



HAL
open science

Monographie du système de santé en Thaïlande

Guillaume Zimny

► **To cite this version:**

Guillaume Zimny. Monographie du système de santé en Thaïlande. Sciences pharmaceutiques. 2017.
hal-01932485

HAL Id: hal-01932485

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932485>

Submitted on 23 Nov 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.



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-thesesexercice-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>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2017

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 septembre 2017 sur un sujet dédié à :

Monographie du Système de Santé en Thaïlande

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Guillaume ZIMNY

né le 14 octobre 1990

Membres du Jury

Président : M. SIMON Jean-Michel, Professeur

Directeur : M. JOUBERT Olivier, Maître de conférences HDR

Juges : M. RIEGEL Lucas, Docteur en Pharmacie

Mme LANHER Perrine, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2016-2017

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine

Béatrice FAIVRE

Responsables de la filière Industrie

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable de la filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Responsable Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus ENSAIA

Raphaël DUVAL

Responsable Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Responsable de la Communication

Marie-Paule SAUDER

***Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle***

Béatrice FAIVRE

***Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage***

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Alain MARSURA

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Blandine MOREAU

Dominique NOTTER

Christine PERDIAKIS

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Gabriel TROCKLE

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Colette ZINUTTI

ENSEIGNANTS

*Section
CNU**

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ

82

Thérapie cellulaire

Jean-Louis MERLIN

82

Biologie cellulaire

Alain NICOLAS

80

Chimie analytique et Bromatologie

Jean-Michel SIMON

81

Economie de la santé, Législation pharmaceutique

Nathalie THILLY

81

Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON

86

Pharmacologie

Igor CLAROT

85

Chimie analytique

Joël DUCOURNEAU

85

Biophysique, Acoustique, Audioprothèse

Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Biologie cellulaire, Hématologie</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Eau, Santé, Environnement</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Alexandre HARLE	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>

François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>

ENSEIGNANTS (suite)

*Section
CNU**

Discipline d'enseignement

Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>

Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	86	<i>Sémiologie</i>
--------------------	----	-------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

✠ *En attente de nomination*

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : *Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé*

81 : *Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé*

82 : *Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques*

85 ; *Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé*

86 : *Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé*

87 : *Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques*

11 : *Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes*

SERMENT DES APOTHICAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D' exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

D' e ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX
OPINIONS EMISES DANS LES THESES,
CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Jean-Michel SIMON, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

A Monsieur Olivier JOUBERT, pour avoir accepté de diriger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame Perrine LANHER, pour avoir accepté de juger ce travail,

Tu as déjà encadré mon stage hospitalo-universitaire et tu me fais l'honneur de participer à mon jury de thèse,

A Monsieur Lucas RIEGEL, pour avoir accepté de juger ce travail,

Tu m'as transmis un peu de ta passion pour la santé publique,

Je tiens particulièrement à remercier la Fondation Pierre FABRE, la directrice générale Mme Béatrice GARRETTE, M. le professeur Jean CROS et M. le professeur Etienne CHATELUT pour m'avoir permis de découvrir l'Asie du Sud-est et tout particulièrement la Thaïlande par l'opportunité d'échange universitaire qu'ils m'ont offert.

Je tiens à adresser mes remerciements à mes amis Rébecca, Nina, Ninon, Enguerrand et Marie-Eugénie. Nous avons partagé nos années d'études, nos week-ends, nos appartements, nos traquenards et je sais que nous continuerons encore à partager pendant longtemps.

A Juliette, Carine et Ségolène, vous me supportez depuis le lycée et le mérite vous revient entièrement.

A mes parents et mes deux sœurs dont le soutien inconditionnel m'ont permis d'apprendre, grandir et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir poussé à aspirer à être toujours meilleur.

A mes grands-parents, merci à vous trois pour vos encouragements et votre bienveillance. Vous ne lirez pas ma thèse mais je vous la raconterai.

A mes collègues Sargine, Paporn, Elodie, Anaëlle, Céline, vous avez rendu ces périodes de travail plus agréable et plus énergique.

A mes rencontres internationales Carolina, Matthew, Gerry, Maria, Cheryl, Katy, Noémie, Xavier, Sotheara, Hà, Marine, Morgane, Manon, qui m'ont permis d'ouvrir les yeux sur le monde, nos richesses et nos points communs.

Contenu

Liste des figures	4
Liste des tableaux	5
Liste des acronymes	7
Introduction	8
Chapitre 1	9
Description du pays et du système de santé	9
I. Contexte général du pays.....	9
A. Contexte géographique, historique et politique	9
1. Géographie	9
a) Zones rurales / zones urbaines	10
b) Climat.....	10
c) Divisions administratives	10
2. Historique	11
3. Politique et géopolitique	14
a) Crise politique depuis 2013.....	14
4. Régime en place	15
5. Relations internationales.....	15
6. Diversité et problèmes ethniques.....	16
a) Plusieurs Thaïlandes.....	16
7. Mouvements séparatistes	17
a) Sécurité intérieure et respect des libertés	17
II. Contexte socio-culturel et socio-démographique.....	19
A. Socio-démographie.....	19
1. Population et Transition démographique	19
a) Population	19
b) Transition démographique.....	19
2. Indice de développement humain	22
B. Education	23
1. Le système éducatif.....	23

2.	Les douze commandements.....	24
III.	Contexte économique.....	25
A.	Une position de leader	25
B.	Une distribution inégale des richesses	25
C.	Un ralentissement économique	25
D.	Économie sous la junte militaire	26
E.	Relations économique avec la France	27
F.	Aide publique au développement (APD)	28
G.	Partenariat avec la communauté européenne	29
	Chapitre 2.....	31
	CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS	31
IV.	Ressources, structures et fonctionnement du système de santé	31
A.	Structures du système de santé	31
B.	Gouvernance sanitaire	32
C.	Ressources humaines	32
D.	Équipement sanitaire publique	33
E.	Équipement sanitaire privé	34
V.	Le financement du système de santé.....	36
A.	Le financement des soins	36
B.	Les différents systèmes de protection sociale.....	36
C.	Dépenses publiques de santé	40
D.	Dépenses des ménages en santé	40
E.	Rémunération des professionnels de santé.....	41
F.	Mise en place de la couverture maladie universelle.....	41
VI.	Résultats sanitaires du système de santé.....	43
A.	Etat de santé général des populations	43
1.	La Thaïlande, un exemple en Asie du sud-est.....	43
2.	Transition épidémiologique.....	44
3.	Maladies transmissibles	46
a)	Paludisme	46
b)	Tuberculose	47
c)	VIH.....	47

d)	Virus de la grippe aviaire	48
e)	Dengue	49
4.	Maladies non-transmissibles	49
a)	Maladies cardiovasculaires.....	50
b)	Cancer	51
5.	Comportement à risques	52
a)	Tabagisme	52
b)	Alcool.....	52
B.	Etat de santé des populations âgées.....	53
C.	Etat de santé materno-infantile.....	54
1.	Mortalité infantile.....	54
2.	Santé maternelle.....	56
D.	Indicateurs d'accès au soin	58
1.	Couverture vaccinale.....	58
2.	Accès aux médicaments et aux structures de santé.....	60
E.	Indicateurs d'inégalités dans l'accès aux soins	63
1.	Disparités milieu rural/urbain.	63
a)	Accès à l'eau	63
b)	Accès aux soins.....	64
2.	Disparités géographiques et ethniques	66
VII.	LES POLITIQUES SANITAIRES	68
A.	Les plans nationaux.....	68
VIII.	ANALYSE, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	69
A.	Accès aux soins des migrants	71
1.	Etat de santé des immigrants et minorités ethniques.....	72
2.	Programmes de santé à destination des immigrants.....	72
3.	Couverture de santé des immigrants.....	73
4.	L'Assurance de santé obligatoire pour les immigrants	74
B.	Analyse FFOM	74
IX.	CONCLUSION.....	76
	BIBLIOGRAPHIE	78

Liste des figures

Figure 1: Drapeau de la Thaïlande	9
Figure 2: Carte de la Thaïlande.....	11
Figure 3: Photographie d'une jeune femme karène	17
Figure 4: Schéma explicatif des différentes phases de la transition démographique (Wikipédia s.d.)	20
Figure 5: Evolution et projection de la population en Thaïlande entre 1960 et 2050 (World Bank Group 2017)	20
Figure 6: Pyramide des âges en 1950 en Thaïlande (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015).....	21
Figure 7: Pyramide des âges en 2015 en Thaïlande (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015).....	22
Figure 8: Répartition de l'aide publique au développement en 2015 en Thaïlande	29
Figure 9: Pyramide sanitaire en Thaïlande	31
Figure 10: Organisation du Ministère de la santé publique	32
Figure 11: Diagramme en toile comparant l'accès aux soins entre milieu rural et milieu urbain	65
Figure 12: Cartes des taux d'hospitalisation en Thaïlande en 2007 (Bureau of Policy and Strategy 2011)	66
Figure 13: Analyse FFOM du système de santé en Thaïlande	75

Liste des tableaux

Tableau I: Comparaison des indices de développement humain (Palmarès - Indicateur de développement humain 2015)	23
Tableau II: Comparaison des indicateurs économiques entre 2013 et 2015 en Thaïlande	27
Tableau III: Nombre de professionnels de santé en Thaïlande en 2010	33
Tableau IV: Nombre d'établissement de santé publique à Bangkok et en Thaïlande	34
Tableau V: Nombre d'établissement de santé privé en Thaïlande	35
Tableau VI: Comparaison des indicateurs de financement des soins entre 2000 et 2011 (Organisation mondiale de la santé 2017).....	36
Tableau VII: Comparaison des couvertures sociales existantes (Sakunphanit 2008)	37
Tableau VIII: Comparaison des dépenses totales en santé en 2000 et 2011 (Organisation mondiale de la santé 2017)	40
Tableau IX: Comparaison des indicateurs généraux de santé de la population entre 5 pays d'Asie du sud-est, en 2012 (Organisation mondiale de la santé 2017)	43
Tableau X: Principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles tout sexe confondus, estimés à partir de l'âge standardisé en 2008 dans différents pays d'Asie du sud-est (Organisation mondiale de la santé 2017) 45	
Tableau XI: Mortalité pour 100 000 habitants en Thaïlande pour les principales maladies non-transmissibles (Organisation mondiale de la santé 2017)	50
Tableau XII: Taux d'admission en hôpital pour 100000 personnes, par an (Organisation mondiale de la santé 2017)	51
Tableau XIII: Taux standardisé par l'âge des principales causes de cancer en 2004-2006 pour 100 000 habitants, par sexe	51
Tableau XIV: Cause de mortalité infantile en Thaïlande en 2015 (Organisation mondiale de la santé 2017)	55
Tableau XV: Prévalence contraceptive par méthodes et par année en Thaïlande chez les femmes mariées ou en couples de 15-49 ans	57
Tableau XVI: Principaux indicateurs de santé maternelle en 2015 (Organisation mondiale de la santé 2017)	58
Tableau XVII: Taux de couverture vaccinale (Organisation mondiale de la santé 2017)	59

Tableau XVIII: Comparaison du taux de couverture vaccinale en Thaïlande en 1985 et 2015	59
Tableau XIX: Indicateurs des accès aux soins chez les enfants de moins de 5 ans en Asie du sud-est (Organisation mondiale de la santé 2017)	61
Tableau XX: Indicateurs des accès aux soins chez les enfants de moins de 5 ans en Thaïlande, par régions, en 2005 (Organisation mondiale de la santé 2017).	62
Tableau XXI: Principaux indicateurs d'hygiène et d'assainissement de différents pays d'Asie du Sud-Est en 2015. (Organisation mondiale de la santé 2017)	63
Tableau XXII: Principaux indicateurs d'hygiène et d'assainissement en Thaïlande en 1990 et 2015. (Organisation mondiale de la santé 2017)	64
Tableau XXIII: Nombre de professionnel de santé pour 1000 habitants par régions en 2010.....	67

Liste des acronymes

APD	Aide publique au développement
CAD	Comité d'aide au développement
CMU	Couverture maladie universelle
DTS	Dépense totale de santé
GPO	Organisation pharmaceutique gouvernementale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
RPF	Régime particulier des fonctionnaires
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIT	Système d'indemnisation des travailleurs
SS	Régime de sécurité sociale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

La Thaïlande est connue en France pour être le « Pays du sourire », pour ses plages « paradisiaques » et la boxe thaïe.

Cependant, il n'est pas rare d'entendre parler du pays dans le domaine de la santé. Epidémie de grippes, transmission de la mère à l'enfant du VIH, tourisme médical font l'actualité en France.

Un système de santé est un élément essentiel d'un gouvernement et sa mise en place peut se révéler compliquée, de surcroît dans un pays du tiers-monde qui est devenu un pays à l'économie croissante en peu de temps.

Quels sont les résultats d'un tel système ? L'accès aux soins est-il complet, égalitaire et de bonne qualité ?

Dans une première partie, nous ferons une description du pays, de sa population, sa situation économique et politique, puis, dans une deuxième partie, nous nous intéresserons à l'état de santé des populations et aux systèmes de santé et politique sanitaires mis en place.

Chapitre 1

Description du pays et du système de santé

I. Contexte général du pays

A. Contexte géographique, historique et politique

Situé en Asie du sud-est, la Thaïlande se vante d'être le seul pays de la région à n'avoir jamais été colonisé. Sa capitale, Bangkok, aussi appelée officiellement Krung Thep (« La cité des anges »), ou la Grosse Mangue, est la troisième plus grande ville de la région, derrière Jakarta et Saigon. (Encyclopédie Larousse 2016)



Figure 1: Drapeau de la Thaïlande

1. Géographie

La superficie de la Thaïlande est de 513,120 km² (la France a, quant à elle, une superficie de 550 000 km²). Son relief est caractérisé par de hautes montagnes au nord, une plaine centrale et un haut plateau. La zone de la frontière avec la Birmanie est recouverte de montagnes depuis la zone dite du « Triangle d'Or » jusqu'à la Malaisie. La plaine du centre constitue le bassin du fleuve Ménam Chao Phraya et de ses affluents, qui se jette dans la baie de Bangkok, au nord du golfe de Thaïlande. Au nord-est, le fleuve Mun draine le plateau du Khorat avant de se jeter dans le Mékong. À eux deux, les systèmes du Chao Phraya et du Mékong constituent la base de l'économie agricole du pays et d'autres pays d'Asie du sud-est en fournissant

des terres gorgées d'eau, propices à la riziculture, ainsi que des voies navigables permettant le transport de personnes et de marchandises (figure 2). (CIA 2017)

a) Zones rurales / zones urbaines

La zone urbaine de Bangkok regroupe plus de 10% de la population du pays. La plupart des paysages de la Thaïlande ont gardé leur caractère rural ; 72% des Thaïs vivent encore de l'agriculture ou de la pêche et le cadre habituel de leur existence reste celui des rizières, des fleuves et des forêts.

b) Climat

La Thaïlande est soumise à un climat tropical, c'est-à-dire chaud et humide. Elle connaît une période de mousson qui s'étend de mai à novembre, avec des pluies torrentielles. Celle-ci est alternée avec une période dite sèche de décembre à avril. La saison des pluies est plus longue près du littoral.

Le pays se situe dans une zone à risque de catastrophes naturelles, notamment typhons et cyclones. (Thaïlande : Climat, météo et guide de voyage 2017)

c) Divisions administratives

Le pays est divisé en 76 provinces. Les cinq plus peuplées sont, dans l'ordre décroissant, Nakhon Ratchasima, Ubon Ratchathani, Khon Kaen, Chiang Mai et Buriram.

Bangkok bénéficie, quant à elle, d'un statut particulier : celui de municipalité. Chaque province est dirigée par un gouverneur, nommé par le ministre de l'Intérieur. Seul le gouverneur de Bangkok est élu.



Figure 2: Carte de la Thaïlande

2. Historique

Fondation de la Thaïlande

- VIè siècle : L'ancien Siam est constitué d'une série de royaumes (Mons,

Khmers, Thaïs).

- XIII^e siècle : Les Thaïs refoulent peu à peu les Khmers. Fondation du royaume de Sukhothai.
- 1350 : Fondation du royaume d'Ayuthaya par le prince Ramathibodi.
- 1431 : Les Princes d'Ayuthaya s'emparent d'Angkor.
- 1569 Ayuthaya est à son tour attaqué par les Birmans

Premières relations avec l'Europe

- 1611 Premiers contacts avec l'Europe après la prise par les Portugais de Malacca
- 1656 Le roi NARAI s'empare du trône avec l'aide d'étrangers, Hollandais, Perses, Malais. la concurrence entre marchands étrangers s'accroît
- 1678 Les Jésuites s'installent à Ayuthaya où la cour les consulte
- 1673 Une mission ecclésiaste française apporte une lettre de Louis XIV à laquelle NARAI répond en envoyant une délégation en France (1680) qui sombre en mer
- 1684 Deuxième échange de missions diplomatiques : le chevalier de BEAUMONT est dépêché pour convertir NARAI au catholicisme
- 1687 Deuxième Ambassade et projet de traité de défense mutuelle
- 1767 : Les troupes birmanes s'emparent d'Ayuthaya et détruisent la ville mais leur domination est de courte durée.

