perspectives chinoises

Impact et efficacité du programme « santé VIII », projet d'assistance financière médicale de la Banque mondiale

WEI ZHONG

Cet article dresse un bilan du programme de soutien à la couverture médicale de base en milieu rural impulsé par la Banque mondiale à partir de 1998. Une enquête par questionnaire menée en 2005 par l'Académie chinoise des sciences sociales dans six districts cibles de la Chine du centre et de l'ouest permet d'évaluer les réussites du projet (accès aux services de base par les plus pauvres) et d'en mesurer certaines limites ou effets pervers (inégalités entre différents échelons du système qui limitent l'accès aux soins).

« L'assistance financière médicale » (AFM) désigne des aides et soutiens spéciaux accordés par le gouvernement et la société à ceux, parmi les plus pauvres, qui ne sont pas en mesure de payer les frais médicaux en cas de maladie. C'est une composante importante du système d'assurance sociale. L'assistance financière médicale fait depuis longtemps partie intégrante des systèmes de sécurité sociale dans de nombreux pays développés, mais c'est un phénomène récent en Chine [1].

L'assistance financière médicale est apparue et s'est développée avec le développement social et économique de la Chine, et elle est tout particulièrement liée aux changements du système de santé. Dans les années 1950 à 1970, les zones rurales chinoises disposaient d'un système de coopératives de santé qui s'intégrait à l'économie collective. Suite à la désintégration de ce système de coopératives de santé pendant la Révolution culturelle, et avec la transformation du système de santé publique en un système d'assurance médicale après le début de la période de réformes et d'ouverture, les difficultés des ruraux pauvres à accéder aux soins médicaux sont devenues évidentes. Cela a conduit les autorités compétentes, avec l'aide d'organisations et d'ONG internationales, à introduire des projets pilotes d'assistance financière médicale dans quelques zones rurales [2]. Dans les années 1980 et 1990, le concept d'assistance financière médicale et ses méthodes d'application n'étaient cependant mentionnés qu'occasionnellement dans les documents du gouvernement traitant de la réduction de la pauvreté ou du renforcement des soins médicaux de base dans les zones rurales, et ces questions n'ont pas été à l'ordre du jour pendant quelques temps. Ce n'est qu'en 2002, avec la publication d'un document du Conseil d'État intitulé *Résolution pour le renforcement du travail de santé en milieu rural*, que l'assistance financière médicale a été reconnue dans un document officiel.

1. Wu Qunhong *et al.*, « Guanyu Zhongguo jianli tekun renkou yiliao jiuzhu zhidu de biyaoxing tantao » (De la nécessité d'établir une assistance financière médicale pour les plus pauvres en Chine), *Zhongguo nongcun weisheng shiye guanli* (Administration chinoise pour les services de santé ruraux), vol. 21, n° 6, 2001. Zhang Zhenzhong, « Zai Zhongguo nongcun jianli pinkun renkou yiliao jiuzhu zhidu yanjiu » (De l'établissement de l'AFM pour les pauvres en Chine rurale), *Zhongguo weisheng jingji* (Economie de la santé en Chine), vol. 21, n° 11, 2002.

Principes du projet d'assistance financière médicale « santé VIII »

Bien avant la publication de ce document du gouvernement central, le ministère de la Santé avait déjà commencé, avec le soutien des organisations internationales compétentes, à mettre en place quelques schémas expérimentaux d'assistance médicale dans les zones rurales les plus pauvres. L'expérience la plus connue et de la plus grande envergure est celle du « Projet d'assistance financière médicale pour les ruraux pauvres », incluse dans le projet « Chine – santé VIII – services de santé de base », mené par la Banque mondiale, le département pour le Développement international du Royaume-Uni, la Fondation Ford, et la Fondation sino-américaine, en coopération avec le ministère de la Santé [3].
L'objectif du projet était « d'améliorer la qualité des services de santé dans les régions pauvres, et d'augmenter le niveau d'utilisation des services de santé, d'assurer que les résidents de ces régions aient accès aux services médicaux de base, et d'apporter des améliorations durables à la santé des populations dans les districts ruraux pauvres ». L'investissement total dans ce projet était évalué à 106,89 millions de dollars américains, dont un prêt de 70 millions de dollars de la Banque mondiale et une subvention de 15,01 millions de livres du gouvernement britannique dans le cadre du programme de soutien au projet « santé VIII ». D'autres organisations internationales ont également accordé des prêts de divers montants. Le projet a été officiellement lancé en octobre 1998, et s'est poursuivi jusqu'en juin 2007. La mise en place du projet d'assistance financière médicale pour les plus pauvres dans les zones rurales était considérée comme une composante particulièrement importante du programme « santé VIII [4] ».

