

Les soins médicaux pour les migrants en Chine urbaine : une nouvelle frontière

CARINE MILCENT

RÉSUMÉ : Comment améliorer l'accès aux soins médicaux des migrants chinois⁽¹⁾ ? Les travailleurs migrants sont confrontés à deux formes d'exclusion dans l'accès aux soins sur leur lieu de travail : l'une est financière (le niveau de revenu), l'autre est sociale (par manque de réseaux sociaux en ville). Nous analysons une enquête de 2006 sur les travailleurs migrants d'origine rurale, menée dans cinq villes à la pointe du développement économique. Les résultats empiriques corroborent l'hypothèse d'un départ de la zone urbaine des travailleurs migrants en mauvaise santé. Outre les permis de résidence et les revenus, l'intégration sociale des travailleurs migrants apparaît comme un facteur déterminant de l'accès aux soins.

La croissance du produit intérieur brut (PIB) chinois s'est accompagnée d'une hausse des dépenses de santé. Celles-ci sont passées de moins de 3 % du PIB en 1980 à 5,3 % en 2000⁽²⁾, augmentant plus rapidement dans les zones urbaines que dans les régions rurales. Les migrants sont de plus en plus nombreux dans les villes : leur accès à l'éducation et aux soins médicaux est donc devenu un enjeu crucial. Qui bénéficie d'une couverture maladie ? Cet article propose quelques réponses, en se concentrant sur les travailleurs migrants d'origine rurale ayant des emplois officiels et réguliers.

Les villes chinoises accueillent déjà 103 millions de migrants, et le flux migratoire se poursuit. En termes de santé, cette migration a entraîné une baisse de la proportion de population rurale vivant dans une extrême pauvreté, et une amélioration du niveau de nutrition. En 2010, l'espérance de vie à la naissance était de 74,51 ans⁽³⁾, soit huit ans de plus que la moyenne mondiale. La famine désastreuse de la fin des années 1950 avait entraîné une forte mortalité : les statistiques sur l'espérance de vie actuelle reflètent les immenses progrès accomplis par la Chine. D'autres indicateurs de santé tels que le taux de mortalité infantile, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, et le taux de mortalité maternelle se sont également améliorés⁽⁴⁾.

Cependant, ce développement des soins est très inégalement réparti. Les réformes économiques ont eu des effets positifs sur le PIB et le niveau de nutrition, mais ont entraîné l'ef-

fondrement du réseau de santé public et de l'accès universel aux soins de base. Les inégalités d'accès aux services de santé se sont creusées. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe régulièrement les pays en fonction de l'inégalité de leur système de santé, en particulier de leur programme d'assurance médicale. Selon la dernière enquête de l'OMS, le secteur de la santé en Chine était proche de la fin du classement, en termes d'équité des contributions financières.

Pour comprendre cette détérioration, nous présenterons ici une brève description du système d'assurance médicale avant les réformes économiques, et de son évolution ultérieure. Avant les réformes, le système d'assurance médicale en Chine n'était pas homogène. Dans les zones urbaines, il dépendait des grandes entreprises d'État, qui prenaient en charge les besoins médicaux de leurs ouvriers ; dans les

1. Je souhaite remercier Wei Zhong et tous les participants des séminaires de l'Académie chinoise des sciences sociales (Pékin), l'université normale de Pékin, et le séminaire de sciences politiques de l'université normale de Pékin. Je remercie également Thomas Serrurier, Pierre Miège, Andrew Clark et Richard Balme pour leurs précieux commentaires.
2. S.I. Hossain, « Tackling Health Transition in China », The World Bank: World Bank, Policy Research Paper n°1813, 1997; Bureau national des statistiques, *China Statistical Yearbook 2002*, Pékin, China Statistical Press, 2002.
3. Central Intelligence Agency, *World Factbook 2010*, 2010, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ch.html>.
4. X. Liu et Y. Yi, *The Health Sector in China: Policy and Institutional Review*, article de préparation de l'Étude de la Banque mondiale sur la santé en Chine, 2004. Disponible sur internet : <http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734.1129734318233/policyandinstitutionalreview-final.pdf>.

zones rurales, les soins étaient gérés localement. Mais les dépenses à la charge de l'individu étaient presque nulles, quel que soit le service de santé.

Dans les zones urbaines, le démantèlement des grandes entreprises d'État a entraîné le transfert de l'assurance médicale à des unités de plus petite taille. Celles-ci ont rapidement peiné à financer leur propre sécurité sociale, et ce pour deux raisons : tout d'abord, les unités étant plus petites, l'assurance reposait sur un nombre plus réduit d'individus ; ensuite, ces unités devaient être rentables (sans aucune intervention de l'État), mais une partie de leurs profits était utilisée pour la sécurité sociale. Face au risque d'effondrement économique, le gouvernement a dû réagir, et introduire une forme de sécurité sociale, bien plus réduite qu'avant. Dans les zones rurales, la sécurité sociale était régie par un système de mutualisation à l'échelon du village. L'agriculture, en cours de privatisation, les habitants des zones rurales n'étaient plus obligés d'utiliser une partie de leurs revenus pour la financer. Ainsi les bénéficiaires tirés de la terre n'étaient pas dépendants du coût engendré par le système de sécurité sociale. Le secteur agricole ne s'est pas effondré et a même prospéré, et le gouvernement n'a donc pas été amené à fournir une assurance à la population rurale, contrairement à ce qu'il avait fait pour les populations urbaines. Cette stratégie a entraîné la dégradation et parfois même la disparition totale du système d'assurance médicale dans les zones rurales.

Les inégalités de santé dans le monde ont fait l'objet de nombreuses recherches⁽⁵⁾. Différentes méthodes d'analyse ont été utilisées, certaines s'appuyant sur les avancées des théories sur la distribution des revenus et la taxation. Si certains travaux sont consacrés à un pays, d'autres relèvent d'une approche comparative⁽⁶⁾. Il existe en revanche assez peu de littérature sur la Chine. Bloom et Gu (1997)⁽⁷⁾ analysent les causes de l'augmentation des coûts des soins médicaux et la détérioration des programmes de prévention dans certaines régions pauvres. Liu et Mills (2002)⁽⁸⁾ se sont également intéressés à la réduction de la demande de services préventifs. Plusieurs articles ont étudié les effets de l'instauration du Nouveau schéma de coopérative médicale (NSCM) dans les zones rurales. Jackson *et al.* (2005)⁽⁹⁾ comparent la création du NSCM avec le système des dépenses dans la province du Henan. Wagstaff *et al.* (2009) analysent également l'introduction du NSCM, mais dans d'autres provinces de Chine, et présentent un panorama détaillé de cette nouvelle littérature. Les recherches empiriques sur les services de santé et les migrants sont en revanche très rares.

Dans cet article, nous démontrons que les migrants sont exclus des services de santé pour des questions de niveau de revenu, mais aussi de leur manque d'intégration dans la ville. Le système d'enregistrement des ménages (*hukou*) conditionne l'accès aux services et les opportunités d'emplois. La plupart des paysans qui viennent en ville n'ont pas droit à une citoyenneté urbaine et sont laissés à l'écart de la société locale. En fait, le *hukou* a également des conséquences sur les revenus. Il augmente les coûts de façon significative, et son impact sur l'accès aux soins est l'équivalent de celui d'une perte de revenus. Nous démontrons l'importance du capital matériel et social, ou des conditions de vie, dans l'accès aux soins médicaux des travailleurs migrants. Nous apportons surtout de nouvelles preuves du rôle décisif des réseaux sociaux. Deux études sociologiques ont utilisé des méthodes qualitatives pour démontrer que l'état de santé influençait la décision de rentrer au village⁽¹⁰⁾. Nos résultats empiriques confirment l'hypothèse d'un départ de la zone urbaine pour les migrants en mauvaise santé. Nous sommes les premiers à révéler ce schéma d'exclusion en utilisant une méthode empirique, et à démontrer que les réseaux sociaux, le système d'enregistrement des ménages, et le soutien de la famille et des proches peuvent être des facteurs déterminants de la décision des migrants de quitter les villes.

Dans la deuxième partie, nous présenterons le contexte chinois. Les données et statistiques préliminaires sur les migrants et les soins médicaux sont exposées dans la troisième partie. Le modèle économétrique est expliqué dans la quatrième partie. Dans les parties 5 et 6, nous présenterons les premiers résultats économétriques et explorerons l'accès des migrants aux soins médicaux en fonction de leur état de santé. La septième partie conclura cet article.

