

# Remettre la santé au coeur du développement chinois

Sarah Cook

---



### Édition électronique

URL : <http://>

[perspectiveschinoises.revues.org/3203](http://perspectiveschinoises.revues.org/3203)

ISSN : 1996-4609

### Éditeur

Centre d'étude français sur la Chine  
contemporaine

### Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2007

### Référence électronique

Sarah Cook, « Remettre la santé au coeur du développement chinois », *Perspectives chinoises* [En ligne], 2007/3 | 2007, mis en ligne le 01 septembre 2010, consulté le 04 octobre 2016. URL : <http://perspectiveschinoises.revues.org/3203>

---

Ce document est un fac-similé de l'édition imprimée.

© Tous droits réservés

*L'un des principaux objectifs sociaux que les gouvernements, les organisations internationales et la communauté internationale tout entière doivent se fixer pour les prochaines décennies est de faire en sorte que tous les peuples du monde aient atteint en l'an 2000 un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Pour atteindre cet objectif, les soins de santé primaires sont un facteur clé dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.*  
(Déclaration d'Alma Ata, OMS, 1978<sup>(1)</sup>).

**E**n 1978, alors que la Chine commençait à mener sa politique de réforme et d'ouverture, la communauté internationale appelait à « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » – déclaration lourdement influencée par le modèle que la Chine s'apprêtait justement à abandonner. En l'an 2000, non seulement le système collectif des soins de santé primaires s'était effondré sous la pression du marché, mais encore les succès de l'époque antérieure à la réforme étaient eux aussi en train de disparaître. Le taux de mortalité des nourrissons, des enfants et des mères avait connu une baisse spectaculaire jusqu'en 1980<sup>(2)</sup>, tandis que l'espérance de vie avait doublé ; durant les deux décennies suivantes, l'amélioration ralentit, et la tendance commença même parfois à s'inverser. De telles tendances révèlent un profond malaise dans le système de santé chinois. La dégradation de la santé des populations et du système de santé est source de grandes préoccupations, qui vont parfois jusqu'à la contestation : les citoyens sont frustrés par la hausse des coûts et la piètre qualité des services ; les administrateurs e

santé sa place centrale dans le développement. Les textes officiels, et notamment le XI<sup>e</sup> plan quinquennal, témoignent du retour à l'idée de développement humain. Cette idée figure parmi les buts de la « société harmonieuse ».

Nous partirons de l'hypothèse selon laquelle une « société harmonieuse », — une société qui choisit pour principes fondamentaux l'équité sociale et la justice —, doit nécessairement garantir la bonne santé de sa population, et s'engager à limiter les inégalités les plus criantes en matière de santé et de système de soins. Les inégalités, qu'elles concernent le statut sanitaire, ou des facteurs comme le revenu et l'accès aux ressources déterminantes pour la santé, sont une des principales sources de tension sociale. De la même façon, une société qui ne parvient pas à fournir un système de soins abordable à sa population la plus vulnérable sera vraisemblablement dépourvue de la cohésion sociale qui se trouve au cœur de la « société harmonieuse ».

Cet article analyse certains des défis que la Chine doit actuellement relever pour parvenir à inverser le déclin des indicateurs de santé et réduire les exclusions importantes qui perdurent dans le secteur de la santé. Dans quelle mesure la politique de la « société harmonieuse » peut-elle contribuer à résoudre les difficultés auxquelles le secteur de la santé est actuellement confronté ? Partant du postulat que pour mettre en place une société harmonieuse l'État doit jouer un rôle primordial, nous voulons analyser ce que cela implique en termes de finances publiques et de mode de gouvernance. Notre analyse portera particulièrement sur le « Nouveau système médical coopératif », initiative lancée par le Gouvernement pour remédier à la crise du système de santé rural. La population rurale, particulièrement dans les régions pauvres, est celle qui rencontre le plus de difficultés pour accéder au système de soins : il est donc essentiel d'améliorer le système de santé *rural* pour réduire les inégalités actuelles. Enfin, notre conclusion abordera une question plus large : à quoi ressemblerait une stratégie de développement dans laquelle la santé serait une des priorités centrales ?

## **Santé et développement: les facteurs déterminant les politiques publiques et leurs complexes interactions**

Pour comprendre la relation entre la santé d'une population, le système de santé et l'harmonie sociale, il faut réfléchir aux multiples facteurs qui conditionnent les résultats d'une politique de santé. La construction d'une « société harmonieuse » exige de régler les questions de répartition, car l'in-

égalité d'accès aux ressources risque de mener à des expressions de mécontentement et à des tensions sociales. La santé dépend d'un ensemble de facteurs complexes, depuis les décisions et comportements des individus dans leur famille, jusqu'à l'environnement plus large au sein duquel ils vivent, la qualité des traitements qu'ils reçoivent et, dans un système commercial, leur capacité à payer pour des services lorsqu'il le faut. Ceux qui ont les plus grands besoins en matière de santé sont aussi généralement ceux qui sont le moins capables d'accéder aux ressources nécessaires (environnement sain et sûr, nourriture, système sanitaire et système de santé). L'accès aux soins est inévitablement plus difficile pour les gens qui vivent dans des zones rurales pauvres, loin des installations, et des médecins qualifiés, ainsi que pour les groupes les plus vulnérables, à savoir les jeunes enfants, les personnes les plus âgées et les handicapés. Ces difficultés s'accroissent du fait que la Chine connaît actuellement des transitions de plusieurs natures, qui se font rapidement et toutes en même temps : l'urbanisation, le vieillissement de la population et les changements épidémiologiques, qui ont eux-mêmes des répercussions en matière de santé.