Le projet AFM inclut les aspects suivants :

1) Les groupes ciblés par l'assistance sont normalement les plus pauvres parmi la population agricole d'une région, et l'unité visée est le ménage.
2) Dans chaque district *(xian)*, le nombre total de personnes bénéficiant d'une assistance dans le cadre de ce projet ne doit pas être inférieur à 5 % de l'ensemble de la population agricole de ce district. Les écarts de développement économique entre les villages et les petites villes dans un district doivent être pris en compte, et la proportion de bénéficiaires dans chaque village et petite ville variera en conséquence.
3) Les services de santé prénataux et de maternité seront gratuits, et des méthodes d'accouchement modernes seront introduites.
4) Des programmes gratuits de vaccination des enfants seront mis en place.
5) Dans les cantons *(xiang)* où des schémas pilotes de coopératives de santé ont été lancés, tous les frais de consultation et de bilans de santé seront annulés pour les bénéficiaires de l'assistance.

Pour sélectionner les personnes les plus pauvres susceptibles de bénéficier de l'assistance, une procédure relativement transparente de rapports et d'évaluations a été en général suivie. D'abord, les paysans eux-mêmes demandaient au comité villageois de les inclure dans le programme, puis le comité villageois organisait une réunion des représentants des résidents, ou une réunion de l'ensemble du village, durant laquelle était établie une liste de toutes les familles candidates, en fonction de leur degré de pauvreté. Le comité décidait de la liste initiale des familles participantes sur la base du quota qui lui était alloué, et affichait ensuite la liste pour que tout le village puisse la voir, ou la modifiait sur la base d'autres informations reçues. Les formulaires d'évaluation étaient ensuite remplis par les employés du comité villageois et soumis au gouvernement du canton. Le gouvernement du canton examinait et évaluait collectivement les formulaires, et les envoyait ensuite au bureau du projet « santé VIII » du district. Une fois les formulaires examinés, vérifiés et validés par le bureau du projet au niveau du district, le gouvernement du canton distribuait des cartes d'AFM aux familles ciblées par l'assistance. Suivant la même procédure, les autorités compétentes du canton menaient ensuite des contrôles annuels auprès des bénéficiaires de l'AFM dans le canton, et faisaient les ajustements nécessaires [5].

2. Han Leiya et Zhang Zhenzhong, « Dui pinkun renkou shishi yiliao jiuzhu » (Mise en place d'une assistance financière médicale pour les pauvres), *Zhongguo weisheng jingji* (Économie de la santé en Chine), n° 11, 1999.
3. Liu Yunguo et Shen Shuanghong, « Shijie yinhang daikuan "Weisheng VIII" xiangmu gaikuang yu jinzhan » (Étude et progrès du programme « santé VIII » financé par la Banque mondiale), *Weisheng jingji yanjiu* (Recherches en économie de la santé), n° 9, 1999.
4. Bureau de prêts étrangers du ministère de la Santé de la RPC, « Zhongguo jiben weisheng fuwu xiangmu (weisheng VIII xiangmu) yanjiu qianyan » (Préface d'une étude du Projet de services de santé de base en Chine [le projet « santé VIII »]), *Zhongguo chuji weisheng baojian* (Hygiène de base et protection de la santé en Chine), n° 5, 2005. Adrian Wagstaff et Shengchao Yu, « Do health sector reforms have the intended impacts ? The World Bank's Health VIII Project in Gansu province, China », *World Bank, Policy Research Working Paper*, 2005.
5. Zheng Xiangtao et Wu Ruixue, « Nongcun yiliao jiuzhu tixi cunzai de wenti ji qi wanshan silu » (Quelques problèmes du système rural d'assistance financière médicale et idées sur les manières de l'améliorer et de le perfectionner), *Weisheng jingji yanjiu* (Recherches sur l'économie de la santé), n° 4, 2005.