Renouveau de l'empire Thaï

- 1782 : Fondation de la dynastie Chakri à Bangkok, qui devient la nouvelle capitale. Les rois RAMA II (1802-24) et RAMA III (1824-50) doivent faire des concessions aux Britanniques
- 1851 - 1868 : Modernisation du pays sous Rama IV qui noue des relations diplomatiques avec les nations européennes tout en évitant la colonisation.
- 1868 - 1910 : Règne de Rama V qui doit concéder des territoires au Laos français et à la Birmanie anglaise. En 1893, sous la pression des canonières françaises, rétrocessions au Cambodge de trois provinces de l'est et abandon de souveraineté sur le Laos.
- juillet 1917 : Le Siam se joint aux alliés durant la 1^{ère} guerre mondiale. Il est l'un des fondateurs de la Société des Nations.

Dictature militaire et Seconde Guerre mondiale

- 24 juin 1932 : Coup d'état militaire mené par Pridi Bhanomyong ; fin de la monarchie absolue, établissement d'une monarchie

constitutionnelle.

- 1935 : Abdication du Roi et remplacement par ANAND A, dix ans, vivant avec son frère BHUMIPOL en Suisse
- 1939 : Le Siam prend le nom de Thaïlande ; le pays entre en guerre aux côtés des Japonais.
- juillet 1944 : Le gouvernement pro-japonais est renversé.
- 9 juin 1946 : Accession au trône du roi Bhumibol Adulyadej, Rama IX.

Instabilité politique

- 1950 - 1980 : Plusieurs gouvernements, dans lesquels le rôle de l'armée reste déterminant, se succèdent.
- Octobre 1973 : Manifestation contre le régime militaire en place. Réaction violente et morts de plusieurs manifestants. Début d'une transition peu stable vers la démocratie.
- 1980 - 1988 : Le général Prem est Premier ministre ; stabilisation politique et économique du pays.
- Février 1991 : Accession au pouvoir du NKPC (National Peace Keeping Council) conduit par le Général Krapayoon.
- décembre 1991 : Nouvelle Constitution.
- 23 septembre 1992 : Le parti démocrate remporte les élections ; M. Chuan Leekpai devient Premier ministre.
- janvier 1995 : Nouvelle Constitution.
- juillet 1997 : Crise financière asiatique.
- 9 novembre 1997 : Chuan Leekpai revient au pouvoir.
- Novembre 1998 : Adoption d'une nouvelle Constitution et remaniement gouvernemental.

Élections et coups d'états

- 6 février 2001 : Le parti Thaï Rak dirigé par Thaksin Shinawatra remporte les élections parlementaires avec 248 sièges. Mise en place de plusieurs réformes à destinations des classes populaires.
- 19 septembre 2006 le gouvernement de M. Thaksin Shinawatra est renversé par un coup d'état conduit par le Général Sonthi BOONYARATGLIN
- Le 29 septembre 2006 le Général Surayud Chulanont est nommé Premier Ministre intérimaire
- 30 mai 2007 : Dissolution du Thai Rak Thai (parti de Thaksin Shinawatra) par la Cour Constitutionnelle.
- 19 août 2007 : Premier référendum de l'histoire thaïlandaise.

Nouvelle Constitution adoptée.

- 23 décembre 2007 : Elections législatives. Victoire du PPP (People's Power Party, dirigé par M. Samak Sudaravej), qui remporte 233 sièges sur 480.
- 19 janvier 2008 : Formation du gouvernement de coalition réunissant 5 partis autour du PPP (Chart Thai, Puea Pandin, Rum Jai Thai Chart Pattana, Matchima et Pracharaj). Le parti démocrate est le seul parti d'opposition. Plusieurs premiers ministres se succèdent.

Depuis 2013,

- 2013 : Yingluck Shinawatra, Premier ministre, est destituée. Mise en place de la loi martiale.
- Mai 2014 : 19ème coup d'état depuis l'instauration de la monarchie constitutionnelle en 1932. Le général-commandant en chef des armées Prayuth Chan-ocha prend le poste de Premier ministre. Plusieurs partis politiques d'opposition sont dissous, et des chaînes de télévision d'opposition sont interdites par le gouvernement militaire et monarchiste des « chemises jaunes »
- Août 2015 : Explosion d'une bombe dans le centre de Krung Thep. Les autorités soupçonnent sur l'opposition politique, les « chemises rouges », des classes rurales et paysannes, principalement du nord-est du pays.
- 13 octobre 2016 : Mort du Roi Rama IX, monarque de Thaïlande ayant régné le plus longtemps.
- 1 décembre 2016 : Couronnement du Roi Rama X, fils aîné de Rama IX. Le roi Rama X n'a pas la même popularité que son père. (Thaïlande: une chronologie des événements clés 2017)

3. Politique et géopolitique

a) Crise politique depuis 2013

En 2001, Thaksin Shinawatra, dirigeant du parti Thai rak Thai, devient Premier ministre. De nombreuses réformes sont instaurées pour améliorer le niveau de vie de la population rurale. Il est renversé et exilé en septembre 2006 par un putsch de l'armée ; sa sœur, Yingluck Shinawatra, emporte les élections législatives en juillet 2011 à la majorité absolue. Elle devient la première femme Premier ministre de Thaïlande. En novembre 2013, les « chemises jaunes » du parti démocrate de l'opposition réclament le renvoi de Yingluck Shinawatra, suite à un projet d'amnistie de Thaksin Shinawatra. D'impressionnantes manifestations bloquent la capitale.

L'assemblée nationale est dissoute en décembre 2013 ; les élections législatives de février 2014 sont invalidées par la Cour constitutionnelle, le mouvement jaune bloquant l'accès à plus de 10 % des lieux de votes. (Thaïlande: une chronologie des événements clés 2017)

Accusée d'abus de pouvoir, Yingluck Shinawatra est destituée en mai 2014. Cette décision provoque des affrontements entre « chemises jaunes » et « chemises rouges », favorables au gouvernement, dans Bangkok ; 28 personnes trouvent la mort dans des attaques armées.

La loi martiale est déclarée le 20 mai 2014 par les forces armées thaïlandaises, le chef d'état-major et général Prayuth Chan-Ocha arrive au pouvoir. La constitution de 2007 est suspendue. Les prochaines élections législatives sont prévues pour 2016. (L'Humanité 2014)

4. Régime en place

L'armée thaïlandaise a mis en place la loi martiale en mai 2014. Elle octroie à l'armée plusieurs pouvoirs dans le but de « maintenir l'ordre public ».

A ce but, elle peut interdire tout rassemblement ou réunion, ainsi que le déplacement du public, par terre, mer ou air, et peut également censurer ou fermer journaux et télévisions. Les soldats ont tout pouvoir pour fouiller, réquisitionner, interdire, saisir, occuper ou détruire "tout lieu", ainsi qu'effectuer des fouilles au corps, de véhicules ou de domiciles. Les autorités militaires peuvent réquisitionner des civils pour les aider, ainsi que des véhicules, de la nourriture, ou des armes, appartenant à n'importe quel individu ou entreprise, à tout moment. L'armée peut imposer un couvre-feu et interdire l'accès à certaines zones, et maintenir en détention tout suspect de violation de la loi martiale pendant sept jours. Les tribunaux civils restent opérationnels, mais une cour martiale peut se voir confier la tâche d'organiser des procès criminels dans des affaires relevant de la loi martiale et peut continuer à fonctionner même après la révocation de cette loi. (LEXPRESS.fr 2014)

5. Relations internationales

La Thaïlande souhaite se positionner comme une des forces principales d'Asie du sud-est, c'est pourquoi sa politique étrangère est principalement dirigée vers ses voisins, le Myanmar, le Laos, la Malaisie et le Cambodge. De plus, le pays accorde beaucoup d'importance à ses relations avec la Chine et d'autres puissances comme les Etats-Unis, le Japon, la Corée du sud, l'Inde et l'Union Européenne. Elle cherche à avoir un rôle constructif dans

l'Organisation des Nations Unies ainsi que dans d'autres accords internationaux.

L'Australie et la Thaïlande ont signé un accord de libre-échange en 2004 et la Nouvelle-Zélande et la Thaïlande ont signé un partenariat d'économie en avril 2005. En avril 2007, de tels accords ont également été signé avec le Japon.

Le principal souci de sécurité en Thaïlande est traditionnellement avec ses voisins et leurs situations politiques internes. Le trafic de stupéfiants et la présence de plus d'un millions de travailleurs illégaux birmans émigrés sont souvent le sujet de tensions. La frontière avec le Cambodge au niveau du temple de Preah Vihear est aussi souvent à l'origine de conflits.

La Thaïlande a contribué à plusieurs missions de paix internationales et aux efforts de reconstruction dans le Timor oriental, l'Afghanistan et en Irak.

La Thaïlande soutient l'Organisation mondiale du commerce et est un des membres fondateurs de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est, une association de coopération et soutien mutuelle entre ses membres, regroupant aujourd'hui 10 pays d'Asie du sud-est.

6. Diversité et problèmes ethniques

a) Plusieurs Thaïlandes

Parmi les 67 millions d'habitants vivants en Thaïlande, on recense plusieurs ethnies.

Bien que majoritairement thaï (85%), plus de 30 groupes ethniques sont répartis sur le territoire. Les 15% restants sont constitués de chinois, de malais au sud, de khmers à l'est et de birmans à l'ouest le long des frontières. D'autres ethnies sont en plus faible nombre et ces tribus habitent les régions montagneuses du nord mais également les plaines du centre et du nord-est du pays.

Ces ethnies donnent à la Thaïlande son côté multiculturel.

Parmi les ethnies les plus connues, on reconnaît les Karènes (400 000 locuteurs) (figure 3), dans les provinces du nord (Chiang Rai, Chiang Mai) et les Hmong (150 000 locuteurs) au nord-est du pays. Plus en retrait dans la vie politique et sociale du pays que la population d'ethnie thaï, les tribus hmong et karènes vivent recluses dans les montagnes et présentent plus de difficultés d'accès aux soins et aux déplacements. (Groupes ethniques en Thaïlande s.d.)



Figure 3: Photographie d'une jeune femme karène

7. Mouvements séparatistes

Depuis 50 ans, un conflit entre musulmans malais, et le gouvernement existe dans les provinces du sud, dans la région de Pattani, près de la frontière avec la péninsule malaise. Cette région regroupe la quasi-totalité de la population musulmane du pays.

Assimilé de force au Royaume de Siam au début du XIXe siècle, des tensions indépendantistes apparaissent dans les années 60. La loi martiale dans le sud du pays est instaurée depuis 2002 et la lutte contre les mouvements musulmans est inscrite dans le cadre d'une loi de guerre contre le terrorisme.

En mars 2014, on a recensé plus de 6 000 victimes du conflit.

a) Sécurité intérieure et respect des libertés

Devant faire face à des coups d'Etats répétés, le pays est confronté à une crise des droits de l'Homme. Depuis mai 2014, le Premier ministre a interdit plusieurs activités politiques et rassemblements pacifiques afin de préserver l'ordre public. « Les tribunaux militaires sont régulièrement utilisés pour juger les civils, en particulier les dissidents politiques et les délinquants présumés des lois de lèse-majesté » rapporte l'association Humans Right Watch. (Humans right watch s.d.)

Le classement de la liberté de la presse établie par l'association Reporter

sans frontières voit la Thaïlande dans les mauvais élèves. Elle est 136^{ème} sur 180 pays et est en alerte rouge pour la liberté de la presse. Ce classement est en baisse constante depuis le coup d'état de 2014. (Reporters sans frontières s.d.)

II. Contexte socio-culturel et socio-démographique

A. Socio-démographie

1. Population et Transition démographique

a) Population

La population en 2014 était estimée à plus de 67 millions.

La majorité des habitants vivent en zone rurale, dans les régions centrales, du nord et du nord-est. En pleine période d'industrialisation, la population urbaine atteignait 35% (en 2014) de la population totale, principalement dans la région de Bangkok et ses alentours.

Il est compliqué d'arriver à des chiffres exacts, la migration saisonnière de millions de travailleurs rend difficile un recensement précis. Ces habitants vivent officiellement en région rurale mais réside la plupart de l'année en zone urbaine. De plus, la migration illégale de nombreux travailleurs birmans rend ce compte encore plus difficile.

La population reste assez jeune, avec un âge moyen de 38 ans. L'espérance de vie est de plus en plus importante en Thaïlande, grâce aux efforts faites par les gouvernements sur leurs politiques de santé : elle est de 71 ans pour les hommes et de 76 ans pour les femmes.

Le gouvernement thaïlandais a mis en place un programme de planning familial qui a rencontré un succès certain. Ainsi, la croissance annuelle de la population est passée de 3.1% en 1960 à 0.4% aujourd'hui. De plus, un foyer était constitué de 5.7 personnes en 1970, et il est maintenant de 3.2 personnes. La population âgée est de plus en plus nombreuse et on prévoit une diminution de la population d'ici à 10 ans, accentué par un taux de fertilité à 1.41 enfants par femme. (CIA 2017)

b) Transition démographique

La théorie de la transition démographique est un modèle décrivant le passage d'une population d'un pays, de taux forts de natalité et mortalité, vers des taux faibles. Selon cette théorie, tous les pays ont ou vont passer par une transition démographique au cours de leur histoire moderne. La transition, représentée dans la figure 4 ci-dessous, s'accompagne d'une forte augmentation, puis d'une stabilisation de la population totale.

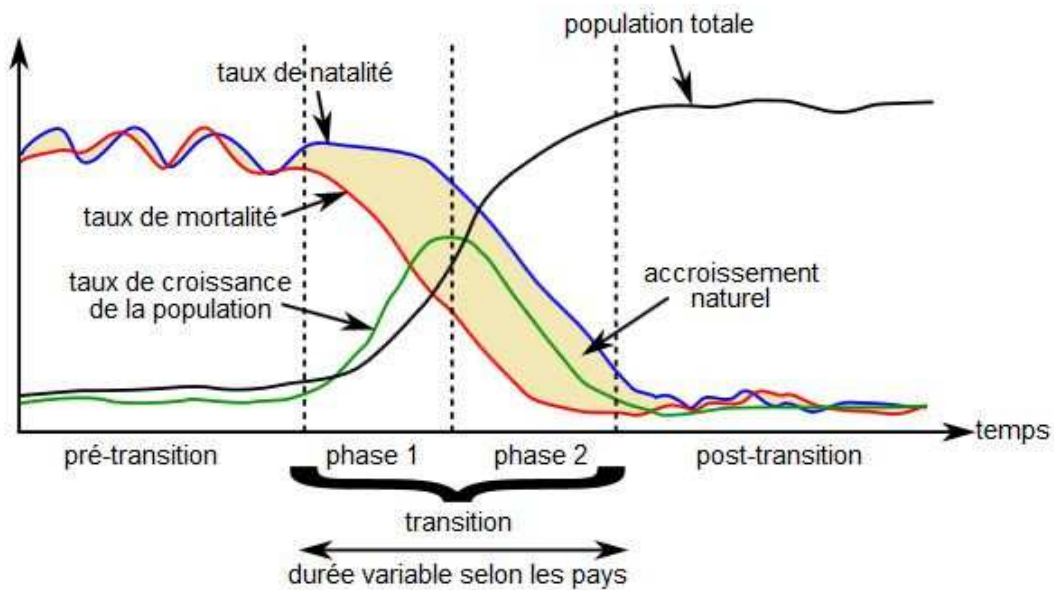


Figure 4: Schéma explicatif des différentes phases de la transition démographique (Wikipédia s.d.)

La Thaïlande, comme d'autres pays en voie de développement, se situe dans la phase 2 de transition. Depuis les années 1960, la population s'accroît rapidement et les taux de natalité et mortalité chutent.

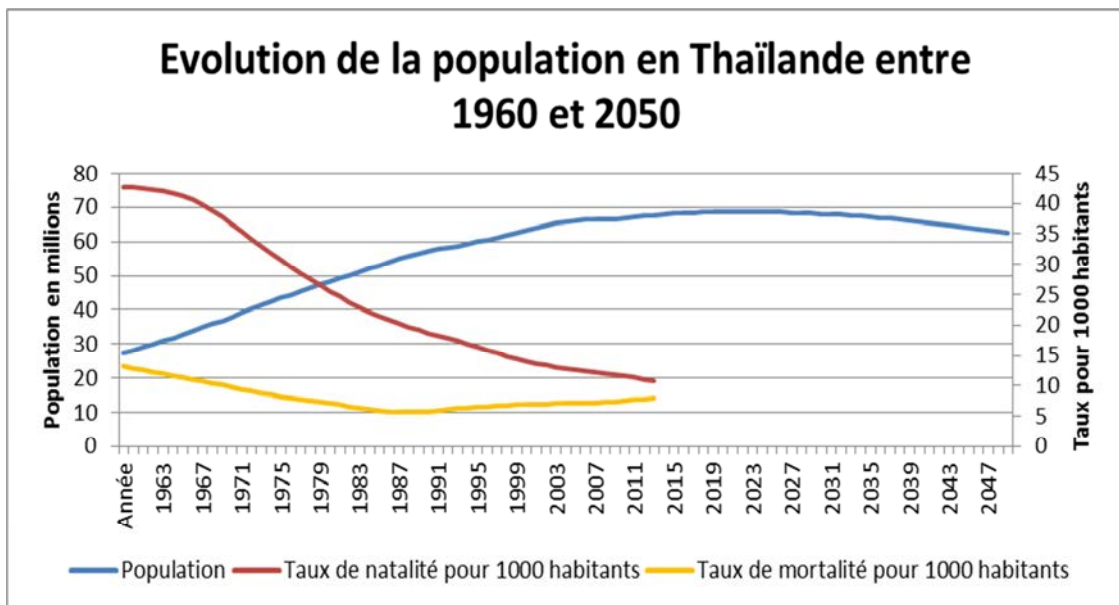


Figure 5: Evolution et projection de la population en Thaïlande entre 1960 et 2050 (World Bank Group 2017)

On observe cependant un ralentissement de ces changements. Le taux

d'accroissement est un des plus faibles d'Asie du sud-est avec le nombre d'enfants par femme tombant de 6 en 1960 à 1 en 2015. Les estimations de la population totale en 2025 et 2050 sont de 68 et 62 millions d'habitants respectivement (figure 5).