5. Angus Deaton, « Health, Inequality and Economic Development », *Journal of Economic Literature*, vol. 41, n° 1, 2003, p. 113-158.
6. Adam Wagstaff, Eddy van Doorslaer, Hattem van der Burg, Samuel Calonge, Terkel Christiansen, Guido Citoni, Ulf-G Gerdtham, Mike Gerfin, Lorna Gross, et Unto Hakkinen, « Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3, 1999, p. 263-290.
7. Gerald Bloom et Xingyuan Gu, « Health Sector Reform: Lessons from China », *Social Science and Medicine*, vol. 45, n° 3, 1997, p. 351-360.
8. Xingzhu Liu et Anne Mills, « Financing Reforms of Public Health Services in China: Lessons for Other Nations », *Social Science and Medicine*, vol. 54, n° 11, 2002, p. 1691-1698.
9. Sukhan Jackson, Adrian C. Sleight, Li Peng et Liu Xi-Li, « Health Finance in Rural Henan: Low Premium Insurance Compared to the Out-of-Pocket System », *China Quarterly*, vol. 181, 2005, p. 137-157.
10. Nansheng Bai et Yupeng He, « Huiliu haishi waichu – Anhui Sichuan ersheng nongcun waichu laodongli huiliu yanjiu » (Rentrer et émigrer? Étude sur les migrations de retour vers les zones rurales dans les provinces de l'Anhui et du Sichuan), *Shehuixue Yanjiu*, vol. 3, 2002, p. 64-78 ; Z. Q. Zhang *et al.*, « Return Migration of Rural Labourer from Western China: Causes and Strategies », *Stat Res*, vol. 24, 2007, p. 9-15 (en chinois).

Le contexte chinois

Les réformes économiques chinoises ont entraîné une remarquable croissance du PIB. Celle-ci est concentrée dans certaines régions, essentiellement les grandes villes de l'est et du sud-est, ce qui a conduit à des migrations internes massives.

Depuis la fin des années 1970, le décollage économique des grands centres urbains a créé une forte demande de travail et déclenché une vague de migration. La croissance générale du PIB a conduit à une hausse de la demande de travail au niveau local dans la plupart des régions, mais bien moins que dans ces centres industriels⁽¹¹⁾. Selon certaines prévisions, en 2020, plus de 50 % de la population totale de la Chine vivra dans les villes et zones urbaines. Dans les années à venir, environ 300 millions de paysans devraient donc quitter les zones rurales. Il s'agira de la plus grande migration que l'humanité ait jamais connue.

Cette migration interne soulève de nombreux problèmes, et notamment un conflit entre l'augmentation du niveau de vie associée aux réformes économiques, et la détérioration de l'assurance médicale. Les réformes économiques ont eu des effets positifs sur le PIB et le niveau de nutrition, mais elles ont également provoqué l'effondrement du réseau de santé publique et de l'accès universel aux soins de base. L'inégalité des soins s'est donc fortement creusée.

L'accès des migrants aux soins médicaux et leurs dépenses de santé dépendent également d'un autre facteur. Dans les hôpitaux chinois, la famille et les proches jouent un rôle crucial dans les soins et le processus de guérison. Les services de santé ne fournissent qu'un logement et une alimentation minima. Lors d'une hospitalisation, les proches doivent être présents pour aider le patient durant ses repas et tout au long de son traitement. La présence de proches influence également la façon dont le personnel de l'hôpital traite le patient. La présence de la famille et des proches dans la ville peut donc être un élément clé de l'accès aux soins en ville.

En théorie, les migrants devraient bénéficier de prestations de santé à l'endroit où ils sont enregistrés. Même si la plupart des migrants n'ont pas accès à l'assurance médicale urbaine, certaines villes comme Shanghai ont instauré des systèmes d'assurance médicale spécialement destinés aux migrants. Ces politiques locales sont de plus en plus fréquentes en Chine, mais elles ne concernent pour l'instant qu'un faible pourcentage de migrants, et leur niveau de couverture est très réduit. Le *hukou* et le besoin de soutien familial dans les hôpitaux poussent donc les migrants à retourner sur leur lieu d'enregistrement. La littérature sociologique fondée sur

les enquêtes dans les villages confirme ce modèle. Les problèmes de santé nuisant à la capacité de travail (l'âge, une grossesse, ou un accouchement récent) poussent les migrants à rentrer chez eux pour chercher un soutien familial et éviter le coût élevé des soins médicaux et de la vie quotidienne dans les villes⁽¹²⁾. Pour atténuer la distinction entre ceux qui bénéficient d'une assurance et ceux qui n'en ont pas, il faut préciser que le degré de couverture est souvent relativement faible, même pour ceux qui sont assurés.

Les personnes quittant les zones rurales ne deviennent donc pas des citadins. Une étude menée par l'université Fudan auprès de 30 000 travailleurs migrants dans les principales villes chinoises a démontré que seulement 7,6 % d'entre eux étaient satisfaits de leur vie en ville, et 68 % étaient convaincus que la ville ne les laisserait pas s'intégrer⁽¹³⁾.

Le système de santé est organisé de telle sorte que les hôpitaux capables de traiter des maladies graves ne se trouvent que dans les grandes villes. Si leur problème de santé est vraiment sérieux, les migrants peuvent obtenir une aide du gouvernement local de leur lieu de travail ou de leur entreprise. Ils peuvent alors choisir de rester en ville afin d'obtenir des soins appropriés. Dans cet article, nous distinguerons donc les problèmes de santé graves des autres types de maladies ou blessures.

Les migrants dans cinq grandes villes

L'enquête sur cinq villes

Nous utilisons les données de l'Enquête sur la santé et le statut socio-économique des travailleurs migrants d'origine rurale de 2006. Cette enquête a été conduite par la Commission nationale pour la population et le planning familial et par l'Institut d'économie de l'académie chinoise des sciences sociales (CASS). Le panel est composé de 2 398 personnes, interviewées sur leur santé et leur statut socio-économique. Les personnes interrogées sont des travailleurs migrants d'origine rurale, c'est-à-dire des travailleurs qui ont migré des zones rurales vers les villes. Provenant des cam-

11. Zai Liang *et al.*, « Rural Industrialisation and Internal Migration in China », *Urban Studies*, vol. 39, n° 12, 2002, p. 2175-2187.
12. Nansheng Bai et Yupeng He, « Huiliu haishi waichu – Anhui Sichuan ersheng nongcun waichu laodongli huiliu yanjiu », *art. cit.*, 2002 ; Z. Q. Zhang *et al.*, « Return Migration of Rural Labourer from Western China: Causes and Strategies », *art. cit.*, 2007 ; Xiaojiang Hu *et al.*, « International Migration and Health in China », *The Lancet*, 372(9651), 2008, p. 1717-1719.
13. « Most Migrant Workers in Cities Unhappy: Survey », *China Daily*, 14 janvier 2008, http://www.chinadaily.com.cn/2008-01/14/content_6391702.htm.

Tableau 1. Sexe et âge en fonction des villes

Ville	Hommes	Age		Total
	%	Moyenne	Ecart-type	Nombre d'observations
Dalian	26,03	24,90	5,29	366
Shanghai	53,78	31,20	9,29	543
Wuhan	57,73	28,56	9,05	466
Shenzhen	45,38	26,36	7,23	498
Chongqing	51,24	30,85	8,35	525
Cinq villes	48,00	28,65	8,46	2 398

Source : Enquête sur les migrants, Académie chinoise des sciences sociales, 2006.

Tableau 2. Niveau d'éducation

%	Dalian	Shanghai	Wuhan	Shenzhen	Chongqing	Cinq villes
Illétrés	0	2,03	0,43	0,40	1,71	1,00
École élémentaire	1,37	14,55	8,80	9,04	13,14	9,97
Collège	54,37	53,59	57,94	63,45	52,57	56,38
Lycée général	12,84	18,05	19,96	16,27	18,48	17,35
Lycée professionnel	19,95	1,47	2,36	2,81	2,67	5,00
Lycée technique	7,38	4,60	8,80	6,63	7,62	6,92
Université (premier cycle)	3,83	4,24	1,07	1,00	3,81	2,79
Université (deuxième cycle)	0,27	1,47	0,64	0,20	0	0,54
Total	366	543	466	498	525	2 398

Source : Voir tableau 1.

pagnes, ils ont un *hukou* rural et non le *hukou* urbain permanent correspondant à leur lieu de travail. Le *hukou* conditionne fortement l'accès aux services publics, y compris à l'assurance médicale. Les travailleurs migrants d'origine rurale ont été choisis en fonction de leur unité de travail. Ce panel a été conçu pour être représentatif des travailleurs migrants d'origine rurale ayant un emploi officiel et une situation stable. Ce panel est donc constitué de migrants dont les situations socio-économiques ne sont pas considérées comme critiques. Il exclut les migrants ayant des emplois informels et les travailleurs indépendants.