Dans quelle mesure cette situation complexe vient-elle entraver la réalisation de la « société harmonieuse » ? Jusqu'à quel point les inégalités en matière de santé sont-elles liées aux autres inégalités, et ainsi potentiellement sources de tensions ? Outre la relation évidente entre pauvreté et maladie, de nombreux liens peuvent être établis entre la santé et certains aspects de l'harmonie sociale ou d'une société stable et solidaire. C'est pourquoi la plupart des questions évoquées plus haut ne peuvent être résolues par le seul système de santé : les symptômes et leur traitement dépendent d'une stratégie de développement plus large. Cela implique de s'attaquer à toute une série de domaines, comme certains aspects de la division entre espace rural et espace urbain, les conditions de travail et l'accès aux services des travailleurs migrants ; la sécurité alimentaire et celle des autres produits ; les problèmes de santé liés à l'environnement, et des sujets aussi controversés que la vente de sang. Nous reviendrons en conclusion sur certaines de ces vastes questions, pour comprendre ce qu'impliquerait le fait de placer la santé au cœur de la stratégie de développement. Pour l'instant, notre propos concerne surtout ce que le secteur de la santé est en mesure d'accomplir.

En quoi l'idée d'une société d'harmonie pourrait contribuer à résoudre ces problèmes complexes ? Cette notion permet en fait d'ouvrir le débat sur le système de soins et sur la responsabilité du Gouvernement en matière d'achat et de financement, débat particulièrement important pour ceux qui cherchent à remettre en question l'assimilation du système



#### Soins médicaux dans les campagnes

de soins à un produit de marché. Les autorités, à tous les niveaux décisionnels, peuvent y trouver des incitations à changer les priorités, rechercher l'innovation ou prendre des risques<sup>(5)</sup>. La société d'harmonie oblige aussi à aborder des questions sensibles comme l'allocation des ressources, le partage des responsabilités de dépense entre les différents secteurs et niveaux de gouvernement, ainsi que les mécanismes de comptabilité.

Le débat autour de « l'harmonie » peut aussi être utilisé pour contrôler les allocations budgétaires et analyser dans quelle mesure les transferts fiscaux et les dépenses gouvernementales vont aux plus démunis ou sont égalitaires. Il permet également de mieux comprendre dans quelle mesure les dépenses engagées servent de mécanisme de protection sociale et contribuent à réduire la pauvreté et les inégalités et comment les différents systèmes de paiement ou de prestation des services pourraient être des facteurs de cohésion sociale. La plupart de ces questions sont cruciales pour réformer la santé, mais aussi d'autres secteurs. Ce sont donc des problématiques plus générales, de nature systémique et institutionnelle, qui doivent être aussi trai-

tées car elles sont déterminantes pour réussite des réformes sectorielles<sup>(6)</sup>.

#### Les enjeux pour le secteur de la santé

Si l'on tire toutes les conséquences de l'idée d'une « société harmonieuse », la santé se trouve au centre de l'idée de développement : elle n'est plus un bien marchand à la portée de ceux qui peuvent se le payer, mais un « bien public » auquel ont droit tous les membres de la société. Dès lors, le gouvernement porte la responsabilité de garantir le financement et l'accès à la santé notamment à ceux qui ne peuvent s'offrir des services privés. Pour de nombreuses raisons, la santé, au moins dans certains de ses aspects, doit être considérée

5. En témoignent les discussions entre les responsables des secteurs de santé du district, de la province et de l'administration centrale, lors de réunions et d'ateliers de prospective, au cours desquels différents acteurs du secteur ont affirmé la nécessité d'un espace d'innovation ou de réforme, et utilisé le langage officiel des dirigeants pour appuyer leur argumentation.
6. Ces arguments ont été avancés par des chercheurs travaillant sur le système fiscal chinois. Pour une analyse récente, voir V. Shue *et al.* (éd.), *Paying for Progress in China : Public Finance, Human Welfare and Changing Patterns of Inequality*, Londres, Routledge, 2007.

comme un bien public ne pouvant être régulé par le simple marché. Ce dernier, en effet, n'est pas à même de prendre en charge de manière satisfaisante certains besoins comme la vaccination, la santé maternelle et infantile, la prévention et le traitement des maladies infectieuses ou encore l'eau et le système sanitaire. Or, si ces besoins ne sont pas couverts, le pays risque de connaître des épidémies ou une baisse de la productivité. D'autres questions, comme la santé au travail, la sécurité des produits et la pollution environnementale demandent une réglementation gouvernementale. Enfin, même pour les soins de base, la nécessité de l'intervention publique est légitime, tant du point de vue de l'utilité (la productivité des travailleurs), que du point de vue du droit (le droit fondamental de l'individu à une vie saine).