On peut constater cette transition démographique en comparant les pyramides des âges de la population.

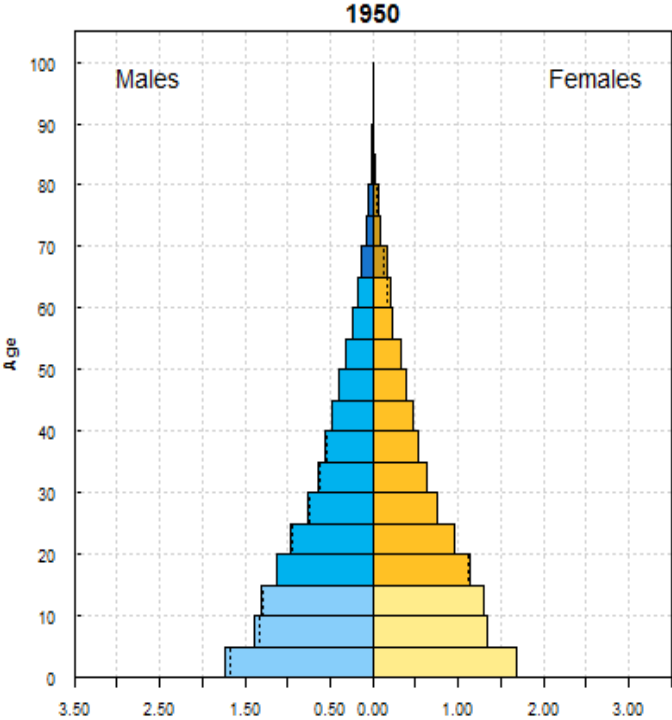


Figure 6: Pyramide des âges en 1950 en Thaïlande (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015)

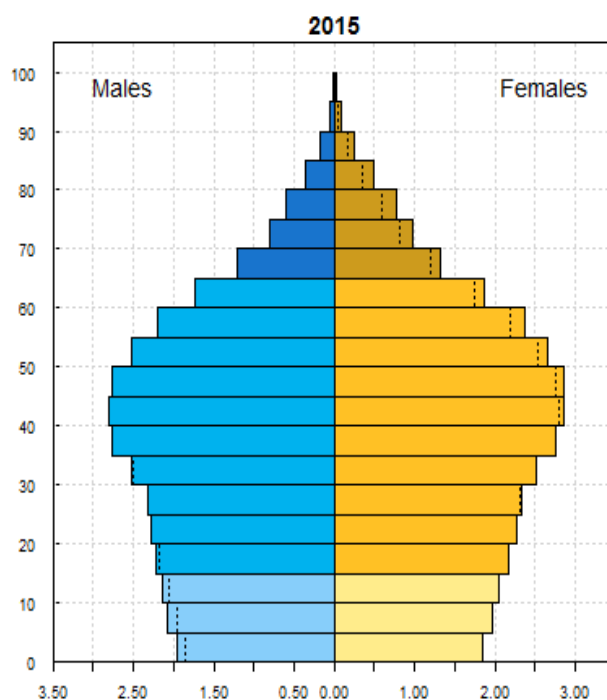


Figure 7: Pyramide des âges en 2015 en Thaïlande (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015)

Depuis 1950, le pays est passé d'une pyramide des âges « pyramidale », typique des pays en pleine transition démographique (figure 6), à une pyramide des âges plus conique, retrouvée dans les pays en post-transition (figure 7).

2. Indice de développement humain

Créé en 1990 par le Programme des Nations Unies pour le développement, l'indice de développement humain (IDH) est un indice statistique se fondant sur le produit intérieur brut par habitant, l'espérance de vie à la naissance et le niveau d'éducation. Le but de cet indice permet de comparer le niveau de développement dans différents pays.

La Thaïlande se classe au 89^{ème} rang sur 187 quant à l'indice de développement humain, avec un score de 0.722. Elle est classée dans les pays à IDH élevé. C'est le troisième pays d'Asie du sud-est à l'IDH le plus fort après la Malaisie frontalière et le Sri Lanka. Elle dépasse de loin les pays frontaliers de la Birmanie, du Cambodge et du Laos (tableau I).

Tableau I: Comparaison des indices de développement humain (Palmarès - Indicateur de développement humain 2015)

Rang	Pays	IDH	Catégorie
1	Norvège	0.944	Très élevée
20	France	0.884	Très élevée
62	Malaisie	0.773	Elevée
89	Thaïlande	0.722	Elevée
138	Cambodge	0.543	Moyen
149	Myanmar	0.498	Bas
187	Niger	0.304	Bas

B. Education

1. Le système éducatif

Le XXe siècle a vu une modernisation constante du système éducatif. La révolution de 1932 qui a transféré les pouvoirs du roi vers un gouvernement démocratique a encouragé le développement et l'expansion des écoles et des institutions gouvernementales. Le premier plan d'éducation nationale a été introduit pour donner accès à l'école à tous, peu importe l'ethnie, le genre ou l'origine sociale.

En 1960, la scolarisation est rendue obligatoire jusqu'à l'âge de sept ans et les enfants handicapés peuvent accéder à l'école (ils en étaient auparavant dispensés). En 1961, le gouvernement commence une série de plusieurs plans quinquennaux : de nombreuses écoles primaires sont construites dans les villages pauvres, et les premiers lycées sont mis en place à partir de cette époque. (UNICEF 2017)

En 1977, le système éducatif est changé d'un système 4-3-2-2 ans au

système 6-3-3 ans qui est encore d'actualité.

Ce renforcement constant du système éducatif permet à la Thaïlande d'avoir un des taux les plus importants de l'Asie du sud-est. Entre 2008 et 2012, le taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans atteignait 98% de la tranche d'âge.

2. Les douze commandements

Suite au coup d'Etat militaire de mai 2014, le premier ministre Prayut Chan-o-cha a instauré une liste de douze « commandements » à respecter. Le but de cette campagne est de contribuer « à renforcer la fierté du peuple thaïlandais, et à encourager sa participation dans la préservation de [notre] patrimoine et de [notre] culture ». Ceux-ci sont :

1. Défendre la nation, les religions et la monarchie ;
2. Être honnête et patient, avec une attitude positive pour le bien commun ;
3. Être reconnaissant vis-à-vis de ses parents, ses tuteurs et ses enseignants ;
4. Rechercher le savoir et l'éducation, directement et indirectement ;
5. Chérir les traditions thaïlandaises ;
6. Maintenir l'intégrité morale, être généreux ;
7. Comprendre, apprendre la véritable essence des idéaux démocratiques de Sa Majesté le Roi et du Chef de l'Etat ;
8. Maintenir la discipline, le respect des lois et des personnes âgées ;
9. Être conscient de ses actions, à inscrire dans la lignée des déclarations de Sa Majesté ;
10. Pratiquer la philosophie de l'économie de suffisance de Sa Majesté le Roi. Économiser de l'argent pour les temps difficiles. Être modéré avec l'excédent utilisé pour le partage ou l'expansion de l'entreprise ;
11. Maintenir sa santé physique et mentale, en restant inflexible devant son côté sombre ou ses désirs, avoir honte face à sa culpabilité et à ses péchés conformément aux principes religieux;
12. Placer l'intérêt public et national avant son intérêt personnel.
(AlterAsia 2015)

III. Contexte économique

A. Une position de leader

Au sein de l'ASEAN, la Thaïlande fait partie des moteurs de développement économique. Ayant la 4^{ème} plus importante population, les thaïlandais bénéficient d'un niveau de vie relativement élevé par rapport aux autres nations de l'ASEAN. En effet, son produit intérieur brut est le deuxième plus élevé avec 352,5 millions d'euros courants en 2014 (après l'Indonésie).

De plus, le produit intérieur brut à parité de pouvoir d'achat (en dollar US en 2014) par habitant est de 14 354,3\$, ce qui est largement supérieur à la moyenne sur les dix pays de l'ASEAN (10 175\$ PIB-PPA).

La Thaïlande est également le pays avec la classe moyenne la plus importante, la 1^{ère} de l'ASEAN. (Direction général du trésor, Ministère de l'économie et des finances 2017)

B. Une distribution inégale des richesses

La classe moyenne ne se développe pas aussi rapidement en Thaïlande par rapport aux autres pays en développement. Celle-ci émerge doucement grâce à une diminution des revenus chez les 10% les plus riches dans le PIB. On observe quelques grandes familles détentrices de plus d'un quart du PIB du pays ; ainsi les fortunes des cinquante familles les plus riches s'élèvent à 94 millions d'euros quand le PIB du pays totalise 360 millions de dollars US.

À l'inverse, le poids économique des 10% les plus pauvres stagne à 3% du PIB.

Néanmoins, la Thaïlande est le premier pays d'Asie du sud-est à avoir éradiqué l'extrême pauvreté. En moins de 20 ans, la population vivant avec moins de 2\$ par jour est passée de 12% à 0.3%. On notera que le revenu réel de la tranche la plus pauvre croît moins vite que le PIB.

Malgré ces bons résultats, l'émergence de la classe moyenne reste très lente et complexe. (Petit 2015)

C. Un ralentissement économique

La croissance économique de la Thaïlande est de 2.6% en moyenne annuelle depuis 2008, en raison d'une mauvaise performance en 2009 (crise économique mondiale) et 2011 (inondations). Un redémarrage fort a été observé en 2012 (+ 6.8%) mais un ralentissement est survenue l'année suivante, suite aux tensions politiques nationales et au ralentissement

économique de la Chine, et qui se prolonge en 2014 (-0.5% au premier semestre de 2014).

On observe également une baisse soutenue de l'inflation ; celle-ci est de 2.7% par an en moyenne depuis 2008 ; un rythme faible qui s'explique par la faible croissance et la baisse des prix du pétrole et des produits alimentaires. Il y a, en contrepartie, une croissance rapide des salaires. Cependant, on n'a constaté aucun effet de cette augmentation sur les prix. Afin de relancer la consommation et l'investissement, la Banque centrale a baissé son taux directeur de 25 points depuis novembre 2013.

Ce ralentissement économique est une des raisons de l'instauration de la junte, avec la détérioration de la santé du Roi Rama IX et le contexte politique. (Direction général du trésor, Ministère de l'économie et des finances 2015)

D. Économie sous la junte militaire

Au moment du coup d'état, l'environnement économique subissait une forte régression. La croissance était de -0,2%, le taux de chômage augmentait de 0.7 à 1%, et les recettes fiscales passaient de +9.4% à -4.2% entre 2013 et le premier semestre de 2014 (tableau II).

Les objectifs économiques de la junte militaire sont nombreux. Afin de stabiliser la situation et relancer les investissements, on instaure une discipline financière, avec une lutte contre la corruption, une modernisation de la gestion des entreprises d'Etat et la promotion des énergies renouvelables.

Une nouvelle loi de finances a été mise en place immédiatement, permettant l'augmentation des rémunérations de la fonction publique (lutte contre la corruption), une modernisation des infrastructures (doublement des voies ferrées, extension des aéroports, création d'une ligne ferroviaire reliant la Thaïlande et la Chine etc.) et un plafonnement du prix des carburants. Ces mesures sont accueillies avec scepticisme par la communauté internationale et la reprise économique est encore insuffisante au premier trimestre de 2015.

Tableau II: Comparaison des indicateurs économiques entre 2013 et 2015 en Thaïlande

Indicateurs économiques	2013 (%)	2014 (%)	Premier semestre 2015 (%)
Taux de croissance	+2.9	0.7	+0.3
Taux de chômage	0.7	0.8	1
Indice de production manufacturière	-3.2	-1.8	-1.6
Touristes étrangers	+18.8	-5.5	+15
Recettes fiscales	+9.4	-2	+3.41
Indice de confiance des consommateurs	70.2	68.9	65.0
Indice de confiance de la communauté d'affaires	49.3	48	49

E. Relations économique avec la France

Bien que la plupart des échanges commerciaux de la Thaïlande s'effectue avec les pays partenaires de l'ASEAN, la France entretient de bonnes relations économiques avec le Royaume.

La France est le 27^{ème} client de la Thaïlande et le 20^{ème} fournisseur, le 3^{ème} fournisseur au sein de l'Union Européenne.

La Thaïlande est un lieu d'implantation important pour la France. Plus de 250 millions d'euros d'investissements direct à l'étranger sont parvenus depuis la France en 2013. Le stock d'investissements a doublé entre 2006 et 2014, pour atteindre 4 milliards d'euros. Ces fonds vont principalement dans le secteur des biens manufacturés et des activités financières et d'assurance.

La France est le dixième investisseur du pays.

Les exportations vers la France ont diminué en 2014 de 42.7%, du notamment aux nouvelles mesures mises en place par la junte, en matière de transport.

Les importations françaises ont, elles, augmenté de 4.9% sur la même période. Les produits importés sont, dans l'ordre d'importance, des matériels de transports, des équipements mécaniques, électriques et électroniques, des produits alimentaires et produits chimiques et cosmétiques et enfin les produits pharmaceutiques.

Il s'agit du premier pays de résidence des expatriés français en Asie du sud-est, avec plus de 500 entrepreneurs français installés.

F. Aide publique au développement (APD)

Due à une croissance volatile et à son instabilité politique, la Thaïlande est bénéficiaire d'aide publique au développement. D'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), l'APD est définie comme « l'ensemble des dons et prêts à conditions très favorables (nets des remboursements en capital) accordés par des organismes publics aux pays et aux territoires figurant sur la liste des bénéficiaires du « Comité d'aide au développement » (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). »

La Thaïlande figure encore sur la liste des pays bénéficiaires de l'APD jusqu'en 2016. Parmi les dix pays donnant le plus, on trouve le Japon, les USA, la France, l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni. (Organisation for Economic Co-operation and Development 2016)

L'APD est répartie dans le pays selon le graphe suivant :

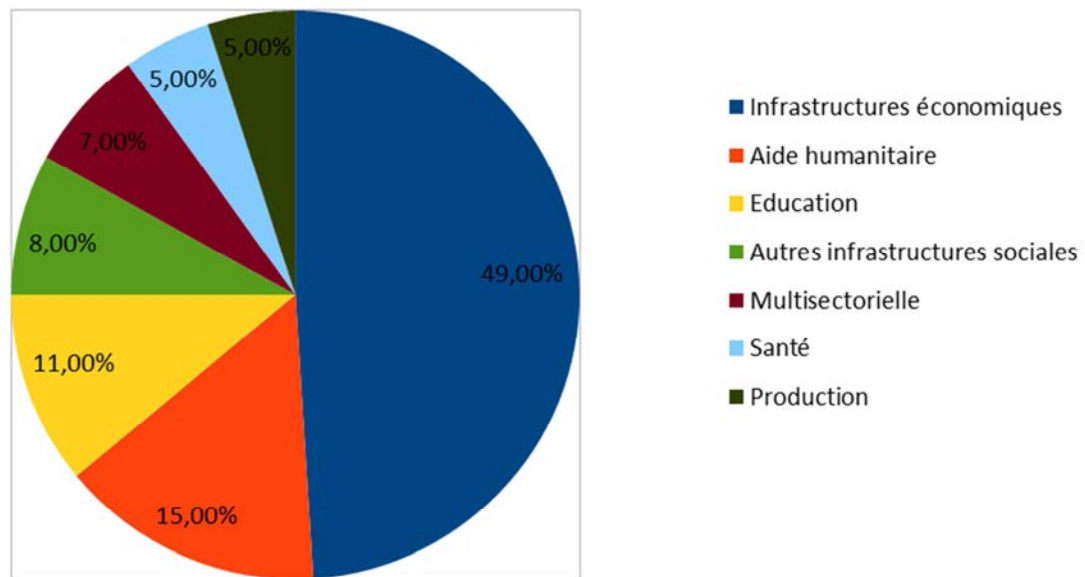


Figure 8: Répartition de l'aide publique au développement en 2015 en Thaïlande

Cependant, entre 2003 et 2012, le pays a entrepris de rembourser les prêts de l'APD, soit plus de 2,4 milliards d'euros sur cette période. Cependant, la crise mondiale a amené la Thaïlande à bénéficier de nouveau de l'aide publique au développement avec 330 millions et 55 millions d'euros perçus en 2014 et 2015 respectivement.

Depuis 2006, le pays est devenu un contributeur de l'APD en donnant chaque année 66 millions d'euros, soit environ 0,01 % de son revenu national brut. Les principaux pays bénéficiaires de l'aide de la Thaïlande sont ses voisins le Laos, le Myanmar, le Vietnam et le Cambodge dans le cadre du développement de la région. Bien que le pays soit donateur, la Thaïlande continue de percevoir l'APD de pays plus développés.

G. Partenariat avec la communauté européenne

La Thaïlande poursuit depuis longtemps un partenariat d'aide au développement avec la communauté européenne. Étant originalement un des plus gros bénéficiaires du fonds d'aide du Dialogue Europe-Asie (le pays a reçu le quart du budget des aides) dans les années 1990, le pays décline désormais les aides de type « donateur-bénéficiaire » et favorise les échanges entre partenaires sur de l'assistance technique et le partage des connaissances.

