..... 79
5.2.2.3 Echantillonnage des sujets âgés de 18 ans et plus..... 80
5.2.3 Choix des indices de santé bucco-dentaire..... 83
5.2.3.1 L'indice C.A.O. de KLEIN et PALMER..... 83
5.2.3.2 L'indice C.P.I.T.N. (Indice communautaire des parodontopathies et des besoins en traitement)..... 84
5.2.3.2.1 Chez l'adulte..... 84
5.2.3.2.2 Chez l'enfant..... 85
5.3 Résultats..... 86
5.3.1 Taux de participation..... 86
5.3.2 Conditions sociales des sujets..... 87
5.3.2.1 Conditions sociales des sujets âgés de 6 à 17 ans..... 87
5.3.2.2 Conditions sociales des sujets âgés de 18 ans et plus..... 88
5.3.3 Comportements de santé bucco-dentaire des Vietnamiens en fonction des zones urbaines et des zones rurales..... 91
5.3.3.1 Fréquence des brossages..... 91
5.3.3.2 Dernière visite chez le dentiste..... 92
5.3.3.3 Habitudes alimentaires des Vietnamiens..... 94
5.3.4 Caries dentaires et C.A.O. selon les zones urbaines et les zones rurales..... 94
5.3.4.1 Estimations nationales..... 94
5.3.4.2 Estimations selon les zones urbaines et les zones rurales..... 96
5.3.4.2.1 En denture temporaire..... 96
5.3.4.2.2 En denture permanente..... 97
5.3.5 Etat parodontal selon les zones urbaines et les zones rurales..... 98
5.3.5.1 Etat parodontal chez les enfants vietnamiens..... 98
5.3.5.2 Etat parodontal chez les adultes vietnamiens..... 100
5.3.5.2.1 Pourcentage de sujets avec au moins trois sextants sains..... 100
5.3.5.2.2 Pourcentage de sujets classés dans chaque code C.P.I.T.N..... 101

5.3.6 Comparaison des résultats des deux enquêtes nationales de 1990 et 2000 102
5.3.6.1 Prévalence carieuse et indice C.A.O 103
5.3.6.2 Indice C.P.I.T.N 106

6 – CONCLUSION 108

BIBLIOGRAPHIE 111

TABLE DES MATIERES 116

BIBLIOTHÈQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

VANNSON (Laure).- La santé bucco-dentaire au Vietnam : disparité entre villes et campagnes.- Nancy, 2002 : f. : ill. ; 30 cm

Th. : Chir.-Dent. : Nancy : 2002

Mots-clés : Disparité
Epidémiologie
Santé bucco-dentaire
Vietnam

Le Vietnam reste un des derniers pays communistes du monde. Symbole des drames qu'a connus la seconde moitié du 20ème siècle, il est devenu en quelques années, une société tout entière tournée vers le développement économique. En dépit de progrès incontestables, des inégalités demeurent entre les villes et les campagnes de ce pays, notamment dans le domaine de la santé. C'est pourquoi nous nous proposons de traiter le sujet suivant : La santé bucco-dentaire au Vietnam, disparité entre villes et campagnes.
Nous débuterons notre étude par une approche globale du Vietnam : sa géographie, sa population, les religions et langages pratiqués. Puis après de brefs rappels historiques, nous aborderons son système politique, son évolution économique et l'éducation de sa population.
Dans la troisième partie, nous évoquerons son système général de santé.
La quatrième partie traitera des disparités du système de santé bucco-dentaire, à travers la formation des chirurgiens dentistes, leur répartition dans le pays, leurs modes d'exercice et l'accessibilité des soins par la population.
Ce chapitre sera complété dans une cinquième partie, par une étude épidémiologique comparative entre le milieu urbain et le milieu rural afin d'expliquer les inégalités de la santé bucco-dentaire.
Enfin, quelques idées seront émises quant au devenir du système de santé bucco-dentaire de ce pays.

JURY :

Président :	**M. J.-P. LOUIS**	Professeur des Universités
Juge :	**M. A. FONTAINE**	Professeur 1er grade
Juge :	**M. C. AMORY**	Maître de Conférences des Universités
Invité :	**M. T. TRAN**	Docteur en Chirurgie Dentaire

Adresse de l'auteur : Laure VANNSON
36, rue Charles Martel
54 000 NANCY

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
Juges : A. FONTAINE – Professeur de 1er Grade
C. AMORY – Maître de Conférences des Universités
T. TRAN – Docteur en Chirurgie Dentaire

BIBLIOTHÈQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

THESE POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

---

présentée par: **Mademoiselle VANNSON Laure**

né(e) à: **EPINAL (Vosges)** le **28 août 1974**

et ayant pour titre : **«La santé bucco-dentaire au Vietnam. Disparité entre villes et campagnes»**

Le Président du jury,

J.P. LOUIS

Le Doyen
de la Faculté de Chirurgie Dentaire

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE 96, av. de Lattre de Tassigny Le Doyen Pr J.P. LOUIS BP 3069 54013 NANCY CEDEX UNIVERSITE HENRI POINCARE (NANCY 1)

Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le 26 AVR. 2002 n° 1326

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ NANCY LE PRESIDENT

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ · NANCY 1
24-30, rue Lionnois B.P.3069 54013 Nancy cedex
Tél : 83 32 81 81 Fax : 83 32 95 90
Adresse électronique : _____ @presn1.u-nancy.fr

VANNSON (Laure).- La santé bucco-dentaire au Vietnam : disparité entre villes et campagnes.- Nancy, 2002 : f. : ill. ; 30 cm

Th. : Chir.-Dent. : Nancy : 2002

Mots-clés : Disparité
Epidémiologie
Santé bucco-dentaire
Vietnam

Le Vietnam reste un des derniers pays communistes du monde. Symbole des drames qu'a connus la seconde moitié du 20ème siècle, il est devenu en quelques années, une société tout entière tournée vers le développement économique. En dépit de progrès incontestables, des inégalités demeurent entre les villes et les campagnes de ce pays, notamment dans le domaine de la santé. C'est pourquoi nous nous proposons de traiter le sujet suivant : La santé bucco-dentaire au Vietnam, disparité entre villes et campagnes.
Nous débuterons notre étude par une approche globale du Vietnam : sa géographie, sa population, les religions et langages pratiqués. Puis après de brefs rappels historiques, nous aborderons son système politique, son évolution économique et l'éducation de sa population.
Dans la troisième partie, nous évoquerons son système général de santé.
La quatrième partie traitera des disparités du système de santé bucco-dentaire, à travers la formation des chirurgiens dentistes, leur répartition dans le pays, leurs modes d'exercice et l'accessibilité des soins par la population.
Ce chapitre sera complété dans une cinquième partie, par une étude épidémiologique comparative entre le milieu urbain et le milieu rural afin d'expliquer les inégalités de la santé bucco-dentaire.
Enfin, quelques idées seront émises quant au devenir du système de santé bucco-dentaire de ce pays.

JURY :

Président :	**M. J.-P. LOUIS**	Professeur des Universités
Juge :	**M. A. FONTAINE**	Professeur 1er grade
Juge :	**M. C. AMORY**	Maître de Conférences des Universités
Invité :	**M. T. TRAN**	Docteur en Chirurgie Dentaire

Adresse de l'auteur : Laure VANNSON
36, rue Charles Martel
54 000 NANCY