

## Chapitre 3 : Le Renouveau et les institutions publiques vietnamiennes

Dans ce chapitre, toujours dans une perspective ménage, il sera question du Renouveau (le *Đổi Mới*) et des changements que ces politiques nationales ont apportés en ce qui a trait à l'accès aux services de santé et d'éducation au Vietnam. Tel qu'abordé dans le chapitre précédent, les besoins des ménages sont à la base de leur organisation. Dans le cas du Vietnam, les recherches montrent que l'accès aux services publics, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation, représente une part importante du budget annuel que les ménages consacrent au bien-être et à l'épanouissement de leurs membres. Cette affirmation est d'autant plus vraie pour les ménages les plus pauvres (Thi 2014, 80). Le choix des variables de dépenses en santé et en éducation au niveau du ménage trouve sa pertinence dans l'idée selon laquelle l'évolution des besoins, ou de la charge du ménage, tout comme l'évolution des capacités des membres d'un ménage, modifient la façon dont le ménage s'organise et déploie sa force de travail au fil du temps. C'est en ce sens que la migration de travail peut être considérée comme une réponse à la fluctuation des besoins au niveau du ménage. Ce choix de variables vient également du type d'approche utilisée. Quantitativement, il peut être difficile de mesurer les besoins au niveau des ménages. Ainsi, considérant que la santé et l'éducation impliquent nécessairement un aspect financier, et que plus la charge est grande, plus le montant alloué est important, le choix des variables relatives aux besoins du ménage trouve tout son sens dans le volet quantitatif de notre analyse.

### L'État communiste et le *Đổi Mới*

Dans la 2<sup>e</sup> moitié du siècle dernier, le Vietnam a vécu des transformations sociales majeures. Celles-ci ont fondamentalement reconfiguré les relations entre les ménages, notamment les ruraux<sup>11</sup>, et l'État. D'abord, dans la foulée de la révolution socialiste, les politiques successives de réformes de la terre et de collectivisation ont eu lieu de 1945 jusqu'aux années 1970. L'État a initialement redistribué les terres agricoles aux ménages paysans et ensuite, à l'aide de la collectivisation, organisé la terre et le travail en fonction d'une production à grande échelle (Nguyen et Locke 2014, 855). Un système d'état providence socialiste a ainsi été établi. La promotion de l'équité se faisait à la fois dans les sphères productive et

---

<sup>11</sup> La proportion de ménages ruraux demeure importante au Vietnam. De plus de 88% en 1950, ils représentaient toujours plus de 66% de la population du pays en 2015 (ONU 2014; Banque Mondiale 2017).

reproductive par des politiques ciblant la discrimination du genre, le contrôle gérontocratique et les privilèges des élites (Pham 1999, Chap.2)

À la fin des années 1980, la deuxième transformation majeure ayant eu lieu au Vietnam a été l'adoption des réformes politiques du *Đổi Mới* (le « Renouveau ») (Glewwe 2004b, 2; Binci et Giannelli 2016, 5). Ce processus a vu le jour lors du sixième Congrès du Parti communiste tenu en décembre 1986. Le Gouvernement central a alors explicitement adopté l'objectif de remplacer la planification centrale par une économie de marché règlementée (Glewwe 2004b, 2). Ce changement de cap majeur a été accompagné d'une réduction graduelle du contrôle de l'État sur le travail, sur les prix et sur l'accumulation. C'est ainsi que le « socialisme de marché », ou le « capitalisme d'État » s'est installé au Vietnam (Nguyen et Locke 2014, 855).

Le Renouveau est caractérisé par d'importants changements. Le premier, et sans doute le plus important, concerne l'agriculture. Dès la fin de la décennie 1980, les contrôles de prix ont graduellement été retirés de l'agriculture, les coopératives agricoles démantelées et les terres redivisées parmi les ménages ruraux qui travaillaient alors pour ces coopératives<sup>12</sup>. Les ménages étaient libres de vendre les produits qu'ils voulaient, au prix du marché (Glewwe 2004b, 2; Nguyen et Locke 2014, 855). Ces changements dans l'agriculture, combinés au retrait de plusieurs restrictions sur les exportations à la fin des années 1980, ont aidé le Vietnam à devenir le 3<sup>e</sup> plus important exportateur de riz en 1992. Ceci représente un changement important par rapport à son statut d'importateur de riz au milieu des années 1980 (Glewwe 2004b, 2). Les droits sur les terres (transfert, location, hypothèque/mise en garantie...) ont été augmentés dans les années 1990, en même temps qu'a été levée la majorité des restrictions sur le commerce intérieur et sur l'exportation des produits agricoles (Glewwe 2004b, 2-3).

Outre les réformes de l'agriculture, un autre changement important visait à assurer la stabilité de l'économie du pays. De façon à diminuer le taux d'inflation, le gouvernement central a diminué ses dépenses et modifié le système de taxes afin de générer des revenus.

---

<sup>12</sup> Dans les faits, différentes études montrent qu'un système selon lequel les ménages contractaient des activités de production agricole était déjà en place avant la Rénovation de l'État. Sous la réforme, le gouvernement l'a simplement formalisé (Kerkvliet et Porter 1995; Trang 2004; Resurreccion et Ha 2007).

La majorité de la diminution des dépenses s'est faite en vendant les entreprises d'État non rentables et en réduisant le nombre d'employés dans la plupart des autres. De 1989 à 1992, le nombre d'entreprises d'État a été coupé de moitié, d'environ 12 000 à environ 6 000, et plus ou moins 800 000 employés de l'État ont été mis à pied. La croissance rapide des opportunités d'emploi dans le secteur privé et la faible part des entreprises d'État dans la force de travail ont permis au Vietnam d'éviter une augmentation tangible du non-emploi, des suites de la coupure rapide des emplois du secteur public (Glewwe 2004b, 3). Et bien que plus graduellement, l'État a également apporté des changements à ses politiques de façon à favoriser les investissements étrangers (Glewwe 2004b, 3).

En somme, dans les années 1980, le Vietnam était un pays extrêmement pauvre, avec un faible taux de croissance économique (Glewwe 2004b, 2). Les changements qu'a amenés le Renouveau ont été suivis par une décennie de rapide croissance économique et de réduction de la pauvreté (Phan et Coxhead 2010, 100; Binci et Giannelli 2016, 5). Cette performance est d'autant plus extraordinaire que le principal partenaire économique du Vietnam dans les années 1980, l'ancienne Union soviétique, s'est dissout en 1991, mettant fin à une variété de subventions qu'elle avait fournies à l'économie vietnamienne (Glewwe 2004b, 4).