La Communauté européenne a octroyé plus de 10 millions d'euros au pays. Les pays les plus actifs dans la prestation d'aide à la Thaïlande sont la France, l'Allemagne et le Danemark.

Plusieurs thématiques se dégagent dans le cadre du développement du pays :

- Démocratie et droits de l'homme
- Développement humain et social
- Immigration et asile, lutte contre le trafic d'êtres humains
- Environnement et gestion durable
- Développement des acteurs non étatiques

Les différentes aides apportées par la communauté européenne ont notamment permis d'accélérer la réforme du système de santé (principalement par l'aide de la France) et la mise en place de la couverture maladie universelle et de contribuer au succès du pays au programme d'échange universitaire Erasmus Mundus.(Communauté européenne - International cooperation and development 2017)

Chapitre 2

CONTEXTE SANITAIRE DU PAYS

IV. Ressources, structures et fonctionnement du système de santé

A. Structures du système de santé

La dernière réforme du Ministère de la santé publique date de 2009.

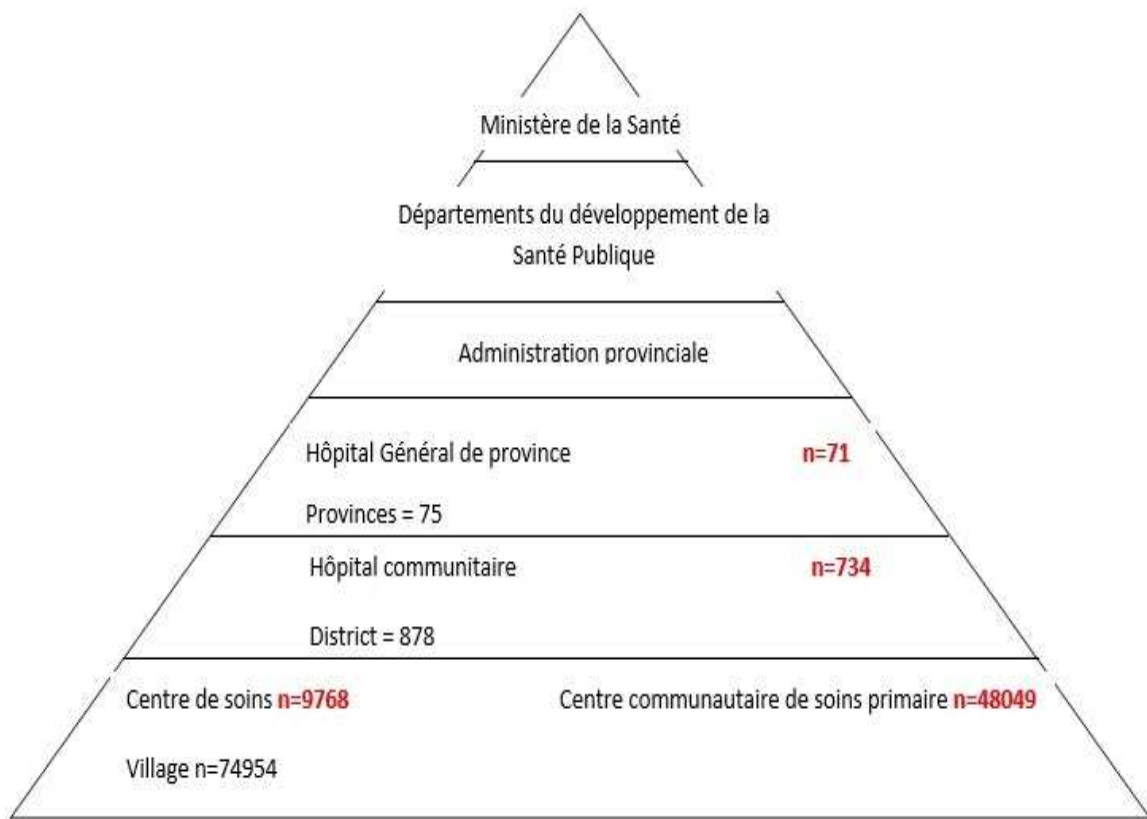


Figure 9: Pyramide sanitaire en Thaïlande

La pyramide sanitaire en figure 9 représente l'organisation hiérarchique de toute la Thaïlande, excepté Bangkok. D'autres hôpitaux sont gérés par le Ministère de la Défense et 11 hôpitaux-universitaires sont sous l'égide du Ministère de l'Éducation. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

B. Gouvernance sanitaire

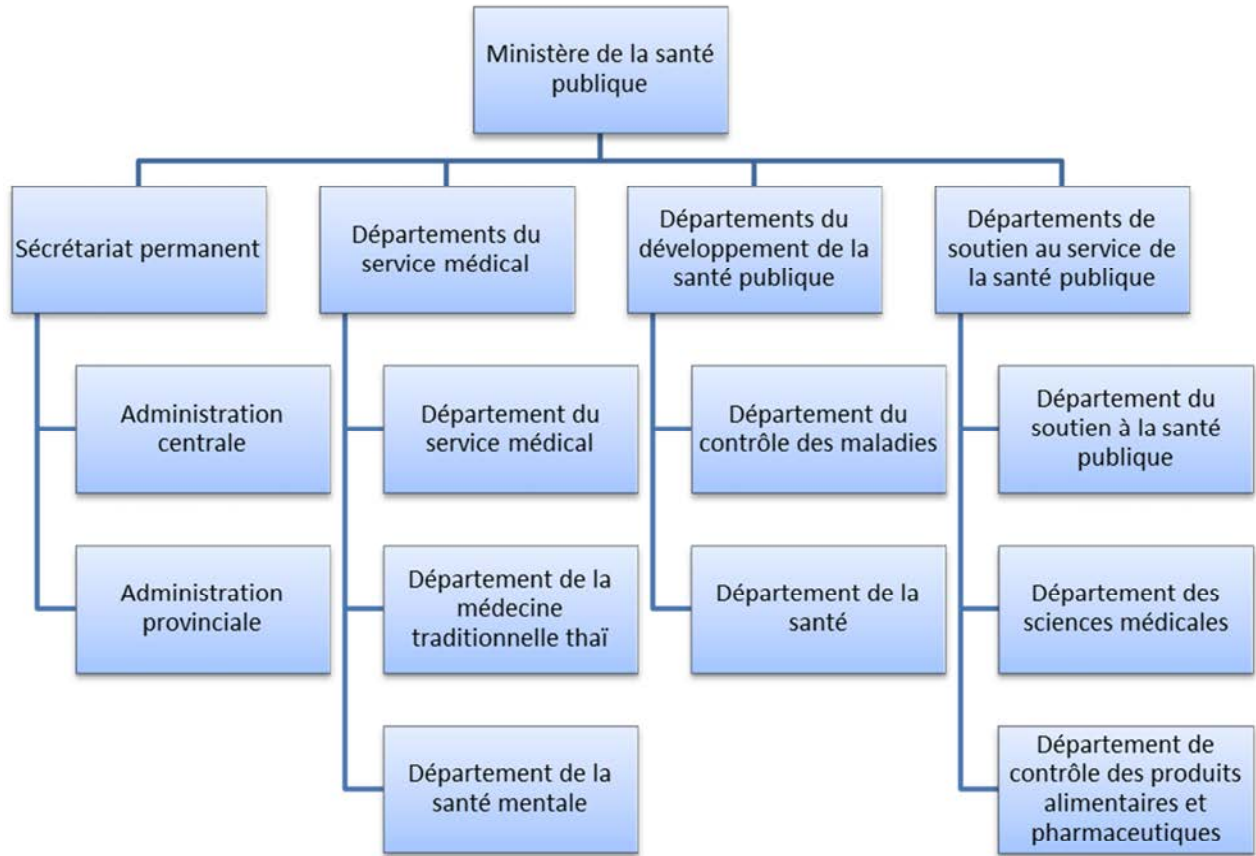


Figure 10: Organisation du Ministère de la santé publique

Chaque département est supervisé par un secrétaire qui a à charge de contrôler le bon fonctionnement de plusieurs instituts de recherches, hôpitaux et sous-départements (figure 10).

Chaque regroupement de départements est lui-même dirigé par un secrétaire général. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

C. Ressources humaines

Depuis 2005, la Thaïlande a mis en place un programme d'augmentation de professionnels médicaux pour répondre à la demande dû à la transition démographique et épidémiologique du pays. Par exemple, en 2006, la Thaïlande comptait un peu plus de 18000 médecins travaillant dans le

publique contre plus de 26000 en 2010 (tableau III).

Un des objectifs à atteindre est d'obtenir au minimum un nombre de 1,4 professionnel de santé (médecins, dentistes, pharmaciens et physiothérapeutes) pour 1000 habitants. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

Tableau III: Nombre de professionnels de santé en Thaïlande en 2010

Catégorie	Nombre	Nombre pour 1000 habitants
Médecins	26 244	0.41
Dentistes	11 847	0.19
Infirmières dentaire	5 375	0.08
Pharmaciens	8 700	0.13
Infirmières	138 710	2.15
Agents de santé publique	37 774	0.59
Techniciens médicaux	2 696	0.04
Assistants techniciens médicaux	2 717	0.04
Physiothérapeutes	1 499	0.02
Assistants Physiothérapeutes	337	0.005

D. Equipement sanitaire publique

Les hôpitaux publics sont la source principale d'accès aux soins : 80% des hôpitaux thaïlandais sont publics et ils possèdent 80% des 93 000 lits d'hôpitaux. (Organisation mondiale de la santé 2015)

90% des hôpitaux publics ont moins de 100 lits, avec la grande majorité ayant entre 30 et 60 places.

Tableau IV: Nombre d'établissement de santé publique à Bangkok et en Thaïlande

Etablissement de santé	Bangkok	Thaïlande
Hôpital universitaire	5	6
Hôpital régional	/	26
Hôpital général	26	69
Hôpital spécialisé	13	48
Hôpital communautaire	/	734
Centre municipal de soins	/	284
Centre de soins de sous-district	68	9768
Poste communautaire de santé de village	/	151
Centre rural de premiers soins	/	48049
Centre urbain de premiers soins	/	3108

Les hôpitaux spécialisés comprennent les instituts dentaires et dermatologiques, les hôpitaux psychiatriques et neurologiques, les centres de traitement des dépendances, les centres de soins des personnes âgées, les centres pour la prévention et la recherche sur le cancer.

E. Equipement sanitaire privé

En 2009, il existe 4 catégories d'établissement de santé dans le secteur privé :

Les pharmacies et parapharmacies, elles-mêmes existant en trois sous-catégories

- Les pharmacies modernes, gérés par des pharmaciens diplômés
- Les pharmacies gérées par des personnes non-diplômées, mais autorisés à vendre des médicaments
- Les pharmacies de médecine traditionnelle

- Les cliniques
- Les hôpitaux
- Les établissements reliés à la santé (spas, salon de beauté et de massage)

La plupart des hôpitaux privés sont petits. Plus de 70% d'entre eux ont moins de 100 lits. De plus, le taux d'occupation des lits privés dépasse à peine les 50% contre 80% pour les lits d'hôpitaux publics.

La grande majorité des grands hôpitaux (> 200 lits) sont situés dans la région de Bangkok (tableau V). (Bureau of Policy and Strategy 2011)

Tableau V: Nombre d'établissement de santé privé en Thaïlande

Etablissement de santé		Bangkok	Thaïlande
Pharmacie	Moderne	3757	7397
	Lieux de vente	433	3614
	Traditionnelle	400	1586
Clinique		3876	13793
Hôpital		96	226
Reliés à la santé		276	992

V. Le financement du système de santé

A. Le financement des soins

La proportion du budget alloué à la santé est passée de 2.7% en 1969 à 9.1% en 2011. Ceci monte le budget à 188 625 millions de bahts soit environ 4,6 milliards d'euros.

Ce pourcentage est assez élevé par rapport à la moyenne des autres pays d'Asie du sud-est qui est de 4%.

Entre 2000 et 2011, le pourcentage des dépenses privées en santé des DTS a fortement diminué grâce à la mise en place de la couverture maladie universelle (tableau VI). (Organisation mondiale de la santé 2014)

La Thaïlande est un des seuls pays d'Asie du sud-est où l'investissement public dans la santé est supérieur à l'investissement privé.

Tableau VI: Comparaison des indicateurs de financement des soins entre 2000 et 2011 (Organisation mondiale de la santé 2017)

Année	2000	2011
Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB	3.4	4.1
Dépenses privées en santé en % des DTS	43.9	22.3
Financements externes en % des DTS	0	0.5
Versements directs en % des dépenses publiques en santé (DPS)	76.9	55.8
Assurances privées en % des DTS	12.8	30.8
Dépenses du régime de sécurité sociale en santé en % des dépenses administratives en santé	9.4	9.3

B. Les différents systèmes de protection sociale

Il existe trois types de programmes dans le système de santé thaïlandais. Les trois systèmes sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau VII: Comparaison des couvertures sociales existantes (Sakunphanit 2008)

Secteur	Employé du secteur privé		Employé du secteur public	Reste de la population
Couverture sociale	Régime de sécurité sociale (SS)	Système d'indemnisation des travailleurs (SIT)	Régime particulier des fonctionnaires (RPF)	Couverture maladie universelle (CMU)
Personnes couvertes	Salarié du privé (dont les entreprises ont plus d'un employé)	Salarié du privé (dont les entreprises ont plus d'un employé)	Fonctionnaires, salariés du secteur public et leurs ayants droit à charge (parents, conjoint et enfants)	Travailleurs indépendants et personnes non couvertes par le SS ni le SIT ni le RPF
Nombre de bénéficiaires (en millions)	9.1		4.2	47
Type	Obligatoire	Obligatoire	Prestations liées à l'emploi	Obligatoire
Restrictions	Maladies et accidents non liés au travail	Maladies et accidents du travail	Couverture complète	Couverture complète
Source de financement	Cotisations salariales, patronales et de l'Etat	Cotisations patronales	Recettes budgétaires générales	Recettes budgétaires générales
Autorité	Office de la sécurité sociale	Office de la sécurité sociale	Ministère des finances	National Health Security Office

Secteur	Employé du secteur privé	Employé du secteur public	Reste de la population	
Prestations				
Consultations externes	Dans les établissements publics et privés	Dans les établissements publics et privés	Uniquement dans les établissements publics	Dans les établissements publics et privés
Hospitalisations	Dans les établissements publics et privés	Dans les établissements publics et privés	Uniquement dans les établissements publics (les établissements privés sont autorisés en cas d'urgence)	Dans les établissements publics et privés
Allocation maternité	Existante	Non-Existante	Existante	Existante
Prestations en espèce	Existante	Existante	Non-existante	Non-existante
Examen médical annuel	Non-existant	Non-existant	Existant	Existant
Programme de prévention et de promotion de la santé	Education à la santé et à la vaccination	Non	non	Oui
Remboursement de la médecine traditionnelle	Non	Non	Non	Oui

Secteur	Employé du secteur privé		Employé du secteur public	Reste de la population
Services non-couvert	Soins infirmiers à domicile, chambre privée	Aucun	Soins infirmiers à domicile	Soins infirmiers à domicile, chambre privée, remboursement des lunettes
Rémunération du fournisseur	Dotation forfaitaire par patient	Rémunération à l'acte	Rémunération à l'acte	Rémunération à l'acte pour pour soins ambulatoires et dotation forfaitaire par patient (classement par groupe homogène de maladie) pour hospitalisation
Accès à un fournisseur	Par l'entremise d'un hôpital agréé ou de son réseau, immatriculation obligatoire	Choix libre du fournisseur	Choix libre du fournisseur	Par l'entremise d'un hôpital agréé ou de son réseau, immatriculation obligatoire

La Thaïlande est un exemple de système de santé Beveridgien, basé sur la logique assistancielle.

Rédigé en 1942 par l'anglais Beveridge, ce système de santé est financé par les impôts et repose sur le principe des trois « U » :

- universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques
- unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale
- uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque. (vie-publique.fr 2016)

C. Dépenses publiques de santé

Comme dit précédemment, la proportion du budget alloué à la santé est passée de 2.7% en 1969 à 9.1% en 2011. Si l'on suit les recommandations de l'OMS, 5% du PIB doit être consacré à la santé afin de rendre le système soutenable, notamment pour les ménages. Si l'on regarde le tableau au-dessus, le gouvernement thaïlandais atteint presque ce chiffre. Il se situe au-dessus de la moyenne régionale de 3.7% en 2011.

En comparaison, le budget du Ministère de la Défense thaï a augmenté de plus de 135% en dix ans. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

La principale source de dépense publique en santé reste néanmoins le budget du Ministère de la santé publique. Le budget alloué au Ministère est passé de 40 euros par habitant en 2001 à 80 euros en 2011, ce qui reflète l'importance de la santé pour le gouvernement.

D. Dépenses des ménages en santé

La part actuelle des dépenses de santé des ménages correspond à 25% de l'investissement en santé. Chez ses voisins, comme la Birmanie et le Laos, ce pourcentage monte à plus de 75%.

L'OMS a relevé une forte corrélation entre les dépenses en santé du gouvernement et le financement des soins par les ménages. Plus la part du budget de l'Etat alloué à la santé est faible, plus les dépenses privées augmentent.