La logique de la « société harmonieuse » met l'accent sur l'équité et l'amélioration du niveau de vie pour les plus démunis. Cela implique qu'ils aient accès aux services de prévention et de soins primaires, ainsi qu'à une couverture pour les soins de santé imprévus. Selon le Bureau national des statistiques, 30 % des pauvres vivant à la campagne retombent dans la pauvreté absolue chaque année parce que leur mauvaise santé leur a fait perdre leur emploi et leur revenu, ou les a contraints à des dépenses de santé imprévues<sup>(7)</sup>. La pauvreté est un facteur de risque très important pour la santé. En d'autres termes, le système de santé ne peut être considéré comme un bien marchand, ni abordé de façon purement instrumentale comme un simple facteur contribuant à l'amélioration de la productivité. Un système de santé équitable et abordable pour tous (selon ce que préconisaient la déclaration d'Alma Ata et le système chinois antérieur aux réformes) doit être un élément central dans toute stratégie concertée de lutte contre la pauvreté, pour permettre d'atteindre les buts économiques et sociaux propres à la « société harmonieuse ». Pour que la réforme du secteur de la santé atteigne ces buts sociaux et économiques, il faut prêter attention à quelques facteurs clés :

- L'accès : comment les services de santé peuvent-ils atteindre les pauvres, ceux qui sont le plus marginalisés et exclus (en raison de leur lieu d'habitation, de leur revenu ou de leur identité) ?
- La réactivité : comment rendre les services de santé plus réactifs et mieux adaptés aux besoins sanitaires des individus et des communautés ?
- La qualité : comment garantir et réguler la qualité des services ?
- L'équité : que signifie l'équité dans le financement ? L'État doit-il financer le système de santé pour tous ou seulement pour les plus pauvres ?

## Le système de santé rural : inégalités et disharmonies

Le système de soins qui prévalait dans les campagnes avant les réformes faisait l'admiration des experts du monde entier. Il reste un modèle exemplaire de ce qu'une économie à faible revenu peut accomplir grâce à certains choix institutionnels<sup>(8)</sup>. La Chine a ainsi fortement amélioré la santé de sa population grâce au Nouveau système médical coopératif qui répondait de façon massive aux besoins primaires de santé ou grâce à l'envoi de travailleurs sanitaires ou de « docteurs aux pieds nus » dans les villages. Le système était organisé sur trois niveaux : les dispensaires de village, les centres de santé communaux et les hôpitaux des districts réservés au traitement des maladies les plus graves. Si cette expérience est riche d'enseignements, il est néanmoins indéniable que le modèle n'est plus approprié aux dispositions institutionnelles et économiques de la Chine contemporaine<sup>(9)</sup>.

À la suite de la décollectivisation, la plupart des cliniques de village sont passées sous la direction de « médecins aux pieds nus », les services étant *de facto* privatisés ; l'accès aux soins reposait alors sur le paiement d'honoraires, alors que les services de santé publique et de prévention étaient négligés. Le pourcentage de villages équipés du Nouveau système médical coopératif a décliné, passant de 90 % à la fin des années 1970 à moins de 5 % en 1984<sup>(10)</sup>. De nombreux médecins ont arrêté de pratiquer la médecine au profit d'activités plus lucratives. Quant à ceux qui sont restés, leurs revenus se sont mis à dépendre des profits qu'ils tiraient de la vente de médicaments.

Les deux autres niveaux ont été également affectés. Aujourd'hui, les centres de santé des communes ont toujours vocation à fournir les services de consultation, à pratiquer les accouchements et les soins prénataux et postnataux qui en relèvent ; à effectuer certains examens et diagnostics et à envoyer si nécessaire les patients dans les hôpitaux du district. Certains centres de santé communaux disposent d'établisse-

7. On considère qu'ils tombent au stade de la pauvreté absolue, ou qu'ils y reviennent, à cause d'une mauvaise santé (*yinbing zhipin, yinbing fanpin*).
8. De nombreux articles sont consacrés au système de santé antérieur aux réformes et à l'impact de la décollectivisation. Pour un résumé récent, voir J. Duckett, « Local Governance, Health Financing, and Changing Patterns of Inequality in Access to Health Care », in *Paying for Progress in China, op. cit.*
9. Voir Gerald Bloom et Fang Jing, « China's Rural Health System in a Changing Institutional Context », in *IDS Working Paper 194*, juillet 2003.
10. J. Duckett, « Local Governance, Health Financing, and Changing Patterns of Inequality in Access to Health Care », *WIKAKIMAB*

ments assez grands pour prendre en charge des hospitalisations, mais beaucoup n'ont ni l'équipement ni le personnel adéquat. Les hôpitaux de district sont généralement mieux équipés, en matériel et en personnel, ce qui leur permet d'offrir une plus grande variété de services pour les patients hospitalisés. À ce niveau, le choix est plus important dans les hôpitaux gouvernementaux, les établissements spécialisés, et le secteur privé émergent. Les installations publiques, tant dans les communes que dans les districts souffrent de problèmes identiques : leur personnel est souvent pléthorique, mais mal adapté et les établissements disposent d'un pouvoir de décision très limité. Au niveau des communes, ils sont en réalité sous-utilisés. Sous la pression financière des gouvernements locaux, les structures de santé ont suivi les incitations officielles à accroître leurs revenus : elles ont instauré le paiement des examens médicaux (souvent prescrits de façon abusive) et la vente de médicaments, ce qui leur fournit des revenus pour compléter, ou même assurer, le salaire du personnel. Comme on pouvait s'y attendre ce processus entraîne une détérioration de la qualité, ainsi que l'accroissement de services inadaptés et coûteux. La santé publique est l'une des principales victimes de la soumission du secteur de santé aux impératifs de marché et de l'effondrement du système rural à trois niveaux.