Les années 1990 ont été marquées par un déclin majeur de la pauvreté en même temps qu'un niveau de croissance économique soutenue sur une longue période (Phan et Coxhead 2010, 100; Nguyen et Locke 2014, 856). Il est cependant important de considérer que, si le niveau de vie de la population du pays s'est grandement amélioré<sup>13</sup>, le fardeau financier des ménages a également gagné en importance. Dans ces transformations, à l'image de ce qui s'est produit en Chine, la mutation de l'État communiste est non négligeable. Dans le cas de la Chine, selon Peng (2017), bien que la recherche soit encore à un stade précoce, la littérature disponible montre d'importants changements dans le paysage du *care* après la réforme économique de 1979 (2017, 18). C'est-à-dire que le passage d'une économie contrôlée à une économie de marché et la privatisation des entreprises publiques ont entraîné une réduction drastique des dépenses de l'État en matière de protection sociale. Par exemple, les

---

<sup>13</sup> Le Vietnam est passé d'un des pays les plus pauvres au milieu des années 1980 à un cas exemplaire de croissance économique dans les années 1990 (Glewwe 2004b, 1).

responsabilités concernant la garde des enfants et les soins aux aînés, jusque-là tenues pour acquises par les citoyens en période communiste, ont été transférées à la famille ou au marché (Peng 2017, 18). De façon similaire, au Vietnam, dans la foulée du Renouveau de la fin des années 1980, d'importants changements sociaux et économiques ont eu cours (Nguyen et Locke 2014, 855). Les domaines de la santé et de l'éducation ont été particulièrement affectés (Glewwe 2004b, 3).

#### Le système d'éducation publique

Au Vietnam, jusqu'en 1989, l'éducation était gratuite pour tous. Les frais d'utilisation n'existaient pas. Sous un principe de réalité budgétaire, c'est en septembre 1989 que les frais de scolarité ont fait leur apparition (Vu, Pham, et Pham 2012, 53; Thi 2014, 81). L'abandon de la gratuité scolaire par l'État vietnamien s'est fait au cours d'une période où les institutions internationales prêchaient pour la réintroduction de droits pour les usagers dans les services publics, l'assainissement budgétaire et l'amélioration de l'efficience en matière d'éducation (Thi 2014, 81). Il est à noter que malgré la réintroduction des frais de scolarité, la Constitution définit l'éducation de niveau primaire comme obligatoire et gratuite pour tous (Socialist Republic of Viet Nam 1992, Article 59).

Selon la Loi de l'éducation de 2005 (*Education Law 2005*), et dans le sillon de la décentralisation, trois paliers régissent l'administration de l'éducation. Le gouvernement central, les provinces et les districts et communes sont respectivement responsables de l'éducation supérieure, de l'éducation secondaire et de l'éducation primaire. D'un côté, le gouvernement central est également responsable de la mise en place des politiques et de la supervision des programmes d'éducation nationale. Les salaires des enseignants et des administrateurs proviennent du gouvernement central, tout comme les fonds des bourses d'études. De l'autre, les gouvernements locaux sont responsables des couts générés par les heures supplémentaires, des couts liés aux infrastructures et des couts relatifs aux autres dépenses (Socialist Republic of Viet Nam 2005).

En considérant son niveau de revenus, le Vietnam a atteint un succès remarquable en matière d'éducation depuis le début du Renouveau à la fin des années 1980 (Thi 2014, 79). L'augmentation des inscriptions et de la fréquentation scolaire y est remarquable (Binci et Giannelli 2016, 6). L'UNESCO reconnaît d'ailleurs l'universalisation de l'éducation

primaire, tant pour les garçons que pour les filles, comme un record au niveau mondial (Vu, Pham, et Pham 2012, 10; Thi 2014, 79). Avec un PIB par habitant équivalent à 1 113 dollars américains en 2009, ce qui représente moins du 7<sup>e</sup> de la moyenne du PIB des pays d'Asie de l'Est et du Pacifique et le quart du PIB moyen des pays à revenus moyens (*middle-income country*), le Vietnam présente néanmoins des taux d'alphabétisation similaires à ces derniers (Banque Mondiale 2011, 21). De plus, les taux de diplomation se sont également beaucoup améliorés depuis le début des années 1990 et une parité des sexes s'observe chez les élèves. À l'échelle du pays, le taux de diplomation du primaire en 2011 était de plus de 95,0% (UIS 2017e), ce qui est légèrement plus haut que les taux des pays de la région (Banque Mondiale 2011, 21). En zones rurales, le taux de diplomation du primaire est passé de 39,6% à 88,0% entre 1992 et 2008. Celui du secondaire de base a quant à lui augmenté de 19,6% à 73,5% sur la même période (Vu, Pham, et Pham 2012, 19). D'autres indicateurs montrent également la progression de l'éducation au Vietnam. La proportion de la population âgée entre 25 et 55 ans sans aucun diplôme est passée de 23,0% à moins de 1,0% entre 1992 et 2008 (Vu, Pham, et Pham 2012, 79). Et la couverture des services d'éducation s'est grandement améliorée, notamment en zones rurales, là où la majorité de la population demeure (Vu, Pham, et Pham 2012, 19, 2012, 79). Selon les données de l'Institut de statistique de l'UNESCO (UIS), le taux de fréquentation scolaire est de près de 100% pour le primaire et d'environ 90,0% pour le secondaire inférieur en 2011 (UIS 2017a).

#### Financement public et couts privés en éducation

L'amélioration qu'a connu le système d'éducation vietnamien repose en partie sur le fait que le support de l'État envers ce secteur a augmenté au cours des dernières décennies. La part de l'éducation dans le budget national est passée de 6,9% en 1986 (Pham et Sloper 1995, 164) à environ 18,5% en 2013<sup>14</sup> (UIS 2017c). En 2013, ce niveau de dépenses en éducation représentait alors l'équivalent de 5,7% du PIB (UIS 2017c). Au Vietnam, les dépenses en éducation sont relativement élevées par rapport à celles des pays de l'Asie de l'Est. Ces derniers présentent des dépenses moyennes équivalentes à environ 3,5% de leur PIB respectif (Banque Mondiale 2011, 22). Le niveau de dépenses par étudiant y est également plus élevé. Au Vietnam, en 2013, c'est l'équivalent de 20,9% du PIB par habitant qui était consacré aux

---

<sup>14</sup> De 2008 à 2013, les dépenses pour l'éducation en pourcentage du total des dépenses des administrations publiques ont varié entre 15,25% (2009) et 18,82% (2012) (UIS 2017d).

élèves du primaire et l'équivalent de 24,6% du PIB par habitant pour les élèves du secondaire de base (UIS 2017b), contre une moyenne de 14% aux deux niveaux pour les pays de l'Asie de l'Est (Banque Mondiale 2011, 22).