L'enquête couvre cinq villes : Chongqing, Dalian, Shanghai, Shenzhen et Wuhan. Ces cinq villes représentent cinq régions du pays, ayant chacune ses propres caractéristiques. Ces cinq villes ont des indices économiques parmi les plus élevés du pays, et toutes accueillent un nombre conséquent de travailleurs migrants. Dalian représente le nord-est de la Chine ; Shanghai, centre économique du pays, représente la Chine de l'est ; Wuhan incarne le centre ; Shenzhen repré-

sente la Chine du sud, et est l'archétype de la région du Delta des Perles, principale base manufacturière dédiée à l'exportation ; Chongqing, l'une des plus grandes villes du pays, représente le sud-ouest de la Chine ; le nord-ouest est moins développé et accueille moins de travailleurs migrants. Les tableaux 1 et 2 détaillent les caractéristiques du panel. L'âge moyen est d'environ 27 ans, et l'on ne trouve aucune personne âgée, ce qui est typique des migrants chinois. Les migrants sont plus jeunes à Dalian et Shenzhen que dans les trois autres villes. En moyenne, ils sont plus âgés à Shanghai et Chongqing. La nature des emplois peut l'expliquer : à Dalian, Wuhan, Shenzhen et Chongqing, le panel comprend essentiellement des ouvriers de chaînes de production industrielle, des emplois qui conviennent mieux aux jeunes travailleurs. À Shanghai, le panel est majoritairement issu de petites entreprises et d'industries de services, dans lesquelles les critères physiques peuvent disqualifier les migrants trop âgés. La répartition hommes-femmes est similaire d'une ville à l'autre.

Tableau 3. Mesurer l'état de santé des travailleurs migrants

Question	Format de la variable	Pondération (p)
Difficulté à lever ou plier la main au cours du dernier mois	Oui/Non	Si oui, p=6; si non, p=0
Difficulté à marcher 1km au cours du dernier mois	Oui/Non	Si oui, p=6; si non, p=0
Difficulté à monter des escaliers au cours du dernier mois	Oui/Non	Si oui, p=6; si non, p=0
Présence de maux de tête ou de malaises fréquents sur les trois derniers mois	Oui/Non	Si oui, p=3; si non, p=0
Fatigue extrême ressentie au cours du dernier mois	Oui/Non	Si oui, p=4; si non, p=0
Présence de stress au cours du dernier mois	Echelle de 1 à 6	p=0, ..., p=5

Tableau 4. Etat de santé par ville

Province	p25	p50	p75	p90	Moyenne	Ecart type
Dalian	0	0	4	8	2,2	3,3
Shanghai	0	0	1	5	1,5	3,6
Wuhan	0	1	4	9	3,1	4,9
Shenzhen	0	1	4	8	2,7	4,2
Chongqing	0	0	3	8	2,4	4,4
Total	0	0	3	8	2,3	4,2

Source : Voir Tableau 1.

Note : L'indice présenté ici est Santé1, l'indice de Fan. Il varie d'une bonne santé (petites valeurs) à une mauvaise santé (grandes valeurs).

En Chine, l'école est obligatoire pendant neuf ans. Dans la plupart des provinces, ces neuf années d'enseignement comprennent six ans d'école primaire (ou élémentaire) et trois ans de collège. La plupart des enfants commencent l'école à sept ans. Après le collège, ils peuvent quitter le système d'éducation, ou poursuivre leurs études dans l'une des trois filières proposées : le lycée (puis l'université après un examen national), le lycée professionnel, et le lycée technique. La plupart des migrants arrivent sur le marché du travail après le collège, quelques-uns ont un diplôme d'un lycée professionnel ou technique ; rares sont ceux qui ont terminé le lycée. Dalian est la ville qui présente la plus grande variance des niveaux d'éducation, avec le plus petit pourcentage de migrants n'ayant qu'un niveau primaire, et le plus fort pourcentage de migrants issus de lycées professionnels.

État de santé

Pour évaluer l'état de santé, nous utilisons des questions permettant de déterminer ses conséquences sur la capacité de travail. Cette méthode semble judicieuse, car les migrants chinois ont tendance à ignorer leurs problèmes de

santé tant qu'ils ne nuisent pas à leur capacité de travail. Ces questions ont été conçues par Fan Ming⁽¹⁴⁾ pour classer les maladies ou les blessures limitant l'offre de travail des migrants. À partir de Fan Ming, un indicateur de santé (*Santé1*) est élaboré grâce à six questions objectives concernant la santé : cinq sont des questions de type oui/non, et une demande une réponse sur une échelle de un à cinq. L'indice est égal à la somme pondérée de ces variables. *Santé1* apporte des informations sur les problèmes de santé limitant le travail, et peut varier de 0 (très bonne santé) à 30 (très mauvaise santé nuisant au travail). Les questions et les pondérations sont présentées dans le tableau 3.

Le tableau 4 expose l'état de santé des migrants. De façon générale, la population devrait être en bonne santé, puisque les jeunes migrants sont venus offrir leur force de travail. Dans cette enquête, la ville de Wuhan est celle où les migrants ont le plus de problèmes de santé, et Shanghai l'endroit où ils en ont le moins, quel que soit l'indice analysé.

14. Fan Ming, *Health Economics: the Effects of Health on Labour Market Presentation*, Pékin, Social Science Literature Press [version chinoise], 2002.

Tableau 5. Le recours aux soins et l'assurance, par ville

Ville	Consommation de soins médicaux (DS)					Ayant souscrit à une assurance médicale (%)
	Ensemble du panel			Assurés	Non assurés	
	(%) DS > 0	Moyenne	Ecart-type	(%) de DS > 0	(%) de DS > 0	
Dalian	41,6	963,9	4 116,2	32,8	44,5	80,0
Shanghai	63,0	563,6	1 114,8	64,7	57,9	28,2
Wuhan	60,9	470,5	846,0	63,4	50,8	27,2
Shenzhen	55,0	493,9	1 088,6	53,5	57,7	14,4
Chongqing	78,1	515,1	1 405,5	80,4	77,9	18,3
Total	61,0	560,5	1 724,6	63,9	53,9	31,0

Source : Voir tableau 1.

Note : DS: dépenses de santé.

L'utilisation des soins médicaux

Dans cet article, nous utilisons deux sources d'informations sur les dépenses de santé : les dépenses sur le dernier mois écoulé, et les dépenses moyennes par année. Les informations proviennent de déclarations faites par les migrants eux-mêmes. Les dépenses de santé sur le dernier mois écoulé sont en général utilisées comme indice de l'accès aux soins. Mais ici, le pourcentage d'individus ayant une valeur positive est très faible, et les résultats de l'utilisation de cette variable sont sujets à débat⁽¹⁵⁾. La deuxième source d'informations présente de nombreux avantages : la proportion d'individus déclarant des dépenses sur un an est significative, et ces dépenses sont une mesure plus générale de l'accès aux soins. Les indices listés dans le tableau 3 évaluent les problèmes de santé limitant la capacité de travail. A priori, tous ceux qui ont répondu « oui » à au moins une des questions devraient aller consulter un médecin⁽¹⁶⁾. Le tableau 5 montre que rares sont ceux qui le font vraiment. 61 % des individus déclarent une moyenne de dépenses de santé positive durant l'année étudiée. Les migrants de Dalian sont ceux qui utilisent le moins les services de santé.

L'assurance médicale

Ici, l'assurance médicale désigne l'adhésion à une assurance dans la ville du lieu de travail. Le terme « assurance médicale » exclut l'assurance du NSCM dont les migrants bénéficient dans leur village d'origine.