En 2002, le Gouvernement et les assurances ne couvraient plus que le tiers des coûts médicaux, les particuliers devant payer le reste de leur poche (alors qu'ils ne devaient payer que 20 % en 1978). En moyenne, s'il a le malheur de devoir être hospitalisé, un particulier prend alors en charge personnellement 60 % de ses dépenses annuelles de santé<sup>(11)</sup>. Selon le rapport annuel de l'OMS de 2003, les particuliers prenaient directement en charge à cette époque 87,6 % de leurs dépenses, tandis que 5,8 % seulement de ces mêmes dépenses étaient prépayées. Un système qui dépend autant de la capacité de paiement des individus entraîne inévitablement de sérieuses disparités dans l'accès à la santé, ce qui exacerbe les tensions sociales et les inégalités économiques<sup>(12)</sup>.

### Les obstacles à l'équité sanitaire

Dans de telles circonstances, deux facteurs empêchent l'avènement d'une véritable équité sanitaire : d'une part, des inégalités héritées de l'époque antérieure aux réformes, qui ont parfois été exacerbées par la croissance rapide ; d'autre part, des nouveaux risques liés à la transition vers une économie de marché. Les inégalités régionales, institutionnelles ou politiques, comme le dualisme

rural/urbain, interagissent avec les disparités individuelles, comme l'âge, le sexe et l'origine ethnique, ce qui engendre une exclusion sociale et culturelle. Fournir un système de santé de qualité aux groupes frappés d'exclusion, qui vivent souvent dans des régions rurales, montagneuses et éloignées, qui sont marginalisés par le système d'apport étatique et qui sont peu capables d'utiliser les mécanismes de marché, constitue un véritable défi, tant en termes de prestation de services, que de financement ou d'accès aux soins. Nous analyserons ce défi, en nous appuyant sur toute une série d'études, d'entretiens et de visites de terrain qui ont été menés depuis 2006 pour mettre en lumière les aspects sociaux de la réforme du système de santé.

De nombreux documents décrivent les succès que la Chine a remportés dans sa lutte contre la pauvreté. Si l'on en croit les sources officielles, le nombre de ruraux vivant dans le dénuement le plus total a baissé : il est passé de 85 millions en 1990, soit 9,6 % de la population rurale, à 26,1 millions, soit 2,8 %, fin 2004. Toutefois, la disparition des filets de sécurité traditionnels et la hausse des tarifs imposés aux usagers des structures de santé et des autres structures publiques a frappé le plus durement les foyers les plus pauvres et les plus vulnérables. Dans les foyers ruraux, le revenu et la situation économique restent des facteurs déterminants pour l'accès au système de santé. L'analyse des données relevées par la troisième « Enquête de santé nationale » révèle des différences criantes entre les quintiles supérieur et inférieur, lorsque l'on observe les critères indiquant les difficultés financières (l'incapacité à payer se traduit par la décision de quitter l'hôpital prématurément, ou de ne pas recourir à une hospitalisation qui a été recommandée)<sup>(13)</sup>. Dans la même perspective, l'Enquête nationale sur les services de santé de 2003, qui passe en revue 11 provinces de l'Ouest de la Chine a conclu que 27 % des foyers pauvres s'étaient appauvris par suite d'une maladie ou d'une blessure.

Au sein d'un même foyer, le sexe et l'âge contribuent aux différences dans les besoins et l'accès aux soins. Le sexe reste un facteur d'inégalité profonde et, étant donné le rôle

11. Il n'existe pas de définition précise de ce que recouvrent les dépenses de santé « imprévues » ; néanmoins, celles-ci oscillent entre 5 % et 40 % des dépenses de santé annuelles d'un particulier. Par rapport aux chiffres mondiaux, ces niveaux sont très élevés ; voir notamment X. Ke *et al.*, « Household Catastrophic Health Expenditure : A Multicountry Analysis », *The Lancet*, vol. 362, 12 juillet 2003, p.111-117.
12. Cela se traduit notamment par le classement de la Chine dans les statistiques sur les inégalités sanitaires. Voir OMS, *World Health Report*, 2000, p. 185.
13. S. Tang S. et J. Gao, *Equity in Health Care among Different Income Groups*, Présentation des résultats de la troisième Enquête sur la santé nationale, Pékin, décembre 2004.



des femmes pour la reproduction, c'est un facteur qui revêt évidemment une importance toute particulière pour la santé. Les indicateurs révèlent que l'accès aux soins et l'utilisation des services ne sont pas les mêmes selon que l'on est un homme ou une femme, mais l'analyse est difficile car les données relatives au genre ne sont pas systématiquement relevées.