L'importance du financement que consacre le gouvernement central à l'éducation s'accompagne de différentes mesures sociales, notamment de l'exemption des frais de scolarité au primaire et d'une priorité donnée à la réduction ou à l'exemption des coûts pour les ménages appartenant aux groupes désavantagés de la population. Ces mesures ont néanmoins des impacts limités (Vu, Pham, et Pham 2012, 26). Cette situation s'explique en partie par l'importance des autres coûts liés à l'éducation. Par exemple, les coûts liés aux classes supplémentaires représentent désormais une part importante des dépenses en éducation des ménages vietnamiens (Vu, Pham, et Pham 2012, 27). La faiblesse de la régulation et du contrôle exercé par les autorités locales est également à considérer ici. Les frais collectés sont parfois plus élevés que stipulé et un nombre élevé de frais collectés par les écoles, par le biais des contributions parentales, ne sont pas régulés (Vu, Pham, et Pham 2012, 27). En conséquence, même si la part de budget que consacre l'État à l'éducation reste élevée, les résultats en termes de diminution des coûts pour les ménages sont faibles (Vu, Pham, et Pham 2012, 22; Thi 2014, 80).

Au Vietnam, bien que l'État soit responsable de la majorité du financement au niveau de l'éducation primaire et secondaire de base, les ménages vietnamiens contribuent plus fortement que leurs homologues de l'Asie de l'Est et du Pacifique (Vu, Pham, et Pham 2012, 23; Thi 2014, 80). Le fardeau est de plus en plus lourd pour les familles les plus pauvres (Thi 2014, 80). Cette tendance est surtout visible au niveau de l'éducation primaire. La contribution des ménages vietnamiens officiellement comptabilisée pour l'éducation primaire correspond à 17,5% de leurs dépenses totales, tandis qu'elle représente 14% des dépenses totales des ménages de la région Asie de l'Est et Pacifique (UNESCO et UIS 2011, 76). Malgré les mesures mises en place par le gouvernement afin de réduire ou de faire grâce des coûts scolaires, l'acquittement de ces frais demeure un défi pour de nombreuses familles vietnamiennes (Vu, Pham, et Pham 2012, 21).

Les dépenses relatives à l'éducation primaire et secondaire des ménages vietnamiens sont atypiques au niveau de la région (Vu, Pham, et Pham 2012, 23). Dans les faits, malgré

le fait que le système scolaire vietnamien se définisse comme un système public, il se rapproche d'un système hybride (Vu, Pham, et Pham 2012, 18). Selon un rapport du projet *Households Informal Disbursements for Education (HIDE) in Vietnam*<sup>15</sup>, les façons d'opérer sont floues et complexes. Si la Loi stipule que les Comités populaires<sup>16</sup> (*People's Committees*) des différents niveaux administratifs sont responsables de l'aspect financier, des infrastructures, des enseignants et des fournitures nécessaires à l'éducation publique sous leur gouverne, dans les faits, le financement local est en grande partie transféré vers les ménages (Banque Mondiale 2011, 21; Vu, Pham, et Pham 2012, 18-19). De plus, il n'est pas rare que les parents soient convaincus que la qualité de l'éducation est faible, ce qui les amène à développer des stratégies destinées à améliorer les chances que leurs enfants reçoivent une éducation de meilleure qualité (Thi 2014, 79). Ce qui, la plupart du temps, implique des dépenses supplémentaires.

L'ampleur des dépenses en éducation au niveau des ménages

Les couts sont un obstacle aux possibilités d'apprentissage (Thi 2014, 80). En ne tenant compte que des couts directs de l'éducation, l'équipe du projet HIDE a recensé 15 grandes catégories de dépenses liées à l'éducation. Ces catégories sont les suivantes :

- Les frais de scolarité et les frais d'admission;
- La construction des infrastructures et la maintenance;
- Les dépenses scolaires récurrentes pour l'équipement scolaire;
- Les fonds scolaires et de classe;
- Les frais des manuels scolaires;
- Les uniformes des étudiants;
- Les déjeuners scolaires;
- Le transport et le stationnement à vélo;

---

<sup>15</sup> Le rapport HIDE n'est pas disponible en ligne. Si le rapport demeure informel, le site internet du groupe peut tout de même être consulté au : <http://irc.com.vn/en/project/chi-phi-khong-chinh-thuc-cua-ho-gia-dinh-trong-giao-duc-tai-viet-nam-hide/>

<sup>16</sup> Les Comités populaires, ou *People's Committees*, sont élus par le Conseil populaire. Ils sont l'exécutif du gouvernement provincial et l'institution chargée de l'administration publique au niveau local et de l'application de la Constitution, de la loi, des textes des autorités supérieures et des résolutions du conseil populaire. Ils préparent et mettent en place les projets avec les fonctions d'un cabinet gouvernemental. Ils sont formés d'un président, d'un vice-président et de neuf à onze membres (Socialist Republic of Viet Nam 1992, Article 123-125).

- Les classes et le tutorat privé;
- Le prépaiement des régimes d'assurances;
- L'adhésion à l'association parentale;
- Les cadeaux et les enveloppes donnés aux enseignants.

Même s'ils sont qualifiés de contributions volontaires par le cadre réglementaire, la majorité de ces frais scolaires et supplémentaires sont perçus comme des taxes obligatoires par les ménages (Vu, Pham, et Pham 2012, 75-77).

Plus de la moitié des catégories de coûts recensés et étudiés par le projet HIDE présentent une prévalence élevée. Environ 90% des parents interrogés ont déclaré payer des frais d'adhésion pour l'association des parents et pour les régimes d'assurance et 71 % ont déclaré contribuer au fonds de classe. Les uniformes des étudiants sont facturés à 65% des parents, 62% des parents déclarent offrir des cadeaux ou une enveloppe en espèces aux enseignants, 56% rapportent payer le temps de scolarité supplémentaire à l'école et 51% pour le tutorat privé en dehors des écoles. Environ la moitié des parents rapportent avoir fait une ou des contributions pour la construction et la maintenance de l'école et pour couvrir les dépenses récurrentes de l'école, entre autres, celles liées à la fourniture de l'eau potable pour le personnel et les étudiants (Vu, Pham, et Pham 2012, 59-60).

Une différence existe entre les données du projet HIDE et les données nationales. Les dépenses en éducation rapportées par HIDE sont environ trois fois plus élevées que ce qu'il est possible de voir dans les données de l'Enquête sur le niveau de vie des ménages au Vietnam (*Vietnam - Household Living Standards Survey (VHLSS)*) (Vu, Pham, et Pham 2012, 70). La différence est importante, d'autant plus que les ménages participants ont été choisis selon le plan d'échantillonnage de VHLSS<sup>17</sup> et qu'ils ne présenteraient pas de différences significatives avec ces derniers (Vu, Pham, et Pham 2012, 11). Ainsi, l'enquête VHLSS semble sous-estimer le niveau des dépenses des ménages vietnamiens. Toutefois, cette différence provient certainement de la façon dont sont mesurées les dépenses en éducation