Un médecin soigne une blessure dans la salle de consultation de l'hôpital du bourg de Chepan, district de Wulong, municipalité de Chonqing.
© AFP

Les effets du projet sur l'accès aux services médicaux et ses limites

Selon les principes de l'AFM et suivant la conception du projet lui-même, l'AFM est censée être une assistance offerte aux pauvres. Mais notre enquête [6] montre que la politique locale et la compréhension que les résidents locaux ont de la procédure ont nettement influencé la sélection des familles ciblées par l'AFM. Presque la moitié (46,5 %) du groupe couvert par l'AFM n'était en réalité pas constitué de familles pauvres. Parmi les personnes bénéficiant de l'AFM, la proportion de familles ayant des individus malades mais dont les revenus se situaient au-dessus du seuil de pauvreté atteignait 37,5 %, une proportion bien plus élevée que celle des familles pauvres dans lesquelles personne n'était malade. Les villageois avaient donc mal compris l'AFM. De plus, 8,9 % des familles bénéficiaires ne comptaient aucun malade et n'étaient pas pauvres : ces cas-là ne peuvent être imputés qu'à l'influence de la politique locale.

Malgré l'apparition de problèmes de ce type, le degré de transparence dans le processus d'identification des bénéficiaires de l'AFM a dans l'ensemble garanti que le projet touche plus de familles répondant aux critères du système, ou ayant été approuvées par les résidents de leur communauté rurale. Comparée aux autres systèmes d'assistance dénués d'une telle transparence, la procédure de sélection a été généralement considérée comme acceptable. Il existait encore des divergences notables sur de nombreux aspects fondamentaux entre les familles couvertes par l'AFM et celles qui ne l'étaient pas. Un nombre relativement important de personnes âgées se sont par exemple retrouvées dans le groupe couvert par l'AFM, ainsi qu'une forte proportion d'adultes alités pour une longue période et incapables de travailler. Cela signifie que le groupe de l'AFM comprenait davantage de personnes susceptibles d'utiliser des services médicaux lourds. Cependant, la répartition professionnelle dans les différents groupes révèle que, dans le groupe exclu de l'AFM, la proportion de personnes engagées dans des activités non agricoles était nettement plus importante que dans le groupe de l'AFM. L'inverse s'est produit dans les groupes couverts par l'AFM : il y a non seulement une plus

6. Les chiffres de ce rapport proviennent d'une enquête sur les conditions de vie et la santé de ménages agricoles dans six districts ciblés par le projet AFM dans la Chine du centre et de l'ouest. Cette enquête a été menée par l'Institut d'économie de l'Académie chinoise des sciences sociales en 2005.

forte proportion de personnes employées dans l'agriculture, la sylviculture, l'élevage et la pêche, mais la proportion d'individus sans travail, en particulier les personnes âgées et handicapées, est aussi très élevée.

Les indicateurs de la condition économique des familles présentaient certaines disparités entre les deux groupes. De nombreux indices étaient meilleurs pour les groupes exclus de l'AFM que pour ceux en bénéficiant : le revenu net par tête des ménages dans le groupe exclu de l'AFM était 1,7 fois celui du groupe de l'AFM, et les familles possédaient 2,4 fois plus de biens immobiliers et 1,3 fois plus de terres. En 2004, les ménages couverts par l'AFM présentaient 1,9 fois plus de risques que ceux exclus de l'AFM d'avoir emprunté de l'argent à cause d'une maladie. Ces informations indiquent que les bénéficiaires de l'AFM comprenaient des groupes économiquement vulnérables aussi bien que des personnes vulnérables du fait de problèmes de santé. Mais la proportion de la population pouvant bénéficier de l'assistance étant limitée, et la répartition des indicateurs dans les zones rurales n'étant pas totalement rationnelle, certaines personnes vulnérables économiquement et d'autres de santé fragile ont été exclues du projet de l'AFM.