La couverture universelle a grandement amélioré la protection en Thaïlande. Les dépenses des ménages est passé de 33% des dépenses totales en santé à 14% en 2010. Cette amélioration s'observe dans les taux faibles d'appauvrissement dû à la santé. (Association of Southeast Asian Nations 2014)

Tableau VIII: Comparaison des dépenses totales en santé en 2000 et 2011 (Organisation mondiale de la santé 2017)

Année	2000	2011
Dépenses totales en santé par habitant au taux de change moyen (USD)	67	214
Dépenses totales en santé par habitant selon la parité de pouvoir d'achat (UMN par USD)	168	372

E. Rémunération des professionnels de santé

En Asie, il existe différents moyens pour rémunérer les professionnels de santé : le salariat, la rémunération par capitation, ou encore le paiement à l'acte. La Thaïlande a choisi la rémunération par capitation comme principal moyen de rémunération pour la couverture maladie universelle et le régime de sécurité sociale des employés du privé, en se basant sur un forfait à 700 bahts (20 euros).

Le choix de ce système a été fait pour une maîtrise des coûts effective sur le long terme. Cependant, on peut remarquer que ce système peut pousser les professionnels de santé à donner peu de soins à ceux nécessitant des traitements coûteux (personnes âgés et maladies chroniques par exemple) (Sakunphanit 2008). Ainsi, les coûts additionnels de ces traitements sont plafonnés par le gouvernement.

Le RPF est, quant à lui, couvert par une rémunération à l'acte. Ceci a entraîné une augmentation rapide des frais suite à la mise en place du programme en 1980, depuis endigué par des mesures du Ministère des finances.

F. Mise en place de la couverture maladie universelle

Mise en place en 2001, la couverture maladie universelle s'assure, en 2016, de la protection de 47 millions de thaïlandais, soit plus de 75% de la population.

7% de la population est couverte par le RPF pour les employés du public et le SS couvre les 15% restants pour les employés du secteur privé. (Sakunphanit 2008)

En comparaison, en l'an 2000, 30% de la population n'avait pas de couverture sociale, notamment par manque de moyens financiers. Une étude menée par le National Statistic Office a indiqué qu'en 1992, les 10% des foyers les plus pauvres dépensaient 9% de leur revenu dans la santé tandis que les 10% des foyers les plus riches dépensaient quant à eux 1.2% de leur revenu. De plus, 5% des foyers thaïlandais devaient faire face à des coûts de santé importants. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

Au début du programme, les patients devaient payer 30 bahts (60 centimes d'euros) à chaque consultation mais le « 30 bahts Scheme » a été annulé en 2006. Ce programme avait pour but de dissuader les patients d'avoir accès à des soins non-nécessaires. Désormais l'accès aux soins est totalement

gratuit pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

La CMU fait face à plusieurs défis de tailles. Les avantages offerts attirent les sous-populations les plus pauvres du pays, ainsi que les retraités des secteurs privés et publics. Ce sont ces sous-populations qui présentent le plus grand risque de maladie, nécessitant les soins les plus coûteux ; le programme coûte alors de plus en plus cher à l'Etat. De plus, il existe une demande croissante de soins de meilleure qualité, même dans les déserts médicaux du pays (Nord-est surtout). Une remodelisation du système est envisagée pour mieux s'adapter à cette demande.

Il est important aussi d'évaluer et comparer l'utilisation des services entre les zones rurales et urbaines de Thaïlande, et les différentes sous-populations, ainsi qu'évaluer l'impact de la CMU et des dépenses entre ces zones. Une évaluation économique des investissements aiderait à distinguer les caractéristiques, le revenu et la location des trois populations entre les trois systèmes de santé, CMU, SS et RPF et aboutirait sur un meilleur équilibre du budget et répartition des moyens sur le territoire. (Antos 2007)

VI. Résultats sanitaires du système de santé.

A. Etat de santé général des populations

Il est intéressant de comparer la Thaïlande à 4 des 6 pays limitrophes, tous différents dans leurs évolutions : le Myanmar, voisin sur près de 1800 km, qui est un pays avec un accès à la santé très difficile, le géant chinois, partenaire privilégié d'échanges avec la Thaïlande, le Laos et le Cambodge, qui sont les pays d'Asie du Sud-Est avec les IDH les plus faibles en Asie du sud-est. Certains tableaux comparent la Thaïlande à la région « Asie du Sud-Est » comprenant selon la définition de l'OMS : Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Corée du Nord, Sri-Lanka, Thaïlande, Timor-Leste.

1. La Thaïlande, un exemple en Asie du sud-est

Les indicateurs de santé principaux de l'ensemble de ces pays sont présentés dans le Tableau IX.

Tableau IX: Comparaison des indicateurs généraux de santé de la population entre 5 pays d'Asie du sud-est, en 2012 (Organisation mondiale de la santé 2017)

Indicateurs	Bangladesh	Chine	Laos	Myanmar	Thaïlande
Espérance de vie à la naissance, en années	70	75	66	66	75
Espérance de vie saine, en années	60	68	57	57	66
Taux de mortalité des adultes (probabilité de mourir entre 15 et 60 ans/1000 habitants)	145	93	182	212	136
Taux de mortalité maternelle (/100000 naissances vivantes)	170	32	220	200	26
Taux de mortalité infantile (<5ans) pour 1000 naissances vivantes	41	13	71	51	13

La Thaïlande se trouve dans le haut du classement pour l'ensemble de ces indicateurs, souvent talonné et parfois devancé par la Chine. L'espérance de vie à la naissance est en constante augmentation ; elle a augmenté de 15 ans depuis 1970. La mortalité adulte est plus faible que ces voisins du Laos et du Myanmar mais est beaucoup plus élevée par rapport à la Chine. Quant au taux de mortalité infantile, il est le plus bas de la région, démontrant l'importance accordée au développement des soins pédiatriques dans le pays.

2. Transition épidémiologique

Parmi les dix causes de décès les plus fréquentes, seul le SIDA est une maladie transmissible. Le nombre de décès imputé au VIH est en diminution constante tandis que les maladies non transmissibles ont largement augmenté depuis 1990.

Selon l'Institut National d'Etudes Démographiques, la « transition épidémiologique (ou transition sanitaire) est un période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. »

Afin d'évaluer l'évolution des maladies non-transmissibles, il est intéressant de regarder les indicateurs des principaux facteurs de risques (tableau X).

Tableau X: Principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles tout sexe confondus, estimés à partir de l'âge standardisé en 2008 dans différents pays d'Asie du sud-est (Organisation mondiale de la santé 2017)

	Bangladesh	Chine	Laos	Myanmar	Thaïlande
Obésité – IMC \geq 30	1.1	5.5	3.0	4.1	8.5
Hyperglycémie à jeun – glycémie \geq 7 mol/L	9.5	9.5	7.4	6.6	7.2
HTA – TAD $>$ 140mmHg ou TAS $>$ 90mmHg	27.7	27.8	26.0	31.6	22.3
Alcool – Consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en litres	0.2	6.7	7.3	0.7	7.1
Hypercholestérolémie – cholestérol $>$ 5 mmol/L	25.7	33.4	31.4	30.4	55.5

Si on compare les valeurs les plus récentes de ces indicateurs avec les valeurs les plus anciennes estimées, on trouve que :

- le pourcentage de la population souffrant d'obésité (IMC $>$ 30) est passé de 0,85 % en 1975 à 8,5 % en 2014.
- le pourcentage de la population souffrant d'hyperglycémie à jeun à pris 1 point en 4 ans, passant de 8,6 % en 2010 à 9,6 % de la population en 2014.
- la consommation d'alcool pur par habitant de plus en 15 ans et par an est passée de 0,26L en 1975 à 6,41L en 2015.

De plus, le taux moyen de cholestérol dans le sang à 25 ans est à 5,1 mmol/L en 2015. Ce chiffre signifie que la population thaïe souffre en moyenne d'hypercholestérolémie. (Organisation mondiale de la santé 2017)

La Thaïlande a donc largement entamée sa transition épidémiologique.

3. Maladies transmissibles

Même si la prévalence et l'incidence du paludisme, de la tuberculose et du VIH ont fortement diminué depuis 50 ans en Thaïlande, ils restent néanmoins importants avec des épidémies qui ont fait surface ces 20 dernières années.

a) Paludisme

Le paludisme est une maladie infectieuse due au parasite du genre *Plasmodium* et sa transmission est assurée par la piqure des moustiques anophèles. Le paludisme est la parasitose la plus commune sur Terre. La maladie est présente surtout aux zones frontalières, plus particulièrement aux frontières Thaïlande-Myanmar et Thaïlande-Cambodge, pays plus durement touché par le paludisme.

En 1950, le paludisme était la cause principale de décès en Thaïlande avec une incidence d'environ 200 morts pour 100 000 habitants. Le programme pour le contrôle du paludisme établi par l'OMS et le gouvernement thaïlandais a permis de réduire en 15 ans l'incidence à 23 morts par an pour 100 000 habitants, par l'utilisation de DDT, un insecticide puissant, en pulvérisation à effet rémanent et les traitements par méfloquine des populations à risque.

Depuis le début des années 1990, l'incidence est passée d'environ 200 000 par an à 120 000 par an de nos jours grâce notamment, à l'utilisation de larvicides, et aux différents programmes d'éducation et de prévention des populations. L'incidence a connu plusieurs pics de remontées, notamment en 1997-1998. (Ministry of public health of Thailand 2017). Cette ré-émergence est due à plusieurs facteurs :

- l'augmentation de la migration de travailleurs birmans touchés par le paludisme vers le pays, venus se faire soigner en Thaïlande,
- une prévalence des infections à *Plasmodium vivax*.
- la multi-résistance médicamenteuse des parasites
- une réduction du budget du programme de prévention contre la malaria.

En 2014, la Thaïlande se trouve dans la phase du contrôle du paludisme dans le pays. Plus de 90 % de la population vit dans des zones sans risque ou à risque faible de contamination par le paludisme. (Organisation mondiale de la santé 2016). En 2013, il a été estimé que moins de 50 personnes sont décédées du paludisme dans le pays.

b) Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse due *Mycobacterium tuberculosis*, s'attaquant aux poumons. Connue pour être une maladie « de la pauvreté », il est estimé qu'un tiers de la population mondiale est porteuse de *Mycobacterium tuberculosis*. En 2016, la tuberculose est dans les 10 premières causes de décès au monde, bien qu'il existe des manières de guérir de l'infection.

Etant une maladie opportuniste, la Thaïlande a connu une augmentation du nombre de cas dans les années 1990, coïncidant avec l'épidémie de VIH. En 1996, le pays met en place le traitement DOTS (Directly Observed Treatment, short-course), recommandé internationalement, qui se concentre sur la détection, le traitement rapide des infections, afin d'éviter les épidémies et l'apparition de bactéries multirésistantes. Ce programme est mis en place dans 400 districts, soit la moitié du pays.

La Thaïlande est bon élève dans la détection des cas de tuberculose : l'objectif est une détection de 70 % des cas estimés. Cependant, cette stratégie ne voit pas l'incidence et la mortalité due à la tuberculose diminués. D'une part, les populations touchées sont très souvent les populations les plus pauvres du pays (personnes âgées, séropositifs), ayant un accès plus difficile aux soins. D'autre part, le manque de coordination dans la délivrance des traitements permet l'apparition de souches multirésistantes. En effet, rien n'empêche les pharmacies et les cliniques privées de délivrer des médicaments antituberculeux, sans regard sur la stratégie thérapeutique des patients.

En 2015, en Thaïlande, l'incidence est de 172 nouvelles contaminations à la tuberculose pour 100 000 habitants (Organisation mondiale de la santé 2016). La mortalité est estimée à 14 000 décès par an.

c) VIH

Le VIH est un rétrovirus transmis lors des rapports sexuels non-protégés, le lait maternel, *in utero*, et lors de contact avec du sang contaminé. Les populations les plus touchées sont les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe et les usagers de drogues. S'attaquant aux cellules du système immunitaire, les symptômes sont invisibles dans les premiers mois après l'infection. Le dernier stade, ou SIDA (syndrome de l'immunodéficience humaine), apparaissant 10 à 15 ans après l'infection permet l'apparition et le développement de maladies opportunistes.

Après une forte épidémie de nouveaux cas dans les années 1990, la

Thaïlande a mis en place de nombreux programmes pour éradiquer le virus. (UNAIDS 2015)

La gratuité des tests de dépistage pour tous, des entretiens consultatifs anonymes auprès des populations à risque ainsi que une meilleure approche de l'éducation sexuelle à l'école font parties des actions testées par le gouvernement pour enrayer l'augmentation des nouveaux cas chez les personnes de moins de 25 ans. Ces actions ont besoin d'être continues et renforcées pour avoir un impact réel sur les chiffres nationaux.

En 2016, l'OMS a confirmé que la Thaïlande était le premier pays à avoir éradiqué la transmission du virus de la mère à l'enfant. Si aucun traitement n'est mis en place, le risque de transmission est de 50 %; si des antirétroviraux sont administrés à la mère et à l'enfant durant la période périnatale (3 mois avant, pendant l'accouchement et 2 mois après), le risque de transmission tombe aux environs de zéro. L'accès gratuit aux soins anténataux, à l'accouchement et suivi post-partum ont permis de diminuer les cas de transmissions à moins d'un pourcent.

Le pays a également un programme d'accès gratuit aux anti-rétroviraux : ainsi plus de 60 % des adultes infectés et 95 % des enfants infectés suivent un traitement, peu importe leur taux sanguin de CD4 (indiquant la charge virale et l'état du système immunitaire d'une personne). Le gouvernement a pour objectif d'atteindre 90 % de la population infectée sous traitement. (Organisation mondiale de la santé 2016)

Au départ payé par des associations internationales, le ministère de la santé finance la quasi-totalité de ces programmes de prévention et traitement et souhaite faire figure d'exemple pour la lutte contre le VIH. L'objectif du pays est d'éradiquer complètement le virus d'ici à 2030. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

d) Virus de la grippe aviaire

Le virus de la grippe aviaire, notamment celui de souche H5N1, est très présent en Thaïlande. Depuis la réapparition du virus en 2004, le gouvernement a mis en place plusieurs cellules de crises pour gérer le risque de pandémie imminente. Deux plans de santé nationaux ont été mis en place dès 2005 : le « National Strategic Plan for Avian Influenza Control » et le « National Strategic Plan for Influenza Pandemic Preparedness ». Parmi les mesures choisies, on retiendra :

- la création et le renforcement de 12 laboratoires pour la surveillance et le dépistage des virus de la grippe
- la création d'une réserve d'oseltamivir, médicament antiviral, et des différentes matières premières nécessaires à la fabrication de l'oseltamivir

- l'augmentation du nombre de lits par hôpitaux pour l'accueil des patients atteints par le virus.

Chaque nouveau cas déclaré d'infection au virus H5N1 est étroitement surveillé afin de contenir le virus. L'abatage de volailles est également mis en place pour enrayer l'épidémie.

e) Dengue

La dengue est une maladie transmise par le biais de piqûre de moustique Aedes. L'OMS estime que près de 3 milliards de personnes vivent dans des zones à risques. Environ 50 millions de nouveaux cas sont déclarés chaque année dont 500 000 cas de dengue hémorragique pouvant être fatale dans 1 cas sur 5. Il n'existe aucun traitement disponible contre la dengue.

L'Asie du sud-est, et la Thaïlande notamment, connaît une résurgence de la dengue depuis 2011. Plus de 130 000 cas ont été déclarés en 2015.

Le gouvernement réagit en mettant en place un contrôle des vecteurs du virus par fumigation des zones à risques et des programmes de prévention dans les communautés rurales. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

4. Maladies non-transmissibles

En fin de transition démographique, les maladies non-transmissibles sont de plus en plus proéminentes dans la société thaïlandaise. Elles occupaient en 2014 71 % de la mortalité totale. (Organisation mondiale de la santé 2014)

La répartition dans la population en pourcentage est visible dans le tableau XI.

Tableau XI: Mortalité pour 100 000 habitants en Thaïlande pour les principales maladies non-transmissibles (Organisation mondiale de la santé 2017)

	Mortalité pour 100 000 habitants	Pourcentage
Maladie cardiovasculaire	183,3	40,8 %
Cancer	103,0	22,9 %
Autre	82,1	18,2 %
Maladie respiratoire chronique	54,8	12,2 %
Diabète	25,9	5,7 %
Mortalité due à toutes maladies non transmissibles	449,1	100 %

Malgré la connaissance de l'augmentation de ces maladies, le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont détectés dans leurs stades avancés.

La création d'un département des Maladies non-transmissibles permet au pays de surveiller les tendances et d'identifier les risques majeurs. Le gouvernement fait preuve d'un engagement en faveur du contrôle de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool en élaborant des projets de loi, en particulier dans le domaine de la publicité.

a) Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (trouble cardiaque, hypertension, crise cardiaque) constituent la première cause de décès due à une maladie non-transmissible dans le Royaume. Le taux d'admission à l'hôpital pour ces maladies est en augmentation constante (tableau XII).