---

<sup>17</sup> Selon les informations contenues dans le rapport du projet, l'équipe HIDE a reçu le consentement du Bureau général des statistiques du Vietnam (GSO) afin d'utiliser l'échantillon de VHLSS 2010 pour établir le cadre d'échantillonnage de leur enquête. Sur la base du cadre d'échantillonnage de VHLSS de 2010, une approche en plusieurs étapes a été réalisée pour sélectionner les provinces, les districts, les communes/villages, les ménages, les écoles et les membres du personnel des écoles (Vu, Pham, et Pham 2012, 43).

par chacune de ces enquêtes. C'est-à-dire que le nombre de questions sur les dépenses privées en éducation est très limité dans VHLSS. Il s'agit d'une liste très simplifiée des frais de scolarité et d'autres contributions parentales (*i.e.* frais de scolarité, autres frais de scolarité, uniformes, manuels et fournitures scolaires, tutorat privé et autres frais) qui peuvent ne pas être propices à la saisie de tous les coûts informels et des paiements dans lesquels les familles s'engagent (Vu, Pham, et Pham 2012, 70). Selon les résultats de HIDE, les valeurs des paiements faits par les parents d'élèves affichent un large éventail. La variance élevée attachée à chaque catégorie de paiement reflète principalement le fait que les procédures de paiement sont, la plupart du temps, non normalisées et *ad hoc* (Vu, Pham, et Pham 2012, 84). De plus, les paiements parentaux sont insuffisamment comptabilisés et l'essentiel de ces paiements n'est pas officiellement enregistré dans les états financiers scolaires (Vu, Pham, et Pham 2012, 78).

Différentes recherches se sont intéressées aux déterminants du niveau d'éducation atteint, de la fréquentation scolaire et du niveau de scolarité atteint au Vietnam. Cependant, la plupart de ces recherches ne concernent pas directement la migration, mais plutôt les effets de la pauvreté sur le niveau de scolarité atteint. Par exemple, la pauvreté s'est révélée être en corrélation avec l'âge de début de la scolarité, le nombre d'années nécessaire pour compléter la scolarité, le niveau de scolarité atteint et les résultats obtenus lors de tests de classement (Behrman et Knowles 1999). Un des facteurs importants à considérer et démontrés par d'autres études est qu'au Vietnam, la pauvreté est fortement corrélée à l'appartenance ethnique (Baulch *et al.* 2004, 275-76; Glewwe 2004b, 9; Swinkels et Turk 2006, 2). Des études antérieures ont montré que les membres des minorités n'ont pas autant bénéficié que les Kinh (ethnie majoritaire) et les Hoa (Chinois) de la croissance de la couverture de l'éducation. Différents facteurs peuvent expliquer cette situation chez les groupes minoritaires. Entre autres, des ménages plus nombreux (Truong *et al.* 1998, 62), des taux d'éducation inférieurs, des dotations plus faibles, des taux de malnutrition plus élevés et des problèmes de santé reproductive plus fréquents (Swinkels et Turk 2006, 10-14).

Une des analyses les plus complètes des déterminants du progrès et de la réussite scolaire au Vietnam a été réalisée par Glewwe (2004a). En utilisant les données de l'Enquête sur le niveau de vie des ménages du Vietnam de 1998, combinées à un sondage dans des

écoles en zones rurales et des tests simples de mathématiques et de lecture, l'auteur a estimé les chances de compléter les niveaux primaire et secondaire inférieur. L'auteur montre que l'avancée en âge de l'enfant et l'appartenance à une minorité ethnique ont une influence négative sur les probabilités que l'enfant complète le niveau primaire, tandis que l'éducation des parents et les qualifications des enseignants ont une influence positive. Au niveau du secondaire inférieur, l'éducation du père, les dépenses des ménages *per capita*, l'offre scolaire, la qualité de la classe et l'expérience de l'enseignant ont toutes une influence positive sur les probabilités de mener à bien ce niveau d'éducation (Glewwe 2004a, 475-86). Ces résultats indiquent la pertinence des facteurs reliés au ménage et à la communauté, tout en indiquant également la possibilité de contraintes liées aux crédits.

De façon plus générale, différentes études s'intéressent également à l'impact des migrations sur la fréquentation scolaire au Vietnam et ailleurs dans le monde. Dans l'ensemble, ces études portent davantage un regard sur l'impact que peuvent avoir les remises sur l'éducation. Entre autres, Binci et Giannelli (2016) montrent qu'au Vietnam, les remises de fonds des migrants domestiques (*i.e.* ménages avec migrants internes) ont une influence significative sur la fréquentation scolaire des enfants. Ces derniers ont moins de chances de se retrouver en emploi<sup>18</sup> et plus de chances de fréquenter l'école (Binci et Giannelli 2016, 18). Au El Salvador, Edwards et Ureta (2003) montrent que les remises internationales ont un effet important sur la rétention scolaire (2003, 450). Toujours au El Salvador, Acosta (2011) ne trouve cependant pas d'effet significatif des remises internationales sur la rétention scolaire après avoir examiné plusieurs alternatives qui tiennent compte du potentiel de biais de sélection de l'échantillon sur des caractéristiques observables et non observables, ainsi que de l'endogénéité des remises de fonds reçues (Acosta 2011, 930). Les résultats de Yang (2008) dévoilent que l'augmentation des remises de fonds des migrants internationaux aux Philippines augmente le niveau de scolarisation des enfants et les dépenses des ménages en éducation, tout en diminuant le travail des enfants (2008, 604-21). De leur côté, Dimova, Epstein, et Gang (2015) utilisent les données du *Living Standards Measurement Survey* sur le Kagera en Tanzanie et exposent que l'émigration et les remises réduisent le travail des

---

<sup>18</sup> La définition que les auteurs utilisent afin de définir si les enfants (6-15 ans) sont « en emploi » ou non respecte le questionnaire de VLSS et inclut le travail rémunéré, comme celui non rémunéré pour son propre ménage (Binci et Giannelli 2016, 9)

enfants et augmente leur éducation (2015, 746). Par contre, Giannelli et Mangiavacchi (2010) montrent, dans le cas de l'Albanie, que le fait d'avoir des parents migrants peut avoir un effet négatif à long terme, principalement dû au manque de supervision parentale pour les enfants restés dans le ménage d'origine (*left-behind*) (2010, 86-89).

Les données produites par les grands organismes internationaux montrent que le Vietnam a atteint des résultats surprenants en matière d'éducation publique dans les dernières décennies. Toutefois, bien que l'État alloue une part non négligeable de ressources financières à ce secteur, l'utilisation de ce financement laisse planer de nombreux doutes quant à son efficacité. La part des dépenses annuelles que les ménages consacrent à l'éducation demeure importante. Au-delà de la question des dépenses, pour les ménages, la preuve d'une éducation de qualité de la part du système scolaire vietnamien reste à faire. Plus de la moitié des ménages interrogés par HIDE affirment avoir recours à du temps de scolarité supplémentaire ou du tutorat privé. Ces constats, tant au niveau des performances du système d'éducation, de son financement, ou de la perception que les individus en ont, sont de la plus grande importance pour les ménages. En effet ce sont tous des facteurs qui influencent le niveau de dépenses des ménages et la façon dont ils mettent en place les stratégies visant à combler les besoins en éducation du ménage.