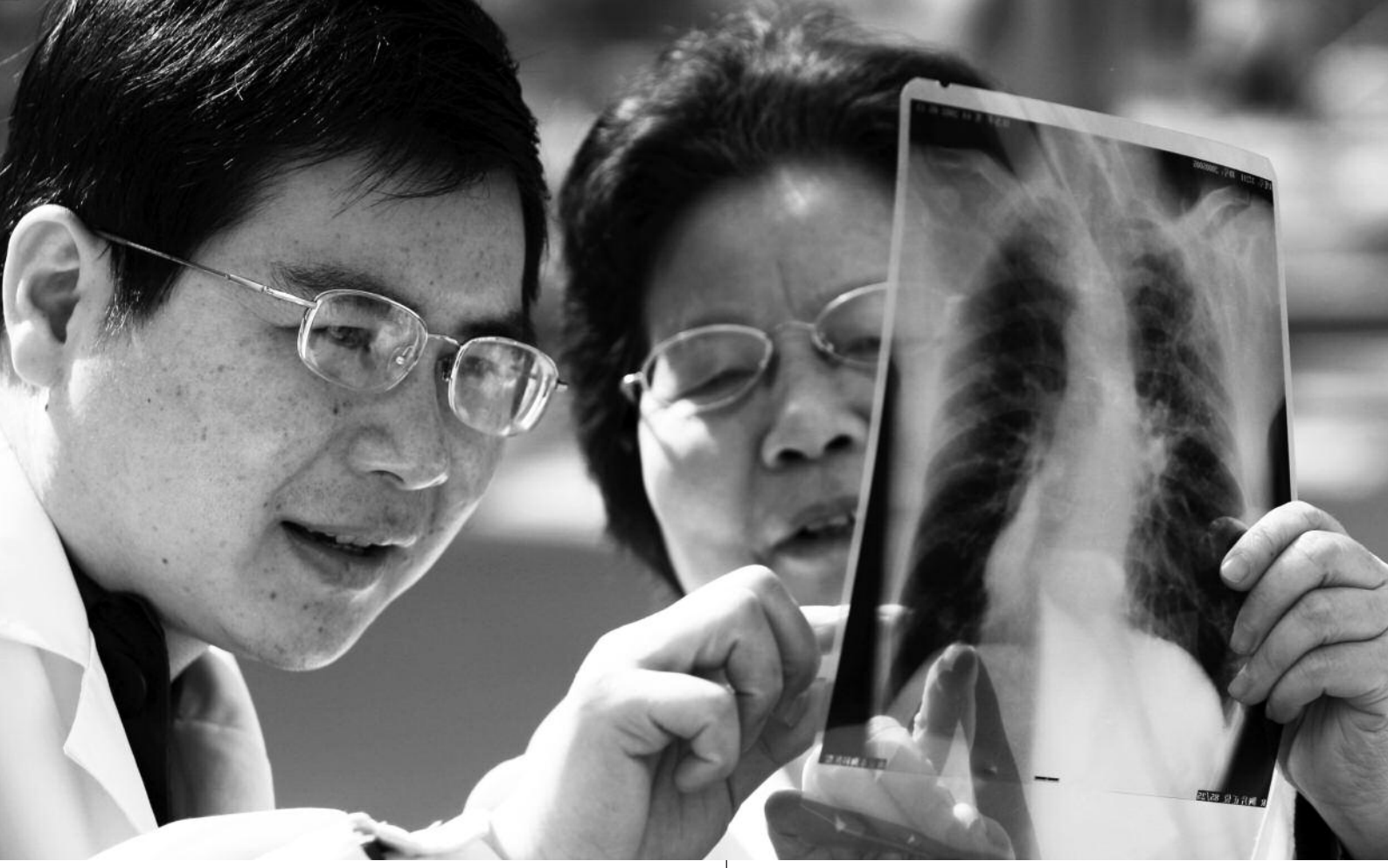
La qualité de l'offre de services de santé influence directement les résultats de la mise en place du système. Nous avons découvert à travers les questionnaires que nous avions envoyés aux services de santé des villages, que les institutions de santé villageoises en Chine du centre et de l'ouest avaient la capacité de fournir des services de santé de base : injections et perfusions intra-veineuses, diagnostics au stéthoscope, vaccinations de routine, etc. Mais un grave problème persiste : la capacité de ces institutions de santé villageoises à traiter des situations d'urgence simples est encore inadaptée, en particulier pour l'arrêt des hémorragies, les points de suture, les pansements, la réduction des fractures, les premiers traitements contre les empoisonnements aux pesticides et les noyades. De plus, à cause de leurs équipements simples et sommaires, la plupart de ces cliniques de villages ne sont pas en mesure de mener à bien des examens médicaux de routine et l'utilisation de grandes quantités de médicaments occidentaux fait augmenter le coût des soins médicaux en zones rurales.