La deuxième Enquête nationale sur le statut des femmes, menée en 2002, a révélé que 60,9 % des femmes vivant à la campagne repoussaient le moment de faire appel à un traitement médical lorsqu'elles en avaient besoin, contre 21,8 % des hommes. Le recensement de 2000 a conclu que les taux de mortalité infantile étaient supérieurs d'environ 40 % chez les filles, alors que la mortalité des moins de cinq ans était, chez les garçons en 2004, de 27 pour mille et de 36 chez les filles. Les études de santé reproductive mettent en lumière les difficultés des individus à admettre la maladie et à accéder à un traitement<sup>(14)</sup>. Les entretiens ont révélé la réticence des patientes à parler de certaines maladies à des médecins hommes, problème qui peut être aggravé par un autre facteur, celui de l'origine ethnique<sup>(15)</sup>. Ces obstacles ne seraient pas forcément difficiles à vaincre sur le plan technique, mais il n'y a pas de prise de conscience ni de volonté politique d'allouer les ressources nécessaires.

L'accès aux soins peut être affecté par la migration dans un sens positif comme dans un sens négatif, tant pour les travailleurs migrants que pour ceux qui restent à la campagne. D'un côté, alors que la pression financière que subissent les familles peut être allégée grâce aux sommes envoyées par les travailleurs migrants, ceux qui restent à la campagne sont souvent les personnes âgées et infirmes, ainsi que les femmes et les enfants : ils sont donc plus susceptibles de rencontrer des obstacles matériels les empêchant d'accéder aux soins, comme la distance ou l'absence de transports. Pour les travailleurs migrants eux-mêmes, l'accès aux soins sur leur lieu de travail est conditionné par le coût des services. Pour ceux qui conçoivent les politiques publiques, ces facteurs relèvent du problème général de santé publique que constitue la population de travailleurs migrants. En ville, ces derniers sont souvent stigmatisés au motif qu'ils seraient porteurs de maladies infectieuses et transgresseraient les politiques de planning familial. Mais en même temps, peu de villes prennent la responsabilité d'ouvrir les services et les infrastructures nécessaires à leur santé. Les travailleurs migrants sont particulièrement vulnérables aux accidents de travail et aux maladies professionnelles. Leur mauvaise santé, qui résulte souvent de condi-

tions de travail dangereuses, peut être catastrophique pour les familles rurales puisqu'elle affecte ceux qui sont en âge de travailler et d'assurer un revenu pour l'ensemble du foyer.

Du côté des autorités, des débats ont vu le jour pour savoir si les travailleurs migrants doivent être couverts par le système d'assurance rural ou par le système urbain. Certains avantages réservés aux habitants des villes ont été étendus aux non-résidents, mais ils sont encore souvent trop onéreux pour les travailleurs migrants. Le Nouveau système médical coopératif encourage la participation de tous les membres du foyer (y compris les travailleurs migrants), mais il rembourse rarement le coût des soins reçus ailleurs, ou il rend ces remboursements très compliqués. Les responsables du Nouveau système médical coopératif sont encouragés à accroître le nombre de ses membres et, partant, le nombre de contributions, particulièrement là où l'utilisation des infrastructures est limitée (par la distance). Pour les travailleurs migrants, notamment en ce qui concerne les besoins de santé prévisibles comme les accouchements, il est souvent moins cher de se faire traiter dans les zones rurales qu'en ville. En outre, comme le système d'assurance se développe de façon de plus en plus fragmentée, il devient de plus en plus difficile d'intégrer les uns aux autres tous les plans existants pour satisfaire les besoins des différents segments de la population.

Les inégalités géographiques sont aussi un obstacle dans l'accès aux soins. Les disparités les plus profondes naissent des inégalités structurelles entre zones urbaines et zones rurales, inégalités qui ont été institutionnalisées au niveau individuel par le système en place d'enregistrement des foyers. Elles se reflètent également dans la distribution asymétrique des ressources. Selon les données recueillies par le ministère de la Santé en 2004, près de 65 % des dépenses de santé du pays vont aux zones urbaines, où l'on trouve également 80 % des équipements médicaux. La population rurale, soit 60 % de la population chinoise, ne dispose que de 20 % des équipements.

Le ratio rural/urbain dans les dépenses de santé par tête est de 4,2 pour 1 en 2004 (alors qu'il était de 3,8 en 2000), chiffre qu'il faut mettre en regard avec les différences de revenu des foyers, qui connaît un ratio de 3,2. La hausse des dépenses individuelles de santé en 2003 était légèrement

14. Voir par exemple le *Green Book of Women : 1995-2005* et le *Report on Gender Equality and Women's Development in China*, publiés en 2006 par le All China Women's Federation Women's Studies Institute.

15. Par exemple, chez les femmes Hui du Ningxia.



Un centre de soins à la campagne

plus forte dans les zones rurales (11,5 %) que dans les zones urbaines (10,7 %), alors que dans le même temps le revenu par tête y connaissait une hausse bien plus faible (5,9 % contre 10 %). 90 % des coûts de santé dans les zones rurales sont avancés par les particuliers contre 60 % en moyenne nationale<sup>(16)</sup>. L'impact de ces disparités sur les dépenses se reflète dans l'inégalité des états de santé : la mortalité des moins de cinq ans était de 15 pour mille en ville, mais de 40 pour mille à la campagne<sup>(17)</sup>.