Le système de santé publique

À la suite de la réunification du Vietnam du Nord et du Vietnam du Sud en 1975, le Parti socialiste du Vietnam a étendu à l'ensemble du territoire réunifié un système de santé publique gratuit et universel (Nguyen *et al.* 2012a, 724). Selon Chaudhuri et Roy (2008), avant la réunification, le Vietnam du Nord disposait d'un réseau étendu et bien planifié de prestataires de soins de santé qui administraient gratuitement des services de santé au niveau de la commune, en utilisant les ressources locales (2008, 39). Cependant, suite à la réunification du pays et à la dissolution de l'Union soviétique au tournant des années 1990, qui jusqu'alors supportait indirectement le système de santé vietnamien (Glewwe 2004b, 4; Chaudhuri et Roy 2008, 39; Nguyen *et al.* 2012a, 724), les ressources financières limitées ont, en définitive, rendu ce réseau de santé financièrement insoutenable (Chaudhuri et Roy 2008, 39).

La réforme économique de 1986 a jeté les bases de la décentralisation du système de santé en légalisant la libre entreprise en de nombreux secteurs (Glewwe 2004b, 2), notamment dans celui de la santé (Lieberman, Capuno, et Minh 2004, 14). En 1991, le système de santé a été entièrement dérèglementé, le personnel médical a été autorisé à établir des pratiques privées, des produits pharmaceutiques ont été mis à disposition dans les points de vente au détail et les frais aux utilisateurs ont été introduits dans les établissements de santé publics (Glewwe 2004b, 3; Chaudhuri et Roy 2008, 39). Différents outils légaux ont soutenu la décentralisation des services de santé en déléguant aux niveaux administratifs inférieurs une part des pouvoirs du gouvernement central en ce qui a trait au domaine public (Lieberman, Capuno, et Minh 2004, 15). Un système de frais d'utilisation peu règlementé et accompagné de demandes de plus en plus importantes en paiements non officiels s'est développé dans les établissements de santé publique du pays (Nguyen *et al.* 2012a, 724).

Au Vietnam, malgré la décentralisation, la planification émanant du centre demeure importante. Le ministère de la Santé fixe différents objectifs pour le système de santé, selon une planification basée sur un horizon de cinq ans (*i.e.* plans quinquennaux). Le plan quinquennal 2011-2015 stipulait que l'objectif général du secteur de la santé était de « *promouvoir le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé, tant quantitativement que qualitativement, de remplir les besoins du secteur de la santé, d'améliorer la force de travail en santé en milieux ruraux, en régions montagneuses et éloignées et dans les différentes spécialisations (médecine préventive, pédiatrie, communication et conseil en santé, etc.)* » (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 38). Au niveau financier, ce même plan spécifiait devoir « *réformer les mécanismes financiers et opérationnels des unités de services du secteur de la santé, faire progresser les dépenses publiques de santé, développer une assurance maladie universelle et ajuster les allocations et l'utilisation des ressources financières de la santé afin d'en améliorer l'efficacité* » (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 49-50).

Plus récemment, l'objectif général du dernier plan quinquennal 2016-2020 est de « *réduire les taux de morbidité et de mortalité causés par les maladies et les épidémies, contribuer à améliorer l'espérance de vie des gens et les principaux indicateurs de santé; améliorer la capacité et la performance du système de santé, créer une base solide pour le*

*développement d'un système de santé équitable, efficace, durable et répondant aux besoins en soins de santé des personnes dans le cadre de l'industrialisation et de la modernisation de la nation* » (Ministry of Health 2016, 20). Plus spécifiquement, ce plan vise entre autres à « *accroître rapidement la proportion des dépenses publiques en matière de santé et à atteindre la couverture universelle de l'assurance maladie; améliorer l'efficacité de l'allocation du budget et de son utilisation; développer l'infrastructure sanitaire; développer les soins de santé dans les régions pauvres, montagneuses et éloignées et avoir un traitement préférentiel dans les soins de santé pour les personnes pauvres et les bénéficiaires des politiques sociales* » (Ministry of Health 2016, 21). Si les intentions de l'État paraissent idéales sur papier, en réalité, le portrait est plus nuancé.

Le financement public du système de santé

Au Vietnam, bien que la croissance économique a permis d'augmenter les investissements en santé publique, les dépenses de l'État représentent toujours moins de 50% des dépenses annuelles totales en santé faites au pays (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 10). Or, si un des objectifs des deux derniers plans quinquennaux était de passer à une augmentation des dépenses publiques en santé, les données sur les comptes nationaux révèlent une diminution relative des dépenses publiques dans ce secteur (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 50). En termes constants, au cours de la période de 2010 à 2012, les dépenses publiques en santé auraient augmenté de 12,6% par année, mais en termes réels, ajustés pour l'inflation, les dépenses de santé publique n'ont pas augmenté. Elles ont plutôt diminué de 3,5% au cours de cette période. Dans le même temps, les dépenses totales en santé (*i.e.* l'entièreté des dépenses en santé au niveau du pays, publiques et privées) ont augmenté de 19% par année en termes constants, ce qui équivaut à une augmentation de 2,9% par année en termes réels (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 9). La diminution relative des dépenses publiques, par rapport aux dépenses totales de santé, et la réduction de la croissance des dépenses publiques en santé est contraire à l'intention des plans quinquennaux et a pour conséquence que les dépenses directes des ménages en santé demeurent importantes.

La question de l'assurance maladie

Au Vietnam, l'assurance maladie a été introduite au début des années 1990 (août 1992) dans le but de mobiliser les ressources et de créer un mécanisme approprié afin de mitiger les impacts des frais aux usagers (Glewwe 2004b, 3; Chaudhuri et Roy 2008, 39; Minh *et al.* 2013, 258). Deux plans d'assurance maladie administrés par l'État sont disponibles. Le premier est obligatoire et se divise en deux sous-catégories. D'abord, le *social health insurance (SHI) scheme* qui s'adresse aux individus employés de l'État ou employés dans le secteur formel. Ensuite, le *health care funds for the poor (HCFP)* qui, de son côté, vise la part de la population catégorisée pauvre par les autorités (Minh *et al.* 2013, 258). La *Health Insurance Law* passée en 2009 par le Gouvernement fait du SHI le mécanisme primaire de l'atteinte de la couverture universelle (Somanathan *et al.* 2014, 1). Le second plan d'assurance maladie disponible au Vietnam est volontaire et s'adresse à ceux qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance obligatoires proposés par l'État (Minh *et al.* 2013, 258). En plus de ces régimes d'assurance, sous la *Health Insurance Law*, les soins de santé sont en théorie gratuits pour les enfants de moins de 6 ans (Somanathan *et al.* 2014, 11). Par contre, bien que la couverture par les régimes d'assurance ait augmenté, passant de 16% en 2002 (Minh *et al.* 2013, 259) à plus de 76% en 2015 (Ministry of Health 2016, 16), les frais aux usagers dominant toujours le système de santé vietnamien (Minh *et al.* 2013, 259).