Selon les principes classiques de l'économie de la santé, le fait qu'une famille soit ou non couverte par une assurance médicale influencera son comportement par rapport aux soins. Mais si nous comparons ceux qui sont couverts et ceux qui ne le sont pas, nous nous rendons compte rapidement que dans les deux groupes, plus d'une personne sur cinq n'a pas cherché à obtenir de soins médicaux ; en d'autres termes, la couverture fournie par une assurance médicale n'a pas d'effet notable sur la décision d'aller ou non consulter un médecin, et ce facteur est pris en compte dans les modèles prévisionnels. Mais si l'on ne s'intéresse qu'aux pauvres, alors l'AFM et le système de coopérative médicale ont fait augmenter notablement les opportunités de se rendre à l'hôpital pour y recevoir des soins, et l'AFM s'est révélée particulièrement efficace dans ce domaine.

La Chine étant un pays en développement, certains universitaires tendent à considérer que des raisons purement économiques empêchent les gens d'accéder aux soins médicaux. Mais nos enquêtes de terrain démontrent que la réalité n'est pas aussi simple. Plus précisément, il existe trois cas de figure principaux dans lesquels les paysans malades ne vont pas consulter de médecin. Dans le premier cas, le malade ou sa famille pense que la maladie n'est pas sérieuse (rhumes ou grippes par exemple), que le malade se rétablira naturellement ou grâce à de l'automédication, et qu'il n'a donc pas besoin d'aller consulter. C'est la majorité des cas où aucun soin médical n'est recherché. Le coût du traitement des maladies bénignes n'est pas très élevé, et même dans les zones pauvres, presque toutes les familles pourraient le payer [7]. Dans le deuxième cas de figure, les familles pensent qu'aucun médicament ne peut soigner la maladie (par exemple un cancer), et que ce n'est donc pas la peine d'essayer. Cela n'arrive que dans une minorité de cas. Ce n'est que dans un troisième cas de figure que les paysans se passent d'un traitement à cause de son coût : bien qu'ils sachent qu'il est possible de soigner la maladie, ils abandonnent le traitement (au moment le plus important) pour des raisons économiques.

En ce qui concerne le choix de l'institution médicale, il existe également une nette différence entre le groupe ayant une assurance médicale et celui n'en ayant pas. Ceux qui n'ont pas d'assurance médicale choisissent le plus souvent (41,6 % des cas) les services de santé bon marché au niveau du village, ou un fournisseur de services médicaux avec une plus grande offre, au niveau du district ou au-dessus (14,8 %). Mais avec les effets du système de coopératives de santé et la conception du système de l'AFM, davantage de familles couvertes par l'assurance médicale choisissent de se rendre dans les centres de santé des cantons (38,1 %). La conception de systèmes tels que l'AFM a donc eu un effet de distorsion sur le choix de l'institution médicale.