Les inégalités géographiques sont profondément enracinées dans le système fiscal chinois. Les réformes des impôts n'ont pas réussi à répartir clairement les objectifs de dépense entre les différents niveaux de l'administration : la plupart des services publics comme l'éducation primaire ou le système de santé restent administrés au niveau du district, voire à des niveaux inférieurs<sup>(18)</sup>. Certes, le partage des responsabilités a été un peu rationalisé, mais le financement reste très inégal : en 2004, la part relative de la santé dans le budget de chaque niveau était de 3 % pour l'administration centrale, 22 % pour les provinces,

32 % pour les préfectures et 43 % pour le comté et les niveaux inférieurs<sup>(19)</sup>. En 2003, la province la plus riche dépensait par personne 8,5 fois plus que la plus pauvre, et jusqu'à 13 fois plus pour la santé. La moyenne des dépenses par tête est de 341 yuans à Pékin contre 25,3 dans le Hunan (la moyenne nationale étant de 74). 12 provinces, parmi lesquelles se trouvent les plus pauvres, qui sont à l'ouest et au centre de la Chine, ont dépensé moins de 50 yuans par habitant.

16. *A Health Situation Assessment of the PRC.*, document édité par le United Nations Partners Group in China, p. 40; Voir aussi le *China Health Development Statistical Gazette 2005*, édité par le ministère de la Santé chinois et cité dans : UNICEF China Country Office/NWCCW, *Financing Services for Children in China*, vol. 1, août 2008. Voir aussi le texte de A. Hussain et N. Stern qui figure dans les *Background Papers for World Bank Conference on Public Finance for a Harmonious Society*, Pékin, 28 et 29 juin 2006, p. 15.

17. *A Health Situation Assessment*, *op. cit.*, p. 30.

18. Voir par exemple C. Wong, *Paying for Progress*, *op. cit.* ainsi que les articles de J. Martinez-Vaquez et de Hussain et Stern qui figurent dans les *Background Papers for World Bank Conference on Public Finance for a Harmonious Society*, Pékin, 28 et 29 juin 2006.

19. Hussain et Stern, in *Background Papers*, *op. cit.*, p. 12.



## Réduction des inégalités : quel rôle pour le Nouveau système médical coopératif ?

### Améliorer l'accès aux soins grâce au Nouveau système médical coopératif

Étant données les disparités que nous avons brièvement évoquées plus haut, quelles sont les actions qui peuvent réduire les inégalités de santé et contribuer ainsi à une société harmonieuse ? La principale initiative du Gouvernement visant à améliorer le système de soins rural est le Nouveau système médical coopératif. Introduit en 2003, et inspiré par ses équivalents de l'ère antérieure aux réformes, il est généralement décrit comme une forme d'assurance. Il est financé par un mélange de contributions provenant des foyers (10 yuans par membre), ainsi que des administrations locales et centrales (à hauteur de 20 yuans par personne). Il fournit aux paysans une assurance, en particulier pour les dépenses de santé imprévues. En théorie, le Nouveau système médical coopératif repose sur le volontariat, et on enregistre des taux de participation élevés (près de 75 %), l'objectif étant d'atteindre les 90 %. Comme la gestion des fonds s'opère au niveau du district, le nombre des cotisants est peu élevé, et la cotisation de 50 yuans par personne (qui a été augmentée en 2006, puisqu'elle était initialement de 30 yuans) ne suffit pas à réduire de façon significative les sommes payées par chacun. Ce système ne couvre que les risques sanitaires déterminés à l'avance ; de plus, la part des soins non remboursés et les taux de contribution sont élevés ; enfin, les mécanismes de remboursement restent complexes. Rien n'indique que les sommes avancées par les particuliers, les dépenses imprévues ou le nombre de gens ne cherchant pas à se soigner aient décliné.

Comme il s'agit d'une expérience pilote, chaque district tend à développer sa propre approche. Bien que des modèles dominants commencent à se dessiner, ils n'ont pas tous les mêmes mécanismes ni la même étendue pour la couverture fournie aux patients des consultations et des hospitalisations. Une étude du ministère de la Santé menée dans les districts pilotes du Nouveau système indique que les différents mécanismes de prévision et de remboursement ont un impact variable, surtout sur la population pauvre. Dans les régions qui ont choisi de rembourser surtout les dépenses de santé imprévues, le taux de participation de la population pauvre est beaucoup plus faible (19 % des foyers *pinkun* contribuaient et 45 % des foyers *tekun*) contre 70 à 90 % de taux de participation pour ces mêmes groupes lorsque le système mis en

place comportait des consultations ordinaires ou des comptes par famille. Par contraste, chez les travailleurs migrants, le taux de cotisation était d'environ 70 % pour les maladies imprévues et le compte familial, mais de seulement 45 % pour les consultations. Sans que l'on comprenne encore complètement pourquoi, le choix des différents modèles de remboursement a des conséquences sur le taux de participation des différents segments de la population ainsi que sur la capacité de chacun de ces segments à bénéficier des avantages du système.

Pour les résidents de zones rurales qui sont classés *tekun* ou qui sont éligibles à l'aide gouvernementale, un projet d'assistance médicale est en train d'être développé. Il est subventionné par le pouvoir central et dirigé par le ministère des Affaires civiles. Dans son organisation provisoire, cette assistance médicale prend en charge les contributions au Nouveau système médical coopératif, et offre des taux plus élevés de co-financement des prestations médicales à ceux qui bénéficient habituellement des aides. La couverture reste très limitée, mais le projet entre maintenant dans une phase d'application plus large. Selon les estimations, dans les zones qui bénéficient de ce projet près de 5 % des foyers reçoivent une assistance, alors que près de 20 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté.