Tableau XII: Taux d'admission en hôpital pour 100000 personnes, par an (Organisation mondiale de la santé 2017)

	1994	2009
Trouble cardiaque	109.4	793.03
Hypertension	261.61 (1999)	981.48
Crise cardiaque	48.76	227.19

Ces chiffres sont alarmants, mais plus encore s'il on prend en compte le nombre de personnes diagnostiquées. Il est estimé que sur 21% de la population souffrant d'hypertension, seulement la moitié est diagnostiquée. (Bureau of Policy and Strategy 2011)

b) Cancer

Deuxième cause de mortalité dû à une maladie non-transmissible, le cancer est un problème de santé majeur en Thaïlande. Les cinq organes les plus touchés sont, par ordre décroissant de fréquence : le foie, la trachée et les poumons, les seins, le colon et le col de l'utérus (tableau XIII). (Thailand's National Cancer Institute 2017)

Tableau XIII: Taux standardisé par l'âge des principales causes de cancer en 2004-2006 pour 100 000 habitants, par sexe

	Homme	Femme
Foie	42.8	18.2
Trachée et poumons	27.1	11.9
Seins	/	25.6
Colon	12.9	9.2
Col de l'utérus	/	17.7

5. Comportement à risques

a) *Tabagisme*

La lutte contre le tabac est un combat récent en Thaïlande. Jusqu'au début des années 90, la production et la vente de tabac était réservée au Monopole thaïlandais du tabac, une entreprise d'état toujours existante de nos jours. En 1991, un accord de libre-échange entre les pays d'Asie du sud-est et la pression des lobbys américains obligent le pays à ouvrir son marché aux cigarettes internationales. Cette ouverture du marché a eu pour conséquence de forcer le gouvernement à prendre des mesures anti-tabac pour la protection de la population : augmentation du prix par taxation des paquets (appelé « impôt péché »), interdiction de fumer dans les lieux publics, et en 2003, mise en place des paquets neutres avec étiquette d'avertissement. De plus, de nombreuses ONG locales contribuent à la prévention des dangers du tabac (Organisation mondiale de la santé 2017).

Cependant, la position du gouvernement est qualifiée d'ambiguë sur le sujet de la lutte contre le tabac. D'une part, le budget annuel accordé au contrôle des mesures anti-tabac est passé de près de 200 millions de bahts (5,3 millions d'euros) à 30 millions entre 2008 et 2014 respectivement, alors même que le taux de fumeur reste élevé avec 24 % de la population (soit 46 % des hommes et 3 % des femmes de la population totale). D'autre part, le gouvernement est en phase de recherche d'autres accords de libre-échange entre pays, ce qui aurait pour conséquence une baisse des prix des paquets et un accès facilité au tabac. (Organisation mondiale de la santé 2015)

Enfin, la Thaïlande a encore une entreprise d'état qui produit du tabac localement, et vend pour 1,3 milliards d'euros chaque année. Cette entreprise a pour mission principale de « générer des revenus » pour le gouvernement. (Thailand tobacco Monopoly 2016)

b) *Alcool*

D'autre part, la Thaïlande est un des pays d'Asie du sud-est avec une consommation d'alcool très élevée et croissante. De même que pour la consommation de tabac, les comportements à risque concernent plus la population masculine : pour une moyenne de 7,1 litres pur d'alcool consommés par an, les hommes boivent 13,8 litres pur d'alcool alors que les femmes boivent quant à elles, 0,8 litres pur d'alcool par an. (Organisation mondiale de la santé 2017)

Afin de mieux évaluer la situation, on peut s'attarder sur le pourcentage de la population souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. Ceux-ci caractérisent un mode d'utilisation d'alcool problématique conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative.

En 2010, pour les hommes, ce pourcentage de la population total est de 9,1 % tandis que chez les femmes le chiffre est de 1,0 % soit 5,0% de la population thaïe souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. Cet indicateur est à 2,2% de la population pour toute la région Asie du sud-est.

Le pays a en place plusieurs lois qui contrôlent la vente et l'accès à l'alcool : taxation des produits, régulation de la publicité des distributeurs, prévention auprès des communautés. (Organisation mondiale de la santé 2014)

B. Etat de santé des populations âgées

En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans occupaient 7.4% de la population. On estime qu'en 2050 cette part atteindra 23.0% de la population thaïe.

Il est difficile d'évaluer les tendances de mortalité et ainsi adapter un programme de santé : en effet, avant 1996, les trois causes de décès principales recensées sont « sénilité », « causes inconnues » et « insuffisance cardiaque ». Afin de mieux évaluer les besoins des populations âgées autant pour prolonger l'espérance de vie mais aussi sa qualité, il est nécessaire de s'intéresser aux handicaps que confronte la population. Les 5 premiers grands handicaps sont dans l'ordre : l'hémiplégie, l'arthralgie, accidents, cécité, scoliose. (Organisation mondiale de la santé 2017)

De plus, on observe qu'il existe une féminisation de la population âgée. Les personnes âgées sont le plus souvent des femmes sans support financier : elles sont en moins bonne santé que les hommes du même âge. L'indicateur est la prévalence de l'invalidité totale chez les personnes âgées par sexe. L'invalidité totale est définie comme la présence d'une invalidité de long-terme ou une invalidité de court-terme dû à une maladie en cours. En 1999, il était estimé que 22.9% des hommes âgés entre 70 et 79 ans souffraient d'invalidité totale contre 30.6% des femmes.

Le gouvernement prend acte de sa transition démographique et a mis en place des plans nationaux. Le second plan national pour les personnes âgées couvre la période 2001-2021 et s'intéresse à l'intégration des personnes âgées dans la communauté et leur sécurité sociale. (National Committee on the Elderly 2009)

Face à une population vieillissante et de plus en plus dépendante, la Thaïlande doit développer sa capacité à prendre en charge des soins de longue durée. Bien que la majorité de la population soit sous la couverture maladie universelle, il n'existe que 138 centres spécifiques de soins de longue durée dans le pays. Ces centres n'ont pas établi des standards de soins, ce qui se révèle problématique pour les patients nécessitant des soins de qualité.

En outre, le gouvernement thaïlandais se repose sur le soutien familial. Toutefois, l'absence d'infrastructures et de soins adaptés aux populations âgées peut entraver le développement d'une véritable politique de santé axée sur la qualité de vie. (Siriphan Sasat 2013)

C. Etat de santé materno-infantile

1. Mortalité infantile

La Thaïlande a la plus faible mortalité infantile en Asie. Seul 0.98% des enfants n'atteignent pas l'âge de 5 ans. A contrario, les pays voisins comme le Cambodge, le Laos et le Myanmar avoisinent les 5% (CIA 2017). En France, ce chiffre est de 0.03%.

Depuis la mise en place du planning familial dans le pays en 1967, ce taux est passé de 11.3% à moins de 10 décès pour 1000 naissances.

La mortalité néonatale du pays est forte diminution également : de 51.7 pour 1000 naissances en 1967, le chiffre est de 6.7 décès pour 1000 naissances 2015. (Child mortality estimates 2015)

On différencie la mortalité néonatale (premier mois après la naissance) de la mortalité infantile (enfant âgés de 1 mois à 5 ans). Cette distinction permet de mieux identifier des causes de décès différentes selon l'âge de l'enfant. Le tableau XIV répertorie en pourcentage les causes de mortalité néonatale et infantile en 2015 en Thaïlande.

**Tableau XIV: Cause de mortalité infantile en Thaïlande en 2015
(Organisation mondiale de la santé 2017)**

Cause	Pourcentage (1-59 mois)	Pourcentage (1-27 jours)
VIH / SIDA	1.9	0
Maladies diarrhéiques	6.2	0
Coqueluche	1.3	0.1
Tétanos	0	0.9
Rougeole	0.8	0
Méningite/encéphalite	1.9	0
Paludisme	0.1	0
Infection aiguë des voies respiratoires basses	15.2	4.1
Prématurité	4.2	41.2
Asphyxie néonatale et traumatisme à la naissance	1.5	12.3
Septicémie et autres maladies infectieuses du nouveau-né	0	6.1
Autres pathologies transmissibles, périnatales et nutritionnelles	2.5	7
Anomalies congénitales	27.3	27.1
Autres maladies non transmissibles	24.4	0.2
Blessures	12.7	1.1

Le tableau montre bien que la Thaïlande est en pleine transition démographique : les causes de mortalité néonatales prévalentes

(prématurité) et de mortalité infantile (anomalies congénitales, maladies non-transmissibles) sont similaires à celle des pays ayant déjà terminé leur transition (la France, notamment).

2. Santé maternelle

Le planning familial est « l'ensemble des méthodes tendant à assurer la planification des naissances ; organisme d'information et d'éducation tendant à en réaliser la diffusion. » (Définition Larousse)

La Thaïlande a mis en place son planning familial dès 1967. Comparé à ses voisins, la culture thaïe n'a pas rencontré de difficultés à la mise en place de programmes de contrôle des naissances ; ceci est dû à une relation plus égalitaire entre l'homme et la femme.

En 1970, la Thaïlande dévoile sa première politique démographique dont le slogan officiel est "Avoir beaucoup d'enfants vous rend pauvre". Les nombreux arguments économiques pour réduire le nombre d'enfants par famille à 2 ont touché la population : en 1970, le taux de fécondité était de 6.3 enfants par femme alors qu'il est inférieur au seuil de renouvellement avec 1.7 enfants par femme en 2003.

De même, l'utilisation de contraceptifs n'atteignait que 14.4% de la population en 1970. Aujourd'hui ce chiffre est monté à 80%. La population utilise la plupart des méthodes modernes (tableau XV).

Tableau XV: Prévalence contraceptive par méthodes et par année en Thaïlande chez les femmes mariées ou en couples de 15-49 ans

Méthodes	Toutes méthodes	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	Injectable
1994	74.9	20.0	2.8	27.5	15.0
2015	78.5	26.7	1.1	33.7	11.3
Méthodes	Méthodes de barrières vaginales	Implant	Dispositif intra-utérin	Préservatif masculin	/
1994	0.0	0.0	5.8	1.9	/
2015	0.0	0.8	1.3	1.6	/
Méthodes	Autres méthodes modernes	Rythme	Retrait	Autres méthodes traditionnelles	/
1994	0.0	0.9	0.9	0.0	/
2015	0.0	0.9	0.5	0.5	/

Quant aux autres indicateurs de qualité sur l'importance de la santé maternelle, comparés aux pays voisins, la Thaïlande fait figure d'exemple à suivre (tableau XVI). Les programmes d'éducation sexuelle, la formation importante de médecins obstétriciens et de sages-femmes ainsi que la visite prénatale gratuite et obligatoire ont permis à la Thaïlande d'être un exemple dans les pays en développement.

Tableau XVI: Principaux indicateurs de santé maternelle en 2015 (Organisation mondiale de la santé 2017)

	Bangladesh	Chine	Laos	Myanmar	Thaïlande
Demande de planning familial satisfaite - %	86	/	63	/	97
Prévalence de la contraception - %	61	84	38	46	80
Visite prénatale (au moins une) - %	50	/	52	83	99
Personnel qualifié à l'accouchement - %	17	96	40	71	99

D. Indicateurs d'accès au soin

La Thaïlande est leader dans l'accès aux soins dont voici les principaux indicateurs.

1. Couverture vaccinale

D'après le tableau XVII, la quasi-totalité des nourrissons (enfants de moins d'un an) sont protégés contre les principales maladies infectieuses. Ces chiffres reflètent l'importance de la couverture vaccinale dans le pays, comparé par exemple au Myanmar où 10 à 25% des enfants ne sont pas vaccinés. (Organisation mondiale de la santé 2017)

Tableau XVII: Taux de couverture vaccinale (Organisation mondiale de la santé 2017)

	Bangladesh	Chine	Laos	Myanmar	Thaïlande
BCG (%) - Tuberculose	98	99	83	86	99
DTP3 (%) - Diphtérie Tétanos Poliomyélite	94	99	89	75	99
HepB3 (%) - Hépatite B	94	99	89	75	99
MCV (%) - Rougeole	88	99	88	86	99
PAB (%) - Tétanos	97	ND	90	87	95

Si l'on s'attarde un peu plus longtemps sur la différence en trente ans de campagnes de vaccinations dans le tableau XVIII :

Tableau XVIII: Comparaison du taux de couverture vaccinale en Thaïlande en 1985 et 2015

	BCG (%) - Tuberculose	DTP3 (%) - Diphtérie Tétanos Poliomyélite	HepB3 (%) - Hépatite B	MCV (%) - Rougeole	PAB (%) - Tétanos
2015	99	99	99	99	99
1985	80	62	15 (valeur la plus ancienne 1992)	26	41

Le pays promeut depuis 1977 un programme national de vaccination. Celui-ci suit les principes établis par le ministère de la santé publique de « droit

pour tous les citoyens d'être protégé contre des maladies évitables, l'inclusion de l'immunisation dans les services de soins basiques et la mise à disposition gratuite des vaccins ».

Initialement en 1977, seuls les vaccins DTP, Poliomyélite et BCG étaient prescrits dans le programme. En 2009, ce sont plus de 10 antigènes qui sont remboursés complètement par le Ministère de santé publique (BCG ; Poliomyélite ; Hépatite B ; DTP ; Oreillons ; Rougeole ; Rubéole ; Encéphalite japonaise). La liste des vaccins remboursés est mise à jour régulièrement pour faire face aux risques émergents et est étudiée chaque année par un groupe d'experts et des membres du ministère. Par exemple, le vaccin contre la grippe est prescrit et administré gratuitement aux professionnels de santé.

La gratuité et l'accessibilité de ces vaccins, ainsi que la formation du personnel ont permis d'atteindre la couverture à 99% de la population. (Charung Muangchana 2010)

2. Accès aux médicaments et aux structures de santé

L'accès aux médicaments a été largement facilité par la création de programme « 30 bahts scheme » du gouvernement Thaksin.

Néanmoins, l'accès aux structures de santé n'est pas pour autant facile en Asie du sud-est.

Tableau XIX: Indicateurs des accès aux soins chez les enfants de moins de 5 ans en Asie du sud-est (Organisation mondiale de la santé 2017)

	Bangladesh (2012)	Cambodge (2014)	Laos (2011)	Thaïlande (2005)
Ayant reçu des solutés de réhydratation oraux après une diarrhée (%)	70,9	35,2	42,1	56,4
Souffrant de diarrhée recevant une thérapie de réhydratation orale et une alimentation continue (%)	64,5	51,7	57,2	46,6
Avec des symptômes de pneumonie emmenés dans un établissement de santé (%)	70,7	69,0	54,6	42,7

Les chiffres de la Thaïlande sont au même niveau que ses pays voisins pourtant plus pauvres. Néanmoins, les derniers chiffres disponibles datant de 2005 pour la Thaïlande, il est difficile de mener une comparaison objective (tableau XIX).

Pour la même année 2005, il est intéressant de regarder les différences entre les régions du pays (tableau XX).

Tableau XX: Indicateurs des accès aux soins chez les enfants de moins de 5 ans en Thaïlande, par régions, en 2005 (Organisation mondiale de la santé 2017).

	Ayant reçu des solutés de réhydratation oraux après une diarrhée (%)	Souffrant de diarrhée recevant une thérapie de réhydratation orale et une alimentation continue (%)	Avec des symptômes de pneumonie emmenés dans un établissement de santé (%)
Central (Bangkok inclus)	51,8	44,8	83,5
Nord	47,0	44,6	84,5
Nord-est	67,5	50,8	84,6
Sud	48,0	40,4	81,3

Les régions sont égales dans ces trois indicateurs, avec une légère avance pour la région Nord-Est.

De plus, dans un esprit d'amélioration continue de l'accès aux soins pour tous les citoyens, le gouvernement a créé en 1966 la « Government Pharmaceutical organization » (Organisation pharmaceutique gouvernementale). Cette entreprise publique est la première industrie pharmaceutique et la première distribution de médicaments dans le pays. Fabriquant plus de 400 médicaments, antirétroviraux, matières premières et produits phytothérapeutiques, la GPO a pour but de :

- Être un leader dans les produits pharmaceutiques bénéfiques et essentiels à la société thaïlandaise avec équité.
- Fabrication, vendre et fournir des produits pharmaceutiques de qualité dans le but d'atteindre une norme de classe mondiale.
- Développer les affaires pour assurer la compétitivité et l'autosuffisance.
- Maintenir le niveau de prix des produits pharmaceutiques pour la société thaïlandaise pour assurer l'accessibilité des gens.
- Pour rechercher et développer de nouveaux produits pharmaceutiques et des fournitures médicales pour répondre au besoin et la nécessité de la

société thaïlandaise. (Government pharmaceutical organization s.d.)

La Thaïlande fait partie des pays avec une production publique de médicaments qui réussit le pari de la fabrication à bas coût de produits pharmaceutiques et arrive même à exporter sa production.

E. Indicateurs d'inégalités dans l'accès aux soins

1. Disparités milieu rural/urbain.

a) Accès à l'eau

L'accès à l'eau est un des axes principaux de l'OMS. Il est estimé qu'un dixième de la morbidité actuelle pourrait être diminué en assurant l'accès à l'eau potable et à un assainissement de qualité. La bonne gestion de l'eau permettrait d'éviter de très nombreux cas de diarrhées, de paludisme et de malnutrition.

L'importance de cet accès en fait un excellent indicateur pour montrer les disparités qui existent entre les milieux urbains et ruraux (tableau XXI). (Organisation mondiale de la santé 2006)

Tableau XXI: Principaux indicateurs d'hygiène et d'assainissement de différents pays d'Asie du Sud-Est en 2015. (Organisation mondiale de la santé 2017)

% de population		Bangladesh	Chine	Laos	Myanmar	Thaïlande
Accès à l'eau potable	Total	86.9	95.5	75.7	80.6	97.8
	Zone urbaine	87.0	93.0	69.4	74.4	98.0
	Zone Rurale	86.5	97.5	85.6	92.7	97.6
Accès à un assainissement amélioré	Total	60.6	76.5	70.9	79.6	93.0
	Zone urbaine	62.1	63.7	56.0	77.1	96.1
	Zone rurale	57.7	86.6	94.5	84.6	89.9

La Thaïlande devance de loin ses voisins avec une couverture approchant les 100% pour l'accès à l'eau potable et l'accès à un assainissement amélioré,

autant en milieu urbain que rural. A l'inverse, on peut observer dans des pays plus pauvres, tel que le Laos, une forte différence de couverture d'assainissement amélioré en faveur de la zone rurale. Ceci peut être expliqué par les fortes différences de densité de population, en défaveur des zones urbaines plus difficile d'entretien, et l'aide d'ONG internationales favorisant l'accès à l'eau en milieu rural.