7. Il existe un petit nombre d'exceptions à cela, et elles peuvent avoir des conséquences sérieuses si, par exemple, la maladie est en réalité sévère mais que le malade ou sa famille ne s'en rend pas compte.



Des volontaires médicaux étudient une radiographie des poumons lors d'une manifestation destinée à améliorer la connaissance de la tuberculose en zone rurale, organisée à l'occasion de la onzième journée de lutte mondiale contre la tuberculose à Nankin. © AFP

Analyse fonctionnelle de l'AFM dans la prévention des maladies graves

Dans les pays en développement, dotés de capacités de financement limitées, l'accumulation de fonds pour l'assurance sociale médicale ou l'assistance financière médicale est un vrai problème, auquel la Chine est inévitablement confrontée. Avec des fonds limités, les décideurs politiques dans le domaine de la santé se sont toujours trouvés face à un dilemme : faut-il assurer en priorité les maladies les plus graves, et réduire ainsi l'impact que la maladie a sur les familles, ou privilégier l'assurance contre les maladies mineures et obtenir ainsi le soutien de davantage de familles dans la levée des fonds. Le schéma d'assistance médicale s'adressant principalement aux pauvres, il peut jouer un rôle dans la prévention des maladies graves.

Tout d'abord, puisqu'il est dépendant des conditions économiques des familles, le projet de l'AFM a influencé le choix, par les personnes souffrant de maladies graves, d'une institution médicale. L'un des aspects positifs est que lorsqu'elles sont confrontées à une maladie grave, les familles paysannes recevant l'AFM sont bien plus nombreuses à choisir d'aller consulter un médecin que les familles qui ne sont pas couvertes (seulement 7,6 % des familles bénéficiant de l'AFM ne sont pas allées dans une institution médicale, alors que cette proportion atteint 16,9 % dans les familles exclues de l'AFM). Mais parce que la plupart de ceux qui sont couverts venaient de familles pauvres, davantage susceptibles de prendre en compte les facteurs économiques face à une maladie grave, les familles de l'AFM ont le plus souvent choisi de se rendre dans les centres de santé de base du niveau du canton (66,9 % des familles bénéficiant de l'AFM, contre 39,3 % dans l'autre groupe), et elles ont moins souvent choisi de se rendre dans les institutions médicales plus chères au niveau du district ou au-dessus (37,3 % des familles bénéficiant de l'AFM, comparé à 66,1 % des familles ne bénéficiant pas de l'AFM). La conception du système est telle que les centres de santé du canton pratiquent des taux de remboursement élevés dans presque tous les districts du projet, alors qu'ils sont nettement plus faibles pour les institutions médicales au niveau du district et au-dessus. Il devient alors très clair que l'AFM a renforcé la prise en compte des facteurs économiques par les familles rurales confrontées à une maladie grave lorsqu'elles doivent choisir l'endroit où aller chercher des soins.

Notre analyse statistique a révélé une anomalie en ce qui concerne les guérisons, le taux général de guérison dans le

groupe de l'AFM (20,7 %) étant inférieur à celui du groupe exclu de l'AFM (29,2 %). Lorsque nous avons analysé les groupes en fonction de l'institution qu'ils avaient choisi de consulter pour leurs soins médicaux, nous avons constaté que le taux de guérison pour le groupe bénéficiant de l'AFM était égal ou même légèrement supérieur à celui du groupe « non AFM » si les soins proviennent des institutions médicales au niveau de district; mais si les patients vont dans les cliniques du canton ou dans les cliniques centrales, le taux de guérison du groupe AFM est bien inférieur à celui du groupe non AFM.