Une autre difficulté se présente aux autorités : répondre aux besoins de ceux qui se situent dans le tiers ou la moitié inférieure des courbes de revenu et qui, tout en n'étant pas assez pauvres pour recevoir une aide supplémentaire par l'assistance médicale, sont néanmoins incapables d'engager les dépenses nécessaires à leur traitement. Contrairement aux bénéficiaires de l'assistance médicale, il s'agit d'une population en âge de travailler, dont le revenu et la santé sont cruciaux pour la survie des autres membres de la famille qui dépendent d'eux. Les soins non remboursés et les co-paiements, qui représentent près de 60 % des coûts du Nouveau système médical coopératif, continuent à faire du système de santé un luxe inabordable, et ce groupe risque de perdre son statut social en cas de dépenses de santé inopinées ou de maladie chronique dans la famille.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, il sera également difficile de répondre aux besoins des nombreux travailleurs migrants. Le Gouvernement a récemment inscrit la couverture sanitaire de ce groupe au nombre de ses priorités, principalement dans le souci de l'intégrer au Nouveau système médical coopératif. Dans les zones urbaines, les responsables considèrent le plus souvent la population des travailleurs migrants comme une source de problèmes sanitaires (notamment de maladies infectieuses), et ils se soucient surtout de

leur fournir des services de planning familial pour contrôler les naissances, au lieu de s'inquiéter de leur bien-être. Toutefois, étant donnée la persistance du fossé entre villes et campagnes en Chine, l'intégration des systèmes ruraux et urbains est peu évoquée dans les discussions politiques actuelles, et les travailleurs migrants restent pris entre différents programmes, dont aucun n'est prévu pour répondre à la situation et aux contraintes particulières qu'ils rencontrent.

Comme le Nouveau système médical coopératif est relativement récent, peu d'études ont cherché à savoir si la participation au Nouveau système médical coopératif et à l'assistance médicale, ainsi que leur utilisation et les remboursements qu'ils effectuent, avaient diminué à cause des facteurs « sociaux » que nous avons évoqués plus haut. Nos informations proviennent principalement de l'étude des 27 districts pilotes du Nouveau système médical coopératif<sup>(20)</sup>. Environ 8,5 millions de leurs habitants ont participé au Nouveau système. Parmi eux, 11 % sont considérés comme « pauvres » (*pinkun*), 4,16 % « extrêmement pauvres » (*tekun*), et 10 % sont des travailleurs migrants de longue durée. Dans les districts situés à l'ouest, ces pourcentages doublent : 21,5 % des participants au Nouveau système médical coopératif étaient *pikun* et 8,1 % *tekun*. Ces districts ont également une plus grande proportion de migrants. Les inégalités régionales jouent aussi un rôle dans la mise en place du Nouveau système médical coopératif et de l'assistance médicale.

Les études menées en 2003 illustrent les grandes différences de dépense et de participation entre les régions de l'est, du centre et de l'ouest, ainsi qu'entre les provinces, et au sein de chaque province<sup>(21)</sup>. Parmi les 27 districts pilotes, ceux des provinces situées au centre et à l'est sont plus enclins à proposer des politiques préférentielles, des subventions ou des réductions de tarifs pour les plus pauvres. Dans les régions les plus riches, 60 % des districts appliquent ce type de politique préférentielle, et de nombreuses familles pauvres en bénéficient (76 % des foyers *pinkun* et 78 % des foyers *tekun*), alors que dans les provinces de l'ouest, les pourcentages sont respectivement de 18 % et 48 %. Les régions pauvres n'ont pas les moyens fiscaux de fournir une telle assistance. Malgré l'augmentation des subventions que le Gouvernement central alloue aux provinces situées à l'ouest, les sommes sont loin de suffire à réduire les disparités générales de dépense ou la charge qui pèse sur les plus pauvres. Alors que le programme est encore relativement nouveau et que de nombreuses questions restent en suspens, la plupart des indicateurs laissent néanmoins penser que le Nouveau système médical coopératif, en l'état de son finan-

cement, ne peut jouer qu'un rôle limité en termes d'assurance et de couverture des dépenses de santé imprévues.