Si on s'intéresse de plus près à l'évolution de la couverture en Thaïlande depuis 1990, la couverture d'accès à l'eau était identique dans les deux milieux et cette couverture a augmenté jusqu'à atteindre presque 100% (tableau XXII).

Tableau XXII: Principaux indicateurs d'hygiène et d'assainissement en Thaïlande en 1990 et 2015. (Organisation mondiale de la santé 2017)

% de la population	Accès à l'eau potable		Accès à un assainissement amélioré	
	1990	2015	1990	2015
<i>Total</i>	87.3	97.8	86.9	93.0
<i>Zone urbaine</i>	83.7	98.0	86.0	89.9
<i>Zone rurale</i>	95.9	97.6	88.9	96.1

Membre de la WEPA (Water Environment Partnership in Asia), le pays est dans une démarche d'amélioration continue d'accès à l'eau potable. Depuis 1992, la Thaïlande a accéléré cette démarche et a passé de nombreuses lois sur la protection de ses ressources en eau en axant son développement sur un accès égal pour tous ses citoyens. (Water environment partnership in Asia 2017)

b) Accès aux soins

D'après l'International Labour Office, il existe 5 indicateurs qui permettent de mesurer cinq qualités de la couverture maladie et de l'accès aux soins :

- Couverture maladie, pourcentage de la population affiliée à un système de couverture maladie. **Cet indicateur couvre le droit à la sécurité sociale.**
- Accès à un personnel soignant qualifié, l'écart entre le nombre de médecins, infirmières, sages-femmes pour 10 000 habitants et la médiane dans les pays à faible vulnérabilité (médiane à 41 personnes pour un professionnel de santé). **Cet indicateur couvre la**

disponibilité d'accès aux soins.

- Déficit financier, l'écart entre la dépense réelle par personne en soins de santé (en excluant le financement personnel) et la dépense médiane dans les pays à faible vulnérabilité (actuellement 239\$). **Cet indicateur couvre la qualité des soins.**
- Financement personnel : la somme d'argent payée directement aux prestataires de soins exprimée en pourcentage sur la dépense totale de santé : **Cet indicateur couvre la protection financière des malades.**
- Taux de mortalité maternelle : nombre de décès de la mère pour 10 000 naissances : **Cet indicateur couvre les résultats du système de santé.**

En prenant les résultats de la Thaïlande pour ces cinq indicateurs dans un diagramme en toile (figure 11), on peut constater deux choses :

- Plus l'aire occupée est grande, plus l'accès aux soins est difficile. L'aire occupée sur le schéma ci-dessous est très faible et montre la réussite du système de santé thaï.
- L'aire couverte par le milieu urbain et celle couverte par le milieu rural sont similaires. Ceci montre l'accès identique aux soins peu importe le milieu géographique du pays.

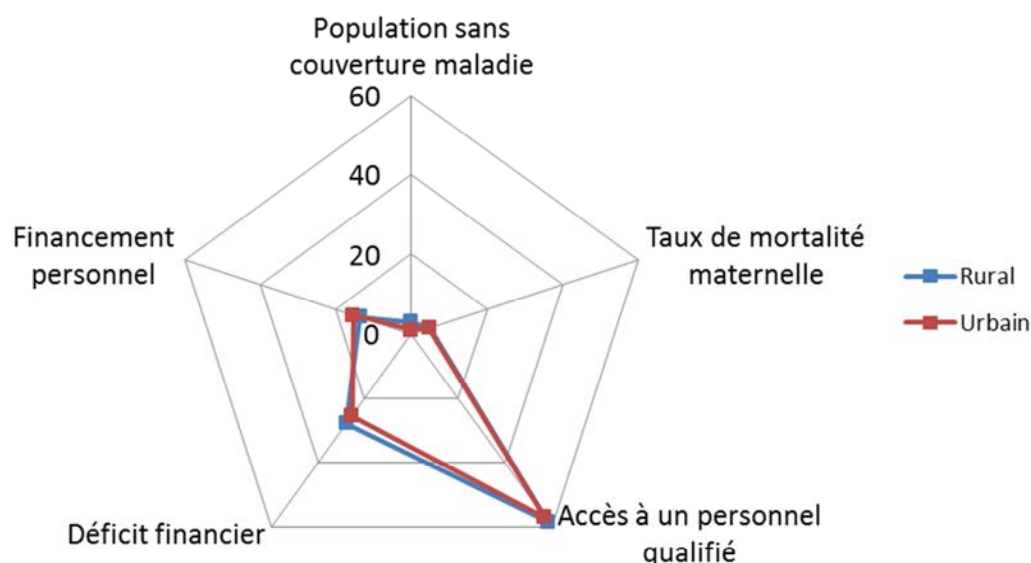


Figure 11: Diagramme en toile comparant l'accès aux soins entre milieu rural et milieu urbain

2. Disparités géographiques et ethniques

Bien que représentatif de l'état général de la santé publique au niveau national, les indicateurs généraux présentés sont souvent très inégaux entre les différentes régions de Thaïlande.

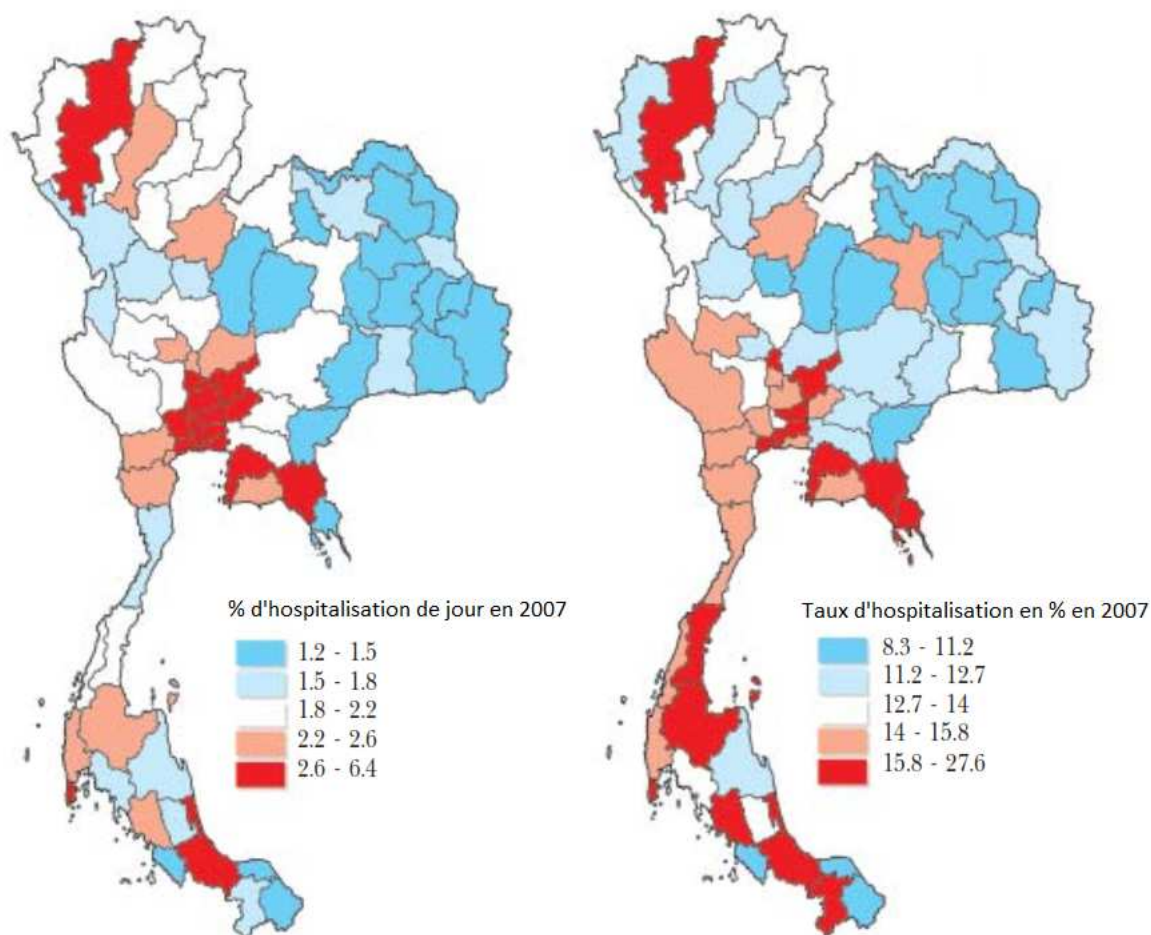


Figure 12: Cartes des taux d'hospitalisation en Thaïlande en 2007 (Bureau of Policy and Strategy 2011)

Dans la figure 12, on peut observer que la région nord-est représente les taux les plus bas d'hospitalisation et d'hospitalisation de jour. Cette région reste un désert médical malgré les actions du gouvernement.

On peut s'attarder sur les chiffres par région du taux de professionnel de santé pour 1000 habitants (tableau XXIII). (South-east asia regional office of world health organization 2010)

Tableau XXIII: Nombre de professionnel de santé pour 1000 habitants par régions en 2010

	Bangkok	Centre	Nord	Sud	Nord-est
Médecins	1.59	0.37	0.33	0.32	0.21
Dentistes	0.86	0.11	0.10	0.09	0.06
Pharmaciens	0.27	0.13	0.13	0.13	0.08
Infirmières	3.99	2.26	2.20	2.20	1.64

La région nord-est présente les chiffres les plus bas pour les quatre catégories de professionnels de santé. Ces chiffres sont accentués par le fait que la région est montagneuse et les infrastructures y sont moins développées et faciles d'accès que les autres régions du pays.

VII. LES POLITIQUES SANITAIRES

A. Les plans nationaux

Depuis le début des années 1970, la Thaïlande a mis au point et suivi des plans nationaux de santé de 4 ans. Le onzième et dernier plan en date couvre la période 2012-2016. (Ministry of public health of Thailand 2012)

La vision du Ministère de la santé publique est la suivante « Tous les citoyens thaïlandais sont en bonne santé et participent à la création d'un système de santé adéquat avec équité conduisant au bien-être social. »

Les objectifs spécifiques au 11ème plan national de santé sont :

- Renforcer les partenariats pour la promotion de la santé et l'autosuffisance
- Développer des systèmes de surveillance, d'alerte et de gestion des catastrophes, des accidents et des menaces pour la santé
- Se concentrer sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection du consommateur dans la santé pour être physiquement, mentalement, socialement et spirituellement sain
- Renforcer les systèmes de soins de santé avec la qualité et les normes à tous les niveaux en réponse aux besoins de santé de tous les groupes d'âge et améliorer les systèmes de référence continue
- Créer des mécanismes nationaux pour améliorer l'efficacité de la gouvernance des systèmes de santé et des systèmes de gestion des ressources

Les objectifs contigus et les axes d'améliorations en accord avec les objectifs millénaires fixés par l'OMS :

- Soins, traitement et prévention du virus de l'immunodéficience humaine
- Lutte contre la tuberculose
- Élimination du paludisme et lutte contre le paludisme
- Préparation et réponse aux maladies infectieuses émergentes
- Préparation des plans contre les problèmes de santé environnementale
- Diminuer le taux de grossesse chez les adolescentes
- Prévention des avortements dangereux (Ministry of public health of Thailand 2012)

VIII. ANALYSE, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Au vu du contexte actuel en Thaïlande, le pays montre la marche à suivre en matière de développement par rapport aux autres pays de la région.

Malgré une situation politique très instable depuis plus de 50 ans, les gouvernements poursuivent un processus de développement et particulièrement celui du développement de la santé des populations depuis les années 1990.

Cependant, ils restent de nombreux points sujets à amélioration.

Pour pouvoir évaluer la performance du système de santé, il peut être intéressant de se baser sur les 6 piliers de l’OMS, indispensables au bon fonctionnement du secteur sanitaire. (Organisation mondiale de la santé 2007)

Après une présentation de ces 6 piliers, nous regarderons de plus près une des faiblesses du système de santé : l’accès aux soins pour les populations de migrants.

Ces six priorités sont :

- Prestations et services : demandes de soins, couverture sociales disponibles, infrastructures, qualité et sécurité des patients
- Personnel de santé : formation, investissement, répartition géographique, rémunération, stratégies mises en places
- Information sanitaire : système de collectes des données, capacité de détection des évènements à risque sanitaire, promotion de la santé
- Produits médicaux, vaccins et technologies : politiques nationales, approvisionnement et distribution,
- Financement : recouvrement des revenus, mise en commun de ces revenus, procédures de paiements
- Direction et gouvernance : Réglementation, conception de système, orientation politique, surveillance

1. Prestation de service

- Les quatre systèmes existants ne proposent pas une couverture identique
- La région nord-est est en situation de désert médical
- Certaines populations sont difficiles d’accès, notamment les minorités karènes et hmongs.

2. Personnel de santé

- Le ratio personnel de santé/population est faible, le personnel présent est donc surchargé
- Des problèmes de communication existent, une barrière de langues avec les migrants birmans, laotiens et khmers
- Le personnel a une obligation de travailler 3 ans minimum dans le service public

3. Information de santé

- Les données récupérées par les différentes branches du gouvernement sont peu centralisées
- Il existe une exclusion de certaines ethnies et des migrants dans les statistiques locale
- La collecte de plusieurs données est récente. Il est alors difficile d'avoir un regard objectif et de prioriser les réformes

4. Produits médicaux, vaccins et technologies

- Selon le régime de santé, les médicaments ne sont pas remboursés
- La liste des médicaments remboursés est encore petite

5. Financement

- De nombreuses activités d'éducation sur la santé sont soutenues par des financements extérieurs
- Les accidents du travail ne sont pas couverts par la CMU
- La prévention et l'éducation à la santé ne sont pas des actions couvertes par la sécurité sociale
- Les parties les plus pauvres de la population ayant des difficultés d'accès aux infrastructures ont encore une grande partie des dépenses à leur frais
- La CMU est récente, il y a peu de retour sur l'efficacité du système.

6. Gouvernance

Pas de reconnaissance d'accès à la santé des minorités et des migrants
Peu de collaboration multilatérale entre les ONG, le secteur public et les investisseurs privés.

A. Accès aux soins des migrants

Avec plus de trois millions d'immigrés pour une population totale de 68 millions d'habitants, la Thaïlande est un pays qui accueille depuis une vingtaine d'années un nombre croissant d'étrangers sur son territoire.

Son système de santé fort, les avantages sociaux et un taux de chômage quasi-inexistant expliquent l'intérêt des populations voisines, particulièrement myanmaraises, laotiennes et cambodgiennes.

- Les autorités distinguent cinq catégories de populations non-thaïes :
- Les travailleurs immigrés illégaux représentent 2.3 millions de personnes. D'origine principalement myanmaraises (70%), puis laotiennes, cambodgiennes et malaysiennes, ces migrants vivent non loin des frontières de leur pays respectif.
- Les minorités ethniques, 300 000 habitants.
- Les travailleurs immigrés inscrites au registre national d'enregistrement des populations migrantes, 200 000 habitants.
- Les populations déplacées hors des zones de conflits, 150 000 habitants. Ces personnes sont originaires du Myanmar et vivent au nord du Pays dans les régions de Chiang Mai et Chiang Rai.
- Les apatrides, 220 000 habitants.

Ces migrants occupent des métiers variés mais touchent principalement à l'agriculture, la pêche, les constructions et aux professions du sexe. (Chamchan 2012)

1. Etat de santé des immigrants et minorités ethniques

Le bureau d'Epidémiologie de Thaïlande estime que l'utilisation des établissements de santé par les migrants est en constante augmentation depuis 2001. En 2010, plus de 40 000 immigrants ont utilisé des services de santé du Royaume.

En analysant les raisons des séjours, il est fait un constant comparatif sur les maladies transmissibles. Par rapport à la population thaïlandaise, les migrants souffrent

- 26 fois plus du paludisme
- 8 fois plus des infections sexuellement transmissibles
- 4 fois plus de la lèpre
- 2 fois plus de la tuberculose.

De plus, le taux de fertilité des populations immigrées est le double de la population thaïe, avec 3.6 enfants par femme. Ces enfants sont alors beaucoup plus à risque de souffrir de maladies évitables par vaccination.

D'après un sondage en 2011, les immigrants passent moins de temps en séjour hospitalier et il leur est prescrit plus de repos à la maison que la population thaïlandaise. Par extrapolation, ce sondage fait état du manque d'accès aux établissements de santé et aux traitements pour des maladies graves.

Ce sondage étudie également les comportements face à la maladie. Les populations immigrées auront plus tendance à avoir recours à l'automédication ou à ne rien faire. Si ces habitants ne cherchent pas de soins, c'est pour plusieurs raisons : ils pensent ne pas avoir droit à la sécurité sociale car ils n'ont pas de documents d'identité, ils peuvent habiter à de longues distances des établissements de santé. Les barrières de langues ainsi que les frais sont aussi cités comme des raisons importantes. (United nations development programme 2015)

2. Programmes de santé à destination des immigrants

Face à ces résultats, le ministère de santé publique a établi des plans pour améliorer la santé de ces populations.