Le tableau 5 montre que les niveaux d'assurance varient en fonction de la ville. Alors que 80 % des migrants sont assurés à Dalian, ils ne sont que 18 % à Chongqing. Le recours aux soins peut également dépendre de l'assurance médicale. À Shanghai et Wuhan, les individus bénéficiant d'une assurance utilisent davantage de soins que les autres, alors qu'à

Dalian, Wuhan et Shenzhen, les personnes assurées recourent moins aux soins que les autres. Les effets de l'assurance ne sont donc pas sans ambiguïté.

L'assurance médicale est en général souscrite par l'entreprise et de plus en plus fréquemment désignée par la ville. Les gouvernements provinciaux et quelques gouvernements municipaux ont leurs propres politiques concernant l'assurance médicale des migrants. Les cinq villes de notre enquête ont des systèmes d'assurance médicale spécifiques, établis par les institutions locales. Dalian et Shanghai offrent à leurs travailleurs migrants une assurance médicale différente de celle destinée aux travailleurs ayant un *hukou* urbain. À Shanghai, le gouvernement propose même aux migrants un système de sécurité sociale complet, comprenant trois types d'assurance : assurance médicale, retraites, et assurance contre les accidents du travail. Au moment de l'enquête, Shenzhen était en train de créer un système d'assurance médicale pour les travailleurs migrants. Wuhan et Chongqing se distinguent des trois autres villes car elles n'ont aucune assurance médicale pour les travailleurs migrants. Mais dans ces deux villes, ainsi que dans les trois autres, les migrants ont la possibilité de souscrire au système d'assurance médicale des travailleurs urbains. L'inscription à une assurance médicale pour migrants plutôt qu'au système général présente deux avantages. Tout d'abord, la cotisation pour le régime général est plus élevée que pour l'assurance médicale destinée aux migrants ; les travailleurs migrants, qui (en moyenne) gagnent moins que les travailleurs urbains, ne peuvent pas toujours se permettre cette dépense. D'autre part, si un migrant souscrit au système d'assurance des travailleurs urbains, il ne peut pas transférer ses prestations d'assurance vers d'autres

15. Ces résultats sont disponibles à la demande.

16. En Chine urbaine, les consultations des médecins se font à l'hôpital. Dans cet article, « aller à l'hôpital » ou « aller voir un médecin » sont donc synonymes.

Tableau 6. Statistiques descriptives des variables explicatives

Variables	Ensemble du panel		
	Moyenne	Ecart-type	
Femme	52,0	0,50	
Age (30-40 ans)	30,0	0,46	
Plus de 40 ans	12,6	0,33	
Collège	56,4	0,50	
Lycée	29,2	0,45	
Université	3,3	0,18	
Revenu (en euro)	1,434	910,80	
Transfert d'argent vers les familles (en euro)	212	263,53	
Assurance médicale	33,3	0,47	
Assurance du NSCM	21,2	0,41	
Contrat à durée déterminée	54,8	0,76	
Taille de l'entreprise (de 1-petite à 3-grande)	2,28	0,26	
Secteur	Construction	7,2	0,49
	Manufacture	60,2	0,30
Propriété	D'État	10,1	0,25
	Collective	6,9	0,43
	Etrangère ou JV	25,3	0,50
Dépenses > Q25	Vêtements	22,3	0,42
	Transports	8,6	0,28
	Éducation	79,6	0,40
	Logement	37,3	0,48
Plus de deux personnes connues en ville	79,8	0,40	
Sentiment d'être socialement intégré	55,9	0,50	

Source : Voir Tableau 1.

villes (ou régions). La Chine ne propose pas de système d'assurance médicale au niveau national pour les travailleurs migrants. Les migrants doivent demander le remboursement des soins sur leur lieu de souscription, c'est-à-dire dans la ville de leur lieu de travail. Or, l'une des caractéristiques des travailleurs migrants en Chine est justement qu'ils se déplacent fréquemment. Les migrants restent souvent liés à leur village natal par leurs enfants, leur terre, etc. S'ils souscrivent au système d'assurance d'une ville, ils ne peuvent pas ensuite transférer leurs prestations d'assurance vers une autre destination.

Les migrants d'origine rurale : sélection du panel

Les questions de l'évaluation

Qui utilise les soins médicaux ? Nous souhaitons mesurer l'accès aux soins en lui-même, c'est-à-dire la possibilité pour un mi-

grant d'avoir accès à une forme de services de santé. Comme il est impossible d'obtenir directement une mesure de l'accès aux soins, nous utilisons comme variable proxy la présence de dépenses de santé sur une année. Quand des dépenses de santé sont constatées, on considère que les migrants ont accès aux soins médicaux. L'HCA est une variable binaire indiquant si le migrant a accès aux soins médicaux, c'est-à-dire si ses dépenses de santé sont positives. Nous identifions alors les déterminants de la consommation de santé des migrants en utilisant un modèle probit. Les statistiques préliminaires suggèrent que la ville a un effet sur le recours aux soins médicaux : nous contrôlons donc aussi le modèle par les caractéristiques des villes⁽¹⁷⁾. Le tableau 6 présente les variables explicatives utilisées dans les estimations.

17. Le test d'Hausman, effectué pour chaque modèle (chaque colonne) confirme l'hypothèse d'un effet fixe de la ville. Le terme « modèle probit à effet fixe » est surtout utilisé lorsque les effets fixes des individus sont pris en compte. Notre modèle peut également être considéré comme un modèle probit avec des variables indicatrices pour chacune des villes.

Tableau 7. Consommation de soins médicaux pour l'ensemble du panel

	(1) Probit	(2) Probit	(3) Probit	(4) Probit	(5) Probit
Bonne santé/santé correcte	0,216** (0,0990)	0,214** (0,0992)	0,232** (0,0996)	0,234** (0,0998)	0,240** (0,105)
Mauvaise santé	0,577*** (0,181)	0,575*** (0,182)	0,596*** (0,182)	0,590*** (0,182)	0,706*** (0,197)
Très mauvaise santé	0,632*** (0,242)	0,634*** (0,242)	0,677*** (0,245)	0,675*** (0,245)	0,615** (0,251)
Sexe	0,200** (0,0942)	0,197** (0,0950)	0,279*** (0,0971)	0,267*** (0,0974)	0,250** (0,101)
Age (30-40 ans)	0,419*** (0,106)	0,420*** (0,108)	0,371*** (0,107)	0,356*** (0,110)	0,345*** (0,115)
Plus de 40 ans	0,463*** (0,153)	0,462*** (0,157)	0,504*** (0,154)	0,475*** (0,158)	0,452*** (0,160)
Collège		-0,119 (0,161)		-0,186 (0,163)	-0,174 (0,165)
Lycée		-0,0627 (0,175)		-0,181 (0,179)	-0,149 (0,183)
Université		0,500 (0,311)		0,272 (0,327)	0,327 (0,337)
Log (revenu)			0,472*** (0,129)	0,458*** (0,133)	0,397*** (0,140)
Log (transferts d'argent)					0,0311** (0,0128)
Assurance médicale	-0,113 (0,108)	-0,139 (0,109)	-0,175 (0,110)	-0,181 (0,111)	-0,238** (0,114)
Nombre de provinces	5	5	5	5	5

Notes : La référence pour l'état de santé est "Très bonne santé." Les écart-types des coefficients estimés figurent entre parenthèses. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

Dans un deuxième temps, nous nous concentrons sur les migrants souffrant de problèmes de santé. Dans ce cas-là, selon l'indice de Fan, nous devrions constater une utilisation de soins médicaux. C'est la définition de l'accès aux soins donnée par Waters⁽¹⁸⁾. Dans une population où l'on devrait observer un recours aux soins médicaux, l'absence de consommation de soins est interprétée comme un problème d'accès aux soins. Quand une dépense de santé est observée, nous considérons que le migrant a accès aux soins médicaux. La variable représentant les dépenses de santé est donc un indicateur de l'accès aux soins. Dans l'article de Waters, le besoin de soins médicaux est défini par l'indice de santé auto-déclaré. Ici, le besoin de soins médicaux est mesuré grâce à l'indice de santé de Fan.