## La prestation de service et le paiement des fournisseurs

Le Nouveau système médical coopératif peut-il contribuer aux réformes de l'approvisionnement qui permettraient d'améliorer la qualité et d'abaisser les coûts ? Réformer l'approvisionnement est une entreprise complexe et souvent politiquement sensible. Cela implique de mettre en œuvre des mesures incitatives pour les fournisseurs — ainsi qu'un système de régulation et d'accréditation pour les encadrer —, de réglementer les mécanismes de paiement, le prix des médicaments et les politiques d'acquisition, mais aussi de fixer des protocoles de traitement. Cela implique également d'inciter tous les niveaux de gouvernement à se doter des capacités de régulation et de contrôle nécessaires, tout en garantissant la transparence des comptes. Actuellement la référence tant pour les patients que pour les assurances est le paiement de chaque acte médical. Les prix sont régulés, mais des effets pervers encouragent l'abus d'interventions et de médicaments dernier cri. De nombreuses régions sont en train de réformer leur façon de fixer le prix des médicaments, en liaison avec le Nouveau système<sup>(22)</sup>. Toutefois, si l'on réduit les profits tirés des médicaments, il faudra trouver d'autres revenus pour payer les salaires et les coûts de fonctionnement. La réforme du paiement des fournisseurs constituerait une étape importante dans la voie du changement. Pour modifier le système actuel, il faut aussi mieux accréditer et évaluer le personnel, et mettre en place des procédures de recrutement du personnel soignant et dirigeant qui soient plus compétitives et plus transparentes. D'autres réformes, qui sont aussi liées au Nouveau système, visent à rationaliser l'accès au service de santé par un mécanisme d'intégration verticale : les infrastructures des trois niveaux (village, commune et district) travailleraient ensemble en s'adressant les patients les uns aux autres. Toutes ces réformes exigent

20. Centre d'information et de statistiques sur la Santé en Chine, ministère chinois de la Santé, « China's New Rural Cooperative Medicine : Progress and Effectiveness », in 2005 *Research Report on Pilot New Cooperative Medicine Scheme*, Pékin, Zhongguo xiehe yike daxue chubanshe, 2007.

21. Centre d'information et de statistiques sur la santé en Chine, ministère chinois de la Santé, *An Analysis Report of National Health Services Survey in 2003*, Pékin, Zhongguo xiehe yike daxue chubanshe, 2004.

22. Dans le Ningxia, une politique régionale se met en place pour unifier l'approvisionnement en médicaments et réduire à zéro les marges de profit (visite de terrain, décembre 2006). Ailleurs, les districts disposent d'une liste de médicaments à prix fixes sur laquelle le Nouveau système peut s'appuyer pour faire les remboursements nécessaires.

une gouvernance plus fiable et moins opaque, y compris pour la gestion des fonds du Nouveau système, afin de restaurer dans la population une certaine confiance vis-à-vis du système de santé.

## Conclusion

Nous avons brièvement souligné les principaux obstacles qui empêchent de réduire les inégalités du système de santé chinois. Le Gouvernement doit indéniablement réfréner la commercialisation excessive des services, encadrer les fournisseurs, faire en sorte que les coûts soient contrôlés et la qualité améliorée. Il est aussi indéniable que les forces du marché ne pourront répondre aux besoins des plus marginalisés. En théorie, des mécanismes proches de ceux du marché peuvent créer une forme de concurrence permettant de contrôler les coûts et d'améliorer l'efficacité du service. Mais, dans la situation actuelle, c'est-à-dire dans le contexte de marchés imparfaits, d'incitations néfastes et d'intérêts contradictoires que nous connaissons, le rôle de l'État doit être renforcé. C'est d'autant plus le cas si l'on considère que la santé contribue au développement, qui est la base de la « société harmonieuse ». Dans cette perspective, le système de santé participe à la protection sociale comprise dans son sens le plus large, comme un mécanisme social protégeant les foyers et les familles contre les risques, et notamment le risque de maladie. Chacun devrait pouvoir être soigné lorsqu'il en a besoin, quelle que soit sa capacité à payer lors des soins.

À quoi ressemblerait le système de santé si, conformément à la logique de la « société harmonieuse », la santé devenait un principe essentiel du développement ? Il serait intégré à une stratégie de développement à travers laquelle l'État veillerait à ce que les fruits de la croissance soient répartis largement, les inégalités combattues et les différences entre segments de population gommées. Pour réduire les disparités et s'assurer que le fonctionnement institutionnel n'exacerbe pas les inégalités, le système fiscal joue un rôle central, puisqu'il contribue à transférer et rediriger les ressources vers des investissements sociaux comme la santé et l'éducation.

En Asie, — mais aussi ailleurs dans le monde —, les indicateurs soulignent les avantages des systèmes financés par les impôts : ceux-ci permettent de développer des revenus progressifs et de briser le cercle vicieux qui relie pauvreté et maladie. Les systèmes d'imposition (comme celui de Hong Kong) fournissent les résultats les plus équitables et les plus progressifs ; la sécurité sociale (système choisi par le Japon

et la Corée du Sud notamment) est moins efficace, même si cela dépend largement du système qui est mis en œuvre, puisqu'on peut aussi forger là un véritable outil de redistribution<sup>(23)</sup>. Comme on peut s'y attendre, il n'existe pas de système plus inéquitable au monde, ni de plus régressif, que celui dans lequel l'utilisateur doit payer ses frais de santé. Et de façon non moins surprenante, un tel système se retrouve dans les pays pauvres, notamment en Chine, comme nous l'avons montré.

Dans la multitude des schémas qui associent pauvreté, inégalité, redistribution et croissance, il y a de quoi se perdre. Alors que depuis deux décennies le discours néolibéral dominant a privilégié les forces du marché au détriment du rôle de l'État, on tend désormais de plus en plus à penser que la croissance devrait profiter aux pauvres autant qu'aux riches, si ce n'est plus, afin de limiter les inégalités. Faire confiance au marché pour que la croissance profite aux plus modestes, c'est présupposer à la fois que ces derniers disposent des