À la fin de la première décennie des années 2000, les régimes d'assurances obligatoires et volontaires couvraient environ 40% de la population, mais ne représentaient que 13% des dépenses totales en santé au pays (Lieberman et Wagstaff 2009, 87). De plus, la couverture de l'assurance maladie obligatoire au Vietnam peut être qualifiée de faible puisqu'elle ne s'adresse qu'aux fonctionnaires et aux autres employés du secteur formel du pays (Lieberman, Capuno, et Minh 2004, 19). Cette assurance ne couvre pas les membres de leur famille (World Health Organization 2014a, 126). Ainsi, la couverture est insuffisante dans la mesure où elle ne couvre qu'une partie des besoins en soins de santé de la population (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 186). D'autre part, Phuong *et al.* (2015) montrent que dans l'ensemble, l'agence responsable de l'assurance maladie au Vietnam - la *Vietnam Social Security (VSS)* - se concentre sur la gestion des dépenses grâce à un ensemble complexe de politiques de remboursement et de plafonds; le principal objectif étant de créer des incitatifs à l'efficacité budgétaire et de faciliter la gestion des coûts du

système pour VSS (2015, S92). La qualité des soins fournis par le système de santé vietnamien ne s'en trouve pas améliorée (Phuong *et al.* 2015, s91-92). Selon le ministère de la Santé, l'expansion de la couverture de l'assurance maladie à la part de la population qui n'est toujours pas couverte sera difficile (Ministry of Health 2016, 16). Or, en considérant que les paiements directs faits par les ménages sont un bon indicateur de l'état de la protection financière d'un pays donné (Minh *et al.* 2013, 261), la situation qui a cours au Vietnam révèle un faible niveau de protection financière en ce qui concerne l'accès aux soins pour les ménages.

L'ampleur des dépenses en santé au niveau des ménages

Mis à part les finances publiques et les cotisations aux régimes d'assurances, les paiements directs (*direct out-of-pocket (OOP) payments*) à l'usage<sup>19</sup> représentent une source de financement importante pour la santé publique dans la région Asie Pacifique. Les paiements directs en santé dans cette région sont très élevés. Ils représentent jusqu'à 40% des dépenses totales faites en santé pour la région Pacifique ouest et plus de 60% de celles de la région de l'Asie du Sud-Est (World Health Organization 2009, 5). Les paiements directs à l'usage peuvent être si élevés par rapport au revenu du ménage qu'ils peuvent entraîner une catastrophe financière pour l'individu ou son ménage (Minh *et al.* 2013, 259). En Asie Pacifique, en 2005, il est estimé qu'environ 80 millions de personnes ont subi les impacts d'une catastrophe financière en raison de dépenses catastrophiques en santé (World Health Organization 2009, 5). Dans les études disponibles, différents niveaux ont été utilisés afin de définir les dépenses catastrophiques en santé au niveau des ménages, avec des seuils variant de 5% à 25% du revenu total du ménage (Berki 1986, 139; Wyszewianski 1986, 385; van Doorslaer *et al.* 2007, 1171-79), ou de 25% à 40% des dépenses non alimentaires (van Doorslaer *et al.* 2007, 1171-79). Selon Xu *et al.* (2003), les dépenses en santé sont définies comme étant catastrophiques si les contributions financières du ménage au système de santé dépassent les 40% du revenu restant après que les besoins de base aient été satisfaits (Xu *et al.* 2003, 112). De tels niveaux de dépenses peuvent signifier que les individus doivent réduire leurs besoins de base en ce qui a trait à la nourriture, aux vêtements ou à l'éducation

---

<sup>19</sup> Les paiements directs (OOP) se rapportent aux dépenses effectuées directement par les ménages lorsqu'ils utilisent des services, principalement pour l'achat de médicaments, le paiement des frais d'utilisation des hôpitaux, les frais de service de diagnostic et les autres dépenses indirectes liées aux soins de santé.

de leurs enfants (Nguyen *et al.* 2012a, 725; Minh *et al.* 2013, 259). Différents travaux montrent que de nombreux ménages se sont appauvris en raison des paiements directs associés aux dépenses en santé (entre autres Xu *et al.* 2003, 2005, 2007). Toujours dans la région Asie Pacifique, il est également estimé qu'environ 50 millions d'individus se sont appauvris<sup>20</sup> en raison des montants substantiels qu'ils ont dû acquitter pour leurs soins de santé (World Health Organization 2009, 5). De nombreux individus ne fréquentent d'ailleurs pas les services de santé en raison de coûts trop élevés (James, Bayarsaikhan, et Bekedam 2010, 1417). Les dépenses catastrophiques en santé et la faible utilisation des services de santé reflètent, d'un côté, des niveaux de dépenses en santé insuffisantes de la part des gouvernements de nombreux pays de la région Asie-Pacifique, et de l'autre, des mécanismes de paiement anticipé et des filets de sécurité sociale limités, le tout combiné à une dépendance excessive envers les paiements directs à l'usage pour le financement des soins de santé (James, Bayarsaikhan, et Bekedam 2010, 1417).

Au Vietnam, la part des dépenses en santé des ménages est plus élevée que celle des pays voisins, par exemple la Thaïlande, le Cambodge ou la Chine (World Health Organization 2009, 16; Minh *et al.* 2013, 261). Les paiements directs à l'usage (OOP) représentent la première source de financement pour la santé publique du pays (World Health Organization 2014a, 123). En raison des politiques de libéralisation et de privatisation du système de santé, au début des années 1990, les paiements directs à l'usage représentaient plus de 70% du financement du système de santé publique (Somanathan *et al.* 2014, 11). Dans l'optique où une forte dépendance envers les paiements directs entraîne des obstacles financiers pour les populations les plus pauvres (Chaudhuri et Roy 2008, 46; Nguyen *et al.* 2012a, 731; World Health Organization 2014b, 8), au Vietnam, la part des dépenses des ménages et la part des paiements directs en santé dans les dépenses totales en santé sont non-négligeables (Tableau 1).

---

<sup>20</sup> L'appauvrissement en raison des dépenses en santé se définit par le fait que lesdites dépenses poussent l'individu ou son ménage en dessous du seuil de pauvreté, alors que le ménage se trouvait au-dessus du seuil avant la venue de ces dépenses.