Si des variables non mesurées influençant les résultats sont corrélées à la souscription des migrants à une assurance mé-

dicale (par exemple des caractéristiques des migrants non observées), les résultats de l'estimation probit sont alors biaisés. Afin d'obtenir des estimations non biaisées, nous estimons le modèle à l'aide de la méthode des variables instrumentales (IV). Plus précisément, il s'agit d'estimer le modèle en ajoutant des variables explicatives (appelées alors des instruments). Ces instruments doivent être à la fois i) non corrélés aux résidus (c'est-à-dire à des caractéristiques individuelles non observées mais ayant des effets sur la présence de dépenses de santé), et ii) corrélés à l'adhésion à une assurance médicale. L'indice de la taille de l'entreprise est un bon instrument. En effet, la souscription des migrants à une assurance médicale dépendra de la participation de leur entreprise à un programme d'assurance et d'autres caractéristiques similaires de l'entreprise. En revanche, en contrôlant par le secteur d'activité (manufacture, construc-

tion ou services), la taille de l'entreprise ne devrait pas être corrélée aux caractéristiques individuelles non observées⁽¹⁹⁾ des individus.

Premiers résultats empiriques

Nous ne prenons pas le *hukou* en compte dans le modèle, car tous les migrants dans cette enquête sont dans la même situation : ils n'ont pas le *hukou* permanent adéquat pour travailler dans les zones urbaines. Nous présentons les résultats en utilisant l'indice de santé défini par Fan (*Santé I*). Cet indice est réorganisé en quatre groupes : très bonne santé, bonne santé/santé correcte, mauvaise santé et très mauvaise santé.

Le tableau 7 présente les résultats du modèle économétrique. Afin de contrôler la robustesse des résultats, nous avons également considéré le modèle où l'indice de santé est capturé par un vecteur de variables indicatrices pour les questions sur la santé (listées dans le tableau 3). Les résultats sont qualitativement similaires à ceux présentés dans le tableau 7.

Nous constatons que l'argent envoyé par les migrants dans leur famille augmente le recours aux soins. Ce résultat est étonnant : une mauvaise santé induit de plus grandes dépenses médicales, et donc une diminution de l'argent envoyé. En effet, les sommes transférées par les migrants réduisent leur revenu net. À cause de cette baisse de revenus, nous pourrions donc attendre une réduction des dépenses de santé.

L'assurance médicale n'a aucun effet positif significatif sur l'utilisation de soins médicaux. En contrôlant seulement par les variables démographiques et le niveau de santé, nous n'observons aucun effet de l'assurance sur le recours aux soins médicaux ; en contrôlant par le revenu et les transferts d'argent (tableau 7, colonne 5), nous obtenons même un effet négatif significatif. À première vue, ce résultat est inquiétant. L'objectif de l'assurance médicale est en effet d'améliorer l'accès aux soins médicaux.

Dans la deuxième partie, nous signalions l'existence éventuelle d'un biais de sélection dans les données, à cause, entre autres, d'aspects financier et social (accentué par l'existence du *hukou* et ses conséquences). Tester ce biais de sélection revient à tester l'exclusion des migrants des services médicaux.

Bénéficier d'une assurance ne signifie pas être bien protégé. Le niveau de couverture peut changer selon le type de soins médicaux et la gravité de la maladie. En Chine, la couverture est souvent réduite. De ce fait, tant que les migrants

considèrent que leur santé ne les empêche pas de travailler, ils tendent à ignorer les problèmes. Quand la situation se dégrade, ils réagissent, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils iront consulter un médecin sur leur lieu de travail ; ils peuvent choisir de partir de la ville par exemple, pour retourner dans leur village, le lieu défini par leur *hukou*. Dans un tel cas, ils peuvent alors profiter du soutien familial dans leur village, ainsi que bénéficier d'une assurance médicale sur place, le NSCM. Il faut se souvenir que les migrants ne peuvent réclamer les prestations de l'assurance publique qu'à l'endroit où ils sont enregistrés. Ils sont exclus du programme de santé instauré pour les citoyens urbains ayant le « bon » *hukou* dans la ville où ils travaillent⁽²⁰⁾. Notre enquête étant menée sur le lieu de travail, les migrants qui ont quitté la ville, leur lieu de travail, par définition, n'ont pas été interviewés.

Les migrants peuvent choisir de quitter leur lieu de travail en cas de problème important de santé. Toutefois, un autre facteur peut les dissuader de quitter la ville. Comme nous l'avons expliqué, le système de santé chinois est organisé de telle sorte que la qualité des hôpitaux varie avec le niveau d'urbanisation, les villes offrant des soins plus élaborés. Si les problèmes de santé deviennent graves⁽²¹⁾, rester en ville peut être une meilleure option pour les migrants, car cela leur donne accès à des soins médicaux appropriés. De plus, le montant de l'aide au paiement des soins peut être conséquent pour les maladies plus graves. En effet, dans ces cas-là, les municipalités ou les entreprises dans lesquelles travaillent les migrants peuvent fournir des aides financières, quel que soit le *hukou*.

Nous proposons donc deux modèles en fonction de la gravité des problèmes de santé. Puisque les indices de santé ne prennent pas en compte les problèmes plus mineurs, un modèle (Modèle A) s'intéresse aux migrants ayant des problèmes de santé ne nécessitant pas des soins de haut niveau de technologie/qualité, c'est-à-dire ne requérant pas un hô-

18. Hugh R. Waters, « Measuring equity in access to health care », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 4, 2000, p. 599-612.

19. Nous avons également des données sur la propriété des entreprises (entreprises d'État, coentreprises, entreprises privées chinoises, et entreprises étrangères). Mais ces variables ne sont pas de bonnes candidates. En effet en Chine, la propriété des entreprises est corrélée avec l'accès aux soins médicaux. Les entreprises d'État ont souvent des accords avec certains hôpitaux (avec les hôpitaux militaires par exemple, qui sont en général de meilleure qualité), indépendamment de toute souscription à un programme d'assurance.

20. Certains travaux sur les zones rurales suggèrent que les migrants retournent dans leur village quand ils ont besoin de soins médicaux. Nansheng Bai et Yupeng He, « Huiliu haishi waichu – Anhui Sichuan ersheng nongcun waichu laodongli huiliu yanjiu », *art. cit.*, 2002 ; Z. Q. Zhang *et al.*, « Return Migration of Rural Labourer from Western China : Causes and Strategies », *art. cit.*, 2007.

21. Lorsque la maladie est grave.

Tableau 8. Consommation de santé en cas de maladie grave (Modèle B)

	(1) Probit	(2) Probit	(3) Probit	(4) Probit	(5) Probit	(6) Modèle par variable instrumentale
Sexe	0,543* (0,318)	0,555* (0,321)	0,705** (0,334)	0,848** (0,352)	0,852** (0,352)	0,852** (0,339)
Age (30-40 ans)	1,271*** (0,364)	1,292*** (0,369)	1,220*** (0,378)	0,905** (0,428)	0,905** (0,429)	1,008** (0,414)
Plus de 40 ans	0,950** (0,462)	0,983** (0,464)	0,722 (0,480)	0,874 (0,545)	0,877 (0,544)	1,021** (0,514)
Collège	0,730* (0,436)	0,805* (0,443)	0,713 (0,458)	0,536 (0,488)	0,544 (0,488)	0,702 (0,479)
Lycée	1,069** (0,532)	1,032* (0,533)	1,133** (0,551)	0,903 (0,576)	0,922 (0,573)	0,939* (0,561)
Université	1,648 (1,254)	1,324 (1,224)	1,888 (1,271)	1,678 (1,272)	1,671 (1,273)	1,714 (1,277)
Log (revenu)	0,771* (0,403)	0,755* (0,403)	0,906** (0,436)	0,986** (0,467)	0,996** (0,467)	0,740 (0,457)
Log (transfert d'argent)	-0,0272 (0,0394)	-0,0236 (0,0398)	-0,0336 (0,0406)	-0,0371 (0,0432)	-0,0363 (0,0432)	-0,0469 (0,0414)
Assurance médicale	0,357 (0,393)	0,0620 (0,421)	0,851* (0,453)	0,913* (0,478)	0,892* (0,474)	0,919* (0,530)
NSCM			-0,124 (0,383)	-0,130 (0,410)		-0,0702 (0,384)
Construction			0,471 (0,695)	0,546 (0,719)	0,550 (0,720)	0,380 (0,687)
Manufacture			-0,186 (0,449)	-0,224 (0,479)	-0,226 (0,479)	0,00424 (0,446)
Entreprise d'Etat			1,311** (0,582)	1,274** (0,588)	1,257** (0,585)	0,797 (0,549)
Entreprise collective			0,267 (0,599)	0,292 (0,618)	0,287 (0,618)	0,294 (0,573)
Entreprise à capitaux étrangers et JV			-0,622 (0,469)	-0,431 (0,493)	-0,434 (0,493)	-0,657 (0,495)
Contrat à durée déterminée				-0,200 (0,344)	-0,180 (0,338)	-0,315 (0,352)
Dépenses d'habillement				0,545 (0,405)	0,551 (0,404)	0,607 (0,390)
Dépenses de transport				-1,628** (0,783)	-1,619** (0,781)	-1,464** (0,669)
Dépenses d'éducation				0,543 (0,448)	0,542 (0,448)	0,305 (0,432)
Dépenses de logement				0,227 (0,329)	0,224 (0,329)	0,0628 (0,322)
Personnes connues				0,274 (0,410)	0,262 (0,409)	0,322* (0,166)
Sentiment d'intégration sociale				0,529* (0,319)	0,531* (0,318)	0,473* (0,256)
Assurance*Dalian		2,071** (1,041)				
Nombre de provinces	5	5	5	5	5	5

Notes : La référence est ici les migrants illettrés ou d'un niveau d'éducation d'école primaire, travaillant dans les services, et dans une grande entreprise privée chinoise. La variation à l'intérieur d'un même statut de santé est contrôlée par le vecteur de variables indicatrices pour chacune des questions de santé. Les écart-types des coefficients estimés figurent entre parenthèses. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. La variable instrumentale de la colonne (6) est l'assurance médicale.

pital urbain ; le deuxième modèle (Modèle B) prend en compte les migrants présentant des problèmes de santé très graves⁽²²⁾. Aucune variable ne permet d'identifier les migrants qui pourraient quitter la ville pour des raisons de santé. Toutefois, nous savons que pour l'échantillon de la population ayant de très graves problèmes de santé à une probabilité moindre d'avoir un biais d'attrition des données (une sous-catégorie de la population absente de nos données) que l'échantillon ayant des problèmes de santé pouvant être traités hors des zones urbaines. Comparer les résultats des migrants en fonction de la gravité de leurs problèmes de santé nous permet d'étudier la présence d'un biais de sélection.

Le recours aux soins médicaux : un comportement dépendant de l'état de santé

Nous présentons les résultats selon l'indice de Fan⁽²³⁾. Des variations dans l'état de santé peuvent néanmoins subsister au sein d'un même niveau d'indice. Nous contrôlons donc par les variations internes de l'état de santé grâce au vecteur des six variables pour chacune des six questions sur la santé des Modèles A et B. En fait, les résultats ne sont pas sensibles à l'inclusion de ce vecteur dans les régressions. Par ailleurs, les résultats peuvent être influencés par le caractère endogène de l'effet de l'assurance médicale sur le recours aux soins. Comme nous l'avons expliqué, nous avons résolu ce problème en utilisant une méthode à variables instrumentales. Les résultats de cette estimation sont présentés dans la colonne 6 de chaque tableau.

Que penser de l'éventuel effet endogène de l'assurance rurale, appelé NSCM, sur le recours aux soins en ville ? En Chine, le système d'assurance est associé à un lieu. Les migrants ne peuvent pas transférer leurs prestations d'assurance vers une autre localité. Le NSCM est associé au village défini par le *hukou*. Sa souscription peut donc avoir un effet sur la décision de rentrer au village, mais elle ne remplace pas le système d'assurance des villes. Nous nous intéressons à la ville d'emploi (lieu où l'enquête a été menée), la souscription au NSCM n'a *a priori* pas d'effet sur la dépense de soins pour ceux restés à leur lieu de travail quelque soit leur état de santé⁽²⁴⁾.

L'exclusion des migrants de l'accès aux soins médicaux

Les colonnes 1 et 3 du tableau 8 présentent les résultats du Modèle B. En ce qui concerne les variables démogra-

phiques, l'âge est positivement associé à l'accès aux soins, et les femmes migrantes ont un meilleur accès que les hommes. Pour contrôler par la pénibilité du travail, nous incluons des variables représentant le secteur d'activité et le type d'entreprise. Seul le fait de travailler dans une entreprise d'État a un effet sur le recours aux soins. Avant les réformes économiques, tous ceux qui travaillaient dans des entreprises d'État bénéficiaient d'une couverture de santé complète. La situation est aujourd'hui moins claire, car cet accès s'est progressivement détérioré et les migrants n'ont en général pas accès à cette assurance. Cependant, l'accès aux soins étant devenu un enjeu important, ces entreprises ont été incitées à aider les migrants souffrant de sérieux problèmes de santé. Le niveau de revenus influence donc le recours aux soins. Plus le revenu est faible, moins les migrants sont susceptibles d'utiliser des soins. La situation financière est un déterminant de l'exclusion des migrants.

Nous nous concentrons ici sur les migrants les plus malades. Le comportement optimal est pour eux de rester en ville afin de bénéficier des soins d'hôpitaux de meilleure qualité. Tout d'abord, nous constatons que l'éducation, l'argent envoyé aux familles et l'assurance médicale jouent tous le rôle attendu : l'éducation augmente l'accès aux soins ; l'argent envoyé aux familles rurales a un impact négatif sur l'utilisation de soins ; et l'assurance influence positivement et significativement le recours aux soins. Ainsi, sur le panel pour lequel nous pensons que la sélection ne pose pas de problème, nous obtenons les corrélations attendues.

Le tableau 9 présente les résultats du Modèle A. Ici, l'éducation a un effet négatif et significatif sur l'accès aux soins. Avec le Modèle B, nous constatons au contraire que l'éducation avait un rôle positif et significatif. Compte tenu de l'éventuel effet de sélection, lorsque les migrants ont des problèmes de santé mineurs, plus leur niveau d'éducation est élevé, plus il est probable qu'ils retourneront dans leur village. Ceux qui ne quittent pas la ville où ils sont employés sont ceux qui ne sont pas exclus du système de santé, pour une raison que nous n'avons pas encore identifiée⁽²⁵⁾, ou ceux qui ne peuvent pas partir, peut-être pour des raisons fi-

22. Nous avons envisagé plusieurs seuils pour définir les Modèles A et B. Nous avons utilisé le troisième quartile et le neuvième décile de la variable *Santé1* ; ils produisent tous deux des résultats très similaires. Les résultats présentés ici se rapportent au troisième quartile.

23. Nous avons également envisagé un indice non pondéré, mais les résultats sont identiques.

24. Les résultats sans l'indice du NSCM restent inchangés. Ils sont disponibles à la demande. Comme nous l'avons souligné, l'assurance médicale fait ici référence à la souscription à une assurance médicale dans la ville d'emploi.

25. Nous présentons les déterminants dans la partie suivante.

Tableau 9. L'utilisation des soins médicaux en cas de mauvaise santé (Modèle A)

	(1) Probit	(2) Probit	(3) Probit	(4) Probit	(5) Probit	(6) Modèle par variable instrumentale
Sexe	0,229** (0,108)	0,227** (0,108)	0,241** (0,109)	0,146 (0,113)	0,145 (0,113)	0,100 (0,107)
Age (30-40 ans)	0,233* (0,124)	0,232* (0,124)	0,210* (0,125)	0,00881 (0,137)	0,00905 (0,137)	0,00515 (0,131)
Plus de 40 ans	0,370** (0,172)	0,370** (0,172)	0,305* (0,175)	0,228 (0,183)	0,233 (0,183)	0,327* (0,174)
Collège	-0,350* (0,180)	-0,351* (0,180)	-0,355** (0,181)	-0,481*** (0,187)	-0,482*** (0,187)	-0,456** (0,179)
Lycée	-0,344* (0,199)	-0,345* (0,199)	-0,337* (0,200)	-0,461** (0,206)	-0,459** (0,206)	-0,474** (0,199)
Université	0,133 (0,356)	0,132 (0,356)	0,103 (0,358)	0,0162 (0,364)	0,0160 (0,364)	0,0478 (0,353)
Log (revenu)	0,372** (0,150)	0,371** (0,150)	0,329** (0,154)	0,121 (0,164)	0,118 (0,164)	0,103 (0,158)
Log (transferts d'argent)	0,0385*** (0,0136)	0,0385*** (0,0136)	0,0396*** (0,0137)	0,0494*** (0,0141)	0,0494*** (0,0141)	0,0482*** (0,0133)
Assurance médicale	-0,308** (0,120)	-0,314** (0,126)	-0,305** (0,125)	-0,338*** (0,130)	-0,336*** (0,130)	-0,133* (0,076)
NSCM			0,0958 (0,128)	0,0596 (0,130)		0,00852 (0,123)
Construction			0,472** (0,218)	0,561** (0,223)	0,566** (0,223)	0,622*** (0,220)
Manufacture			0,171 (0,151)	0,161 (0,154)	0,166 (0,154)	0,210 (0,146)
Entreprise d'Etat			0,0239 (0,181)	0,0135 (0,185)	0,0156 (0,185)	-0,0173 (0,181)
Entreprise collective			0,192 (0,218)	0,119 (0,222)	0,118 (0,222)	0,115 (0,210)
Entreprise à capitaux étrangers et JV			0,107 (0,182)	0,0903 (0,186)	0,0830 (0,185)	-0,102 (0,188)
Contrat à durée déterminée				-0,0655 (0,117)	-0,0668 (0,117)	-0,151 (0,112)
Dépenses d'habillement				-0,191 (0,136)	-0,192 (0,136)	-0,214* (0,128)
Dépenses de transport				-0,503*** (0,187)	-0,506*** (0,187)	-0,460*** (0,176)
Dépenses d'éducation				-0,461*** (0,152)	-0,458*** (0,152)	-0,417*** (0,146)
Dépenses de logement				-0,376*** (0,119)	-0,377*** (0,119)	-0,386*** (0,114)
Personnes connues				0,380*** (0,133)	0,384*** (0,133)	0,372*** (0,125)
Sentiment d'intégration sociale				0,0633 (0,111)	0,0614 (0,110)	0,0234 (0,105)
Assurance*Dalian		0,0654 (0,401)				
Nombre de provinces	5	5	5	5	5	5

Notes : La référence est ici les migrants illettrés ou d'un niveau d'éducation d'école primaire, travaillant dans les services, et dans une grande entreprise privée chinoise. La variation à l'intérieur d'un même statut de santé est contrôlée par le vecteur de variables indicatrices pour chacune des questions de santé. Les écart-types des coefficients estimés figurent entre parenthèses. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. La variable instrumentale de la colonne (6) est l'assurance médicale.

nancières ou par manque de soutien familial au village. Le terme de migrants « flottants » est parfois exagéré : certains n'ont plus aucun contact avec leur village d'origine.

Les transferts d'argent vers les familles ont un effet positif et significatif sur les soins, que l'on ne trouve pas dans le Modèle B. Nous pensons que ce résultat est un reflet de la sélection. Les migrants qui envoient de l'argent sont ceux qui ont maintenu le lien avec leur village natal. Il s'agit donc de ceux qui quittent leur lieu de travail lorsque leur santé devient trop mauvaise. Cet effet de sélection crée donc un panel avec un faible pourcentage de migrants présentant à la fois un recours aux soins et des transferts d'argent. Le revenu jouant un grand rôle positif dans l'utilisation de soins, ceux qui n'ont pas recours aux soins sont les plus pauvres, quel que soit le montant de leurs transferts d'argent.

L'assurance médicale a un effet négatif significatif sur le recours aux soins. Ce résultat peut également être considéré comme une conséquence de la sélection. Dans le Modèle B, l'assurance médicale a un effet positif. Ce résultat suggère que le niveau de couverture pour les migrants dans leur ville de travail n'est pas suffisant pour leur permettre de s'y faire soigner. Les migrants qui peuvent se permettre de retourner chez eux, et qui ont encore des contacts dans leur village, préfèrent alors rentrer.

De plus, le tableau 5 montrait que le pourcentage de migrants bénéficiant d'une assurance à Dalian était environ trois fois plus élevé que dans les autres villes, et que les dépenses moyennes de santé à Dalian étaient environ 80 % plus élevées qu'ailleurs. Pourtant, les migrants ont moins recours aux services de santé à Dalian que dans les autres villes. Pour contrôler un éventuel effet spécifique à Dalian, nous ajoutons une variable d'interaction entre l'indice représentant le fait d'être migrant à Dalian, et le fait d'être assuré. Ajouter un effet spécifique à Dalian ne change pas les résultats. De même, tous les modèles ont été ré-estimés en retirant les observations provenant de la ville de Dalian. Les résultats obtenus sont similaires à ceux présentés dans cet article.

Le biais de sélection apparaît donc clairement. L'assurance médicale et l'éducation ont un effet négatif sur le recours aux soins, alors que les envois d'argent entraînent une plus grande utilisation de soins médicaux. Ces résultats sont contre-intuitifs et sont opposés à ceux du Modèle B. Repris sous l'angle du biais de sélection, ces résultats ont en revanche un sens. Dû au biais d'attrition des données (une sous-catégorie de la population absente de nos données), le sous-panel de migrants utilisant des soins médicaux se compose alors de ceux n'ayant pas pu ou choisi de quitter la ville,

lieu de leur emploi. Nos résultats empiriques démontrent l'exclusion pour raisons financières : les migrants ne peuvent pas ni se payer des soins c'est-à-dire avoir accès aux soins, ni financièrement quitter la ville pour un éventuel retour au village ce qui leur aurait permis de profiter de l'assurance rurale NSCM et du soutien de leur proche. Les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les migrants en mauvaise santé seraient exclus des soins offerts dans les villes. À titre illustratif, sur le sous-échantillon des migrants gravement malades, c'est à dire ayant une forte incitation à rester en ville, le revenu moyen est de 1 014 RMB et la médiane est de 900 RMB. Sur l'échantillon des individus ayant des incitations fortes à quitter leur lieu de travail, la ville, le revenu moyen est de 935 RMB et la médiane est de 800 RMB. On observe donc que les travailleurs migrants sont relativement plus pauvres quand on considère l'échantillon où une sous-catégorie de la population absente des données.

L'intégration dans la ville

Dans le Modèle B, le panel est composé d'individus ayant des problèmes de santé limitant leur capacité de travail. Ainsi, leur recours aux soins peut être interprété comme un accès aux soins⁽²⁶⁾. Nous ajoutons maintenant au modèle des indices représentant l'intégration dans la ville (dans les colonnes 4 et 6 des tableaux 8 et 9). L'enquête comprend différentes questions sur les conditions de vie. Nous utilisons les dépenses d'habillement, de transport, de logement et d'éducation comme variables proxy des conditions de vie. En ce qui concerne l'éducation, la présence de ces dépenses signifie qu'un enfant vit avec le migrant. En Chine, la majorité des enfants de migrants restent dans les zones rurales avec leurs grands-parents, à la fois pour des raisons financières, et parce que, à cause du *hukou*, ils ne peuvent pas être scolarisés dans les écoles publiques en ville. Les individus n'ont accès aux services publics que dans la ville de leur permis de résidence. Les enfants ne peuvent fréquenter l'école publique que sur leur lieu d'enregistrement ; ainsi, les enfants de migrants qui vivent avec leurs parents doivent être scolarisés dans des écoles privées. Outre les frais d'inscription, les familles doivent payer des taxes supplémentaires car elles n'ont pas le bon *hukou*. Les dépenses d'éducation sont donc un bon proxy des conditions de vie. De même, dépenser de l'argent pour les transports est très révélateur du niveau de vie. En Chine, les migrants en situation extrême n'ont pas de logement. Ils vivent dans des tentes ou des ba-

26. Hugh R. Waters, « Measuring equity in access to health care », *art. cit.*

raquements à proximité de leur lieu de travail. Ainsi, les dépenses de transport suggèrent que les migrants vivent dans de meilleures conditions. Les dépenses d'éducation et de transport sont donc des indicateurs de l'intégration dans la ville.

Dans le Modèle B (tableau 8), toutes les dépenses ont un effet positif sur l'accès aux soins, sauf les dépenses de transport. Comme nous l'avons signalé, les migrants ayant des dépenses de transport sont plus susceptibles d'avoir un vrai logement qu'une tente ou un préfabriqué proche de leur lieu de travail. Cependant, les dépenses de transport réduisent nécessairement le revenu disponible des migrants (aller travailler entraîne des frais de transport). En contrôlant par le revenu, la nature du travail et les autres types de dépenses, cela peut expliquer l'effet négatif de ces dépenses de transport. Nous avons également introduit des variables de contrôle pour la nature du contrat de travail et la possession de biens durables tels qu'une moto, un vélo, un lecteur de VCD/DVD, une télévision, une machine à laver, un téléphone portable, un four ou un four à micro-ondes, un réfrigérateur, une cuisinière à gaz, un ordinateur. En contrôlant par le capital social et les dépenses, ces nouvelles variables n'ont aucun impact sur l'accès aux soins. Nous disposons également d'informations sur la structure familiale, mais celle-ci n'a pas non plus d'effet sur l'accès aux soins des migrants⁽²⁷⁾.

En ce qui concerne les réseaux sociaux, nous utilisons des informations sur la présence de réseaux, le nombre de connaissances ou d'amis, et la façon dont le migrant a trouvé son emploi. Avoir des amis ou des connaissances ne garantit pas une meilleure situation socio-économique, mais les amis ou les connaissances peuvent apporter leur aide en cas de détérioration de l'état de santé. Les réseaux sociaux représentent donc une raison de rester en ville malgré le *hukou*, qui est une incitation législative à partir, et quelle que soit la santé de l'individu. L'intégration sociale a un effet très significatif sur l'accès aux soins, avec un effet marginal d'environ 60 %. Nous remarquons également que les amis et les connaissances agissent comme un facteur positif significatif dans l'accès aux soins, avec un effet marginal de 67,3 %.

Dans le panel sélectionné, le réseau social explique donc en partie le recours aux soins. Dans le Modèle A, nous constatons qu'avoir des amis ou des connaissances agit comme un facteur positif significatif dans le recours aux soins. Dans le Modèle B, l'effet marginal des réseaux sociaux est de 45 %. L'un des principaux résultats de cet article est donc l'importance du réseau et du capital social dans l'accès aux soins pour les travailleurs migrants. Les réseaux sont donc un dé-

terminant de l'accès aux soins et permettent aux migrants d'avoir accès aux soins malgré leur *hukou*.

Conclusion

Cet article utilise des données issues de l'Enquête sur l'état de santé et la situation socio-économique des travailleurs migrants d'origine rurale de 2006, couvrant cinq villes de Chine : Chongqing, Dalian, Shanghai, Shenzhen, et Wuhan. Ces cinq villes font partie des plus industrialisées du pays, et ce sont elles qui accueillent le plus de travailleurs migrants. Elles représentent cinq régions géographiques ayant des caractéristiques économiques distinctes. À partir de ces données, les résultats révèlent deux facteurs d'exclusion : un facteur financier (le revenu) et un facteur social (les réseaux sociaux en ville). Nous présentons de nouveaux éléments sur les déterminants du recours aux soins pour les travailleurs migrants. Alors que le soutien financier est, comme prévu, l'un des facteurs clés, le réseau social et le sentiment d'être socialement intégré en sont un autre. Les réseaux sociaux peuvent donc contribuer à lutter contre l'exclusion de l'accès aux soins.

L'âge, et le fait d'être une femme, augmentent le besoin de soins médicaux. La propension à recourir aux soins est plus importante chez les migrants employés dans des entreprises d'État. Le transfert d'argent vers les familles rurales a un effet négatif sur la propension à recourir aux services médicaux. Enfin, l'éducation et l'assurance médicale incitent aux soins.

Nous montrons que le revenu est un facteur d'exclusion aux soins dans les villes, lieu de travail des migrants. Cette exclusion est accentuée par le besoin d'un soutien de proches en cas de soins hospitaliers et par le *hukou*, qui définit le périmètre de l'assurance de santé rurale. La Chine ne dispose d'aucun système national d'assurance médicale. Le droit à une assurance médicale et aux autres bénéfices sociaux dépend du système d'enregistrement de résidence, le *hukou*. Les individus ne sont supposés réclamer des prestations de santé que sur le lieu défini par le *hukou*. Ce facteur législatif accentue l'exclusion des migrants des services de santé dans la ville où ils travaillent. De plus, dans les hôpitaux chinois, la famille et les proches jouent un rôle crucial durant le traitement, puisque les hôpitaux ne fournissent que le minimum pour se loger et se nourrir. Lors d'une hospitalisation, les proches doivent être présents pour aider le patient durant

27. Nous ne présentons pas les résultats contrôlant par « la manière dont le migrant a obtenu son travail », la structure familiale, et la possession de biens durables, car aucun des coefficients estimés n'était significatif, et leur inclusion n'apportait aucun changement aux autres résultats.

ses repas ou pour lui faire suivre son traitement, sans parler de l'impact psychologique du soutien familial dans la guérison. La présence de proches est donc un facteur important dans la guérison des individus.

Ces éléments poussent alors les migrants à quitter les villes, expliquant le biais d'attrition observé. Cependant, ces incitations à quitter la ville en cas de problème de santé sont atténuées par l'organisation du système de santé : en Chine, la qualité des hôpitaux dépend en effet du niveau d'urbanisation, les villes offrant les meilleurs soins. Les individus souffrant de maladies graves auront accès à une qualité de soins appropriée dans un hôpital urbain : rester en ville peut alors être la meilleure option. Dans cet article, nous distinguons donc deux modèles d'utilisation de soins en fonction de la gravité des problèmes de santé. Pour un état de santé entravant leur capacité de travail, les migrants doivent arbitrer entre rester en ville et subir le coût des soins (sans bénéficier de l'assurance rurale NSCM ni du soutien de proche rester dans leur village natale) et quitter la ville. Lorsque la dégradation de l'état de santé nécessite un niveau d'équipement et de qualité des hôpitaux ne pouvant être obtenu qu'en ville, les travailleurs migrants ont alors une plus grande incitation à rester dans leur lieu de travail.

Outre les permis de résidence et les revenus, nous montrons enfin que les réseaux sociaux (les amis ou les connaissances) sont des déterminants significatifs de l'accès aux soins médicaux. Cela souligne l'importance des réseaux des migrants dans l'accès aux soins. Le sentiment d'intégration sociale a aussi un effet positif marqué sur l'accès aux soins des travailleurs migrants en mauvaise santé. L'intégration sociale semble donc être un facteur clé de l'accès aux soins. Mais qu'en est-il de ceux qui ne peuvent pas se permettre de rentrer chez eux, et de ceux qui n'ont plus de contacts dans leur village ? Devraient-ils rester hors du système de santé dans la ville où ils sont employés, sans aucune autre option ? Cibler cette population nous permettra de définir sa spécificité (s'agit-il des plus jeunes, des moins jeunes, des femmes ?) et d'établir une politique d'accès aux soins appropriée.

Dans cet article, nous utilisons des données sur des migrants sélectionnés en fonction de leur unité de travail. Ces migrants ont des emplois officiels, une situation stable et non critique. L'étude ne couvre pas la population des migrants les plus défavorisés. Nos résultats présentent donc une image bien moins critique que la réalité. Cependant, même dans ce tableau plus positif, la présence de situations difficiles démontre que l'élaboration d'une politique de santé adaptée et efficace devrait être une priorité.

Pour être efficace, cette politique se concentrerait sur l'amé-

lioration de l'intégration sociale des migrants dans la ville où ils travaillent. Il faudrait renforcer leur capital social en élargissant leurs réseaux. Les comités de résidents pourraient être le parfait vecteur d'une telle politique. Ces comités sont présents à l'échelon du quartier dans les zones urbaines, et permettent de gérer les affaires du quartier et les interactions entre l'État et les citoyens. Les migrants n'ont pas toujours été bien intégrés dans ces comités, même s'ils ont un « vrai » logement. Encourager les comités à inclure les migrants pourrait donc être un bon moyen d'améliorer l'accès des migrants aux soins médicaux.

Nous avons démontré l'importance de l'intégration pour l'accès des migrants aux soins. Cependant, nous n'avons pas expliqué le mécanisme conduisant à ce résultat. Il serait intéressant de déterminer la façon dont l'intégration influence l'accès aux soins : est-ce grâce à une meilleure information ? Ou grâce aux interactions avec des travailleurs locaux qui modifieraient le comportement des travailleurs migrants ? Il est aussi important de savoir si ce processus d'intégration influence seulement l'accès aux soins ou s'il touche également d'autres domaines de la vie, comme l'éducation des enfants. •

• Traduit par Séverine Bardon