Pour expliquer ce taux de guérison inférieur parmi les bénéficiaires de l'AFM en cas de maladie grave, il faut regarder l'histoire, l'économie et la conception du système. Considérons tout d'abord l'aide offerte par le système. Pendant très longtemps, il n'existait pratiquement aucune assurance médicale, encore moins un projet d'AFM spécialement conçu pour les pauvres. La majorité des maladies dont souffrait cette partie de la population s'étaient donc installées sur une longue période et devenaient plus difficile à soigner que dans d'autres groupes. Deuxièmement, analysons les effets des conditions économiques et sociales. Même avec le projet de l'AFM, la plupart de ceux couverts appartiennent aux strates socio-économiques les plus basses, et ils restent incapables de payer les coûts médicaux élevés dont ils auraient eu besoin pour retrouver la santé. Cela signifie que l'efficacité thérapeutique est faible. Troisièmement, il existe des raisons liées à la conception même du système. Parce qu'il prend en compte les frais, le système de l'AFM se concentre sur les centres de santé de base au niveau du canton, ce qui signifie que la plupart des personnes couvertes par l'AFM mais ayant besoin de meilleures conditions thérapeutiques sont rassemblées dans ces centres de santé pour leurs traitements. Il est cependant évident que l'efficacité thérapeutique des centres de santé des cantons est faible pour ce groupe, même comparée à celle des groupes non AFM.

La résolution du problème dépend donc de la capacité de l'assistance financière médicale à offrir aux bénéficiaires l'accès aux hôpitaux au niveau du district et au-dessus. Il faut également augmenter l'offre des services dans les centres médicaux des cantons aussi rapidement que possible.

Résultats et conclusion

Les résultats de cet article peuvent être résumés en trois points principaux :

1) Le groupe couvert par l'AFM comporte à la fois des personnes pauvres et des personnes en mauvaise santé, et il existe une divergence entre les personnes bénéficiant de la couverture et les objectifs du système tel qu'il avait été conçu.
2) Le projet a contribué à améliorer l'accès aux services médicaux pour les pauvres, en particulier leur utilisation des centres de santé des cantons.
3) L'AFM a contribué à la réduction du fardeau financier de la maladie pour les familles pauvres, et a empêché la marginalisation de communautés, de familles et d'individus mis en danger par la catastrophe de la maladie. Cependant, les maladies dont souffrent les bénéficiaires étant souvent sérieuses et complexes, et la guérison difficile, le montant de l'assistance fournie reste faible comparé aux coûts médicaux. De plus, le système d'assurance actuellement en place ne permet pas d'aider le malade à retrouver sa capacité à gagner de l'argent. Le projet de l'AFM ne permet pas d'empêcher ceux qui deviennent pauvres à court terme de le rester sur le long terme, et il est difficile d'éviter qu'une pauvreté relativement faible ne se transforme en pauvreté profonde.

Depuis 2003, un programme d'assistance médicale rurale, initié par le gouvernement central chinois, s'est étendu dans tout le pays. À la fin de l'année 2006, 87 % des districts chinois avaient adopté ces programmes. Si l'on compare les programmes d'assistance médicale rurale promus par le gouvernement et ceux de l'AFM, il est évident que les premiers ont intégré une grande partie de la conception du second, et des leçons ont été tirées de l'expérience de l'AFM [8]. Nous pouvons donc affirmer que le projet de l'AFM a servi de modèle pour la mise en place de schémas d'assistance financière médicale par le gouvernement chinois dans tout le pays. Bien entendu, une grande partie du projet d'AFM ayant servi de référence, les problèmes présents à l'origine de ce projet se retrouvent inévitablement dans le processus actuel de mise en place d'un système d'assurance de santé en Chine. Pour cette raison, les recherches approfondies et les conclusions sur le projet d'AFM peuvent se révéler très précieuses. •

• Traduit par Séverine Bardon

8. Wu Ming *et al*, « Zhongguo nongcun pinkun yiliao jiuzhu jiance yu pingjia zhibiao tixi de lilun kuangjia yanjiu » (Enquête sur l'assistance financière médicale pour les pauvres en Chine rurale et cadre théorique du système d'évaluation des indicateurs), *Zhongguo weisheng ziliao* (Données sur la santé en Chine), vol. 7, n° 3, 2004.