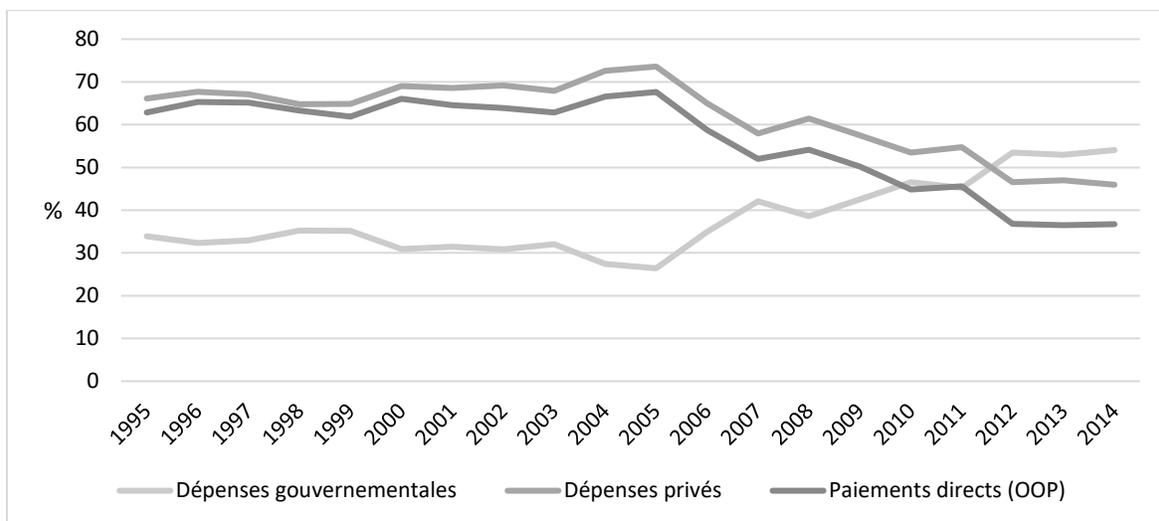
Tableau 1 : Sources de financement du système de santé publique au Vietnam, 1995-2011

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Dépenses totales en santé en % du PIB</b>	5,2	5,3	5,9	6,4	7,0	6,6	7,0	6,8	6,9
<b>Dépenses gouvernementales en % du total des dépenses de santé</b>	33,9	30,9	26,4	32,9	40,0	34,6	38,9	37,2	39,9
<b>Paiements directs à l'usage en % du total des dépenses de santé</b>	62,9	66,0	67,6	62,1	55,7	60,9	56,9	58,5	56,1
<b>Autres dépenses des ménages en % du total</b>	3,3	3,0	6,0	5,0	4,4	4,5	4,3	4,4	3,9

Source : World Health Organization 2014a, 127

À la fin de la 1<sup>re</sup> décennie des années 2000, les taux d'appauvrissement en raison des coûts des soins de santé au Vietnam étaient parmi les plus élevés au monde (World Health Organization 2009, 5). Minh *et al.* (2013) montrent d'ailleurs que les paiements directs ont augmenté au Vietnam sur la période de leur l'étude, soit de 2002 à 2010<sup>21</sup> (Minh *et al.* 2013, 261), ce que les statistiques officielles ne reflètent pas (Figure 4). Une analyse de Xu *et al.* (2003) a montré que la proportion de ménages confrontés à des paiements catastrophiques en santé en 1998 était de 10,5% au Vietnam (2003, 113). Ce taux était le plus haut parmi les 59 pays inclus dans leur étude (Xu *et al.* 2003, 114). D'autres travaux avancent les mêmes conclusions. En utilisant divers seuils afin de définir des niveaux de paiements catastrophiques, van Doorslaer *et al.* (2006, 2007) ont confirmé le fait que les taux de paiements directs et catastrophiques au Vietnam demeurent très haut par rapport à d'autres pays d'Asie (2006, 1359, 2007, 1169). Selon l'étude de van Doorslaer *et al.* (2007), le Vietnam se retrouve en tête des pays ayant le pourcentage le plus élevé d'individus dont les paiements directs dépassaient 25% des dépenses non alimentaires, au moment de leur étude (2007, 1174).

<sup>21</sup> Minh *et al.* (2013) montrent que pour les ménages et la période qu'ils ont étudié, les paiements directs moyens étaient plus élevés chez les ménages qui avaient des inscrits à l'assurance maladie, les ménages des zones urbaines et les ménages appartenant à des quintiles de dépenses plus élevés. Ces paiements directs représentaient environ 8,3% à 11,0% de la capacité des ménages à payer et 4,6% à 6,0% des dépenses totales des ménages. La part des paiements directs par rapport à la capacité à payer et dans les dépenses des ménages était plus élevée chez les ménages qui n'avaient pas d'affiliation à l'assurance maladie, les ménages des zones rurales et les ménages qui appartenaient à des quintiles de dépenses inférieurs (Minh *et al.* 2013, 260).



Source : Global Health Expenditure Database, World Health Organization 2017

Figure 4 : Évolution du financement du système de santé publique vietnamien, 1995-2014

La situation qui s’observe au Vietnam découle en partie de la politique sur les frais d’hôpitaux introduite en 1989 suivant la décision 45/HDBT, en date du 24/4/1989. Cette loi permet aux hôpitaux de couvrir leurs couts d’opération en chargeant des frais de service directement aux usagers (Minh *et al.* 2013, 259). Selon Minh *et al.* (2013), les paiements directs représentent encore la principale source de financement des soins de santé au Vietnam pour de nombreuses raisons (2013, 262). D’abord, la loi stipule que les patients souscrivant à une assurance maladie doivent copayer pour leurs frais d’hospitalisation, à différents niveaux et en fonction de la catégorie d’hôpital ou du type de bénéficiaire. Parallèlement, le décret 43/ND-CP sur l’autonomie financière encourage les établissements de santé à encaisser de meilleurs revenus auprès de leurs clients et à utiliser ces revenus supplémentaires pour payer des salaires plus élevés à leur personnel. Ensuite, la méthode de paiement la plus fréquente au Vietnam est toujours celle de la rémunération à l’acte. En ce sens, le mécanisme de service payant, conjugué à l’accent mis sur l’autonomie financière, est susceptible d’encourager la demande induite par les fournisseurs de soins de santé, que ce soit pour la santé des patients ou non (Minh *et al.* 2013, 262). Ces différents facteurs et le fait que le développement du système de santé privé soit encouragé contribuent à déplacer le fardeau du financement du secteur de la santé vers les ménages, ce qui augmente la pression financière à laquelle ces derniers sont soumis.

Le Vietnam a pris la décision d'élaborer un système de financement de son système de santé basé sur l'assurance maladie, ce qui est considéré comme l'une des mesures à adopter afin d'assurer une couverture sanitaire universelle (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 50-51). Cependant, les objectifs n'ont pas été atteints. La proportion des paiements directs à l'usage dans les dépenses totales en santé, les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement dû aux dépenses en santé demeurent à des niveaux relativement élevés au pays. Les mécanismes d'autonomie financière dans les établissements de santé publique révèlent des limites (Ministry of Health et Health Partnership Group 2016, 13). Dans les faits, bien que différentes options relatives à l'assurance maladie existent, une forte incidence des dépenses catastrophiques en santé et un haut taux d'appauvrissement révèlent un manque de protection financière pour les ménages vietnamiens (World Health Organization 2013, 7). À cet égard, l'impact modeste de l'assurance maladie sur la protection financière reflète le fait que les personnes ayant une assurance maladie doivent tout de même s'acquitter de paiements directs à l'usage demeurant relativement élevés. Ces paiements représentent une part non négligeable des dépenses des ménages et influencent certainement la façon dont les ménages s'organisent afin de répondre à leurs besoins, qu'ils concernent la santé ou non.

La corruption de l'administration et l'accès aux services

Tant au niveau de l'éducation que de la santé, la question des paiements officieux et de la corruption est à considérer dans la charge financière à laquelle les ménages vietnamiens sont soumis. La corruption se définit comme un abus de pouvoir en vue d'un gain privé (Transparency International 2011, 2). Ainsi, la corruption peut prendre de nombreuses formes, et dans le cas du Vietnam, les formes qu'elle peut prendre ne sont pas nécessairement reconnues comme telles. C'est-à-dire que le haut niveau de tolérance pour la corruption qui est présent au Vietnam s'explique en partie par la culture du cadeau (*gift culture*). Cette pratique demeure forte et représente une difficulté supplémentaire dans l'identification de ce qui est de la corruption de ce qui ne l'est pas (Vu, Pham, et Pham 2012, 29).

Au Vietnam, il est courant d'offrir des cadeaux en argent (*in-kind*). Cependant, le système de paiements en espèces et en enveloppes semble gagner en importance depuis que l'État a introduit des politiques de recouvrement des coûts dans le but de soutenir le financement des services publics à la fin des années 1980 (Vu, Pham, et Pham 2012, 31).

Ainsi, l'origine du développement et de la généralisation des paiements informels s'expliquent en partie par la transition d'une économie contrôlée par l'État vers une économie de marché, moment où les principes définissant l'approvisionnement et le financement des services ont été révisés pour faire face à la crise financière (Vu, Pham, et Pham 2012, 31).

Tel que déjà mentionné, en plus des coûts directs associés à l'accès aux services publics, différents coûts indirects peuvent s'ajouter aux dépenses des ménages (Nguyen *et al.* 2012a, 725, 2012b, 1454). À ce sujet, McIntyre *et al.* (2006) constatent que les coûts indirects de la santé peuvent dépasser les frais médicaux directs que les ménages doivent acquitter (2006, 861). Concernant l'éducation, les résultats de l'enquête HIDE vont également dans ce sens, les coûts officieux sont plus élevés que les coûts officiels. Selon l'agence *Transparency International* (TI), les citoyens vietnamiens, aux côtés de ceux de la Malaisie, seraient ceux pour qui les problèmes de corruption au niveau de leur pays sont les plus préoccupants (Transparency International 2017, 4). Dans le cas du Vietnam, près des deux tiers des répondants de l'enquête menée par l'agence ont affirmé avoir versé un pot-de-vin, donné un cadeau ou fait une faveur lors de l'accès aux services publics, notamment en ce qui concerne les écoles publiques et les services de santé (Transparency International 2017, 14). Dans les faits, 57% des répondants affirment avoir versé un pot-de-vin dans le secteur de l'éducation et 59% ont fait de même dans le secteur des soins de santé (Transparency International 2017, 15). Ceci place les secteurs de l'éducation et de la santé en deuxième place, juste derrière celui de la police, pour la plus forte proportion d'individus ayant dû verser un ou des pots-de-vin (Transparency International 2017, 19). L'enquête de *Transparency International* soulève donc des problèmes de corruption réels et sérieux dans ce pays. La corruption présente au Vietnam pourrait rendre difficilement accessibles les objectifs des services publics en matière d'équité, d'accès et de qualité des services (Vian *et al.* 2012, 61). Ces problèmes méritent donc d'être pris en considération.

L'argument selon lequel l'État ne peut supporter seul le fardeau financier des services sociaux ainsi que le cadre juridique qui encourage les contributions volontaires dans les services publics a contribué au fil du temps à institutionnaliser et banaliser les paiements informels. En conséquence, le lien entre les paiements informels et les pratiques de corruption n'est pas évident pour la plupart des familles vietnamiennes engagées dans le processus

d'accès à des services d'éducation ou de santé de qualité. Selon Vu, Pham, et Pham (2012), il est possible d'affirmer qu'au Vietnam, les paiements informels sont devenus une norme sociale culturellement acceptée (2012, 31). Ainsi, pour les ménages, l'ampleur du fardeau financier que représentent l'éducation et l'accès aux services de santé est très certainement plus importante qu'il n'y paraît, ou du moins, plus importante que ce que les estimations officielles laissent paraître.

## Conclusion

Le passage en revue de l'évolution des services publics vietnamiens depuis la réforme économique montre que les facteurs à considérer sont nombreux. Au niveau macrostructurel, la décision du Gouvernement en ce qui a trait au remplacement de la planification centrale par une économie de marché règlementée est de la plus haute importance. Ce changement de cap majeur a été accompagné d'une réduction graduelle du contrôle de l'État sur le travail, sur les prix et sur l'accumulation (Nguyen et Locke 2014, 855), ce qui a engendré de rapides changements politiques, économiques et sociaux dans les années suivant le Renouveau. Les années 1990 ont été marquées par une croissance économique soutenue sur une longue période, combinée à un déclin majeur de la pauvreté (Phan et Coxhead 2010, 100; Nguyen et Locke 2014, 856). Si ces transformations ont permis de grandement améliorer le niveau de vie de la population, dans la foulée des changements, l'État a cependant réintroduit le ménage en tant qu'unité de base de la production de bien-être et de soutien pour les individus (Resurreccion et Ha 2007, 211-12; Barbieri 2009, 134; Nguyen et Locke 2014, 855-56). Ce dernier point met en évidence l'importance du ménage en tant qu'unité d'analyse.

Au niveau individuel, il est possible de considérer « *les migrations, la formation et l'expérience comme des investissements dans le facteur humain* » (Sjaastad 1962, 87). Cependant, cette notion de capital humain s'applique également au ménage du migrant dans son ensemble. Ainsi, l'augmentation de la productivité des ressources humaines notamment au regard de l'éducation ou de la condition de santé des membres d'un ménage ne concerne pas exclusivement le migrant. Considérer le *care* comme un capital qui circule entre les membres d'un ménage permet de mettre de l'avant l'idée selon laquelle les besoins du ménage sont centraux aux stratégies mises en place par celui-ci, et permet également d'améliorer notre compréhension des dynamiques d'investissement du ménage au sein des

différentes ressources dont il dispose. À partir d'une analyse quantitative basée sur les données de l'Enquête sur les niveaux de vie des ménages au Vietnam, le prochain chapitre présente une analyse des liens qui existent entre les besoins du ménage et la migration de travail interne au Vietnam.

MCours.com