Le plus important de ces plans est le Plan Général pour la Santé aux Frontières. Le premier de ces plans couvre la période 2007-2011. Ce plan de 300 millions de bahts (8 millions d'euros) consistait en la création d'un système de santé, l'amélioration de l'accès pour les migrants et l'organisation

de traités d'entente internationaux avec les pays voisins.

Un autre plan important est le Plan directeur national pour la prévention, les soins et le soutien du VIH pour les migrants. Ce plan avait pour but de diminuer les infections parmi les populations à risque et d'augmenter la qualité de vie des personnes infectées par le virus. (United nations development programme 2015)

Cependant, il existe peu de moyens pour mesurer l'impact réel de ces stratégies.

La loi sur l'emploi des étrangers parue en 2008 permet la délivrance de permis de travail tout en respectant trois grands principes :

- Sécurité nationale
- Protection de l'accès au travail pour la population thaïe
- Etablissement d'un niveau de migration qui soutient le développement du Royaume

Le pays poursuit donc depuis 10 ans un grand programme de nationalisation, de légalisation et de recensement des immigrants. La légalisation d'un immigrant lui donne accès à des droits de travail et de santé similaires à ceux d'une personne thaïlandaise. A défaut, il est accordé aux immigrants un visa renouvelable de deux ans avec une obligation de se relocaliser dans leur pays d'origine à la fin de validité du visa. C'est ce risque de déportation qui fait que, en 2011, on ne recensait qu'un demi-million d'immigrants ayant suivi le processus de légalisation. (United nations development programme 2015)

3. Couverture de santé des immigrants

Selon leur situation, les immigrants peuvent adhérer à différentes couvertures de santé.

Les immigrants légaux ayant complété le programme d'enregistrement et ayant un permis de travail adhérent à la sécurité sociale.

Les immigrants légaux n'ayant pas complété le programme d'enregistrement mais ayant un permis de travail adhérent quant à eux à l'assurance de santé obligatoire pour les migrants.

Les minorités ethniques et les apatrides adhèrent au Programme de santé pour les minorités ethniques et les apatrides : cette couverture est une équivalence à la couverture maladie universelle accessible aux thaïlandais.

Les populations déplacées sont prises en charge par les organisations non gouvernementales nationales et internationales.

Enfin, les immigrants en situation irrégulière n'ont pas accès à la couverture sociale. (United nations development programme 2015)

4. L'Assurance de santé obligatoire pour les immigrants

Cette assurance est obligatoire pour tous les immigrants en situation semi-régulière et est également ouverte aux personnes dépendantes de ceux-ci. Coutant 1900 bahts par an (50 euros), ce programme donne accès à un examen physique, le diagnostic, le traitement, l'accouchement, la réadaptation. D'autres services comme la dialyse, la prise en charge d'un traitement antirétroviral contre le VIH, ou les accidents du travail ne sont pas pris en compte.

Depuis 2013, cette assurance est aussi obligatoire pour les immigrants illégaux mais ayant un permis de travail. Le prix de cette assurance est de 2200 bahts (60 euros).

Néanmoins il est estimé qu'un grand nombre d'immigrants n'adhère pas au programme car il est difficile de surmonter la barrière de la langue. De plus, les professionnels de santé ne sont pas tous formés à la prise en charge de patient immigrants. (United nations development programme 2015)

B. Analyse FFOM

L'analyse Force, Faiblesses, Opportunités, Menaces est un outil d'analyse et de diagnostic d'une organisation. Généralement présentée sous forme de matrice, l'analyse FFOM permet d'avoir un regard objectif (figure 13).



Figure 13: Analyse FFOM du système de santé en Thaïlande

IX. CONCLUSION

Depuis les années 1950, la Thaïlande a connu une croissance exponentielle de sa population et sa richesse malgré une instabilité politique au sein du pays et dans la région d'Asie du sud-est. En 2017, la Thaïlande est une des nouvelles puissances d'Asie.

Les politiques gouvernementales de santé, développées depuis une vingtaine d'années, ont permis au pays d'accélérer sa transition démographique en éliminant les menaces de nombreuses maladies transmissibles.

En se concentrant sur l'accès à la santé pour tous, notamment avec la mise en place de la couverture maladie universelle, le pays a réussi à atteindre plusieurs des objectifs millénaires pour le développement fixés par les Nations Unies, bien avant la date butoir de 2015.

Néanmoins, la situation n'est pas idéale. En 2017, la situation politique est plus instable qu'elle ne l'a jamais été. L'accès au trône du roi Rama X s'est suivie de mouvements contestataires dans tout le pays. Peu aimé du peuple, de nombreux scandales le poursuivent et le gouvernement éprouve des difficultés à les contrôler. De plus, le pays s'enfonce vers une impasse politique. La junte militaire encore en place a repoussé plusieurs fois les élections législatives, à cause de l'insécurité. Les associations de journalistes constatent une augmentation des restrictions de la liberté d'expression et un contrôle toujours plus important d'internet sous le gouvernement militaire.

Enfin, le conflit avec la frontière malaisienne n'est pas prêt de terminer : récemment, un attentat à la bombe a fait une vingtaine de blessés dans un hôpital militaire de la capitale.

Quant à la situation de la santé, la Thaïlande a besoin de renforcer son système de santé en améliorant l'accès équitable à différents traitements et soins, en améliorant les systèmes de statistiques et monitoring, en développant le financement des programmes de santé, en créant des dialogues avec les différents acteurs de santé nationaux et internationaux. (Organisation mondiale de la santé 2007).

Les hôpitaux publics, manquant d'argent et de moyens, sont en crise car il existe une véritable pénurie de médecins. Les patients doivent attendre de très longues heures pour avoir une consultation, ce qui entraîne une fuite des patients vers les hôpitaux privés, non-couverts par la couverture maladie universelle.

Les estimations sur l'avenir du pays sont toutefois encourageantes. On constate tout d'abord une amélioration dans l'égalité des sexes et une croissance forte de l'économie verte. Consciente de l'avancée rapide des maladies non-transmissibles, le ministère de la santé publique essaye de passer des lois visant à diminuer les facteurs de risques : par exemple,

augmentation du prix du tabac, interdiction de dépasser un seuil maximum de sucre dans les produits liés à la consommation.

Le peuple thaïlandais est un peuple solidaire qui souhaite tenir une position de meneur pour les pays à ressource limitées pour la prise en charge de maladies et l'amélioration de la qualité de vie. Le pays doit continuer à se développer en trouvant l'équilibre entre la rapidité de son développement, le respect de l'environnement et des traditions du pays, et surtout le respect de ses habitants.

BIBLIOGRAPHIE

- LEXPRESS.fr. *Thaïlande : la loi martiale, c'est quoi ?* . 20 mai 2014.
http://www.lexpress.fr/actualite/monde/asie/thaïlande-la-loi-martiale-c-est-quoi_1544840.html (accès le décembre 13, 2016).
- AlterAsia. *La junte voudrait imposer les "12 commandements thaïlandais" aux touristes*. 26 janvier 2015.
<http://www.alterasia.org/201501261918/la-junte-voudrait-imposer-les-12-commandements-thaïlandais-aux-touristes/> (accès le mars 28, 2017).
- Antos, Joseph R. *Health Care Financing in Thailand : Modeling and sustainability*. Bangkok: Worldbank, 2007.
- Association of Southeast Asian Nations. *Asean health profile - Regional Priorities and Programmes for 2011 -2015*. Jakarta: ASEAN Secretariat, 2014.
- Bureau of Policy and Strategy. *Thailand Health Profile 2008- 2010*. Bangkok: Ministry of public health, 2011.
- Chamchan, Chalermopol. *A situation Analysis on Health System Strengthening for Migrants in Thailand*. Bangkok: Institute for population and social research, 2012.
- Charung Muangchana, Piyanit Thamapornpilas, Opart Karnkawinpong. «Immunization policy development in Thailand: The role of the Advisory Committee on Immunization Practice.» *Vaccine*, 2010: A-104-A109.
- Child mortality estimates. *Child mortality estimates - Thailand*. 9 septembre 2015.
http://www.childmortality.org/index.php?r=site/graph#ID=THA_Thailand and (accès le mars 3, 2017).
- CIA. *The World Factbook - Central Intelligence Agency*. 2017.
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/th.html> (accès le Février 2017).
- Communauté européenne - International cooperation and development. *Document de stratégie Thaïlande - Communauté Européenne pour la période 2007 -2013*. 15 février 2017 .
http://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/csp-thailand-2007-2013_fr.pdf.
- Departement of Economic and Social Affairs, Population Division. *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015*. New York: United Nations, 2015.

- Direction général du trésor, Ministère de l'économie et des finances. *Fiche comparative régionale : Poids économique de la Thaïlande au sein de l'ASEAN*. Août 2015.
<https://www.tresor.economie.gouv.fr/File/415633> (accès le décembre 11, 2016).
- . *Fiche Pays Thaïlande 2016*. 3 mars 2017.
<http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/433963> (accès le mars 26, 2017).
- Encyclopédie Larousse. *Larousse en ligne - Thaïlande*. 2016.
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/pays/Tha%C3%AFlande/146444> (accès le décembre 21, 2016).
- Government pharmaceutical organization . *Visions and Missions - GPO*. s.d.
<http://www.gpo.or.th/Default.aspx?tabid=195&language=en-US> (accès le mars 15, 2017).
- Groupes ethniques en Thaïlande*. s.d. <http://fr.onlychaam.com/diversite-ethnique-en-thaïlande/> (accès le janvier 21, 2017).
- Humans right watch. *Thailand - Humans right watch*. s.d.
<https://www.hrw.org/asia/thailand> (accès le mars 6, 2017).
- International Labour Organization . *Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. Genève: Xenia Scheil-Adlung, 2015.
- L'Humanité. *Thaïlande: "pas encore" un putsch*. 20 mai 2014.
<http://www.humanite.fr/thaïlande-pas-encore-un-putsch-532203>.
- Ministry of public health of Thailand. *Malaria control programme*. 3 mars 2017. <http://eng.moph.go.th/index.php/specific-issues/87-malaria-control-programme-in-thailand>.
- Ministry of public health of Thailand. *The 11th national health development plan under the national economic and social development plan*. Bangkok: Ministry of public health of Thailand, 2012.
- National Committee on the Elderly. *The 2nd National Plan on the Elderly (2002-2021)*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security of Thailand, 2009.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Thailand : Aid at a glance charts*. 20 décembre 2016.
<http://www.oecd.org/countries/thailand/aid-at-a-glance.htm> (accès le janvier 16, 2017).
- Organisation mondiale de la santé. *Development of tobacco control in Thailand*. 2017.
<http://www.searo.who.int/thailand/areas/devtobacco/en/> (accès le mars 15, 2017).

- Organisation mondiale de la santé. *Everybody's business : Strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Genève: WHO Document Production Services, 2007.
- . *Global Health Observatory*. 2017.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1095?lang=en> (accès le février 5, 2017).
- Organisation mondiale de la santé. *Global status report on alcohol and health – 2014*. Genève: Editions de l'OMS, 2014.
- Organisation mondiale de la santé. *Global tuberculosis report*. Genève: Editions de l'OMS, 2016.
- Organisation mondiale de la santé. *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Genève: Editions de l'OMS, 2014.
- . *Older Population and Health System: a profile of Thailand*. 3 mars 2017.
http://www.who.int/ageing/projects/intra/phase_one/alc_intra1_cp_thailand.pdf.
- . *OMS - Eau*. Novembre 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/fr/> (accès le mars 20, 2017).
- . *Public hospital governance in Asia and the pacific*. Edition de l'OMS: Genève, 2015.
- Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la situation dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé*. Genève: Edition de l'OMS, 2006.
- Organisation mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2014*. Genève: Editions de l'OMS, 2014.
- Organisation mondiale de la santé. *WHO Country Cooperation Strategy Thailand, 2012-2016*. New Delhi: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia, 2012.
- Organisation mondiale de la santé. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015*. Genève: Editions de l'OMS, 2015.
- . *WHO validates countries' elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis*. 8 juin 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/mother-child-hiv-syphilis/en/> (accès le février 27, 2017).
- Organisation mondiale de la santé. *World malaria report*. Genève: Editions de l'OMS, 2016.
- Palmarès - Indicateur de développement humain*. 2015.
<https://www.populationdata.net/palmares/idh/> (accès le mars 6, 2017).

- Petit, François. *La distribution des richesses en Thaïlande : entre classe moyenne embryonnaire et empires familiaux*. Bangkok: Ambassade de France en Thaïlande : service économique, 2015.
- Pongpisut Jongudomsuk, Samrit Srithamrongsawat, Walaiporn Patcharanarumol, Supon Limwattananon, Patama Vapatanavong, Krisada, Sawaengdee, Pinij Fahamnuaypol. *The Kingdom of Thailand : health system review (Health systems in transition, vol.5 no 5)*. Genève: Editions de l'OMS, 2015.
- Reporters sans frontières. *Classement mondial de la liberté de la presse 2016*. s.d. <https://rsf.org/fr/classement> (accès le mars 3, 2017).
- Sakunphanit, Thaworn. *Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches : Experience from Thailand*. ILO Subregional Office for East Asia, 2008.
- Siriphan Sasat, Barbara J. Bowers. «Spotlight Thailand.» *The Gerontologist* Vol. 53, No. 5, 2013: 711-717.
- South-east asia regional office of world health organization. *Human resources country profile - Thailand*. 2010. http://www.searo.who.int/entity/human_resources/data/tha_profile.pdf?ua=1 (accès le avril 2, 2017).
- Thailand tobacco Monopoly. *Visions and Missions - Thailand tobacco Monopoly*. 2016. <http://www.thaitobacco.or.th/en/visionmissions-and-value/> (accès le mars 15, 2017).
- Thaïlande : Climat, météo et guide de voyage*. 29 janvier 2017. <http://www.quandpartir.com/meteo/thaïlande-idpaysglobal-97.html>.
- Thaïlande: une chronologie des événements clés*. 29 janvier 2017. <https://www.thaïlande-fr.com/culture/histoire/245-thaïlande-une-chronologie-des-vnements-cls>.
- Thailands' National Cancer Institute. *Cancer in Thailand, VOL VI,2004-2006*. 28 mars 2017. http://www.nci.go.th/en/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand.pdf.
- UNAIDS. *Country progress report 2015 - Thailand*. 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/THA_narrative_report_2015.pdf (accès le février 27, 2017).
- UNICEF. *Thailand - Education - Overview*. 2017. https://www.unicef.org/thailand/education_303.html (accès le janvier 6, 2017).
- United nations development programme. «The right to Health.» Bangkok, 2015.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population

- Division. *World Population prospects*. 2015.
<https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/> (accès le janvier 23, 2017).
- vie-publique.fr. *Systèmes bismarckiens et beveridgiens : quelles caractéristiques ?*. 29 février 2016. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques.html> (accès le mars 12, 2017).
- Water environment partnership in Asia. *Legislative framework -Thailand*. 2017. <http://www.wepa-db.net/policies/measure/currentsystem/thailand.htm> (accès le mars 29, 2017).
- Wikipédia. *Transition démographique*. s.d.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_d%C3%A9mographique (accès le mars 10, 2017).
- World Bank Group. *Thailand - Data*. 2017.
<http://data.worldbank.org/country/thailand> (accès le mars 15, 2017).

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 20 SEPTEMBRE 2017

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

présenté par : ZIMNY GUILLAUME

Sujet : MONOGRAPHIE DU SYSTEME DE SANTE EN
THAILANDEJury :Président : M. SIMON Jean-Michel, Professeur
Directeur : M. JOUBERT Olivier, Maître de Conférences
Juges : Mme LANHER Perrine, Pharmacien
M. RIEGEL Lucas, Pharmacien

Vu,

Nancy, le 20/08

Le Président du Jury

Directeur de Thèse

M. SIMON



M. JOUBERT



Vu et approuvé,

Nancy, le 21.09.2017

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 21 SEP. 2017

Le Président de l'Université de Lorraine,



Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 9996

N° d'identification :

TITRE

Monographie du Système de Santé en Thaïlande

Thèse soutenue le 20 septembre 2017

Par Guillaume ZIMNY

RESUME :

Depuis 1950, la Thaïlande connaît une croissance rapide de sa population, son produit intérieur brut et un exode rurale importante. Devant également faire face à plusieurs coups d'états, le pays s'impose néanmoins comme un leader économique dans la région d'Asie du Sud-Est.

Développant de nombreux partenariats avec l'Union Européenne, le pays a mis en place à partir de 2001 une couverture universelle de maladie pour faire face aux défis de santé d'une population grandissante en pleine transition démographique.

Cependant, si les thaïlandais voient une diminution drastique des cas de maladies transmissibles, l'état de santé de la population dérive dangereusement vers une augmentation des maladies non-transmissibles, typique des pays développés.

Le pays a encore des lacunes à combler et une politique de santé à revoir afin d'assurer l'égalité de l'accès aux soins pour tous.

MOTS CLES : Thaïlande, Santé publique, Politiques de santé, Asie, Résultats sanitaires

Directeur de thèse	Jury	Nature
Dr Olivier JOUBERT	Pr Jean-Michel SIMON Dr Perrine LANHER Dr Lucas RIEGEL	Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle