



HAL
open science

Conditions d'applications du concept de micro-assurance et réassurance sociale en milieu rural en Chine

Fang Peng Peng-Wan

► **To cite this version:**

Fang Peng Peng-Wan. Conditions d'applications du concept de micro-assurance et réassurance sociale en milieu rural en Chine. Médecine humaine et pathologie. Université Claude Bernard - Lyon I, 2009. Français. NNT : 2009LYO10352 . tel-00657877

HAL Id: tel-00657877

<https://theses.hal.science/tel-00657877>

Submitted on 9 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre : 352-2009

Année : 2009

THESE

Présentée devant

l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

pour l'obtention du

DIPLOME DE DOCTORAT

(arrêté du 7 août 2006)

Présentée et soutenue publiquement le

21 décembre 2009

par

Fang PENG - WAN

**CONDITIONS D'APPLICATIONS DU CONCEPT DE
MICRO-ASSURANCE ET REASSURANCE SOCIALE EN
MILIEU RURAL EN CHINE**

Directeur de thèse : Professeur Jean-Paul Auray

Membres du JURY

Président du jury :

Professeur Michel LAMURE

Directeur de thèse :

Professeur Jean-Paul AURAY

Rapporteur :

Professeur Dominique BEGUE

Rapporteur :

Professeur Ariel BERESNIAK

Invité :

Professeur associé David DROR

CONDITIONS D'APPLICATIONS DU CONCEPT DE MICRO-ASSURANCE ET REASSURANCE SOCIALE EN MILIEU RURAL EN CHINE

Résumé : Le paiement des frais hospitaliers par les patients est une raisons majeures de pauvreté en Chine, notamment en milieu rural en Chine. Afin d'améliorer l'efficacité et l'égalité de financement des soins de santé en milieu rural en Chine ; on va faire une étude de faisabilité concernant la mise en place de la micro-assurance sociale ainsi que la réassurance en milieu rural en Chine.

Cette thèse est composée de quatre parties. La première partie est la recherche de la problématique et le justificatif de l'étude. La deuxième partie est consacrée à la présentation générale de la situation sanitaire en Chine, y compris l'assurance maladie en Chine, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain. Dans la troisième partie, une étude des conditions d'application de la micro-assurance médicale en milieu rural a été faite. Enfin, on va envisager un système de réassurance sociale pour la micro-assurance qui pourrait être créée. Selon les cotisations calculées et la disposition à payer moyenne, on peut dire que la mise en place de la micro-assurance en milieu rural serait faisable.

Mots clé : Situation sanitaire, Micro-assurance, réassurance, santé, disposition à payer, Chine

CONDITIONS OF APPLYING THE CONCEPT OF SOCIAL MICRO-INSURANCE AND REINSURANCE IN RURAL CHINA

Summary: The payment of hospital fees by patients is a major reason for poverty in China, especially in rural China. To improve the effectiveness and equity of healthcare financing in rural China, we'll make a feasibility study for the establishment of micro-insurance and reinsurance in rural China.

This thesis is composed of four parts. The first part researches the problematic and the justification of this study. The second part is to present the general health situation in China, including health insurance in China, whether rural or urban. In the third part, a study on the application conditions of micro-health insurance in rural areas has been made. Finally, we will consider a system of social reinsurance for micro-insurance that could be created.

According to the contribution calculated and the average willingness to pay, we can say that the establishment of micro-insurance in rural areas would be feasible.

Key words: Health situation, Micro-insurance, reinsurance, health, willingness to pay, China

Adresse : Méthodes et Algorithmes pour l'Aide à la Décision
Université Lyon 1 – Claude Bernard
43, Bd. Du 11 novembre 1918
69622 Villeurbanne CEDEX

Téléphone : +33 (0)6.26.56.04.60

E-mail : pengandwan@yahoo.fr

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université

Vice-président du Conseil Scientifique

Vice-président du Conseil d'Administration

Vice-président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

Secrétaire Général

M. le Professeur L. Collet

M. le Professeur J-F. Mornex

M. le Professeur G. Annat

M. le Professeur D. Simon

M. G. Gay

COMPOSANTES SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est – Claude Bernard

Faculté de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux

UFR d'Odontologie

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine

Directeur : M. le Professeur J. Etienne

Directeur : M. le Professeur F-N. Gilly

Directeur : M. le Professeur D. Bourgeois

Directeur : M. le Professeur F. Locher

Directeur : M. le Professeur Y. Matillon

Directeur : M. le Professeur P. Farge

COMPOSANTES SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Faculté des Sciences et Technologies

UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

Observatoire de Lyon

Institut des Sciences et des Techniques de l'Ingénieur de Lyon

Institut Universitaire de Technologie A

Institut Universitaire de Technologie B

Institut de Science Financière et d'Assurance

Institut Universitaire de Formation des Maîtres

Directeur : M. Le Professeur F. Gieres

Directeur : M. C. Collignon

Directeur : M. B. Guiderdoni

Directeur : M. le Professeur J. Lieto

Directeur : M. le Professeur C. Coulet

Directeur : M. le Professeur R. Lamartine

Directeur : M. le Professeur J-C. Augros

Directeur : M R. Bernard

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement

Monsieur le professeur Jean-Paul AURAY

Je vous remercie pour m'avoir aidé tout au long de ce travail, notamment pour votre exceptionnelle disponibilité et votre rigueur scientifique.

Madame le professeur Dominique BEGUE et Monsieur Ariel BERESNIAK pour avoir accepté de consacrer un temps précieux à la lecture de cette thèse et à la soutenance qu'ils honorent de leur présence.

Monsieur le professeur Gérard DURU

Vous m'avez accueilli au sein de l'Ecole Doctorale Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé. Je vous remercie pour toutes les aides que vous m'avez apportées.

Monsieur Michel LAMURE

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu le plaisir de travailler avec vous lors de ma première et deuxième années d'études médico-économique.

Madame Suzanne BERTRAND de CPU (Coup de Pouce Université, 1 rue Bonald, 69007 Lyon, cpu_accueil@yahoo.fr)

Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer un temps précieux à la relecture de cette thèse et pour vos conseils linguistiques lors de la rédaction de la thèse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE.....	- 3 -
CHAPITRE I : LA PROBLEMATIQUE ET LA JUSTIFICATION DE L'ETUDE- 5 -	
I - 1 Territoire chinois	- 6 -
I - 2 Système administratif chinois.....	- 10 -
I - 3 Population chinoise.....	- 11 -
I - 4 Organisation hospitalière.....	- 12 -
I - 5 La problématique et la justification de l'étude.....	- 13 -
I - 6 Les objectifs.....	- 18 -
CHAPITRE II : LA SITUATION SANITAIRE EN CHINE.....	- 19 -
INTRODUCTION	- 20 -
II - 1 La situation sanitaire en Chine.....	- 21 -
II - 2 La nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement en Chine.....	- 33 -
II - 3 La situation sanitaire en 2007 en Chine.....	- 41 -
II - 4 La comparaison de la situation sanitaire dans les pays du groupe BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine)	- 55 -
CHAPITRE III : APPLICATION DE LA MICRO-ASSURANCE MEDICALE EN MILIEU RURAL EN CHINE	- 58 -
INTRODUCTION	- 59 -
CHAPITRE III_1 : ETUDE DE FAISABILITE	- 60 -
CHAPITRE III_2 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	- 67 -
III_2-1 Définir la démarche de la collecte	- 68 -
III_2-2 Construire les supports de collecte de l'information	- 73 -
III_2-3 Préparer et effectuer la collecte	- 76 -
III_2-4 Transformer les données collectées en données exploitables.....	- 78 -
III_2-4.1 Objectif 1 : Connaître le contexte.....	- 79 -
III_2-4.2 Objectif 2 : Préparer le choix de la population cible	- 79 -
III_2-4.3 Objectif 3 : Préparer le choix des établissements de soins partenaires- 79 -	
III_2-4.4 Objectif 4 : Préparer le choix des services de santé à financer.....	- 86 -

III_2-4.5 Objectif 5 : Préparer le choix des modalités de prise en charge : paiement direct ou tiers payant	- 91 -
III_2-4.6 Objectif 6 : Evaluer le montant des cotisations correspondantes	- 91 -
III_2-4.7 Objectif 7 : Evaluer la disposition à payer de la population cible	- 96 -

CHAPITRE III_3 : DEFINITION DU SYSTEME DE MICRO-ASSURANCE

SANTE	- 114 -
INTRODUCTION	- 115 -
III_3-1 Choisir la population cible	- 116 -
III_3-2 Présélectionner les services de santé à couvrir	- 116 -
III_3-3 Choisir les prestataires de soins partenaires	- 118 -
III_3-4 Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels on va utiliser un mécanisme de tiers payant	- 118 -
III_3-5 Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes	- 119 -
III_3-5.1 Liste des copaiements	- 119 -
III_3-5.2 Calcul de la prime de base	- 122 -
III_3-5.3 Prendre en compte le niveau de cotisation que la population est prête à payer	- 131 -
III_3-5.4 Prime finale selon la cotisation calculée et la disposition à payer (DAP)-	132 -

CHAPITRE IV : L'APPLICATION DE LA REASSURANCE MEDICALE EN MILIEU RURAL EN CHINE

INTRODUCTION	- 136 -
Les méthodes de réassurance	- 140 -
CONCLUSION	- 142 -
BIBLIOGRAPHIE	- 144 -
INDEX DES TABLEAUX	- 147 -
INDEX DES ILLUSTRATIONS	- 150 -
ANNEXE I : CADRE CONCEPTUEL – DEFINITION	- 153 -
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE	- 158 -
ANNEXE III : RESULTATS DETAILLES DU QUESTIONNAIRE	- 162 -
ANNEXE IV : ORGANISATION DU CONSEIL D'ÉTAT	- 177 -

INTRODUCTION GENERALE

Pendant plusieurs décennies, la Chine avait bénéficié d'un système de santé relativement égalitaire, qui essayait de faire la synthèse entre la médecine d'origine occidentale, la médecine traditionnelle et les pratiques populaires. Il avait permis d'élever rapidement l'espérance de vie des Chinois qui est passée de 35 ans en 1949 à 72 ans aujourd'hui [1]. Suite au lancement des réformes économiques et à l'ouverture du marché dans les années 80, le système de santé mis en place par Mao a été démantelé. L'exode rural et la fermeture des entreprises d'état ont été désastreux pour la santé publique en Chine. Un autre système, très inégalitaire en ce qui concerne le coût des frais médicaux et l'accès aux soins, a pris sa place. Il est à l'origine de la détresse et de la mort de bon nombre de chinois pauvres, incapables de payer à l'avance les frais de traitement et d'hospitalisation. L'espérance de vie a fortement ralenti en Chine, et le pays n'est plus à l'abri des catastrophes sanitaires comme le SRAS ou la grippe aviaire.

Cette thèse étudie la situation sanitaire en Chine et analyse la possibilité d'appliquer la micro-assurance et la réassurance sociale en milieu rural en Chine. Elle est composée de trois parties. La première partie est consacrée à la présentation de la situation sanitaire générale de la Chine, y compris l'assurance sanitaire en Chine, que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain. La deuxième partie expose les conditions d'application de la micro-assurance médicale en milieu rural. Enfin, la troisième partie évoque les problèmes de réassurance sociale.

CHAPITRE I :

LA PROBLEMATIQUE ET LA JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, on va expliquer un peu le territoire chinois, le système administratif chinois (par exemple le comité d'Etat) et les problématiques sanitaires chinoises.

I - 1 Territoire chinois

La République populaire de Chine possède officiellement 3 niveaux administratifs : province, district et canton. Dans la pratique, il existe également un niveau préfectoral (qui est un cran en-dessous du niveau provincial) et un niveau communal (sous la juridiction des cantons).

I - 1.1 Niveau provincial

Le gouvernement de la RPC dirige directement 22 provinces, 5 régions autonomes, 4 municipalités et 2 régions administratives spéciales (tableau 1, figure 1).

Les 22 provinces :
Anhui · Fujian · Gansu · Guangdong · Guizhou · Hainan · Hebei · Heilongjiang · Henan · Hubei · Hunan · Jiangsu · Jiangxi · Jilin · Liaoning · Qinghai · Shaanxi · Shandong · Shanxi · Sichuan · Yunnan · Zhejiang
Les 5 régions autonomes : Guangxi · Mongolie-Intérieure · Ningxia · Tibet · Xinjiang
Les 4 municipalités : Pékin · Chongqing · Shanghai · Tianjin
Les 2 régions administratives spéciales : Hong Kong · Macao
Note : le gouvernement de République populaire de Chine considère Taïwan, <i>de facto</i> indépendante depuis 1949, comme la 23 ^e province.

Tableau 1. *Subdivisions de la Chine*

République Populaire de Chine (RPC): Divisions Administratives et Disputes Territoriales

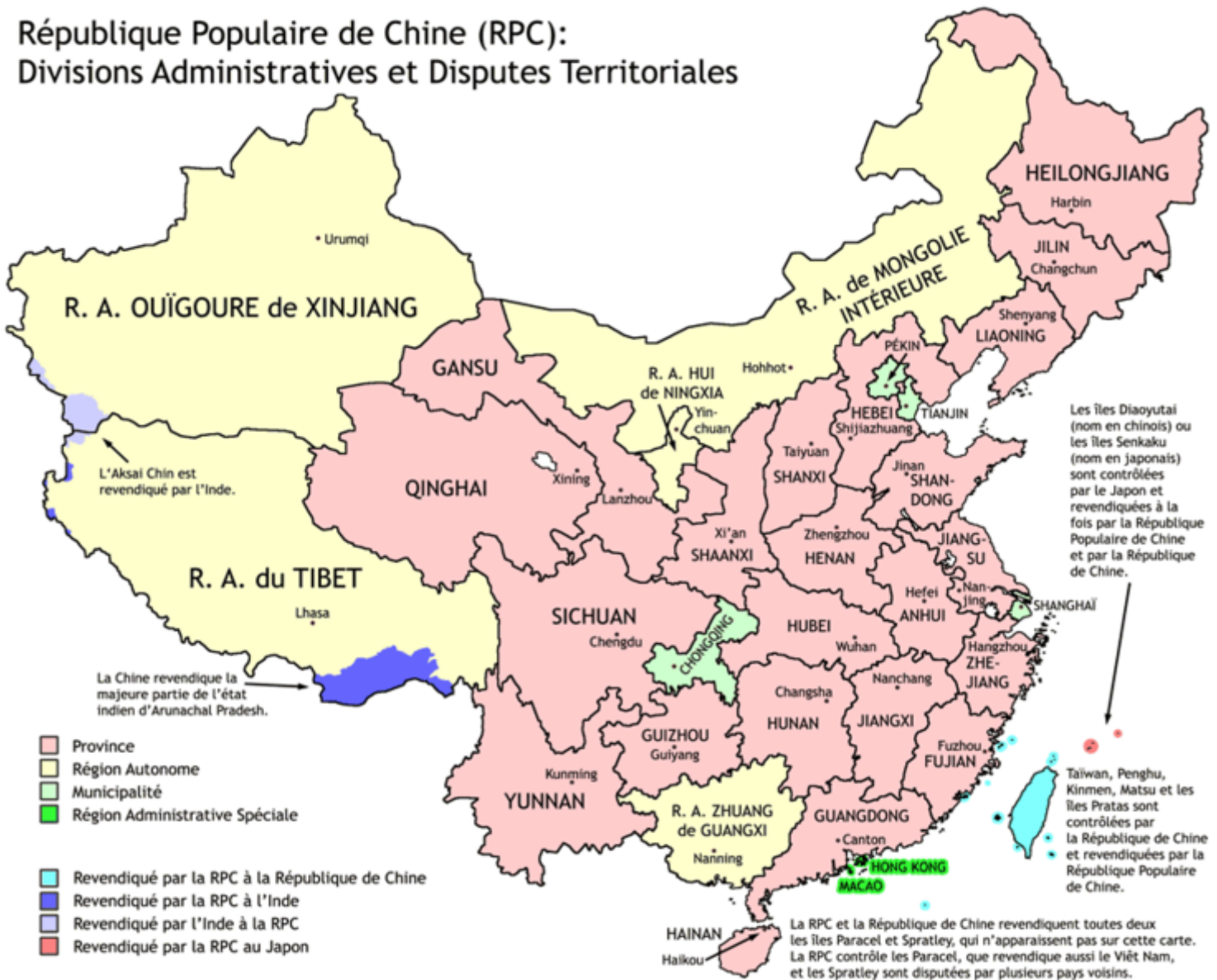


Figure 1. *Divisions administratives chinoises*

Source : http://upload.wikimedia.org/wikipedia/fr/8/87/RP_Chine_administrative.png

I - 1.1.1 Provinces

Les provinces forment la division majoritaire du 1er niveau de l'échelon. Leurs frontières ont été, pour la plupart, établies durant les dynasties Yuan, Ming et Qing. Les modifications apportées depuis concernent surtout le Nord-est de la Chine, à l'arrivée au pouvoir du président Mao Zedong.

Culturellement, les provinces servent de repères aux Chinois. À chaque province sont associés des clichés qui qualifient les habitants, les coutumes, la cuisine locale.

Chaque province est dirigée par un gouverneur.

I - 1.1.2 Région autonome de République populaire de Chine

En République populaire de Chine, les régions autonomes sont des divisions territoriales de niveau provincial dans lesquelles une part importante, mais pas forcément majoritaire, de la population appartient à des minorités ethniques et qui jouissent officiellement d'une bien plus grande autonomie que les provinces ordinaires.

Inspirées des théories et des pratiques soviétiques, elles ont été établies par le gouvernement communiste à partir de 1947 [2]. La constitution actuelle leur donne théoriquement une certaine indépendance financière, économique et administrative. Le président de la région doit appartenir à la nationalité exerçant l'autonomie régionale.

Les régions autonomes sont au nombre de cinq : le Guangxi, la Mongolie-Intérieure, le Ningxia, le Xinjiang et la Région autonome du Tibet.

I - 1.1.3 Municipalité (République populaire de Chine)

En République populaire de Chine, les municipalités au rang de province sont des agglomérations qui ne dépendent plus de la province où elles se situent mais directement de l'autorité centrale. Elles sont composées d'un centre urbain entouré d'une banlieue beaucoup plus grande.

Il existe quatre municipalités : Chongqing, Pékin, Shanghai et Tianjin.

I - 1.1.4 Région administrative spéciale

Une région administrative spéciale, abrégé en RAS, est une dénomination utilisée pour désigner une subdivision politique de la République populaire de Chine (RPC), ayant un statut administratif spécial notamment dans le domaine économique.

Actuellement, la Chine inclut deux RAS :

- Hong-Kong depuis 1997 ;
- Macao depuis 1999.

I - 1.2 Niveau préfectoral

Un cran en-dessous des provinces, se trouve le niveau préfectoral qui regroupe des villes-préfectures (283) ainsi que des préfectures autonomes (30) et des préfectures (17). En Mongolie-Intérieure, il existe également une subdivision du niveau préfectoral, appelée ligue, qui a surtout une valeur symbolique puisque la quasi-totalité des ligues a été remplacée par des villes-préfectures.

Depuis 1983, les villes-préfectures ont progressivement remplacé les autres divisions au niveau préfectoral, devenant aujourd'hui le composant majoritaire.

Toutes ces subdivisions sont dirigées soit par les provinces, soit par les régions autonomes en République Populaire de Chine.

I - 1.2.1 Préfectures

Les préfectures furent, jusque dans les années 1980, la division majoritaire (ce qui explique le nom du niveau). Elles ont presque toutes été remplacées ou converties en villes-préfectures. Il n'en subsiste plus que 17, principalement dans les régions de Xinjiang et du Tibet.

Les préfectures sont dirigées par un bureau d'administration.

I - 1.2.2 Préfectures autonomes

La diversité ethnique de la Chine a conduit, le parti communiste, à créer des préfectures regroupant ces nationalités, voire des districts et cantons. Chacune d'elles profite d'une autonomie supérieure aux autres préfectures.

I - 1.2.3 Villes-préfectures

Il s'agit de la région préfectorale la plus fréquente, on en dénombre 283. Les villes-préfectures sont composées, en général, d'un centre urbain possédant une banlieue rurale. De nombreuses provinces ne contiennent que des villes-préfectures.

I - 1.2.4 Ligues

Les ligues sont équivalentes aux préfectures mais ne se trouvent que dans la région autonome de Mongolie-Intérieure. Quasiment toutes remplacées par les villes-préfectures, il n'en subsiste que trois actuellement.

I - 1.3 Niveaux du district, cantonal et communal

Toutes les régions de rang préfectoral sont découpées, le plus souvent, en district, qui ont donc donné la dénomination « niveau du district ». On dénombre 1464 districts, 117 districts autonomes, 374 villes-districts et 852 districts urbains à travers la Chine. En Mongolie-Intérieure, il y a 49 bannières et 3 bannières autonomes.

Chacune de ces divisions sont constituées de cantons et bourgs (niveau cantonal), eux-mêmes regroupant villages et communautés résidentielles (niveau communal).

- Districts
- Districts autonomes
- Ville de rang de district

- Arrondissement
- Bannières
- Bannières autonomes
 - Cantons
 - Cantons ethniques
 - Bourgs
 - Villages
 - Communautés résidentielles

I - 2 Système administratif chinois

1. Conseil des affaires de l'État de la République populaire de Chine

Le Conseil des affaires de l'État est l'organisme civil administratif principal de la République populaire de Chine. Il est présidé par le Premier ministre et comprend les responsables des agences et départements gouvernementaux. Il y a environ 50 membres au Conseil des affaires de l'État.

2. Organisation

Les membres du Comité permanent du Conseil des affaires de l'État comprennent le Premier ministre, les quatre vices Premiers ministres, cinq conseillers des affaires de l'État et le secrétaire général.

Les vices Premiers ministres et les conseillers des affaires de l'État sont choisis par le Premier ministre, nommés par le Président avec l'approbation de l'Assemblée populaire nationale (APN). Le Premier ministre est choisi et nommé par le président avec l'approbation de l'APN. Les titulaires peuvent exercer deux mandats consécutifs de cinq ans.

Chaque vice premier ministre supervise certains domaines de l'administration. Chaque conseiller effectue les tâches qui lui sont assignées par le Premier ministre. Le secrétaire général est à la tête du Bureau du Conseil des affaires de l'État qui traite les affaires courantes du Conseil d'État.

Chaque ministère supervise un secteur donné. Les commissions établissent et font exécuter les politiques en coordonnant les divers organes administratifs de gouvernement. Les bureaux traitent des affaires courantes. Les bureaux et les administrations sont placés sous les ministères.

Bien que formellement responsable devant l'APN et son Comité permanent dans la conduite d'un grand nombre de fonctions gouvernementales aussi bien au niveau national qu'au niveau local, en pratique l'autorité réelle de l'APN est plutôt limitée, bien que non complètement inexistante.

Le Conseil des affaires de l'État et le Parti communiste chinois sont aussi étroitement liés. La plupart des membres du Conseil des affaires de l'État sont des membres du Parti de haut niveau. Bien que, comme membres du Parti, ils soient supposés suivre les instructions du Parti, parce qu'ils sont des membres influents du Parti, ils ont beaucoup de poids pour définir ces instructions. Ceci donne un système qui est différent de la pratique soviétique qui voulait que le Parti contrôle effectivement l'État. En Chine le Parti et l'État sont fusionnels à ce niveau de gouvernement. Les membres du Conseil des affaires de l'État tirent leur autorité de leur appartenance à l'état, tandis qu'en tant que membres du Parti ils coordonnent leurs activités et participent aux décisions importantes comme la nomination des responsables.

Bien qu'il y eut des essais pour séparer le Parti et l'État à la fin des années 1980 alors que Zhao Ziyang était Premier ministre avec le Parti formulant des politiques et le Conseil des affaires de l'État exécutant ces politiques, ces efforts ont été abandonnés au début des années 1990.

Comme organe administratif principal de gouvernement, les fonctions principales du Conseil des affaires de l'État sont d'édicter les mesures administratives, émettre les décisions et suivre leur mise en œuvre, proposer des lois pour leur ratification par l'APN ou son comité permanent, et préparer le plan et le budget de l'état pour délibération et approbation par l'APN.

Malgré l'incorporation du Ministère de la défense nationale sous l'autorité du Conseil des affaires de l'État, celui-ci ne contrôle pas l'Armée populaire de libération.

I - 3 Population chinoise

A la fin de 2007, la population de la Chine était estimée à 1 321 290 000 de personnes, parmi lesquels :

~ -593 790 000 citadins ou « urbains », soit 44,9% de la population totale.

~ -727 500 000 paysans ou « ruraux », soit 55,1% de la population totale.

Selon les données du Ministère de la santé, la population rurale est actuellement en diminution. Elle représente 55,1% de la population totale en 2007 contre 82,1% en 1978 [3] (voir tableau n° 2).

Année	Taux de population « rurale »
1978	82,1
1980	80,6
1985	76,3
1990	73,6
1995	71,0
2000	63,8
2003	59,5
2005	57,0
2006	56,1
2007	55,1

Tableau 2. Représentation de l'évolution de la population rurale de 1987 à 2007

I - 4 Organisation hospitalière

I - 4.1 Selon le niveau de compétence médicale

Hôpitaux de la Chine sont divisés en trois degrés :

- Hôpitaux de troisième degré : Hôpitaux au niveau de ville ou rattaché à l'institut médical relevant directement de l'Etat, de la Province ou de la Ville, avec un nombre de lits supérieurs à 500.
- Hôpitaux de deuxième degré : Hôpitaux au niveau de ville moyenne, de district, hôpitaux des établissements miniers ayant une certaine dimension et hôpitaux des entreprises pour les travailleurs, avec un nombre de lits entre 100 et 500.
- Hôpitaux de premier degré : Hôpitaux du bourg, dispensaires de village et hôpitaux de ville au niveau de quartier résidentiel, avec le nombre de lits inférieurs à 100.

I - 4.2 Selon les malades traités

Selon les différentes maladies traitées, les hôpitaux sont divisés en deux : hôpital général et hôpital spécial.

I - 4.3 Selon son appartenance

Selon leur appartenance, il existe des hôpitaux publics et les hôpitaux privés. En gros, il y a des hôpitaux à but non lucratif et des hôpitaux à but lucratif (Figure 2).

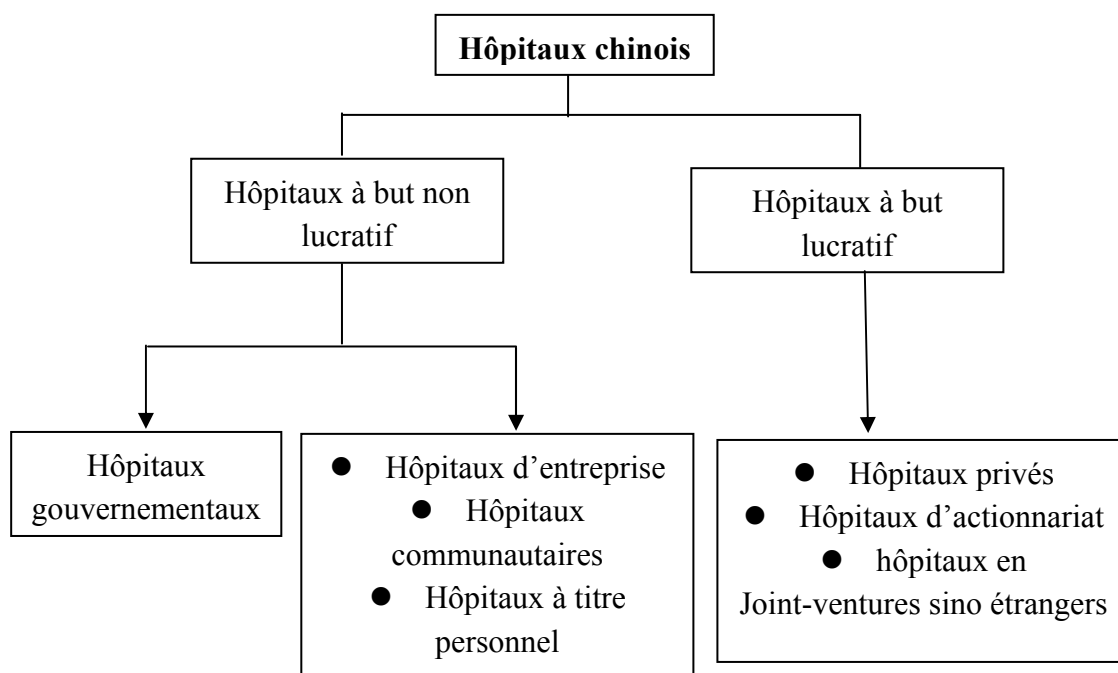


Figure 2. *Classification des hôpitaux chinois*

I - 5 La problématique et la justification de l'étude

I - 5.1 Le problème du système sanitaire en général

En 2003, selon la troisième enquête nationale du ministère de la santé : le taux de non consultation après l'apparition d'une maladie augmentait de 36,4% en 1993 à 48,9% en 2003 (45,8% en milieu rural et 57,0% en milieu urbain) (voir le tableau n° 3) [4] parmi lesquels 38,2% le faisaient pour cause d'insolvabilité. Le taux de non hospitalisation pour les patients qui devraient être hospitalisés était de 29,6% (30,3% en milieu rural et 27,8% en milieu urbain) (voir le tableau n° 3) parmi lesquels 70,0% le faisaient pour cause d'insolvabilité. Parmi les patients hospitalisés, le taux de patients demandant à quitter l'hôpital avant la guérison totale était de 43,3%, parmi lesquels plus de 60% le faisaient pour cause d'insolvabilité en particulier pour le paiement des frais médicaux. Le taux de pauvreté et de retour à la pauvreté dans le monde rural à cause de la maladie était de 33,4%. Le taux des personnes malades ne prenant aucun traitement médical était de 13,1%. Le taux d'automédication était de 35,7% parmi tous les patients (31% en 2003 contre 23% en 1998 en milieu rural et 47% en 2003 contre 44% en 1998 en milieu urbain).

	Total	Milieu rural	Milieu urbain
Taux de non consultation	48,9%	45,8%	57,0%
Taux de non hospitalisation	29,6%	30,3%	27,8%
Taux de départ de l'hôpital avant guérison complète	43,3%	--	--
Taux d'automédication	35,7%	31%	47%
Taux de non traitement médical	13,1%	--	--

Tableau 3. *Extrait de la troisième enquête nationale sanitaire en 2003*

Le déséquilibre de la structure des ressources médicales, l'insuffisance importante de l'investissement gouvernemental, la lenteur du développement du système de protection médicale, la mauvaise circulation médicamenteuse, l'irrationalité de la structure du budget hospitalier, l'irrationalité du fonctionnement des hôpitaux publics avec une tendance lucrative sont les six raisons principales de la difficulté d'accès aux soins pour les patients [5].

1) - le déséquilibre du développement du service médical :

L'écart entre les équipements du service sanitaire entre les villes et les villages devient de plus en plus grand. Selon les données du ministère de la santé, en 2003, 70% de la population totale sont paysans. Cependant, 70% de la population possèdent moins de 20% des ressources sanitaires [6]. Les ressources médicales ont été concentrées dans les grandes villes et pour les grands hôpitaux, d'où un manque de moyens pour les traitements médicaux de base. Les investissements publics dans le domaine de la santé, sont à 80% concentrés dans les grandes villes, et 80% de ceux-ci sont destinés aux grands hôpitaux.

2) - Insuffisance importante de l'investissement gouvernemental avec une tendance à la baisse :

Les dépenses médicales atteignaient 5,55% du PIB en 2004, 17,1% de ces dépenses ont été financées par le gouvernement, 53,6% par les patients et 29,3% par des assurances sociales pour certaines catégories de travailleurs (fonctionnaires, militaires et employés des entreprises publiques etc.). Le gouvernement laisse les hôpitaux chercher les ressources sur le marché. Par exemple, l'hôpital vend les médicaments avec une marge d'environ 10% sur le prix d'achat.

3) - Lenteur du développement de l'assurance médicale :

En milieu urbain, moins de 200 millions personnes ont une assurance médicale, parmi lesquelles 130 millions de travailleurs qui travaillent dans les entreprises privées et 50 millions de fonctionnaires et employés travaillant dans les entreprises publiques. Dans les villages, seulement 170 millions parmi les 800 millions de paysans ont adhéré à la nouvelle assurance médicale coopérative rurale (NAMCR)* dont la capacité de protection est très faible, la prime d'assurance s'élève à 30 yuans* par personne.

4) - Désordre dans la production et la circulation des médicaments et des appareils médicaux :

Pour l'instant, il y a plus de 4 000 entreprises pharmaceutiques, plus de 8 000 entreprises de vente en gros des médicaments et 120 000 pharmacies. Tous les coûts de fonctionnement des entreprises ne sont pas financés par le gouvernement. Leur principale ressource provient de leur profit d'où une augmentation continue des prix. Le gouvernement a déjà diminué 17 fois le prix des médicaments, ces diminutions s'appliquant sur plus de 10 000 sortes de médicaments. Mais l'efficacité de cette mesure n'est pas évidente. En effet l'entreprise pharmaceutique peut arrêter de produire un médicament dont le prix a été baissé et fabriquer un nouveau médicament avec un nouveau nom mais avec presque le même composant afin d'augmenter le prix.

5) - Anormalité de la structure du budget hospitalier :

Les dépenses médicamenteuses représentaient en 2004 52,5% (variant de 49,7% à 54,9%) des dépenses hospitalières totales. Mais les salaires représentaient moins de 40% des coûts hospitaliers contre 70% en Angleterre.

6) - Irrationalité du fonctionnement des hôpitaux publics avec une tendance lucrative :

C'est principalement à cause de la faiblesse du financement gouvernemental, qui représente seulement 7% à 8% du financement nécessaire à l'hôpital pour fonctionner, que l'hôpital est contraint de trouver sur le marché les compléments de son financement. Les revenus tirés de la vente des médicaments sont les ressources principales des centres médicaux en milieu rural. Selon l'enquête de l'Institut Social et Scientifique de Chine, plus de 70% du revenu total d'un dispensaire de village est issu de la vente des médicaments (60% pour un centre de soins du bourg). L'augmentation du prix de vente des médicaments par rapport au prix d'achat peut être de l'ordre de 40% à 80%. De plus le problème des médicaments chers et de mauvaise qualité existe partout en milieu rural.

I - 5.2 Le problème médical et sanitaire en milieu rural

Selon SUN BINGYAO, au département social de l'Institut Social et Scientifique de Chine, les dépenses médicales deviennent une charge médicale lourde pour les paysans

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

chinois. L'enquête de l'Institut Social et Scientifique de Chine montre que, pour les paysans, 8,5% de dépenses de consommation sont des dépenses médicales, et ce chiffre s'élève à 30% pour ceux qui ont des maladies graves.

Pour l'instant, les problèmes essentiels rencontrés en milieu rural sont : l'insuffisance de l'investissement, une faible efficacité, un manque de protection médicale, la faiblesse de la prévention et la mobilité importante de la population rurale.

Premièrement, en 2003, 70% de la population totale possédaient moins de 20% des ressources. Parmi les dépenses sanitaires totales rurales, la structure du poids de l'investissement gouvernemental, social et individuel a changé radicalement entre 1991 et 2000 avec une diminution de l'investissement sanitaire gouvernemental de 12,54% à 6,59%, une diminution de l'investissement des assurances maladies de 6,73% à 3,26%, par contre une augmentation du paiement direct par les paysans de 80,73% à 90,15%.

Deuxièmement, la non utilisation, et la faible efficacité d'utilisation des ressources médicales sont la cause du déficit de près de 70% des hôpitaux du bourg. Le revenu de l'hôpital du bourg est basé sur la vente des médicaments. Le taux de revenu médicamenteux est de l'ordre de 65,7% du revenu total hospitalier au niveau du bourg et 89,1% au niveau de village, ce qui évidemment augmente la charge économique pour les paysans.

Troisièmement, après les problèmes du service médical coopératif rural, la plupart des régions rurales n'ont aucune protection médicale. La NAMCR commencée en 2003 a rencontrée beaucoup de difficultés et ne peut pas résoudre le problème de protection médicale de base pour les paysans.

Quatrièmement, un réseau sanitaire de prévention et de protection à trois niveaux ; établi depuis les années cinquante et soixante comme un bon moyen pour le travail sanitaire de prévention et de protection en milieu rural ; actuellement a été presque détruit. Mais avec l'affaiblissement de l'économie collective rurale et la désintégration du traitement médical coopératif rural, quelques centres de soins du bourg ont été vendus ou loués au secteur privé. Les dispensaires de village publics ont disparu. C'est la raison pour laquelle le réseau de prévention et de protection sanitaires à trois niveaux a été gravement endommagé.

Cinquièmement, la santé publique est affaiblie. L'investissement gouvernemental se concentre principalement sur le traitement médical (68%), et peu sur la santé publique (22,7%, principalement sur l'institut sanitaire de la prévention et de la protection au niveau du district et sur le salaire personnel).

Sixièmement, le mouvement accru de migration des populations rurales vers les villes pose d'importants problèmes. En ville, personne ne prend la responsabilité sanitaire pour les travailleurs venant du milieu rural. Lorsqu'ils tombent malade, ils ne peuvent

que rentrer au village, ce qui a pu être constaté lors de l'épidémie de 'SRAS*'. Au début de la période de l'épidémie de 'SRAS', le gouvernement n'a pas pris en charge les frais de traitement médical de cette infection. Les travailleurs d'origine rurale ont choisit de rentrer au village parce qu'ils ne pouvaient financièrement se faire soigner dans les villes.

I - 5.3 Le problème de la nouvelle assurance médicale rurale en coopération avec le gouvernement

La cotisation* est volontaire. Ceux qui sont les plus pauvres et par ailleurs qui ont le plus besoins d'aide ne peuvent pas en bénéficier, ce qui est incohérent par rapport aux objectifs poursuivis. De plus, un problème particulier auquel sont confrontés de nombreux systèmes d'assurance est celui de la sélection adverse. Les gens tentent de s'affilier lorsqu'ils y voient un avantage - lorsqu'ils sont malades. Mais, ils abandonnent l'assurance lorsqu'ils sont guéris ou lorsqu'ils voient qu'ils ont versé des contributions sans recevoir aucune prestation de l'assurance.

La subvention du gouvernement est liée à la volonté du paiement, ce qui augmente l'inégalité sociale envers ceux qui n'ont pas la capacité de payer la cotisation.

L'application de la franchise et du plafond ainsi que le remboursement par catégorie de soins diminue leur enthousiasme d'adhésion.

L'objectif principal de cette assurance est le financement des soins pour maladie grave. En fait, la mauvaise santé résulte souvent des maladies courantes et fréquentes. Les maladies graves sont souvent causées par des maladies courantes et fréquentes qui n'ont pas été soignées dès leur apparition faute d'argent.

Le niveau de protection est très bas malgré une grande couverture des lieux d'expérimentation de l'assurance en coopération. La protection concerne la plupart du temps seulement l'hospitalisation.

Il n'y a pas ou peu de remboursement concernant les consultations.

Une partie des paysans ne peut pas payer les frais restant après le remboursement de la nouvelle assurance santé.

Il existe une incapacité d'organisation et d'analyse du coût de gestion. L'assurance sociale en coopération est organisée par unité du district. C'est le district qui fait la vérification et le remboursement. Comme, dans la plupart du district, il y a entre cent milles et un million de personnes, cela impose une forte capacité d'organisation et d'analyse du coût de gestion : malheureusement cette capacité fait défaut !

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

La difficulté de contrôler l'augmentation du prix des médicaments est un vrai problème. L'autorisation de mise sur le marché des médicaments est très souple en ce qui concerne les normes de qualité et de fixation des prix. Ce manque de contrôle efficace fausse le marché.

I - 6 Les objectifs

Le but de ce travail est de chercher à répondre aux questions suivantes :

- Une analyse générale de la situation sanitaire actuelle en Chine.
- Une étude de la disposition à payer* une assurance par les paysans.
- Une étude de la possibilité d'appliquer la micro-assurance médicale en milieu rural en Chine.
- Une étude de la possibilité de construire un système viable : réassurance des micro-assurances en milieu rural en Chine.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

CHAPITRE II :

LA SITUATION SANITAIRE EN CHINE

INTRODUCTION

L'assurance maladie en Chine est composée de deux parties, une assurance 'basique urbaine' installée dans les années 50 et une assurance 'rurale' récente :

1) L'assurance maladie basique destinée aux travailleurs des villes

Dans les années 50, les dépenses médicales payées par le gouvernement (pour les personnels travaillant dans les organismes d'Etat, les institutions nationales, les militaires handicapés à la suite des combats de la révolution et les étudiants des écoles supérieures) et l'assurance des travailleurs des entreprises et des membres de leurs familles étaient alors appelées l'assurance médicale des employeurs.

En décembre 1998, le Conseil d'Etat a voté la « Décision de la mise en place d'un système d'assurance médicale basique pour les travailleurs des villes et des districts ». Cette décision exigeait la création d'un système d'assurance maladie basique pour les travailleurs urbains et ceux des districts dans toute la Chine avant 1999.

2) L'assurance maladie rurale développée en coopération avec le gouvernement destinée aux paysans

A la fin des années 40, une assurance rurale avait été créée par le gouvernement. Mais il y a eu une réforme économique très importante au cours des années 80, les dépenses médicales n'étaient pratiquement plus prises en charge.

En 2003, le gouvernement a créé une nouvelle assurance maladie coopérative rurale (NAMCR) qui est actuellement indispensable pour les paysans mais insuffisante pour couvrir toutes les dépenses médicales.

Afin de répondre aux besoins des différents assurés et alléger les dépenses médicales à la charge des assurés, l'état a amélioré le système de protection. Il a créé un système de subventions pour couvrir les frais médicaux très importants dus par exemple aux cancers ou maladies cardiaques.

Il a aussi créé :

Une assurance maladie supplémentaire pour garantir les dépenses qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie basique de l'entreprise,

Un système de subvention pour les fonctionnaires d'Etat,

Un système d'aide médicale sociale pour les gens très pauvres qui ne sont pas couverts par les autres assurances maladie, et l'assurance maladie privée.

II - 1 La situation sanitaire en Chine

II - 1.1 La présentation sanitaire générale

On compte en Chine respectivement : 1,54 médecins, 1,18 infirmières, et 2,83 lits pour mille personnes, dont 1,06 médecins et assistants et 0,85 lits pour mille paysans en 2007 [7].

Comme le montre la figure 3, les dépenses sanitaires prises en charge par le gouvernement et l'assurance maladie [8] ont tendance à diminuer légèrement après 2000. En 2006, les dépenses sanitaires au total atteignent 984,33 milliards yuans (voir tableau n° 4). Ceci inclut les dépenses de soins sanitaires gouvernementales (gouvernement central et local) qui sont allouées au budget du développement sanitaire spécialement affecté aux hôpitaux publics et aux secteurs de gestion sanitaires gouvernementales, budget qui s'élève à 177,88 milliards yuans soit 18,1% des dépenses totales en 2006. Les dépenses de soins sociaux qui comprennent principalement l'assurance médicale sociale sont de 321,09 milliards yuans soit 32,6% des dépenses totales en 2006. Les dépenses de soins assumés par les habitants eux même, sont de 485,36 milliards yuans soit 49,3% de la dépense totale toujours pour 2006.

Les dépenses sanitaires sont donc au total, en 2006, de 658,13 milliards yuans au niveau des villes, soit 66,86% des dépenses totales et 326,20 milliards yuans* au niveau des villages, soit 33,14% des dépenses totales de 2006 (voir le tableau n° 4).

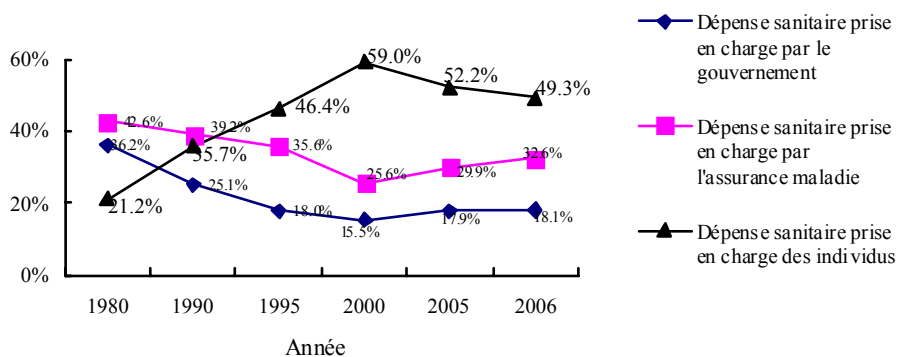


Figure 3. Répartition de dépenses médicales

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

	Urbain	Rural	Total
Dépense sanitaire gouvernementale (milliards yuans)	118,93	58,95	177,88
Dépense sanitaire sociale (milliards yuans)	214,68	106,41	321,09
Dépense sanitaire individuelle (milliards yuans)	324,52	160,84	485,36
Total	658,13	326,20	984,33

Tableau 4. Total des dépenses de santé (10⁹ yuans)

Le taux des dépenses sanitaires par rapport au PIB a tendance à augmenter en Chine. Ce taux était respectivement de 3,15% en 1980, de 4,62% en 2000 pour atteindre 4,67% en 2006, (voir la figure 4).

Si on compare le taux des dépenses par rapport au PIB dans différents pays (figure 5). On peut remarquer que le taux de dépenses sanitaires en 2005 en Chine est très bas par rapport aux autres pays.

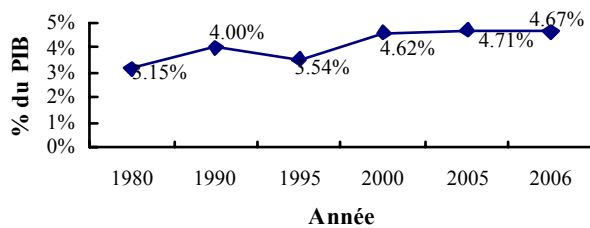


Figure 4. Total des dépenses sanitaires en % du PIB en Chine

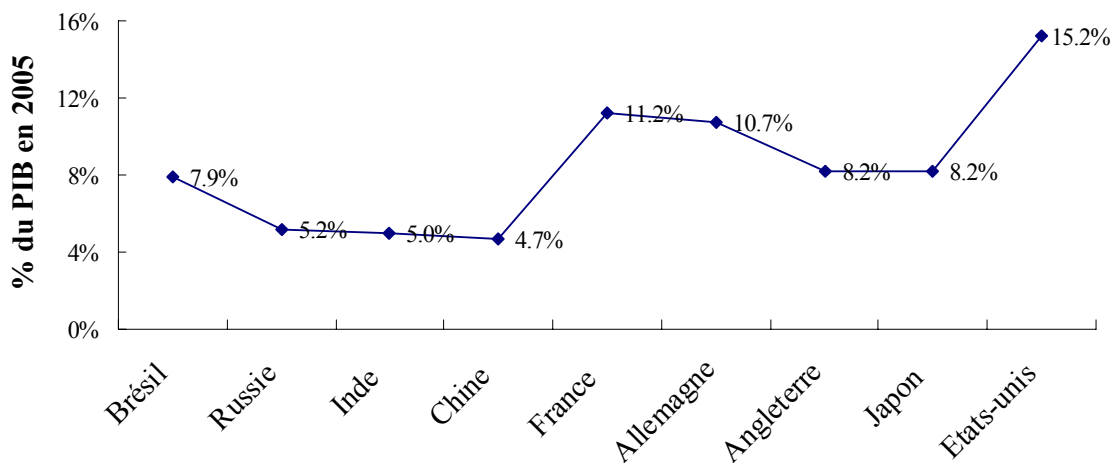


Figure 5. Total des dépenses sanitaires en % du PIB en 2005 dans 9 pays

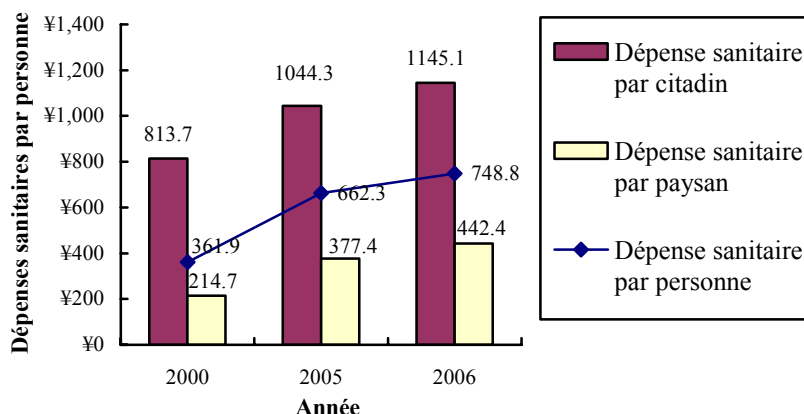


Figure 6. *Dépense sanitaire par personne de 2000 à 2006 en Chine (yuans)*

En, 2006, les dépenses médicales en moyenne par personne, par citoyen et par paysan étaient respectivement de 748,8 yuans, 1 145,1 yuans et 442,4 yuans. C'est-à-dire, que les dépenses médicales en moyenne par citoyen sont 2,6 fois plus élevées que celles des paysans (voir la figure 6).

II - 1.2 La protection sociale en Chine

Sous le système de l'économie planifiée, le gouvernement prenait en charge non seulement le bien-être des fonctionnaires d'Etat, comme leur pension de retraite et leurs frais liés aux soins médicaux, mais aussi celui des ouvriers et employés dans les entreprises et les établissements d'utilité publique. Dès leur entrée dans une entreprise d'Etat ou un établissement d'utilité publique, les employés bénéficiaient de garanties toute leur vie durant. Il s'agissait d'un système d'assurance de bas niveau, mais depuis que la Chine est entrée dans un type de société où les personnes âgées occupent une place de plus en plus importante dans la population et où les retraités deviennent de plus en plus nombreux (dans certaines entreprises, le nombre de retraités surpasse même celui des employés en poste), cela représente une charge assez lourde et une gêne pour la production et l'exploitation de l'entreprise. A partir de 1990, la Chine a donné une impulsion active à la réforme du système de l'assurance-vieillesse, de l'assurance-chômage et de l'assurance-maladie. Et le Conseil des Affaires d'Etat a édicté des règlements en la matière comme les 'Règlements sur l'assurance-chômage', les 'Règlements provisoires sur la perception des cotisations de sécurité sociale' et les 'Règlements sur la garantie du minimum vital pour les citoyens', ce qui a fourni les fondements juridiques nécessaires à la mise en application du système de la sécurité sociale. A l'heure actuelle, a été établi pour l'essentiel un système de garantie qui, indépendant des entreprises et des établissements d'utilité publique, et avec une gestion

socialisée, combine à la fois l'assurance-vieillesse, l'assurance-chômage et l'assurance-maladie.

- 1) L'assurance-vieillesse. La couverture de l'assurance-vieillesse fondamentale ne cesse de s'étendre, passant d'une couverture centrée principalement sur les entreprises d'Etat et de propriété collective à celle des entreprises de toutes sortes et des établissements d'utilité publique à budget indépendant ; les droits et intérêts des ouvriers et employés des entreprises non publiques sont également garantis. A la fin 2003, 116,46 millions d'ouvriers et employés et 38,6 millions de retraités étaient affiliés à l'assurance-vieillesse.
- 2) L'assurance-maladie. Instaurée dans les entreprises et les établissements d'utilité publique de toutes sortes en ville et dans les bourgs, les organismes d'Etat et les groupes sociaux, l'assurance médicale fondamentale est l'une des assurances sociales dont la couverture est la plus étendue pour le moment en Chine. A la fin de 2003, 109,02 millions de personnes du pays étaient affiliées à l'assurance médicale.
- 3) L'assurance-chômage. En Chine, la population nombreuse exerce une forte pression sur l'offre d'emploi. Pour diminuer cette pression, à partir de 1993, le gouvernement chinois a mis en place un marché de la main-d'œuvre et multiplié les voies d'accès au travail. Ces dernières années, le réajustement de la structure fait que certaines entreprises d'Etat réduisent leurs effectifs et que des ouvriers et employés y travaillant perdent leur emploi. Face à cette conjoncture, le gouvernement chinois a mis en œuvre un plan de réemploi. En 2003, une somme de 10 milliards yuans a été accordée pour indemniser 4,4 millions chômeurs. A la fin de 2003, 103,73 millions d'ouvriers et employés du pays ont contracté l'assurance-chômage, et environs 4,15 millions de personnes bénéficiaient de cette assurance.
- 4) Le système de minimum vital garanti. Le système de minimum vital garanti a été établi dans toutes les villes et les chefs-lieux des districts de tout le pays, fournissant ainsi une garantie du minimum vital pour les citoyens dont le revenu moyen par personne de la famille est inférieur au niveau de vie le plus bas de la région. En 2003, 22,35 millions de personnes ont reçu des indemnités du minimum vital, assurant ainsi la vie de la population urbaine pauvre. Quelques régions rurales ont commencé à établir ce système.

Le système de la protection médicale en Chine est composé, comme on l'a déjà dit, de plusieurs volets.

II - 1.2.1 L'assurance médicale basique

- L'assurance basique pour les travailleurs des villes et des districts (y compris les retraités)

Cette assurance est composée d'une part de la caisse collective qui prend en charge les frais d'hospitalisation ou bien les gros frais médicaux et d'autre part de la caisse individuelle qui paye les frais de consultation ou bien les petits frais médicaux.

- La couverture et le paiement :

Elle couvre tous les ouvriers et les employés (de toutes les organisations, institutions, entreprises de tous genres, groupes sociaux et retraités). L'alimentation du budget de l'assurance médicale de base vient donc essentiellement des entreprises et des salariés. Les employeurs cotisent à la hauteur de 6% de la totalité des salaires ; les travailleurs cotisent à la hauteur de 2% de leurs salaires, les retraités ne paient pas.

Les cotisations alimentent deux caisses : une dite individuelle et une autre dite collective. Les cotisations des salariés entrent en totalité dans la caisse individuelle ; les cotisations des employeurs sont répartis à 70% dans la caisse collective et 30% dans la caisse individuelle.

- Les règles de remboursement :

Les frais médicaux sont pris en charge par les fonds de l'assurance médicale de base et par les individus. La caisse individuelle sert au remboursement des petits frais médicaux (consultations, petites dépenses médicales ;...). Mais elle ne fonctionne que comme une « épargne » : le montant des remboursements versés à un individu ne peut dépasser le total des cotisations versées par lui-même et par son employeur.

La caisse collective sert au remboursement des dépenses importantes (hospitalisations).

Toutefois, pour ce qui est de la caisse collective, il y a une franchise qui est de l'ordre de 10% des salaires moyens locaux annuels et un plafond de remboursement qui est d'environ 4 fois le montant des salaires moyens locaux annuels.

Les fonds de la caisse collective paient une grande partie des dépenses médicales importantes et laissant environ 20% de ces dépenses à la charge des assurés.

Les retraités bénéficient d'un taux de remboursement un peu plus haut que les employés.

- L'assurance médicale basique pour les citoyens des villes et des districts qui n'ont pas d'emploi stable

Pour que le système de la protection universelle médicale atteigne l'objectif de la couverture universelle, le conseil d'Etat a fait un essai à partir de l'assurance médicale basique des citoyens. Pour que ce test soit officiel, il y a eu une directive par le Conseil d'Etat indiquant que « Le conseil d'orientation assurerait le déroulement du test

concernant l'assurance médicale basique des citoyens dans 79 villes spécifiques en 2007 ».

Cette assurance est facultative avec une franchise et un plafond de remboursement différent de l'assurance médicale basique pour les travailleurs des villes et des districts. Le montant des cotisations varie selon les provinces, les régions et les districts. On trouvera ci-après un exemple du montant des cotisations et le taux du remboursement pour les différentes catégories de personnes dans la ville de TianJing [9].

- Etudiants et enfants

Le montant des cotisations est de 100 yuans par personne et par an, dont 60 yuans à la charge de l'individu et 40 yuans subventionnés par le gouvernement.

Le taux de remboursement est de 55% pour les hôpitaux de troisième degré avec une franchise de 500 yuans, de 60% pour les hôpitaux de deuxième degré avec une franchise de 300 yuans et de 65% pour les hôpitaux de premier degré sans franchise. Le plafond de remboursement est de 180 000 yuans par an.

- Personnes âgées de 70 ans ou plus (n'ayant pas eu d'emploi auparavant)

Le montant des cotisations est de 560 yuans par personne et par an, dont 120 à la charge de l'individu et 440 subventionnés par le gouvernement.

Le taux du remboursement est de 50% pour les hôpitaux de troisième degré avec une franchise de 500 yuans, 60% pour les hôpitaux de deuxième degré avec une franchise de 300 yuans et 65% pour les hôpitaux de premier degré sans franchise. Le plafond de remboursement est de 100 000 yuans par an.

- Tous les autres : handicapés graves, les personnes qui touchent l'équivalent du RSA (revenu de Solidarité active), personnes en difficulté, personnes âgées de plus de 60 ans dans les familles à faible revenu etc.

Pour chacun des individus des 4 premières catégories énumérées (handicapés graves, ..., âgées de plus de 60 ans dans les familles à faible revenu), le gouvernement paie une cotisation individuelle de 560 par an. Les individus ne cotisent pas.

Le montant des cotisations est de 560 yuans par personne et par an pour les autres personnes des villes et des districts, dont 330 yuans à la charge de l'individu et 230 yuans subventionnés par le gouvernement.

Le taux du remboursement est de 50% pour les hôpitaux de troisième degré avec une franchise de 500 yuans, 55% pour les hôpitaux de deuxième degré avec une franchise de 300 yuans et 60% pour les hôpitaux de premier degré sans franchise. Le plafond de remboursement est de 100 000 yuans par an.

A la fin de l'année 2007, le nombre total de personnes ayant cotisé pour la l'assurance médicale basique était de 223 110 000 personnes, soit une augmentation de 65 790 000 personnes par rapport à l'année 2006 [10].

Parmi ces personnes 180 000 000 étaient des employés des villes et des districts dont 134 200 000 travailleurs et 46 000 000 retraités en augmentation de 18 400 000 employés et 4 480 000 retraités par rapport à l'année 2006 : 42 910 000 des citoyens assurés en 2007 ne l'étaient pas avant.

Le montant total des cotisations versées à la fin de l'année 2007 était de 225,7 milliards de yuans, et celui des dépenses de 156,2 milliards de yuans respective de 29,2% et 22,3% par rapport à l'année précédente Le montant total cumulé restant à la fin de l'année est de 247,7 milliards yuans (voir le tableau n° 5).

Année	2004	2005	2006	2007
Nombre de personnes qui ont cotisé (en milliers personnes)	124 040	137 830	157 320	223 110
Montant total cotisé (en milliards yuans)	114,1	140,5	174,7	225,7
Montant total cumulé restant en fin d'année (en milliards yuans)	95,8	127,8	175,2	247,7

Tableau 5. Nombre de personnes cotisants à l'assurance médicale basique, montant total cotisé et montant total cumulé restant à la fin d'année de 2004 à 2007

A titre de référence, en 2003, 8,9% d'individus avaient cotisé à l'assurance médicale basique, dont 30,4% dans les villes et 1,5% en milieu rural (voir les figures 7, 8 et 9).

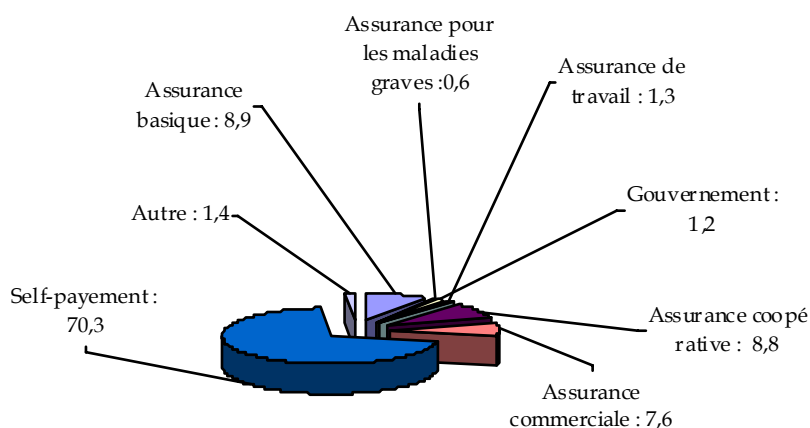


Figure 7. Système de sécurité médicale en Chine en 2003 (%) [11]

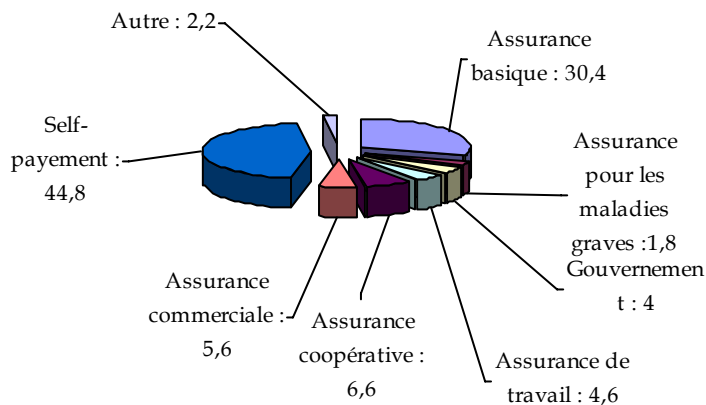


Figure 8. *Système de sécurité médicale en milieu urbain chinois en 2003 (%)*

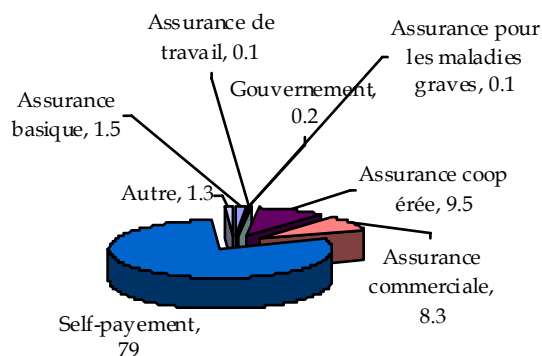


Figure 9. *Système de sécurité médicale en zone rurale chinoise en 2003 (%)*

II - 1.2.2 Système d'assurance développé en coopération avec le gouvernement, et principalement destiné aux zones rurales

L'assurance médicale coopérative rurale est un système d'aide mutuelle, organisé, soutenu et guidé par le gouvernement selon le principe de la participation volontaire des paysans.

Elle fut fondée dans les années 1940, et a été mise en place entre 1940 et 1950 et a connu son plein essor entre les années 1960 et 1970. La période de développement maximal de l'assurance médicale rurale coopérative se situe entre 1965 et 1979. Elle assure les soins médicaux et les services sanitaires de base pour la population en milieu

rural. Mais, à la fin de l'année 70, à cause d'une réforme économique en milieu rural, le taux de recouvrement de l'assurance rurale coopérative décline. En 1986, le taux de recouvrement de l'assurance rurale coopérative, au niveau de village administratif était de 5%, le taux de recouvrement le plus bas jamais atteint. La conséquence en a été l'absence quasi-totale de protection dans le monde rural. Après les années 80, toujours en raison d'une réforme économique, le système médical coopératif et le système de protection ont connu un changement radical.

A partir de 2003, la Chine a commencé à mettre en place à titre expérimental dans certaines régions rurales un système médical coopératif d'un nouveau type. Les fonds nécessaires proviennent de trois sources : de l'Etat, de la collectivité et de la population. Le montant des cotisations varie selon les provinces, les régions et les districts. A titre d'exemple, on trouvera, figure 10, les cotisations instaurées dans le district de Guangde. Les cotisants, quand ils sont malades et hospitalisés, peuvent bénéficier d'un remboursement partiel des frais médicaux (voir le tableau 6). Il est prévu d'appliquer ce système à partir de 2010, dans l'ensemble du pays.

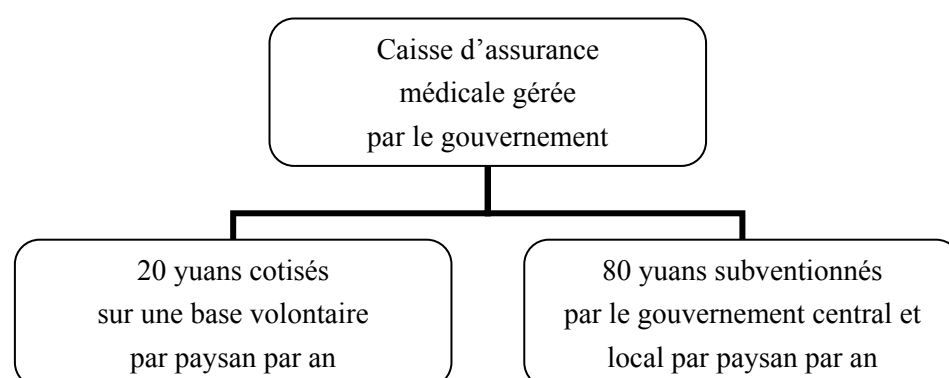


Figure 10. Exemple de cotisation en 2008 à Guangde, un des districts de la province d'Anhui [12]

Etablissement	Centre de soins au niveau du bourg	Hôpital au niveau du district	Hôpital en dehors du district	
			De 501 à 10 000 (yuans)	Au delà de 10 000 (yuans)
Catégorie de frais d'hospitalisation	Si ≥ 101 (yuans)	Si ≥ 301 (yuans)		
Taux de remboursement	70 %	60 %	45 %	55 %

Tableau 6. Exemple de taux de remboursement des frais d'hospitalisation par l'assurance actuelle à Guangde, un des districts de la province d'Anhui en 2008.

Note : le maximum remboursé est limité à 50 000 yuans

En juin 2004, 310 districts (villes) répartis dans 30 provinces, régions autonomes et municipalités, avaient mis en application cette nouvelle assurance rurale, en coopération

avec le gouvernement, couvrant ainsi 95,04 millions de paysans dont 72,6%, soit 68,990 millions d'entre eux bénéficiaient de l'assurance.

Pour ces 310 districts (villes), le montant total des cotisations était de 3 021 millions yuans dont 49,7% venaient de subventions gouvernementales, 36% par les paysans et 14,3% dus à des dons collectifs et sociaux [13].

41,94 millions de paysans assurés, soit 60,8% des assurés, ont été remboursés d'une somme pour un total de 1 394 millions yuans, soit 46,14% du montant total cotisé.

L'assurance médicale coopérative existe aussi dans les villes à titre de système de secours et d'aide médicale pour certaines catégories de populations. C'est ainsi que les travailleurs licenciés, les chômeurs et les personnes sans emploi peuvent bénéficier de cette assurance. Comme l'assurance médicale coopérative rurale, l'assurance médicale coopérative urbaine est un système d'aide mutuelle organisée, soutenue et gérée par le gouvernement selon le principe de participation volontaire du citoyen.

En 2003, 8,8% de la population a bénéficié de l'assurance coopérative : 9,5% en milieu rural et 6,6% en ville (voir les figures 7, 8 et 9).

II - 1.2.3 L'assurance médicale complémentaire, soit commerciale (privée), soit sociale (publique)

- L'assurance médicale complémentaire pour les travailleurs des villes et des districts [14]

1) L'assurance médicale complémentaire obligatoire

Cette assurance est destinée à ceux qui bénéficient de l'assurance médicale basique pour les travailleurs des villes et des districts. Elle couvre les grosses dépenses médicales qui dépassent le plafond de l'assurance médicale basique. Il y a deux modèles : l'un est celui appliqué par exemple à Zhenjiang : l'assurance médicale sociale complémentaire appliquée dans la plupart des villes de Chine (également connu sous le nom de l'aide mutuelle pour les grands frais médicaux). L'autre est en vigueur, par exemple, à Xiamen depuis 1997, et se traduit par la mise en place d'une assurance médicale commerciale ; ce modèle est utilisé seulement dans un petit nombre de villes.

2) L'assurance médicale complémentaire facultative à but non lucratif

Cette assurance couvre les dépenses médicales à la charge des assurés après le remboursement de l'assurance médicale basique pour les maladies graves ou les hospitalisations selon soit un taux de remboursement déterminé, soit une indemnité fixée. Il existe trois modèles selon les différents organismes : le modèle basé sur la mise en place d'une assurance sociale ; le modèle d'assurance reposant sur des collectivités

sociales comme le syndicat ouvrier ou d'assurance médicale d'entraide ; enfin le modèle de l'assurance médicale complémentaire organisée par l'entreprise.

3) L'assurance médicale commerciale à but lucratif

Ce type d'assurance peut être classé en trois catégories :

- Le modèle " remboursement forfaitaire " : l'assuré est couvert pour un certain nombre de maladies déterminées par le contrat ; il est remboursé selon un montant forfaitaire fixé par le contrat.
- Le modèle " remboursement à taux fixé " : l'assuré est couvert pour un certain nombre de maladies déterminées par le contrat ; il est remboursé selon un taux fixé par le contrat.
- Le modèle " remboursement hospitalisation " : l'assuré reçoit une indemnisation qui dépend du nombre de jours d'hospitalisation, destinée à compenser la perte de revenu due à l'arrêt de travail.

En ce qui concerne les gens qui ne sont pas couverts par l'assurance médicale sociale, comme les étudiants, les familles des travailleurs, les gens délocalisés, l'assurance médicale commerciale est un complément qui permet de faire face aux grosses dépenses médicales dépassant le plafond de l'assurance médicale basique, ainsi qu'aux dépenses médicales particulières : examens, traitements et médicaments spéciaux qui ne sont pas remboursés par l'assurance médicale basique.

Par rapport à l'assurance sociale médicale, l'assurance médicale commerciale ne représente qu'une petite partie de l'assurance médicale en Chine. Mais elle se développe de plus en plus au fil des années. Ainsi, en 2002, le montant des cotisations pour ce type d'assurance était d'environ 12,2 milliards de yuans en 2002 contre 2,1 milliards de yuans en 1996, soit une augmentation de 52% par an [15].

En 2003, 7,6% de personnes ont cotisé à l'assurance médicale commerciale, soit 5,6% des citadins et 8,3% des paysans (voir les figures 7, 8 et 9).

II - 1.2.4 Le cas des fonctionnaires

Leur assurance maladie est assurée par l'Etat, tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les fonctionnaires d'Etat, comme les autres travailleurs, relèvent de l'assurance médicale basique des travailleurs des villes et des districts. Mais ils bénéficient également de subventions gouvernementales supplémentaires qui servent souvent de rembourser les dépenses de consultation.

Il existe encore des services médicaux gratuits financés par le gouvernement. Mais cela reste très marginal : en 2003, seulement 1,2% de personnes ont bénéficié de ces services, 4% dans la zone urbaine et seulement 0,2% dans la zone rurale (voir les figures 7, 8 et 9).

II - 1.2.5 Le système d'aide médicale spécifique aux populations démunies dans les zones urbaines et rurales

Le gouvernement met en place progressivement un système d'aide médicale sociale afin d'assurer la protection médicale de base pour populations très pauvres.

En parallèle, le gouvernement a décidé de créer et de mettre en application un système de secours et d'aide médicale pour les régions rurales. Les paysans pauvres gravement malades peuvent alors bénéficier d'aide médicale. Les fonds nécessaires proviennent de sources diverses : divers organismes, dons de différents milieux sociaux, etc.

En 2007, la dépense totale pour l'aide médicale en milieu urbain et rural était de 3,599 milliards de yuans dont 1,247 en milieu rural et 2,352 en milieu urbain, soit une augmentation de 1,645 milliards de yuans par rapport à 2006. En 2007, environ 4 millions de citadins et 29 millions de paysans ont bénéficié de cette aide en 2007 [16].

II - 2 La nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement en Chine

II - 2.1 Les vicissitudes du service médical rural coopératif depuis 60 ans

Le traitement médical coopératif rural était un des systèmes basiques du travail sanitaire en milieu rural en Chine. Il a été organisé selon le principe du soutien gouvernemental et d'aide mutuelle entre les participants. Il fournit des services basiques de soins médicaux pour la population en milieu rural. Le traitement médical coopératif créé dans les années 40, développé dans les années 50 a prospéré entre les années 60 et 70. La période essentielle du développement de la protection médicale rurale se situe entre 1965 et 1979.

- i. A la fin des années 60, MAO Zedong, le président, donnait la célèbre instruction de '6.26 '(le 26 juin), proposant de mettre l'accent sur le travail à la campagne.
- ii. En 1965, sous l'article de 'Mettre l'accent sur le travail médical sanitaire en milieu rural', une grande quantité de 'médecins aux pieds nus'* ont été formés dans un court délai en milieu rural dans tout le pays, ce qui permettait de fournir le service médical primaire pour les paysans.
- iii. Après 1969, le traitement médical coopératif entrait dans une période de développement important. A la fin des années 70, la plupart des communautés résiduelles rurales du pays a organisé le traitement médical coopératif rural.
- iv. En 1978, le Cinquième Congrès Populaire National a adopté le 'traitement médical coopératif' et ce 'traitement médical coopératif' a été inscrit dans la 'Constitution de la République Populaire de Chine'.
- v. En 1979, les ministères concernés nationaux et les commissions ont rédigé la norme pour le système du traitement médical coopératif.
- vi. En 1980, 90% des villages administratifs ont mis en application ce traitement médical coopératif.

La réforme sanitaire rurale de la Chine a obtenu un résultat remarquable : maîtriser l'extension des maladies infectieuses, parasitaires et endémiques ; diminuer fortement

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

amplitude le taux de la mortalité, surtout la mortalité infantile ; augmenter rapidement l'espérance moyenne de vie ; baisser la dépense médicale.

A la fin des années 70, presque 85% de la population en milieu rural et 100% de la population en milieu urbain avait une couverture médicale. Il s'agissait d'une réussite importante pour un pays en voie de développement avec bas revenus.

Le traitement médical coopératif en milieu rural en Chine a joué un rôle positif pour la protection sanitaire des paysans. A la fin des années 70, à cause de la réforme économique en milieu rural, les biens collectifs ruraux ont été distribués aux paysans, les représentants de village n'ont plus pris la responsabilité d'établir le plan et de financer l'institut sanitaire en milieu rural. La plupart des instituts sanitaires ruraux ont disparu, ou bien ont été repris par le privé. La plupart des dispensaires de village sont devenus des dispensaires privés de médecins de village, ce qui a entraîné un taux de recouvrement d'assurance rurale coopérative de plus en plus bas.

En 1986, le taux de recouvrement d'assurance rurale coopérative au niveau de village administratif était de 5%, le taux de recouvrement le plus bas à l'époque, ce qui est la cause du manque de protection médicale pour les paysans. Par conséquent, le traitement médical coopératif rural s'est désagrégé. Depuis les années 80, à cause de la réforme économique médicale, le système médical coopératif et le système de protection ont vécu un changement radical.

- i. Entre 1983 et 1992, c'est la période de la descente rapide. En 1993, le gouvernement a réaffirmé le traitement médical coopératif. Depuis, quelques années d'expérience, de rétablissement et de reconstruction, le traitement médical coopératif a été reconstitué un petit peu en 1997.
- ii. En 1993, le Comité Central de la République Populaire de Chine a proposé de développer et de parfaire le système rural du traitement médical coopératif dans une directive : “ au sujet de la décision d'établir le système de l'économie du marché socialiste ”.
- iii. En 1994, le Laboratoire de la Recherche du Conseil des Affaires d'Etat, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Agriculture ayant coopéré avec l'Organisation Mondiale de la Santé, le point d'expérience et le suivi de la recherche de ‘la Réforme du Système Rural du traitement médical coopératif’ ont été effectués dans 27 provinces et 14 districts (villes).
- iv. En janvier 1997, le gouvernement chinois a proposé de ‘ *développer et parfaire activement et sûrement le système du traitement médical coopératif* ’ dans la directive ‘ *Décision concernant la réforme et le développement sanitaires* ’. La décision a précisé que, “ le traitement médical coopératif doit être fait sous la direction du gouvernement et le principe de la participation populaire avec la subvention publique et la participation volontaire. Le financement est basé sur l'investissement individuel principalement, l'aide de la collectivité, le soutien convenable par le gouvernement afin d'augmenter graduellement le niveau de la protection”. Dans l'intention de mettre en application la décision, le ministère

de la santé a soumis au Conseil d'état " Concernant quelques conseils de faire développer et parfaire le traitement médical coopératif dans le milieu rural ", et ces conseils ont été adoptés. L'effort de reconstruction du système du service médical coopératif rural atteignait la "marée haute".

- v. Mais en réalité, à part quelques points d'expérimentation dans la banlieue des villes, la restauration et la reconstruction du traitement médical coopératif en milieu rural n'ont pas été faite comme prévu.
- vi. Selon les données du cinquième périodique de " L'économie sanitaire en Chine " en 2005, même en " marée haute " le taux de recouvrement était de 17% dans les villages administratifs au niveau national et de 9,6% des paysans au total. Après 1997, à cause de la lenteur du développement économique rural, la croissance du revenu dans la campagne était lente. Le traitement médical coopératif dépendant du principe de la participation volontaire restait stagnant et voire en baisse.
- vii. Selon la deuxième enquête nationale de la santé réalisée par le ministère de la santé en 1998, le taux du recouvrement de l'assurance en milieu rural était de 12,56%, parmi lesquels le poids de l'assurance coopératif rural était de 6,5%. Malgré une augmentation par rapport à la fin des années 80 avec un taux de recouvrement de l'assurance coopératif rural de 4,8%, l'écart restait très important comparé aux années 70 avec le taux de plus de 90%.
- viii. A cause des nombreuses difficultés rencontrées en ce qui concerne la reconstruction du système du traitement médical coopératif, il y eut des propositions concernant l'ouverture totale du service médical en milieu rural au marché en permettant à la société, à l'individu, de financer et construire des hôpitaux et des dispensaires privés ou bien de les gérer en coopération. En quelques endroits, il y a eu des ventes aux enchères de centre de soins de bourg (ou canton). Mais quelques spécialistes pensaient que le marché ne pouvait pas s'appliquer totalement à la survie du système sanitaire rurale.
Pour ces experts, si le marché médical rural s'ouvrait totalement : premièrement le travail de la protection et de la prévention sanitaires en milieu local rural serait modifié. Si une situation épidémique ou une autre catastrophe sanitaire se produisaient, on pourrait se demander si la situation pourrait être contrôlée. Deuxièmement, en poussant le traitement médical vers le marché sans une protection d'assurance efficace, la charge économique des paysans pour se soigner augmenterait, il créerait l'insolvabilité.
- ix. Le 19 oct. 2002, après la conférence nationale du travail sanitaire, l'Autorité Centrale de la République Populaire de Chine et le Conseil des Affaires d'Etat ont adopté " La décision concernant le renforcement avancé du travail sanitaire rural ".
- x. En 2003, la mise en place de la nouvelle assurance coopérative rurale a été lancée petit à petit dans tout le pays. " La décision concernant le renforcement avancé du travail sanitaire rural " et " Le conseil concernant la construction du système de la nouvelle assurance médicale rurale coopérative " précisent que la nouvelle assurance médicale rurale coopérative est organisée, guidée et

soutenue par le gouvernement, et que la participation des paysans est volontaire. La nouvelle assurance est financée par l'individu, la collectivité et le gouvernement. Elle est basée sur le système d'aide mutuelle par les paysans et la protection principale de la maladie grave.

L'aspect de l'innovation de la nouvelle assurance médicale coopérative rurale par rapport à l'ancienne assurance médicale coopérative rurale peut se résumer ainsi en six points :

- a) Premièrement, l'augmentation du soutien gouvernemental. Avant, les différents niveaux de gouvernements ont seulement fait de la propagande. Mais la nouvelle assurance rurale coopérative précise clairement que le gouvernement central subventionne 10 yuans par paysan par an et le gouvernement local subventionne au moins 10 yuans par paysans par an afin d'améliorer le système de financement, par la cotisation individuelle, le soutien collectif et l'investissement gouvernemental.
- b) Deuxièmement, la caractéristique importante concerne la protection principale pour la maladie grave. Avant, le traitement médical coopératif, sauf pour quelques régions, était basé sur la consultation ou le traitement des maladies bénignes'. Mais la nouvelle assurance rurale est basée sur la résolution du problème des maladies graves qui causent directement la pauvreté.
- c) Troisièmement, on note l'augmentation du niveau de l'organisation. Avant, le traitement médical était organisé au niveau du village, du bourg. La nouvelle assurance rurale est organisée au niveau du district, ce qui permet d'augmenter la capacité de lutte contre le risque* et la capacité de surveillance et de contrôle.
- d) Quatrièmement, le principe de participation volontaire par les paysans donne aux paysans le droit de s'informer, surveiller et contrôler afin d'augmenter la transparence, l'équité et la justice du système.
- e) Cinquièmement, c'est le gouvernement qui prend la responsabilité de créer l'organisme de l'harmonisation de la gestion économique, de la surveillance et du contrôle afin de renforcer la direction, la gestion et la surveillance.
- f) Sixièmement, elle établit le système d'aide médicale.

II - 2.2 La présentation globale de la nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement

Selon les principes de la nouvelle assurance coopérative rurale utilisés actuellement, trois modèles principaux sont appliqués afin de satisfaire les différents besoins sanitaires de la prévention et de la protection aux différents niveaux pour les paysans.

Premièrement, le modèle de ' bien-être risque ' met à exécution le traitement médical coopératif pour les maladies légères et le traitement médical au plan global pour les

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

maladies graves avec hospitalisation, soit donc une protection non seulement pour les maladies légères mais aussi les maladies graves qui induisent une hospitalisation.

Deuxièmement, le modèle de ‘ risque ’ couvre le traitement médical coopératif pour les malades gravement atteints qui sont hospitalisés, soit une protection seulement pour les maladies graves non les maladies légères. Ce modèle est un des modèles le plus utilisé du traitement médical coopératif rural actuel.

Troisièmement, le modèle de ‘ bien-être ’ met à exécution le traitement médical coopératif pour les maladies légères, soit une protection seulement pour les maladies légères et non les maladies graves.

Depuis 2003, la Chine a commencé à établir ce système médical coopératif d’un nouveau type dans certaines régions rurales d’expérimentation. Les fonds nécessaires proviennent de trois sources : l’Etat, la collectivité et les assurés. Les cotisants, une fois malades et hospitalisés, peuvent obtenir une certaine proportion de remboursement des frais médicaux. Selon le plan, ce système devrait être appliqué, en 2010, dans l’ensemble du pays.

En même temps, la Chine a aussi décidé d’établir et de mettre en application un système de secours et d’aide médicale dans les régions rurales. Les paysans pauvres gravement malades pourront obtenir une aide médicale. Les fonds nécessaires proviendront de sources diverses comme les fonds octroyés par les organismes financiers aux divers échelons, le don des différents milieux sociaux, etc. En 2003, l’expérience d’un nouveau type d’assurance médicale coopérative rurale a été lancée dans certains districts des 31 provinces, régions autonomes et municipalités (22 provinces, 4 municipalités, 5 régions autonomes).

En 2004, 333 districts (villes) ont mis en application la nouvelle assurance rurale en coopération avec le gouvernement. Environ 106,910 millions de paysans soit 14% de la population totale des paysans étaient couverts, parmi lesquels le nombre de participants était de 80,400 millions soit un taux de participation de 75,2%. Les lieux d’expérimentation passent de 21% à 40% des districts en 2006, l’objectif étant 100% de recouvrement en 2010.

II-2.3 La nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement dans le district de Guangde, un des districts de la province d’Anhui

Nous donnons ici un exemple d’application.

- ☞ Exemple d'application de la nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement dans le district de Guangde ^a sous la région de Xuancheng de la province d'Anhui, Chine

Selon la cinquième enquête nationale en 2000 en Chine, Anhui, avec une surface de 139 408 km², a une population de 59 860 000 personnes parmi lesquelles 43 213 000 paysans soit 72,19% de la population totale de la province d'Anhui (données démographiques de novembre 2000) [17].

- Xuancheng, une ville-préfecture de la province d'Anhui :

Xuancheng est une ville-préfecture du sud-est de la province de l'Anhui en Chine. Dans la ville-préfecture de Xuancheng, il y a deux villes et 5 districts (tableau 7). La ville de Xuancheng Shi a une surface de 12 340 km² et une population de 2 760 000 en 2002. A la fin de l'année 2004, la population totale qui a un état civil est de 2 730 000 (les résidents permanents 2 680 000) est constituée comme le tableau 7 :

	District ou Ville	Surface (Km ²)	Population totale
Ville-préfecture de XuanCheng	Ville de Xuancheng	2 533	840 000
	Ville de Ningguo	2 447	380 000
	District de Langxi	1 105	340 000
	District de Guangde	2 165	510 000
	District de Jingxian	2 059	360 000
	District de Jingde	905	150 000
	District de Jixi	1 126	180 000

Tableau 7. La population de la région de XuanCheng

Note: la surface et la population sont basées sur 'Le registre sommaire de la zone administrative de la République populaire de Chine (2004) ', <http://www.xzqh.org/quhua/34ah/18xuancheng.htm>.

- Guangde, un district de la ville-préfecture de Xuancheng :

Le district de Guangde est un district administratif de la province de l'Anhui en Chine. Il est placé sous la juridiction de la ville-préfecture de Xuancheng. En 2001, Guangde, avec une surface 2 165 km² et la population de 510 000, est constitué par 16 bourgs : soit Taozhou , Xinhang , Liudong, Qiucun, Baidian, Shijie, Cishangang, Dongting, Lucun, Sihe, Fengqiao, Yuewan, Yangtan, Xiashi, Zhaocun, Huagu et 280 villages administratifs.

^a Nous verrons plus loin que c'est dans ce district que portera notre enquête visant à étudier la faisabilité de la mise en place d'une micro assurance.

Depuis 2003, le district de Guangde a commencé à mettre ne place l'assurance médicale coopérative rurale de nouveau type. L'assurance rurale actuelle est un système d'aide mutuelle organisé, soutenu, guidé par le gouvernement. Les fonds nécessaires proviennent de trois sources : 10 yuans subventionnés par l'Etat, 3 yuans subventionnés par le gouvernement de la province, 7 yuans subventionnés par le gouvernement de la ville et du district et 10 yuans payés par le personnel lui-même sous la base de participation volontaire soit une somme de 30 yuans par paysan par an.

Ce système de protection fournit principalement des subventions pour des maladies graves. Les cotisants, une fois malades et hospitalisés, peuvent obtenir une certaine proportion de remboursement des frais médicaux.

En même temps, on a décidé d'établir et de mettre en application un système de secours et d'aide médicale dans les régions rurales. Les paysans pauvres gravement malades pourront obtenir une aide médicale. Les fonds nécessaires proviendront de sources diverses comme les fonds octroyés par les organismes financiers aux divers échelons, les dons des différents collectivités sociaux, etc.

Cette assurance rurale coopérative est basée sur l'unité du district. C'est le district qui organise et rembourse les dépenses de soins. Le paysan doit aller à l'hôpital désigné pour pouvoir obtenir le remboursement. L'hôpital désigné est décidé selon le niveau. Par exemple, un (ou des) centre de soins est (sont) désigné(s) au niveau de village. Un (ou des) hôpital (aux) est (sont) désigné(s) au niveau du bourg et un (ou des) hôpital (aux) est (sont) fixé(s) au niveau du district, etc. Si la maladie ne peut pas être soignée dans le centre de soins au niveau de village, le patient peut être transféré à l'hôpital désigné au niveau du bourg. Normalement, les hôpitaux désignés ont des compétences de soin plus hautes que les autres établissements de soin de même niveau.

La prime* d'assurance payée par le paysan sert à alimenter un compte général et un compte familial. Le compte général prend en charge les frais d'hospitalisation ou les frais importants. Le compte familial paye principalement les frais de consultation et les frais inférieurs à la limite basse des montants d'hospitalisation. De plus, la prime au compte familial peut être épargnée et transmise. L'argent des deux comptes est géré indépendamment.

Le patient participant à l'assurance rurale qui a subi un examen médical dans l'établissement médical adéquat, après la vérification de la condition de remboursement des dépenses médicales, reçoit la compensation selon la norme suivante (tableau 8) :

- (1) les frais d'hospitalisation sont remboursés selon une catégorie cumulée, la franchise est de 1 000 yuans (une fois), le plafond est de 30 000 yuans ;
- (2) les dépenses des services de consultation ambulatoire ou les dépenses d'hospitalisation en dessous de 1 000 yuans, le remboursement est fait par le compte de famille, l'excédent des dépenses n'est pas compensé ;

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

- (3) le remboursement est effectué à partir du mois suivant après la cotisation ;
- (4) s'il y a des excédents sur les fonds de traitement médical coopératif dans la même année, le deuxième remboursement pourrait être fait selon la situation réelle (le taux de remboursement déterminé selon les fonds en surplus).

La catégorie de frais d'hospitalisation (yuans)	1 001-5 000	5 001-10 000	10 000-30 000
Le taux de remboursement	30%	40%	50%

Tableau 8. *Le taux de remboursement sur les frais d'hospitalisation en 2003 dans le district de Guangde*

Note : La limite inférieure des montants à rembourser : 1 001 yuans, la limite supérieure des montants à rembourser : 30 000 yuans.

Les dépenses médicales dues à des causes criminelles, aux bagarres, à l'alcoolisme, aux suicides, aux accidents du trafic (route rurale), aux accidents médicaux, aux accouchements, aux soins infirmières, à la location des lits médicalisés, aux maisons de convalescence, aux achats de médicaments sans ordonnance, aux transfusions sanguines, aux transports en ambulance, aux examens non indispensables, ne peuvent pas être remboursées. L'utilisation des médicaments de la nouvelle assurance médicale coopérative rurale se réfère au catalogue de l'utilisation des médicaments basiques de l'assurance médicale basique pour les travailleurs.

II - 3 La situation sanitaire en 2007 en Chine

II - 3.1 Les ressources sanitaires

II - 3.1.1 Le nombre total des établissements de soins.

A la fin de l'année 2007, le nombre total des établissements de soins était de 298 868, en diminution d'environ 10 000 établissements par rapport à 2006 (voir le tableau n° 9). Le nombre total des organismes sanitaires enregistrés (ne comprenant pas les dispensaires dans les villages) était de 290 000. En Chine, parmi les établissements médicaux on recense : 19 847 hôpitaux, 27 054 centres de service de soins des villes, 40 678 centres de soins des districts, 7 107 départements de consultation, 190 557 cliniques (bureaux médicaux, bureaux des infirmières), 3 051 centres de la protection sanitaire pour les femmes et les enfants, 1 365 centres de prévention et de contrôle des maladies spéciales, 3 586 centres de prévention et de contrôle des maladies. Par rapport à l'année 2006, il y a une augmentation du nombre pour 4 types d'établissements : hôpital, centre du service de soins de la communauté, centres de la protection sanitaire maternelle et infantile, départements de consultation ; et une diminution du nombre de cabinets médicaux et infirmiers (15 000).

A la fin de 2007, il y avait 3 586 centres nationaux de la prophylaxie et du contrôle des maladies, en hausse de 38 par rapport à 2006 (tableau 9). Enfin on compte 2 857 instituts de surveillance sanitaire au niveau national.

Les effectifs des hôpitaux classés selon le nombre de lits (figure 11) sont :

Selon le degré : 1 182 hôpitaux de troisième degré, 6% des hôpitaux totaux ; 6 608 hôpitaux de deuxième degré, soit 33,3% des hôpitaux totaux ; 4 687 hôpitaux de premier degré, soit 23,6% des hôpitaux totaux et 7 370 hôpitaux non évalués, soit 37,1% des hôpitaux totaux ;

Selon le nombre de lits : 12 071 hôpitaux, 60,8% des hôpitaux totaux, avec le nombre de lits inférieur à 100 ; 3 700 hôpitaux, 18,6% des hôpitaux totaux, avec le nombre de lits entre 100 et 199 ; 2 868 hôpitaux, 14,5% des hôpitaux totaux, avec le nombre de lits entre 200 et 499 ; 814 hôpitaux, 4% des hôpitaux totaux, avec le nombre de lits entre 500 et 799 ; 394 hôpitaux, 2% des hôpitaux totaux, avec le nombre de lits supérieur à 800.

	Le nombre des établissements		Le nombre des lits	
	2006	2007	2006	2007
Total	308 969	298 868	3 511 779	3 700 562
Hôpital	19 246	19 847	2 560 402	2 674 829
Hôpital général	13 120	13 374	1 902 894	1 971 385
Hôpital de la médecine chinoise	2 665	2 718	303 155	321 545
Hôpital spécial	3 022	3 276	320 503	343 725
Centre du service de soins au niveau de la communauté	22 656	27 054	41 194	76 453
Centre de soins	40 791	40 678	710 308	763 426
Centre de soins du bourg	39 975	39 836	696 231	746 856
Département de consultation	6 429	7 107	10 405	10 332
Clinique (bureau d'hygiène, bureau médical et d'infirmière)	205 814	190 557	-	-
Institut de la transfusion sanguine	559	535	-	-
Centre de la protection sanitaire maternelle et infantile	3 003	3 051	99 291	106 189
Institut de prévention et de traitement des maladies spéciales	1 402	1 365	28 013	25 939
Centre de prévention et de contrôle des maladies	3548	3 586	-	-

Note : ne sont pas inclus les dispensaires de village.

Tableau 9. *Nombre des établissements sanitaires et nombre des lits*

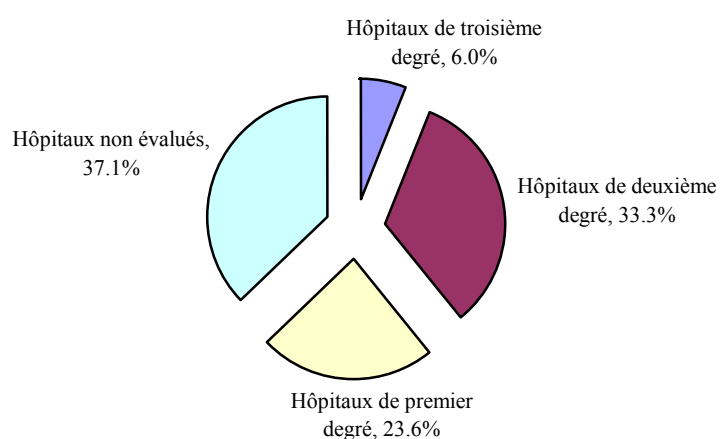


Figure 11. *Classification hospitalière selon le degré*

II - 3.1.2 Nombre de personnels médicaux

A la fin de 2007, le nombre total des personnels travaillant dans la santé était de 5 904 000, parmi lesquels : 4 786 000 personnels médicaux, 242 000 techniciens, 356 000

personnels administratifs, 519 000 ouvriers. Par rapport à 2006, il y a une augmentation de 284 000 personnels médicaux soit un taux d'accroissement de 5,1% (voir le tableau n° 10).

	2006	2007
Total	5 620 000	5 904 000
Personnels médicaux	4 624 000	4 786 000
Parmi lesquels : médecins		
exécutants	1 995 000	2 013 000
Infirmières enregistrées	1 426 000	1 543 000
Pharmaciens	354 000	325 000
Personnels d'examen	219 000	206 000
Autres techniciens	235 000	242 000
Personnels administratifs	324 000	356 000
Ouvriers	436 000	519 000

Tableau 10. *Nombre de personnels médicaux*

Pour 1 000 personnes, le nombre de personnels médicaux était de 3,67, parmi lesquels : 1,56 médecins exécutants* et médecins assistants* et 1,17 infirmières. Au total, 4 786 000 personnes médicaux (tableau 10), parmi lesquels 43,14% de médecins exécutants et d'assistants, 30,84% d'infirmières diplômées, 7,66% pharmaciens, 4,74% techniciens de laboratoire.

II - 3.1.3 Dépense médicale

La dépense totale médicale devrait atteindre 1 096,6 milliards yuans (828 yuans par personne), qui représente 4,81% du PIB en 2007, en augmentation de 112,3 milliards (79 yuans par personne) par rapport à l'année 2006. Le poids de la dépense totale augmente de 0,14% du PIB.

En 2006, l'examen de la dépense médicale montrait que la dépense gouvernementale était de 177,89 milliards yuans soit 18,1% de la dépense totale ; la dépense de l'assurance maladie de 321,09 milliards yuans soit 32,6% de la dépense totale et la dépense individuelle de 485,35 milliards yuans soit 49,3% de la dépense totale. La dépense sanitaire était de 1 145,1 yuans par citadin et 442,4 yuans par paysan.

En 2006, ' la dépense nationale pour le développement sanitaire 'b était de 73,41 milliards yuans avec une augmentation de 13,26 milliards yuans par rapport à l'année

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

b La dépense nationale pour le développement sanitaire est le budget des dépenses des établissements de santé attachés au Ministère de la santé que le gouvernement à tous les niveaux distribue, non compris le service médical gratuit, la dépense à la développement de la médecine traditionnelle chinoise, l'enseignement médical et le financement de la recherche.

2005, soit 1,83% de la dépense nationale gouvernementale avec une augmentation de 0,06% par rapport à l'année 2005.

II - 3.1.3.1 La dépense moyenne de consultation et d'hospitalisation

En 2007, la dépense médicale par patient qui consulte à l'hôpital général du secteur de soins était de 136,1 yuans (tableau 11), soit une augmentation de 7,4 yuans par rapport à l'année 2006 avec un taux d'augmentation de 5,7%. La dépense médicale par patient hospitalisé dans l'hôpital général du secteur de soins en 2007 était de 4 973,8 yuans, soit une augmentation de 304,9 yuans par rapport à l'année 2006 avec le taux d'augmentation de 6,5%. Plus le niveau d'hôpital est haut, plus la dépense moyenne est importante.

	Consultation		Hospitalisation	
	2006	2007	2006	2007
Total	128,7	136,1	4 668,9	4 973,8
Hôpitaux rattachés au ministère de la santé	251,5	281,5	12 434,2	13 117,4
Hôpitaux rattachés à la province	189,7	200,0	9 686,0	10 200,6
Hôpitaux rattachés à la ville à l'échelon de la région	132,0	139,2	5 351,6	5 892,5
Hôpitaux rattachés à la ville à l'échelon du district	105,8	112,5	3 387,4	3 774,9
Hôpitaux rattachés au district	42,1	93,2	1 107,6	2 491,9

Tableau 11. *Dépense sanitaire d'hospitalisation et de consultation par personne (yuans) en Chine [18]*

II - 3.1.3.2 Le poids de la dépense médicamenteuse et des examens pour la consultation et l'hospitalisation.

En 2007, la dépense moyenne pour les consultations à l'hôpital général se répartissait de la manière suivante (tableau n° 12) : 50% pour la dépense médicamenteuse et 31,1% pour la dépense en examen et traitement ; comparé à l'année précédente, le poids de la dépense médicamenteuse a diminué de 0,5% et les dépenses pour les examens et les traitements ont augmenté de 0,1%. La dépense moyenne médicale pour l'hospitalisation, se répartissait de la manière suivante : 43,2% au niveau de la dépense médicamenteuse, et 34,9% pour les examens et les traitements. Comparé à l'année précédente, la dépense médicamenteuse a augmenté de 0,5% et celle due aux examens et aux traitements a diminué de 1,3%.

On remarque que les médicaments prescrits lors des consultations sont moins onéreux dans les hôpitaux du district par rapport aux hôpitaux rattachés au ministère de la santé. Les dépenses d'examen sont plus élevées dans les hôpitaux du district. Par contre, les dépenses médicamenteuses, durant les hospitalisations, sont plus élevées dans les hôpitaux du district et au contraire les frais d'examen sont plus faibles.

	% de la dépense moyenne médicale de consultation				% de la dépense moyenne médicale d'hospitalisation			
	Dépense médicamenteuse		Dépense d'examen		Dépense médicamenteuse		Dépense d'examen	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Total	50,5%	50%	31,0%	31,3%	42,7%	43,2%	36,2%	34,9%
Hôpitaux rattachés au ministère de la santé	55,3%	56,6%	24,9%	23,6%	39,5%	40,9%	36,5%	36,1%
Hôpitaux rattachés à la province	52,6%	52,2%	28,0%	28,4%	41,9%	42,6%	35,5%	34,8%
Hôpitaux rattachés à la ville de l'échelon de région	50,9%	50,3%	31,5%	31,4%	42,1%	42,7%	37,5%	35,8%
Hôpitaux rattachés à la ville de l'échelon du district	49,2%	48,5%	32,4%	33,0%	45,0%	44,9%	34,4%	33,3%
Hôpitaux rattachés au district	45,5%	45,2%	35,3%	35,1%	44,3%	44,4%	35,6%	34,2%

Tableau 12. Poids de la dépense médicamenteuse et d'examen d'hospitalisation et de consultation parmi la dépense médicale totale par personne dans l'hôpital général du secteur de soins (%)

II - 3.2 Les services médicaux

II - 3.2.1 Les services ambulatoires des établissements de soins

En 2007, le nombre total de consultation dans les établissements de soins ^c était de 2 842 000 000 visites, dont 1 637 000 000 (57,6%) effectués dans les hôpitaux. 787 000 000 (27,7%) de consultations dans les centres de soins. 418 000 000 (14,7%) dans les autres établissements sanitaires. Par rapport à l'année précédente, le nombre total de consultation dans les établissements de soins augmentait de 396 000 000 de personnes, parmi lesquelles 166 000 000 (41,9%) de patients dans les hôpitaux et 62 000 000 (15,7%) de patients dans les centres de soins. Le nombre de consultations dans les établissements de soins était en moyenne de 2,2 par personne en 2007.

II - 3.2.2 Les services d'hospitalisation des établissements de soins

En 2007, le nombre total de patients hospitalisés dans l'établissement de soins était de 98 280 000 personnes, parmi lesquelles 64 870 000 (66%) dans les hôpitaux ; 27 000 000 (27,5%) dans les centres de soins ; 6 410 000 (6,5%) dans les autres établissements de soins. Par rapport à l'année précédente, le nombre total de patients hospitalisés dans les établissements de soins augmentait de 19 220 000 personnes, parmi lesquelles 9 250 000

^c Il ne comprend pas les cliniques, les cabinets d'infirmière, les cabinets médicaux et les dispensaires de village.

dans les hôpitaux et 8 420 000 dans les centres de soins. Le taux d'hospitalisation dans les établissements de soins était de 7,54% en 2007.

II - 3.2.3 La charge de travail des médecins

Selon la statistique des hôpitaux généraux dans le secteur sanitaire, en 2007, le nombre de patients traités était de 6 par médecin et par jour (5,5 en 2006) ; chaque médecin s'occupe de 2 lits d'hospitalisation par jour (1,7 en 2006).

II - 3.2.4 L'utilisation des lits

En 2007, le taux d'utilisation des lits était de 70,9% (augmentation de 6,0% par rapport au 2006) : un taux de 78,3% dans les hôpitaux (augmentation de 5,9% par rapport à 2006), un taux de 48,5% dans les centres de soins (augmentation de 9,1% par rapport à 2006). La durée moyenne de séjour était de 8,9 jours : 10,8 jours dans les hôpitaux et 4,8 jours dans les centres de soins. Comparée à l'année 2006, la durée moyenne de séjour a diminué de 3,3%.

II - 3.3 Les services sanitaires en milieu rural

II-3.3.1 La couverture de l'assurance rurale en coopération avec le gouvernement

A la fin de l'année 2007, 2 451 districts (régions, villes) avaient mis en application la nouvelle assurance rurale en coopération avec le gouvernement, couvrant ainsi 730 000 000 de paysans dont 86,2% d'entre eux participaient à l'assurance. Comparé à l'année 2006, il y a une augmentation de 1 000 districts (régions, villes), de 320 000 000 de paysans et de 5,5% du taux de participation. 450 000 000 de paysans ont reçu des remboursements correspondant à une somme de 34 660 000 000 yuans en 2007.

II-3.3.2 Le réseau du service sanitaire à trois niveaux

A l'heure actuelle, un réseau de services médicaux, sanitaires et prophylactiques à trois niveaux (district, bourg et village) (tableau 13) a été créé dans la plupart des régions rurales, sur des bases solides. Dans les districts, ont été créés des hôpitaux ; dans les cantons (bourgs), des centres de soins et dans les villages, des dispensaires. Grâce à l'instauration et au perfectionnement des établissements médico-sanitaires et à la prise graduelle d'habitudes de meilleure hygiène par les habitants ; le cancer, les maladies cérébro-vasculaires et les maladies de cœur ont remplacé les maladies contagieuses et parasitaires comme causes principales de mortalité de la population chinoise. Les causes de la mortalité chinoise sont désormais comparables à celles des pays développés. Le niveau de santé des habitants de la ville et des campagnes s'est élevé considérablement, et l'espérance de vie moyenne de la population nationale est de 73 ans en 2005 [19].

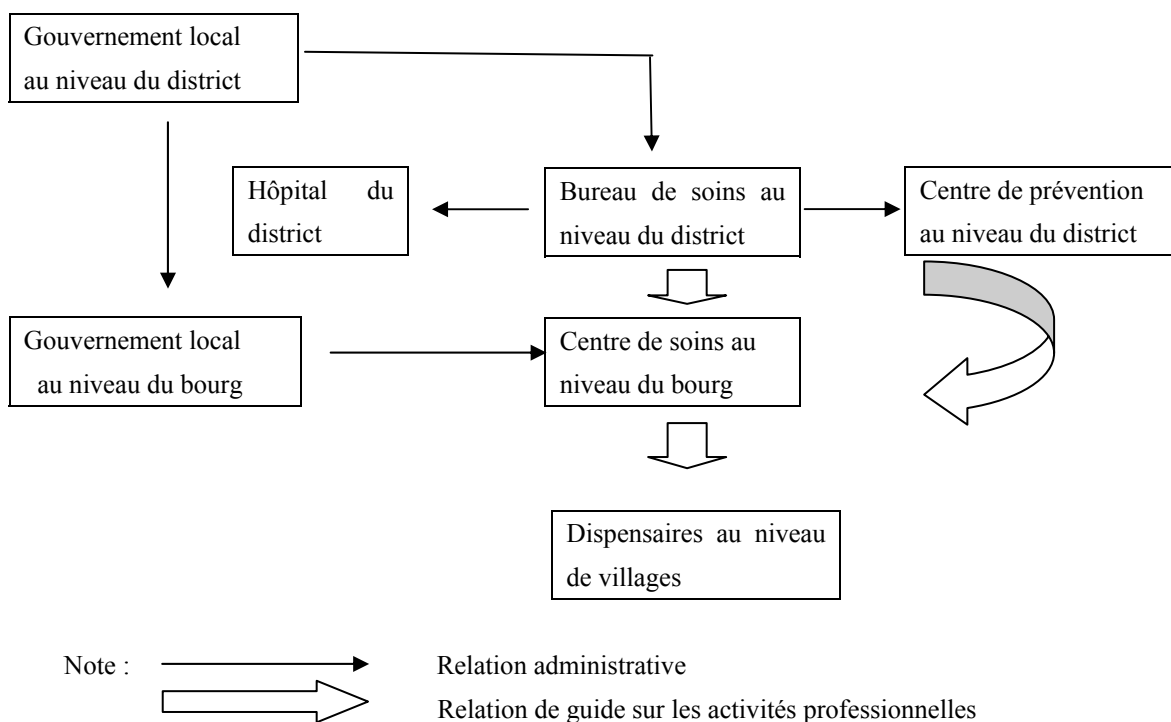


Tableau 13. *Un réseau de services médicaux, sanitaires et prophylactiques à trois niveaux (district, bourg et village)*

II-3.3.3 Etablissements de soins au niveau du district

A la fin de l'année 2007, il y avait 5 879 hôpitaux dans les districts. Le nombre d'Instituts de la protection sanitaire Maternelle et Infantile était de 1 612. Il y avait 1 763 centres de prévention et de contrôle de maladie au niveau du district, 1 333 bureaux de surveillance sanitaire des districts. Le nombre total de personnels sanitaires dans ces quatre types d'établissements sanitaires était de 995 000.

II-3.3.4 Etablissements de soins, nombre de lits et personnels des centres de soins au niveau du bourg

A la fin de l'année 2007, 39 836 centres de soins existaient parmi 34 400 bourgs au niveau national, diminution de 139 due principalement au fusionnement de certains bourgs et centres de soins. Le nombre de lits était de 747 000, augmentation de 51 000, par rapport à l'année précédente. Le nombre de personnels médicaux était de 1 033 000, augmentation de 33 000. Il y avait 863 000 personnels techniques médicaux (396 000 médecins, exécutants et assistants), augmentation de 3 000.

Pour 1 000 paysans, il y avait 0,84 lit et 1,18 personnel de santé en 2007. En 2007, le nombre de consultations dans les centres de soins au niveau des bourgs était de 760 000 000 avec une augmentation de 60 000 000 par rapport à 2006. Le nombre d'hospitalisation était de 26 620 000, augmentation de 8 260 000. Le taux d'utilisation des lits était de 48,4%, augmentation de 1% par rapport à 2006. La durée moyenne de séjour était de 4,8 jours, augmentation de 4,3% par rapport à 2006.

II-3.3.5 Dispensaires au niveau du village.

A la fin de l'année 2007, 605 000 dispensaires de village existaient dans 614 000 villages. Le nombre de médecins et personnels sanitaires dans les villages était de 914 000 (soit 1,04 médecins et personnels sanitaires pour 1 000 paysans). Il y avait 863 000 médecins, exécutants et assistants au niveau des dispensaires des villages. Comparé à l'année 2006, le nombre de dispensaires, médecins et personnels sanitaires a tendance à diminuer en 2007.

II - 3.4 Les services sanitaires communautaires

II - 3.4.1 Le réseau des services sanitaires communautaires

A la fin de 2007, 27 033 centres et stations de services sanitaires communautaires ont été créés, parmi lesquels 3 152 centres de services sanitaires communautaires, augmentation de 51,67% par rapport à 2006, et 23 881 stations de services sanitaires communautaires, augmentation de 16,05% par rapport à 2006.

106 000 personnels sanitaires travaillaient dans les centres de services sanitaires communautaires. Il y avait 34 personnels sanitaires en moyenne par centre. 74 000 personnels sanitaires travaillaient dans les stations de services sanitaires communautaires. Et il y avait 3 personnels sanitaires en moyenne par station.

II - 3.4.2 Les services sanitaires communautaires

En 2007, le nombre total de patients dans les centres de services sanitaires communautaires était de 130 000 000 pour la consultation et de 740 000 pour l'hospitalisation. En moyenne, il y avait 40 000 consultations et 236 hospitalisations dans chaque centre de services sanitaires communautaires. En moyenne, chaque médecin se charge de 14,6 patients par jour avec une augmentation de 1,6 patient par rapport à l'année 2006.

II - 3.5 Le contrôle de la maladie et la santé publique

II - 3.5.1 Le taux de morbidité, de mortalité et de létalité* des maladies infectieuses.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

27 maladies ^d doivent obligatoirement être déclarées. En 2007, le nombre total de ces 27 maladies infectieuses était de 3 580 477 qui avaient provoqué 12 954 morts. Le taux de morbidité était de 272,39 pour 100 000 personnes, de mortalité de 0,99 personne pour 100 000 personnes et de létalité de 0,36% pour les 27 maladies infectieuses considérées. Par rapport à l'année 2006, il existe une augmentation du taux morbidité, de mortalité et de létalité. Le taux de morbidité le plus élevé est dû à l'hépatite (figure 12). Le taux de létalité le plus élevé est dû à la rage (100%), puis la peste (50%) et le SRAS (50,00%), le sida (40,14%), l'épidémie de méningite cérébro-spinale (10,35%), le tétanos pour le nouveau-né (9,8%).

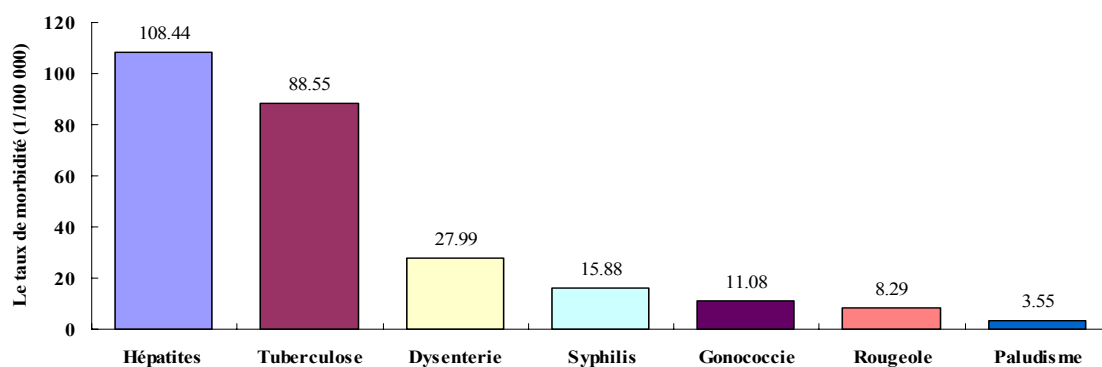


Figure 12. Taux de morbidité des sept maladies infectieuses les plus fréquentes en Chine

II - 3.5.2 Les dix maladies mortelles les plus fréquentes selon les statistiques des causes de décès dans 36 villes et 78 districts en 2007

91,3% (93,2%) de morts sont dus à dix causes principales en milieu urbain (rural) (figures 13 et 14).

Le taux de mortalité par cancer, maladie cardiaque, maladie métabolique et nutritive, maladie digestive, maladie urogénitale, maladie nerveuse et trouble mental est plus élevé chez les citadins que chez les paysans (figure 13). Par contre, le taux de mortalité par maladie vasculaire cérébrale, maladie respiratoire, blessure et empoisonnement est plus élevé chez les paysans que chez les citadins.

^d Selon les règlements, 27 maladies infectieuses sont obligatoirement déclarées selon la « Loi sur la prévention des maladies infectieuses » :

Les maladies infectieuses de la catégorie A sont : la peste, le choléra.

Les maladies infectieuses de la catégorie B sont : les hépatites virales, la dysenterie bacillaire et amibienne, la typhoïde et paratyphoïde, le sida, la blennorragie, la syphilis, la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, la scarlatine, les fièvres hémorragiques, la rage, la leptospirose, la brucellose, l'anthrax, le typhus, l'encéphalite à type B, V. Leishmaniose, la malaria, la dengue, la tuberculose, le tétanos néonatal.

Pneumonie atypique infectieuse(SRAS).

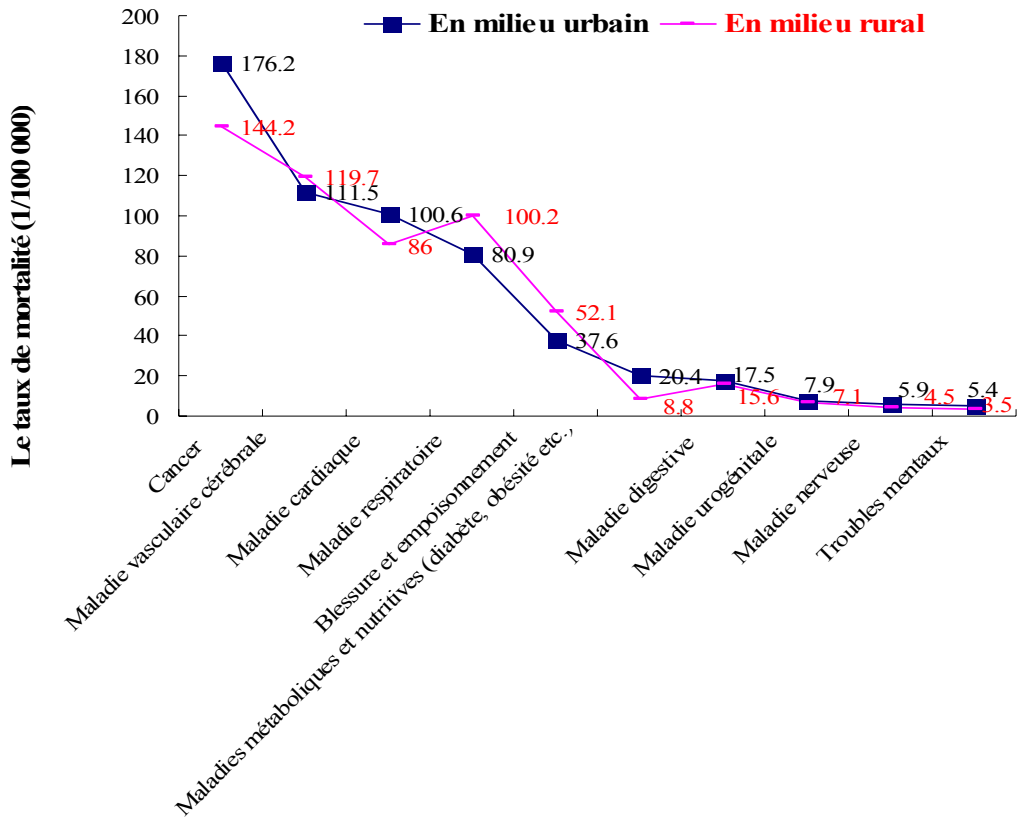


Figure 13. Le taux de mortalité provoquée par les dix maladies les plus fréquentes en milieu urbain et en milieu rural

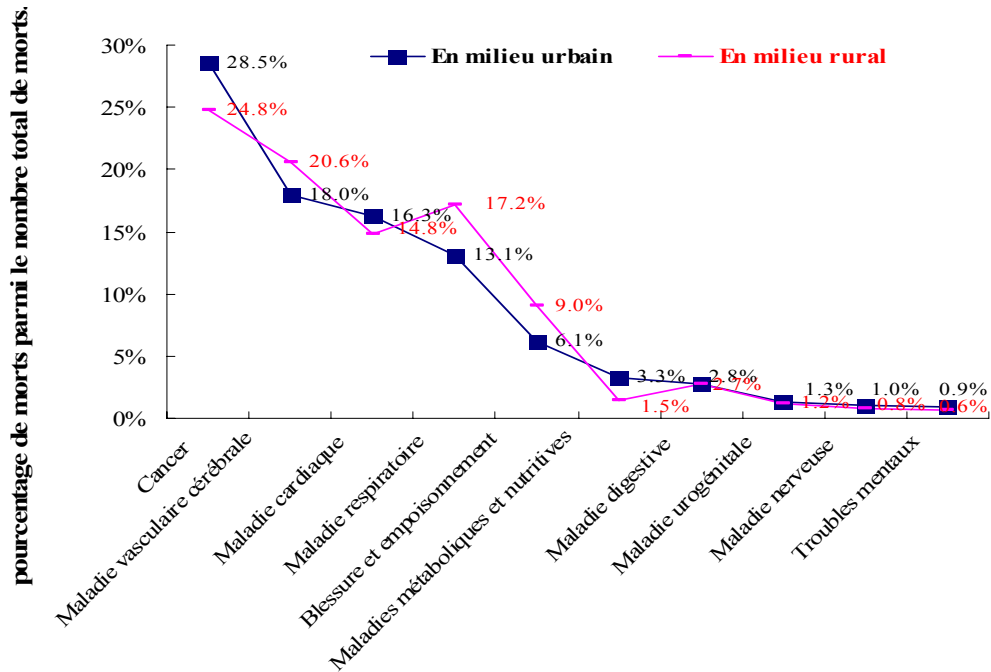


Figure 14. Les dix principales causes de décès en milieu urbain et en milieu rural

II - 3.5.3 Les maladies chroniques

Selon le tableau 14, les maladies chroniques affectent plus les femmes que les hommes en 2003 en Chine [20]. Le taux de prévalence augmente avec l'âge, quelque soit l'âge et le milieu de vie. Parmi les personnes de moins de 35 ans, le taux de prévalence est un peu plus élevé chez les paysans que chez les citadins. Par contre, pour les personnes âgées de 35 ans ou plus, le taux de prévalence est plus élevé chez les citadins que chez les paysans. Plus l'âge augmente, plus cet écart est évident. Les maladies du système circulatoire sont les plus fréquentes en milieu urbain, par exemple l'hypertension et la cardiopathie (tableau 15).

	Total	Urbain	Rural
Selon le sexe			
Hommes	133.5	215.4	106.4
Femmes	169	262.7	135.3
Selon l'âge (ans)			
0-4	6.3	5.3	6.5
5-14	9.6	8.7	9.7
15-24	18	14.5	18.9
25-34	58.3	48.9	61.6
35-44	117.1	118.6	116.5
45-54	219.5	261.7	203.1
55-64	362.1	497.1	302.6
65 et +	538.8	777.1	391.7

Tableau 14. *Le taux de prévalence pour les maladies chroniques selon le sexe et l'âge en 2003 (%)*

	Total	Urbain	Rural
Maladies infectieuses	2.7	2.4	2.8
Maladies parasitaires	0.1	0.2	0.1
Tumeurs malignes	1.3	2.5	0.8
Tumeurs bénignes	0.8	1.1	0.6
Maladies de sécrétion interne, nutritives et métaboliques	7.5	20.3	3.1
Parmi lesquelles : Diabète	5.6	16.3	1.9
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1.9	1.6	2
Maladies mentales	1.9	2.4	1.8
Maladies nerveuses	3.9	4.6	3.7
Maladies des yeux	2.8	4.6	2.1
Maladies des oreilles	0.6	0.9	0.5
Maladies du système circulatoire	50	105.8	30.8
Parmi lesquelles : cardiopathie	14.3	32.8	7.9
Hypertension	26.2	54.7	16.4
Maladies cérébrovasculaires	6.6	13	4.4
Maladies du système respiratoire	15.5	19.1	14.2
Parmi lesquelles : bronchite chronique	7.5	8.2	7.3
Maladies du système digestif	25.5	28.2	24.6
Parmi lesquelles : gastrite aiguë	10.3	9.8	10.5
Cirrhose	1.2	1.4	1.1
Maladies de la vésicule biliaire	5.7	8.5	4.7
Maladies du système urogénital	8.4	10.1	7.8
Maladies pendant la grossesse et l'accouchement, applications pendant la puerpéralité	0.1	0.1	0.1
Peau et tissus sous-cutanés	1.3	1.8	1.2
Maladies du muscle, os et tissu conjonctif	23.1	29.8	20.8
Parmi lesquelles : arthrite	8.6	8.4	8.7
Anomalie congénitale	0.4	0.4	0.5
Maladies périnatales	0	0	0
Traumatisme et empoisonnement	2.1	2.4	2
Autres	0.3	0.2	0.3

Tableau 15. *Le taux de prévalence pour les maladies chroniques en 2003 (‰)*

II - 3.5.4 Bilharziose*

En 2007, la bilharziose a été observée dans 449 districts. Il y a 516 000 nouveaux malades à la fin de l'année 2007 ; et 607 000 en traitement pendant cette année.

II - 3.5.5 Traitement et contrôle des maladies endémiques.

La maladie de Keshan*, la maladie de Kaschin-Beck*, la carence en iode*, l'empoisonnement au fluore* sont les quatre maladies endémiques les plus fréquentes.

La maladie de Keshan a été observée dans 327 districts, 41 000 malades ont été observés, ils sont traités dans 257 districts.

La maladie de Kaschin-Beck est présente dans 363 districts, 723 000 malades ont été observés, et ils sont traités dans 208 districts.

465 000 malades à cause de la carence en iode sont présents dans 2 791 districts et sont traités.

L'empoisonnement au fluore à cause de l'eau potable a été observé dans 1 119 districts. 1 360 000 malades ont le symptôme de fluorose squelettique, dans 182 districts, ils sont traités. La fluorose endémique à cause de la pollution causée par la combustion du charbon a été observée dans 178 districts et 24 districts contrôlés principalement, avec 1 863 000 malades.

II - 3.6 La protection sanitaire maternelle et infantile

En 2007, le taux d'accouchement selon la nouvelle stérilisation efficace était de 98,4%, 99,1% en milieu urbain, 97,9% au niveau du district. Le taux d'accouchement en hôpital était de 91,7% (95,4% en ville, 88,8% en district). Le taux de naissance en hôpital a augmenté de 3,2% par rapport à l'année 2006.

Selon les statistiques concernant la surveillance maternelle et infantile en 2007, le taux de mortalité des femmes enceintes pendant la grossesse ou l'accouchement était de 36,6 morts parmi 100 000, 25,2 morts pour 100 000 dans les zones urbaines et 41,3 morts pour 100 000 dans les zones rurales, 18 pour 1 000 pour les nouveau-nés (en 2004), 20 pour 1 000 pour les bébés (en 2006) et 24 pour 1 000 pour les enfants de moins de 5 ans (en 2006) (voir les figures n° 15, 16). Selon les données statistiques, l'écart du taux de mortalité pour les femmes enceintes entre la ville et le village était très évident.

Si on compare le taux de mortalité des enfants nouveau-nés (<28 jours), infantile (<1 an) et moins de 5 ans (figure 16), on constate que l'Inde a un taux beaucoup plus élevé

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

que les autres pays. On peut remarquer que la France, l'Allemagne, l'Angleterre et le Japon ont un taux semblable.

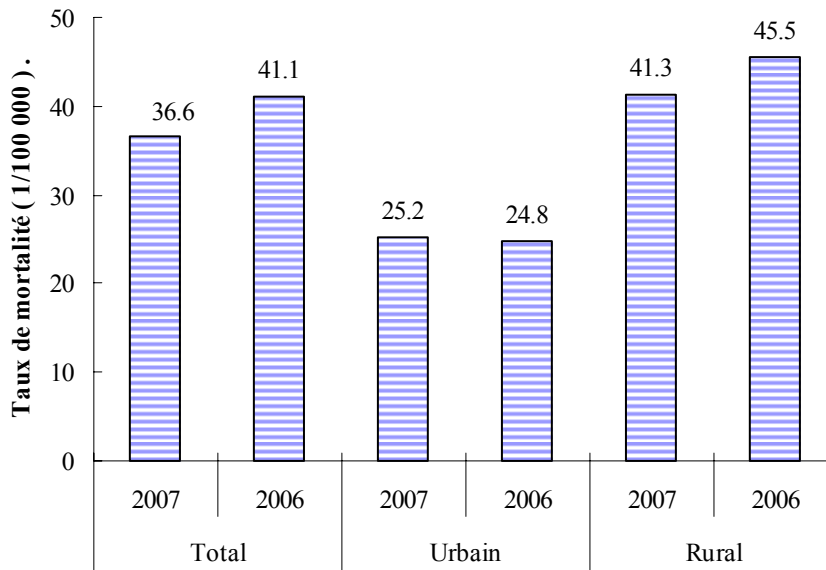


Figure 15. Taux de mortalité pour les femmes enceintes pendant la grossesse ou l'accouchement

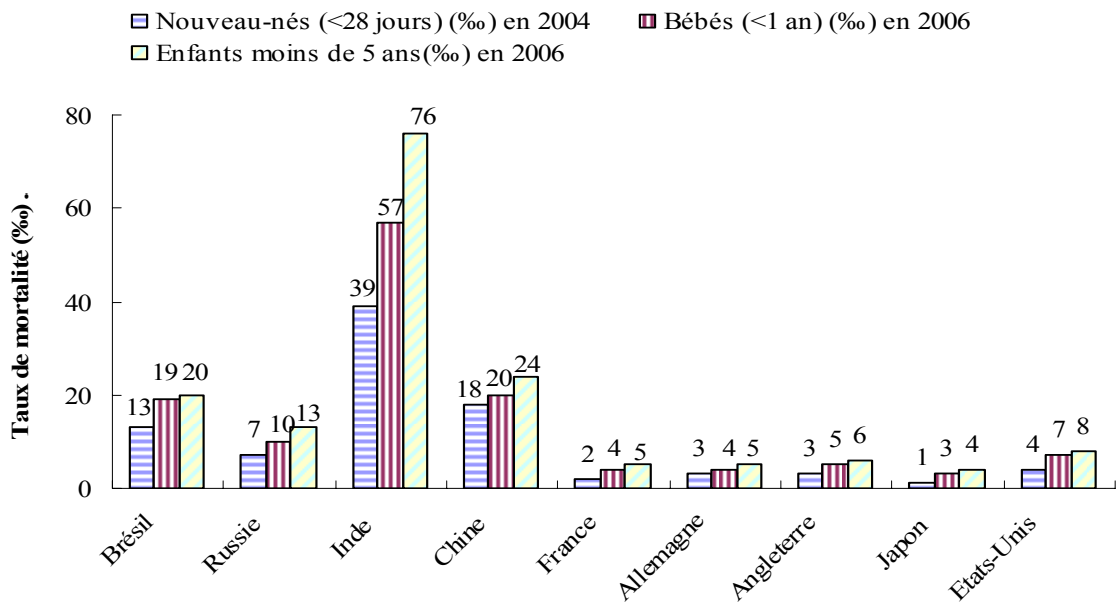


Figure 16. Taux de mortalité pour les enfants de moins de 5 ans, les nouveau-nés (<28 jours), les bébés (<1 an) dans les différents pays [21]

II - 4 La comparaison de la situation sanitaire dans les pays du groupe BRIC* (Brésil, Russie, Inde et Chine)

II - 4.1 La présentation générale pour les pays du groupe BRIC

Au début du XXI^e siècle , les BRIC sont des pays à forte croissance dont le poids dans l'économie mondiale augmente.

Cette appellation est apparue pour la première fois en 2003 dans une thèse de la banque d'investissement Goldman Sachs. Ce rapport tendait à montrer que l'économie des pays du groupe BRIC va rapidement se développer ; le PIB total des BRIC devrait égaler en 2040 celui du G6 (États-Unis, Japon, Royaume-Uni, Allemagne, France et Italie). Chaque membre des BRIC se situerait en 2050 au même niveau que les principales puissances économiques actuelles : États-Unis, Japon, Allemagne, etc.

Les arguments soutenant cette étude [22] sont que ces économies :

- ont adopté l'économie de marché,
- ont engagé les réformes leur permettant de s'intégrer dans l'économie mondiale, notamment l'éducation, les Investissements directs à l'étranger (IDE), la création d'entreprise.

Un nouveau rapport [23] estime que le poids des BRIC dans la croissance mondiale passera de 20% en 2003 à 40% en 2025. Par ailleurs leur poids total dans l'économie passera de 10% en 2004 à plus de 20% en 2025.

Le PIB par habitant est en augmentation rapide, mais, même à l'horizon 2050, il devrait rester très inférieur à celui des pays développés [22].

Le concept du BRIC s'accommode cependant mal des différences importantes qui existent entre ces quatre pays. Des facteurs plus ou moins imprévisibles pourraient

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

intervenir et entraver la croissance rapide de certains de ces pays, notamment les questions d'environnement, de conflits internationaux, de maladie(s), de terrorisme(s) ou de gestion des ressources énergétiques. Les membres du BRIC ont de très vastes populations en dessous du seuil de pauvreté, situation qui pourrait entraîner un malaise social croissant et grever les finances gouvernementales [22].

La Russie est en déclin démographique depuis plusieurs décennies, et, au contraire des autres pays, son poids industriel est également déclinant. Son poids est lié essentiellement à ses immenses ressources énergétiques [22].

Depuis l'an 2000, les problèmes environnementaux de la Chine, liés à l'emballement de son économie, deviennent alarmants. La pollution atmosphérique (notamment les pluies acides) coûterait à elle seule de 2 à 3 % de son PIB [24]. À terme, l'environnement risque de devenir un frein majeur à son développement [22].

Les pays composant le BRIC pourraient, dans un avenir proche, renforcer davantage leurs coopérations économiques en échangeant des ressources naturelles et technologiques : le Brésil et la Russie produisent du pétrole et du gaz naturel, tandis que la Chine et l'Inde sont en plein processus d'industrialisation qui nécessite beaucoup d'énergie.

II - 4.2 La comparaison de la situation sanitaire parmi les pays du groupe BRIC

Selon le tableau n° 16, la Chine a une population plus importante que les autres. Et l'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population est de 74 années en Chine, 73 au Brésil, 66 en Russie et 64 en Inde. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 66 années en moyenne (homme et femme) en Chine, 64 au Brésil, 60 en Russie et 56 en Inde.

Par contre, en ce qui concerne les dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB, le Brésil consacre plus d'argent que l'Inde, la Russie et la Chine (voir le tableau n° 16).

Le Brésil est le pays qui a le plus de dentistes. En ce qui concerne les médecins, infirmières, sages-femmes et tous les autres personnels de santé, c'est la Russie qui a formé le plus de personnes.

	Chine	Inde	Russie	Brésil
Statistiques (2007)				
Population totale (1000)	1 336 317	1 169 016	142 499	191 791
Espérance de vie à la naissance (Hommes/Femmes/Moyenne ^e , années)	72/75/74	63/65/64	60/73/66	70/76/73
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (Hommes/Femmes/Moyenne, années)	65/68/66	56/57/56	55/65/60	62/66/64
Financement de la santé (2006)				
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	4.5	4.9	5.3	7.5
Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé	40.7	25	63.2	47.9
Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)	38	7	232	204
Total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (US \$)	94	29	367	427
Dépenses de l'assurance maladie en % des dépenses publiques de santé	57.3	4.9	42.3	0.0
Personnels de santé (2007)				
Densité de dentistes pour 1 000 habitants	1	1	3	11
Densité de médecins pour 1 000 habitants	14	6	43	12
Densité d'infirmières et de sages-femmes pour 1 000 habitants	10	13	85	38
Densité d'autre personnel de santé pour 1 000 habitants	13	16	114	29

Tableau 16. *Situation sanitaire parmi les pays du groupe BRIC [25]*

^e Espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population homme et femme.

CHAPITRE III :

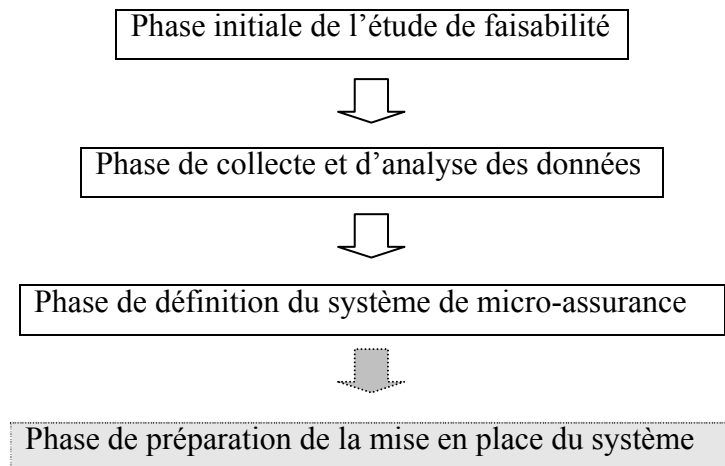
*APPLICATION DE LA MICRO-ASSURANCE MEDICALE EN
MILIEU RURAL EN CHINE*

INTRODUCTION

Il est nécessaire, comme toujours, d'adapter les outils proposés aux contextes spécifiques de la Chine.

L'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé a été rédigée en prenant pour référence le 'Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé' édité par le programme 'STEP' (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté) du 'BIT' (Bureau international du Travail).

- ☞ De manière très schématique, selon ce guide, l'étude de faisabilité se décompose en quatre phases :



Nous nous proposons d'étudier l'adaptation à la Chine des trois premières phases présentées dans les chapitres suivants. La dernière phase ne sera évidemment pas prise en considération dans l'état actuel de notre travail qui reste exploratoire.

CHAPITRE III_1 :

ETUDE DE FAISABILITE

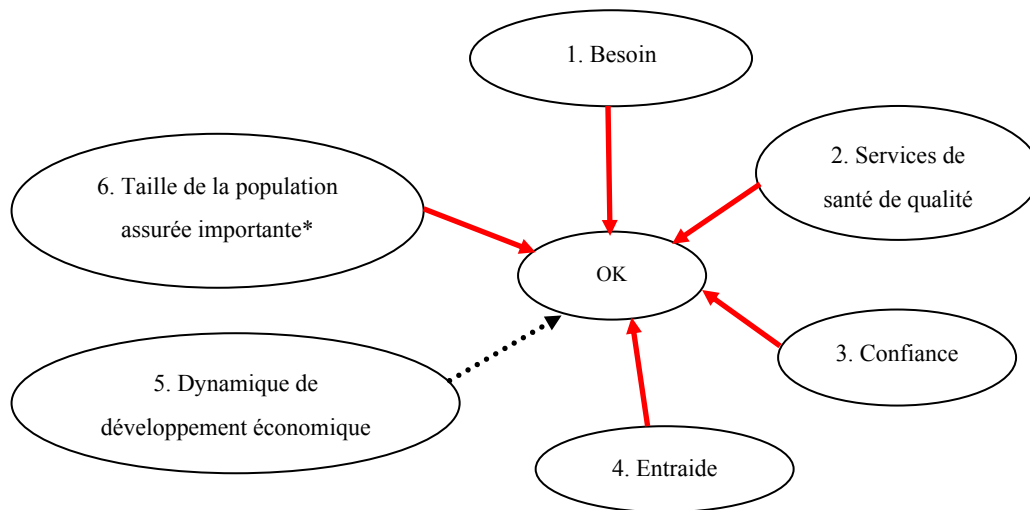
Il s'agit ici de préparer l'étude de faisabilité. Elle consiste à :

- vérifier que les conditions préalables à la mise en place d'un système de micro-assurance santé sont satisfaites.
- une fois les conditions préalables remplies, lancer l'étude de faisabilité.

III_1-1 Vérifier que les conditions préalables sont réunies

L'étude de faisabilité consiste à s'assurer que les six conditions suivantes sont remplies, sur le terrain.

Condition 1	Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité.
Condition 2	Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles.
Condition 3	La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées.
Condition 4	Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible.
Condition 5	Une dynamique de développement socio-économique est engagée.
Condition 6	Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année.



* Lorsque le système envisage de couvrir les gros risques

→ Condition indispensable

•••→ Condition importante

Les quatre premières conditions sont des conditions indispensables. Si l'une d'elles n'est pas remplie, le processus de mise en place du système de micro-assurance santé pourrait s'arrêter. La cinquième condition est importante mais non strictement nécessaire.

La sixième condition est introduite surtout lorsque le système envisage de couvrir les gros risques, c'est-à-dire des soins particulièrement coûteux et aléatoires comme l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, l'accouchement par césarienne, etc. Dans tous les cas, l'intérêt du système est de couvrir un nombre relativement important de bénéficiaires pour réduire le poids des charges fixes.

Condition 1 : Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie

Le système de micro-assurance santé permet de faire face aux dépenses liées à un épisode de maladie ou à la maternité. Ces dépenses comprennent les dépenses médicales, les dépenses annexes – comme les frais de transport pour aller jusqu'à l'hôpital, les frais de nourriture du patient hospitalisé – ainsi que le manque à gagner en cas d'arrêt de travail du patient et des accompagnements.

La mise en place du système de micro-assurance santé est intéressante pour les personnes en milieu rural ou les employés qui travaillent dans un secteur informel en Chine, parce que le risque financier lié à la maladie et à la maternité est ressenti par la population comme important voire prioritaire. Lorsque le patient utilise des soins de santé spécialisés, les dépenses peuvent être importantes. On parle de gros risques qui sont la raison principale de la pauvreté pour les paysans en milieu rural en Chine.

La crainte de ne pouvoir faire face aux dépenses de santé ou de devoir cesser une activité génératrice de revenus pendant la durée du traitement pousse parfois les individus à renoncer à l'accès aux soins au risque d'aggraver leur état de santé. En 2003, selon la troisième enquête nationale du ministère de la santé : le taux de non consultation après la déclaration d'une maladie était de 48,9% en 2003 [4] (45,8% en milieu rural et 57,0% en milieu urbain) parmi lesquels 38,2% le faisait pour cause d'insolvabilité. Le taux de non hospitalisation pour les patients qui devaient être hospitalisés était de 29,6% (30,3% en milieu rural et 27,8% en milieu urbain) parmi lesquels 70,0% le faisait pour cause d'insolvabilité. Chez les patients hospitalisés, le taux de patients demandant de quitter l'hôpital avant la guérison totale était de 43,3%, parmi lesquels plus de 60% le faisait pour cause d'insolvabilité en particulier pour le paiement des frais médicaux. Le taux de pauvreté et de retour à la pauvreté dans le monde rural pour cause de maladie était de 33,4%. Le taux de personnes malades ne prenant aucun traitement médical était de 13,1%. Dans les villages de l'ouest, 62% des patients ne prenaient pas de traitement médical pour cause d'insolvabilité et 75,1% des patients quittaient l'hôpital avant la guérison. Le taux d'automédication était de 35,7% parmi tous les patients (31% en milieu rural et 47% en milieu urbain).

Pour faire face au montant élevé de certaines dépenses de santé et des coûts indirects, les familles doivent mettre en œuvre un ensemble de stratégies : liquidation de l'épargne, vente de biens, demande d'aide auprès du réseau de relations, demande de crédit, etc. Cette recherche d'argent prend du temps et contribue également à retarder l'accès aux soins. Lorsque les montants rassemblés ne suffisent pas à obtenir les soins de qualité, le rétablissement complet du patient est remis en cause.

Les stratégies mises en œuvre par les familles comprennent entre autres la liquidation de biens. Cette liquidation peut entraîner l'appauvrissement durable de la famille. Elle peut aussi accroître la vulnérabilité de la famille face à d'autres événements graves (par exemple tempête, incendie, etc.) qui pourraient survenir dans le futur, dans la mesure où celle-ci ne dispose plus d'épargne pour y faire face.

L'arrêt de travail du malade entraîne un manque à gagner et s'accompagne de choix peu satisfaisants pour l'avenir, comme la déscolarisation des enfants et leur entrée prématurée sur le marché du travail.

Condition 2 : Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles

Un système de micro-assurance santé a pour fonction de prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation des services de santé : centres de santé, hôpitaux, professionnels de santé libéraux, pharmacies, etc.

La mise en place d'un tel système n'est envisageable que s'il existe une gamme de services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population et si celle-ci souhaite effectivement utiliser ces services. En effet, si ces derniers sont de mauvaise qualité ou mal perçus, l'attractivité du système de micro-assurance santé sera faible.

Il faut donc que les services de santé existants permettent de faire face aux principaux besoins de santé de la population cible, qu'ils soient situés à proximité de celle-ci, et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

Lorsque les établissements sanitaires sont de qualité acceptable, la mise en place du système de micro-assurance santé, en augmentant la solvabilité de la demande, peut contribuer à accroître leur fréquentation* et conduire à leur engorgement : files d'attente, personnel débordé, ruptures de stock de médicaments. Le système peut donc contribuer à détériorer la qualité de l'offre. Par conséquent, il peut être utile, parallèlement à la mise en place du système, d'encourager une utilisation optimale des établissements sanitaires existants. Il faut créer des mécanismes de référence obligatoire d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire, et aussi faire en sorte que les capacités d'accueil des établissements sanitaires, dont les services sont couverts par le système d'assurance, soient renforcées.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

Des services de santé de qualité acceptable sont déjà disponibles dans le bourg de Xinhang, tels que les dispensaires de village, les cliniques privées, les centres de soins, l'hôpital du bourg de Xinhang, l'hôpital populaire du district de Guangde, l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, ainsi que les hôpitaux plus spécialisés situés en dehors du district de Guangde, etc.

Condition 3 : La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées

Un système de micro-assurance santé suppose le paiement régulier d'une cotisation. Les cotisations sont mises en commun pour prendre en charge les dépenses médicales des personnes couvertes qui ont besoin d'utiliser les services de santé.

La mise en commun des cotisations est difficilement acceptable lorsque la population ne fait pas totalement confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées dans le projet.

Les antécédents relatifs aux relations entre la population et ces personnes doivent donc être pris en compte. L'attitude des autorités locales est également importante car leur soutien donne une caution morale à ces personnes.

Cette mise en commun de fonds est aussi difficile à accepter lorsque la population a déjà fait l'expérience de projets collectifs qui se sont terminés par des échecs. Ces expériences doivent également être prises en considération pour juger de la possibilité de mettre en place un système de micro assurance santé*.

Avec la bonne expérience de la mise en place de la nouvelle assurance médicale, développée en coopération avec le gouvernement, les gens ciblés devraient faire confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées.

Condition 4 : Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible

Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation 'pour les autres', ceux qui tombent malades.

La compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance sont facilitées lorsqu'il existe dans la population des traditions d'entraide.

Ceci semble être le cas, dans le bourg de Xinhang, car les paysans ont l'habitude de demander une aide extérieure quand l'argent disponible à la maison n'est pas suffisant pour se soigner.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

Condition 5 : Une dynamique de développement socio-économique est engagée

Le paiement régulier d'une cotisation est difficile dans un contexte où les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger. Il est également difficile dans un contexte de faible circulation monétaire. Il est à l'inverse d'autant plus facile à accepter qu'une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Cette condition est importante. Néanmoins, même si les revenus monétaires des familles sont faibles et ne leur permettent pas toujours, individuellement, de faire face aux dépenses de santé, la mise en commun des cotisations permet, collectivement, de mieux faire face aux dépenses des personnes ayant besoin de se faire soigner. C'est ce que l'on appelle la mutualisation des risques ou le partage des risques entre malades et bien-portants.

Selon les dernières statistiques publiées sur le site internet du gouvernement du bourg de Xinhang [26], le revenu annuel par paysans était de 3800 yuans en 2005, en augmentation de 5,2% par rapport à 2004. Cette augmentation est suffisamment importante pour qu'on puisse penser que la dynamique de développement socio-économique est engagée.

Condition 6 : Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année

Cette condition vaut surtout pour des systèmes destinés à couvrir les gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes, comme les hospitalisations, les opérations chirurgicales, les évacuations vers d'autre région, etc.

Les cotisations permettent la prise en charge des dépenses de santé des personnes couvertes par le système. Le calcul des cotisations se base généralement sur des estimations de la consommation moyenne de la population concernée en matière de soins de santé.

Lorsque la consommation réelle est supérieure à la consommation moyenne estimée, l'équilibre financier du système peut être mis en péril.

On sait [27] que les variations autour de la moyenne sont d'autant plus importantes que la population couverte est de petite taille et le risque couvert est rare. A l'inverse plus la population est importante et les risques couverts sont courants, plus ces variations sont faibles.

	Population couverte 'petite'	Population couverte 'importante'
Risque rare (ex. : hospitalisations)	Variations +++	Variations +
Risque courant (ex. : consultations)	Variations +	Variations ≈ 0

Lorsque la population couverte est trop petite, il est cependant difficile de protéger efficacement le système contre les conséquences financières de ces variations. Par conséquent, lorsque la population cible est réduite (par exemple, population d'un village de 1 000 habitants) ce qui induit généralement un nombre de personnes couvertes relativement faible en première année, il est très aléatoire de mettre en place un système de micro-assurance santé destiné à couvrir le gros risque. Par exemple, le cas de village de Ludong, le nombre d'habitant est de 1 950. Au niveau du bourg, le nombre total est de 78 000 parmi lesquels 65 360 paysans. Ou bien, au niveau du district, il y aura 510 000 habitants, parmi lesquels 80% sont des paysans. Si nous choisissons le niveau du bourg ou bien du district au lieu du niveau du village, le nombre de personnes potentiellement couvertes est donc suffisamment important. Plus le niveau est élevé, plus le nombre de personnes potentiellement couvertes est important.

Dans cette thèse, une analyse hypothétique sera faite selon le niveau du bourg avec un nombre de personnes potentiellement couvertes de 65 360 paysans. Pour que la micro-assurance santé puisse être plus stabilisée, on pourrait prendre en compte la mise en place de la réassurance*, ce qui va être présenté dans le dernier chapitre de la thèse.

III_1-2 Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé

Les conditions préalables sont réunies, la mise en place d'un système de micro-assurance santé peut être une solution aux problèmes d'accès aux soins rencontrés par la population.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

CHAPITRE III_2 :

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES

La démarche de collecte et d'analyse des données proposée comporte plusieurs étapes :

1. Définir la démarche de la collecte ;
2. Construire les supports de collecte de l'information ;
3. Préparer et effectuer la collecte ;
4. Transformer les données collectées en données exploitables, c'est-à-dire, utilisables pour définir le système.

III_2-1 Définir la démarche de la collecte

Définir la démarche est la première étape de la collecte de données. Il s'agit de préciser quelles informations sont recherchées, dans quel but et auprès de quelles sources d'information.

Il s'agit aussi de préparer la réalisation des supports de collecte et l'utilisation ultérieure des données collectées pour la définition du système.

Pour définir la démarche de collecte, on peut utilement remplir deux tableaux complémentaires :

- Un tableau que l'on appellera par la suite 'tableau stratégique' ;
- Un tableau que l'on appellera par la suite 'tableau de mise en œuvre'.

Le tableau stratégique permet de décrire les objectifs de la collecte, les informations recherchées pour chaque objectif et les sources d'information que l'on prévoit d'utiliser. **Le tableau de mise en œuvre** permet de lister pour chaque source que l'on prévoit de consulter les informations à collecter et rappelle l'utilité de chaque information recherchée. Ces deux tableaux comportent en réalité les mêmes informations mais présentées de manière inversée. Ils sont complémentaires. **Le tableau stratégique** permet dans un premier temps d'identifier l'information à rechercher, **le tableau de mise en œuvre** d'ordonner et de regrouper ensuite ces informations de manière à simplifier et réduire le coût de la collecte. Il faut pouvoir obtenir auprès d'une même source toutes les informations nécessaires en un minimum de consultations (par exemple éviter d'interroger plusieurs fois une même personne pour obtenir des informations liées aux objectifs 1, puis 2, puis 3, etc.).

IV_2-1.1 Remplir le tableau stratégique

Le tableau stratégique comporte trois colonnes. Dans la première on indique les objectifs de la collecte, dans la deuxième les informations à collecter pour chaque objectif et dans la troisième les sources d'informations que l'on prévoit d'utiliser.

☞ **Première colonne : Les objectifs de la collecte**

Un ou plusieurs objectifs peut (peuvent) être fixé(s). Les dix principaux objectifs habituellement choisis ont été recensés ci-dessous [27].

Listes des principaux objectifs sont :

Objectif 1 : Connaître le contexte.

Objectif 2 : Choisir la population cible.

Objectif 3 : Choisir les établissements de soins partenaires.

Objectif 4 : Choisir les soins qui seront pris en charge.

Objectif 5 : Choisir les modalités de prise en charge : paiement direct ou tiers payant.

Objectif 6 : Calculer les cotisations en fonction des dépenses de santé de la population cible.

Objectif 7 : Calculer les cotisations en fonction des coûts de fonctionnement des établissements sanitaires.

Objectif 8 : Evaluer la 'disposition à payer' de la population cible.

Objectif 9 : Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les ambulanciers ; mettre en place les programmes de prévention ; se renseigner sur les aides publiques.

Objectif 10 : Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.

Les objectifs 7, 9 et 10 ne seront pas pris en compte dans cette thèse par suite des difficultés rencontrées lors de leurs mises en œuvre.

☞ **Deuxième colonne : Les informations à collecter pour chaque objectif**

Pour chaque objectif on peut choisir de collecter un certain nombre d'informations. Ainsi, pour l'objectif 1 'connaître le contexte', on peut collecter des informations économiques, démographiques, sanitaires, politiques, etc.

Le choix des informations à collecter dépend bien sûr de celles disponibles qui peuvent varier selon les régions.

On propose ici un résumé des listes des informations à collecter pour chaque objectif.

a) Informations pour l'objectif 1 : Connaître le contexte

Informations démographiques, économiques, sur l'offre de soins actuellement disponible, sur le contexte sanitaire, sur certains aspects sociaux, informations politiques et juridiques etc.

b) Informations pour l'objectif 2 : Préparer le choix de la population cible

Il s'agit des informations concernant la qualité objective des établissements sanitaires utilisées par la population cible (en effet, il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable).

On prendra en compte les critères suivants :

- i). l'accès aux établissements sanitaires du dispensaire à l'hôpital du district,
- ii). la dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible connue grâce à la statistique,
- iii). les pratiques d'entraide en cas de maladie,
- iv). le nombre d'actes médicaux et les modalités de financement de l'accès aux soins.

Etant donné que la NAMCR est en place à l'heure actuelle en milieu rural en Chine, le pourcentage de la population qui adhère à cette assurance maladie peut aussi être considéré comme un indicateur important pour le choix de la population cible.

c) Informations pour l'objectif 3 : Préparer le choix des établissements de soins partenaires,

- i). L'offre de soins : de la simple consultation à l'hospitalisation,
- ii). la qualité objective mesurée en fonction des équipements disponibles,
- iii). la qualité des établissements sanitaires évaluée grâce aux avis des malades,
- iv). leur fréquentation déterminée en fonction grâce aux réponses des malades,

On verra plus loin comment apprécier ces éléments sur le plan pratique. Ces données peuvent être prises en compte, par la micro-assurance, pour le choix des établissements de soins partenaires.

d) Informations pour l'objectif 4 : Préparer le choix des soins qui seront pris en charge

i). vérifier les services de santé disponibles ou pas : exemple l'hospitalisation n'est pas possible dans un dispensaire, le malade doit aller au moins dans un hôpital du bourg ou éventuellement du district,

ii). déterminer les services dont l'accès est difficile pour des raisons financières car la NAMCR rembourse seulement une partie des soins.

e) Informations pour l'objectif 6 : Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible

Il s'agit des données permettant de calculer la cotisation et plus précisément la prime de base* pour chaque service de santé : la probabilité d'utiliser le service pour chaque adhérent, le coût unitaire moyen, la fréquence* d'utilisation du service pour chaque malade.

f) Informations pour l'objectif 7 : Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des établissements sanitaires

On cherche des informations sur les coûts fixes et variables des établissements sanitaires ainsi que le nombre d'utilisateurs. Mais en réalité, c'est très difficile à mettre en œuvre, aussi cette étude ne sera pas réalisée.

g) Informations pour l'objectif 8 : Evaluer la disposition à payer de la population cible

En ce qui concerne la disposition à payer de la population cible, on essaie de trouver des informations concernant la saisonnalité du consentement à payer, en tenant compte de l'époque des récoltes (vente de leurs produits), leur travail éventuel en dehors des fermes (artisans, usines), et les niveaux actuels de contribution pour la NAMCR.

h) Informations pour l'objectif 10 : Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système

Modes d'organisation et principales règles de gestion de systèmes de micro-assurance santé actuels, existence et caractéristiques de leurs réseaux éventuels, principaux indicateurs : pourcentage de frais de gestion, taux de pénétration, etc.

☞ Troisième colonne : Les sources d'informations disponibles et utiles

Pour chaque information, une ou plusieurs sources d'information peut ou peuvent être identifiée(s).

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

Exemple de remplissage du tableau stratégique

Objectifs	Informations	Sources
Connaître le contexte	<ul style="list-style-type: none"> ● Informations démographiques ● Informations politiques ● Informations économiques ● Informations sur l'offre de soins ... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales...
Préparer le choix des soins pris en charge	<ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Services prioritaires parmi les besoins sanitaires (réels/ressentis)... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des établissements sanitaires ● Questionnaires soumis aux chefs de famille
...

IV_2-1.2 Remplir le tableau de mise en œuvre

Exemple de remplissage du tableau de mise en œuvre

Sources	Informations	Utilité/Objectifs
Entretiens avec les autorités locales	<ul style="list-style-type: none"> ● Informations démographiques, politiques, économiques, aspects sociaux ... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaître le contexte
Grilles de tarifs des établissements sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Tarifs officiels 	<ul style="list-style-type: none"> ● Préparer le choix des services de santé à couvrir ● Préparer les négociations tarifaires avec les prestataires de soins ...
...

Le tableau de mise en œuvre est élaboré à partir du tableau stratégique dont il reprend le contenu, c'est-à-dire les objectifs, les informations à collecter et les sources d'information à utiliser en les ordonnant différemment: les sources d'information choisies sont indiquées dans la première colonne, les informations à collecter auprès de chaque source sont indiquées dans la deuxième colonne, l'utilité de chaque information (c'est-à-dire l'objectif poursuivi) est indiquée dans la troisième colonne.

Le tableau de mise en œuvre permet de regrouper les informations par source. Une source d'information permet le plus souvent de collecter plusieurs informations.

Ce regroupement facilite ensuite la réalisation des supports de collecte et la collecte elle-même.

III_2-2 Construire les supports de collecte de l'information

Avant de commencer la collecte des données permettant de satisfaire aux exigences des objectifs précédents, il convient de préparer des supports de collecte. Ces supports comprennent notamment des grilles de saisie, des formulaires d'entretien et des questionnaires d'enquête.

Les grilles de saisie peuvent être utilisées pour collecter des informations à partir des sources documentaires : recensement, carte sanitaire, études socio-économiques, études sur la situation sanitaire, cadre politique, grilles des tarifs des établissements sanitaires, registres et rapports d'activité des établissements sanitaires, statistiques des établissements sanitaires, données comptables des établissements sanitaires, etc. Elles comportent en général deux colonnes avec dans celle de gauche le libellé de l'information recherchée et dans celle de droite l'information obtenue.

Les formulaires d'entretien peuvent être utilisés pour collecter des informations auprès du personnel de santé et des responsables des établissements sanitaires, auprès des autorités sanitaires, des autorités locales, des responsables d'organisations de la société civile, des ambulanciers ou autres, des responsables de programmes de prévention. Ils comportent des questions souvent ouvertes qui permettent à la personne interrogée de donner son point de vue et d'illustrer son propos par des exemples. Les réponses données au cours des entretiens sont principalement qualitatives.

Les questionnaires d'enquête servent à conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients. Ils doivent, dans la mesure du possible, comporter des questions dites fermées comme des questions à choix multiples avec des cases à cocher, qui obligent la personne interrogée à donner des réponses précises. Cela permet par la suite d'exploiter les réponses de façon très précise.

Support	Utilité	Caractéristiques
Questionnaires d'enquête	Conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients	Les questionnaires d'enquête comportent dans la mesure du possible des questions dites fermées
Grilles de saisie	Collecter des informations à partir des 'sources documentaires'	Les grilles comportent souvent deux colonnes avec dans la colonne de gauche, le libellé de l'information et dans celle de droite, l'information obtenue
Formulaires d'entretien	Collecter des informations qualitatives auprès de personnes physiques	Les formulaires d'entretien comportent des questions souvent ouvertes

- ☞ Premier cas : Le support de collecte est une grille de saisie

La grille peut comprendre deux colonnes. Dans la colonne de gauche le comité de pilotage indique les informations recherchées. La colonne de droite permettra d'inscrire les valeurs trouvées.

Exemple de grille de saisie 'recensement'	
Information recherchée	Valeur
Population nationale	
Population de la région concernée	
Population urbaine	
...	...

- ☞ Deuxième cas : Le support de collecte est un formulaire d'entretien ou un questionnaire d'enquête

Chaque question doit permettre de collecter une ou plusieurs des informations listées dans le tableau de mise en œuvre.

Exemple de formulaire d'entretien 'autorités sanitaires'	
1.	Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans la région ?
2.	Y a-t-il des périodes de l'année plus difficiles que d'autres sur le plan sanitaire ?
3.	Etc.

Dans cette étude, seulement le questionnaire d'enquête auprès des ménages a été fait. Les enquêtes auprès des ménages permettent de collecter des données utiles pour différents objectifs. En ce qui concerne la grille de saisie, quelques informations sont disponibles concernant trois établissements de santé qui font partie de l'information partenaire avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement.

Cette étude cherche à préparer le choix des prestataires de soins partenaires (objectif 3), préparer le choix des services de santé à couvrir en priorité (objectif 4), évaluer le niveau de la disposition à payer de la population cible (objectif 8) et ses variations saisonnières éventuelles. Elle cherche aussi à préparer le calcul des cotisations (objectif 6) etc.

Une fois qu'un tableau de mise en œuvre de la collecte a été établi, la liste des informations à collecter dans le cadre des enquêtes auprès des ménages est déjà prête.

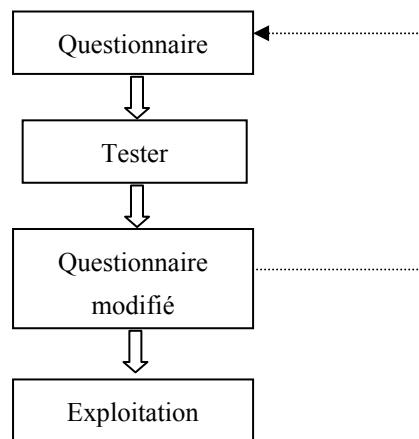
Ces enquêtes permettent de réunir des informations nécessaires pour :

- évaluer la qualité perçue des établissements sanitaires ;
- identifier les services de santé que le système de micro-assurance santé pourra couvrir en priorité parce qu'ils correspondent à des besoins exprimés par la population en termes sanitaires ou parce qu'ils entraînent le plus de difficultés financières à la population ;
- calculer les cotisations, et notamment calculer la probabilité d'utiliser chaque service de santé à l'hôpital ou la fréquence d'utilisation de chaque service de santé par individu ;
- estimer le consentement à payer de la population cible ;
- connaître les comportements de recours aux soins (automédication, pharmacopée traditionnelle, achat de médicaments sur le trottoir ou à la pharmacie, consultation à l'hôpital, etc.) et les modalités de financement des dépenses de santé (liquidation de l'épargne, emprunt, aide d'un proche, etc.), avant la mise en place du système de micro-assurance santé, etc.

III_2-3 Préparer et effectuer la collecte

III_2-3.1 Tester les supports de collecte

Les questionnaires d'enquête auprès des ménages doivent être testés sur un échantillon restreint de personnes afin de vérifier que les questions sont compréhensibles et qu'elles permettent effectivement de collecter les informations recherchées. Si les questionnaires d'enquête ne sont pas compréhensibles, il faut les corriger, voir la figure en dessous.



III_2-3.2 Définir l'échantillon de la population à interroger

En 2005, le revenu moyen annuel par famille au niveau national est d'environ 3 255 yuans [28]. Comme il ne nous était pas matériellement possible d'effectuer une enquête reposant sur un échantillonnage aléatoire dans l'ensemble de ces provinces, nous nous sommes limités à la collecte d'une information dans une population rurale ayant un revenu moyen relativement proche du revenu moyen national et où il nous était matériellement possible d'enquêter. Ceci nous a conduits à retenir, dans la province d'Anhui, le bourg de Xinhang dont le revenu moyen annuel par famille est de 3800 yuans [29] en 2005.

Les enquêtes auprès de la population cible (ménages, patients) doivent être effectués auprès d'échantillons représentatifs de la population cible. Un échantillon est représentatif lorsqu'il a la même structure que la population totale : mêmes proportions d'hommes, de femmes, de jeunes, de personnes âgées, d'actifs, d'inactifs, etc. Dans la pratique, 10 villages ont été tirés au sort parmi les 19 villages au total dans le bourg de Xinhang où le nombre total des ménages et des paysans est respectivement de 18 792 et 65 360 (voir la figure 17 et le tableau 17). Dans chaque village, une quarantaine de familles ont été tirées au sort. En total, les enquêtes ménages sont été conduites auprès de 423 chefs de famille, soit 1 598 paysans au total.

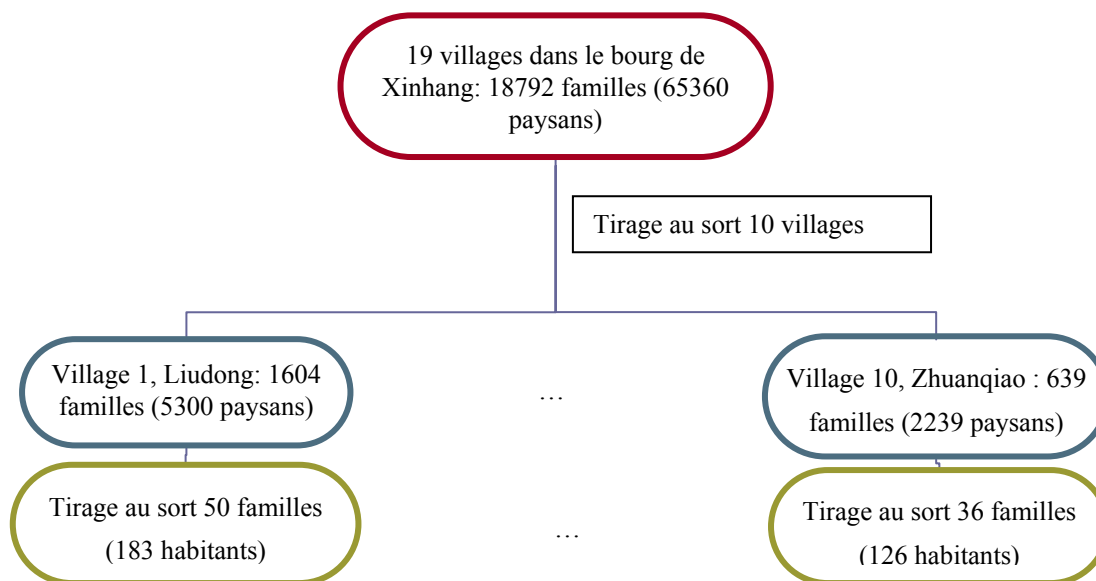


Figure 17. Villages, familles (paysans) tirés au sort dans le bourg de Xinhang

On trouvera dans le tableau 17 le détail des informations relatives aux 19 villages de la base et aux 10 retenus.

Ordre	Village	Nombre de famille	Nombre de paysans	Tirage au sort (1=oui, 0=non)	Nombre de familles tirées au sort	Nombre d'habitants tirés au sort
1	Niutoushan	1153	3956	0		
2	Liudong	1604	5300	1	50	183
3	Dushan	1216	4128	0		
4	Yangwan	1350	5148	0		
5	Xujiabian	830	2885	1	36	125
6	Qingling	1014	3056	0		
7	Ludong	1472	5438	0		
8	Baijiamiao	765	2834	1	48	186
9	Jianchuan	758	2850	0		
10	Hongshan	1126	3785	0		
11	Hexing	998	3500	1	49	181
12	Qiankou	738	2467	1	38	160
13	Taoyuan	500	1860	0		
14	Henggang	1010	3565	1	28	112
15	Jinjilong	675	2383	1	49	182
16	Pengcun	1273	4400	1	45	159
17	Yangganqiao	665	2520	0		
18	Dingjiacun	1006	3046	1	44	184
19	Zhuanqiao	639	2239	1	36	126
Total	19	18792	65360	10	423	1598

Tableau 17. Nombre des familles et des paysans tirés au sort dans 19 villages du bourg de Xinhang

III_2-4 Transformer les données collectées en données exploitables

Parmi les données collectées, certaines sont directement exploitables : elles permettent d'atteindre un ou plusieurs objectifs sans traitement particulier. Par exemple, les informations démographiques participent, sans traitement particulier, à une meilleure connaissance du contexte.

D'autres données doivent être transformées avant de pouvoir être utilisées pour l'objectif visé. La transformation consiste à calculer, à partir des données brutes, un indicateur.

L'exploitation consiste donc à transformer si nécessaire les données collectées en données exploitables et à les utiliser pour atteindre chaque objectif.

Village	Nombre de familles	Nombre de paysans	Nombre de familles qui cotisent	Nombre de personnes qui cotisent	Taux de paysans qui cotisent (%)	Montant des cotisations (yuans)
1. Niutoushan	1153	3956	1153	3956	100	39560
2. Liudong	1604	5300	-	5057	95	50570
3. Dushan	1216	4128	1064	3659	89	36590
4. Yangwan	1350	5148	1307	4313	84	43130
5. Xujiabian	830	2885	741	2430	84	24300
6. Qingling	1014	3056	690	2815	92	28150
7. Ludong	1472	5438	1439	5438	100	54380
8. Baijiamiao	765	2834	-	2834	100	28340
9. Jianchuan	758	2850	743	2591	91	25910
10. Hongshan	1126	3785	908	3632	96	36320
11. Hexing	998	3500	851	3104	88	31040
12. Qiankou	738	2467	600	2298	93	22980
13. Taoyuan	500	1860	474	1685	91	16850
14. Henggang	1010	3565	800	3229	91	32290
15. Jinjilong	675	2383	570	1912	80	19120
16. Pengcun	1273	4400	1128	4142	94	41420
17. Yangganqiao	665	2520	420	1647	65	16470
18. Dingjiacun	1006	3046	818	2938	96	29380
19. Zhuanqiao	639	2239	-	1831	81	18310
Total		65360		59511	91	595110

Tableau 18. *La nouvelle assurance médicale rurale coopérative de 2007 à 2008 dans le district de Xinhang en Chine*

III_2-4.1 Objectif 1 : *Connaître le contexte*

- La population concernée : 65 360 habitants dans le bourg de Xinhang, un des bourgs dans le district de Guangde de la région d'Anhui, Chine.
- Cette population se répartie en 19 villages. Chaque village comporte un certain nombre de familles.
- En ce qui concerne la couverture de l'assurance maladie, dans le bourg de Xinhang, 91% des habitants sont couverts par la nouvelle assurance médicale rurale développée en coopération avec le gouvernement.

On trouvera dans le tableau 18 les détails des informations relatives à chacun des ces 19 villages.

III_2-4.2 Objectif 2 : *Préparer le choix de la population cible*

Dans le bourg de Xinhang, 91% des paysans cotisent pour la NAMCR^f. Selon le résultat de l'enquête, la plupart des familles sont intéressées pour une nouvelle assurance maladie. Donc, on pourrait penser que tous les paysans du bourg de Xinhang peuvent être considérés comme la population cible de la micro-assurance médicale.

III_2-4.3 Objectif 3 : *Préparer le choix des établissements de soins partenaires*

En ce qui concerne le choix des établissements de soins partenaires : les informations, la qualité objective, la qualité perçue des établissements sanitaires et leur indice de fréquentation sont considérées comme des indicateurs importants pour le choix des établissements partenaires.

III_2-4.3.1 Information sur l'offre de soins et la qualité objective des établissements sanitaires

On peut remarquer que plus le niveau de soins est élevé, plus l'offre de soins et la qualité objective des établissements sanitaires sont meilleures (tableau 19). Par contre, les paysans préfèrent aller consulter dans les dispensaires de village parce qu'ils sont plus proches de chez eux et les frais de consultations sont moins coûteux.

^f La situation de la participation aux cotisations de la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement entre 2007 et 2008 au bourg de Xinhang, trouvé dans le bureau du gouvernement populaire du bourg de Xinhang.

	Offre de soins	Nombre de lits	Nombre de personnels médicaux
Hôpital populaire du district de Guangde	Service de gynécologie et obstétrique, Chirurgie générale, Services d'ambulance, Chirurgie mini-invasive, Endoscopie, Orthopédie, Neurologie, Médecine cardiovasculaire, Urologie chirurgicale, Chirurgie thoracique, Chirurgie cérébrale, pédiatrie, service des maladies infectieuses, Dermatologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie et stomatologie	250	280
Hôpital de médecine traditionnelle chinoise de Guangde	Hémodialyse, Endoscopie, Service de gynécologie et obstétrique, Service de médecine générale, Chirurgie générale, Services d'ambulance, Dermatologie, Oto-rhino-laryngologie et stomatologie, Electrocardiogramme, Radiologie, Gynécologie de la médecine traditionnelle chinoise, Service de gastro-entérologie de la médecine traditionnelle chinoise, Service d'hépatologie, Echographie, Acupuncture et Massage, Laboratoire d'analyse	60	134
Centre de soins du bourg de Xinhang	Consultation, Hospitalisation, Médecine interne et chirurgicale simple	110	84
Dispensaires de village	Consultation	---	1 ~ 2

Tableau 19. *La comparaison sur l'offre de soins, le nombre de lits et le nombre de personnels médicaux pour les quatre établissements de soins au niveau du district, du bourg et du village*

III_2-4.3.2 Perception de la qualité des établissements sanitaires en fonction de neuf paramètres

III_2-4.3.2.I Qualité perçue selon quelques études de référence

Une étude de référence par Luo Jiahong, Mao Yong, Li Xiaomei etc. [30] (voir le tableau 20), concernant l'évaluation des établissements de soins par les paysans assurés, montre que le niveau de la qualité de service des établissements sanitaires était très moyen. Le niveau de compétence du personnel soignant, de l'hôpital du district, est le plus élevé. Par contre, ils pensent que les médecins des dispensaires de village sont plus gentils que les médecins des autres établissements de soins. Les charges médicales, selon eux, sont plus basses dans les dispensaires de village. Les médecins, à l'hôpital du bourg, ont un comportement très désagréable pour les malades, les charges médicales sont trop élevées.

Une autre étude de référence par Luo Jiahong, Mao Yong, Huang Xingli etc. [31] (voir le tableau 21), concernant l'évaluation des établissements de soins par les personnels de soins, donne presque le même résultat exprimé par les paysans. Selon le personnel soignant, leur niveau de compétence est plus élevé dans l'hôpital du district. En ce qui

concerne la confiance envers les médecins et le niveau de satisfaction générale, l'hôpital du district arrive en tête.

		Dispensaires de village (%)	Centre de soins du bourg (%)	Hôpital au niveau du district (%)	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district (%)	Centre de protection maternelle et infantile (%)
Compétence du personnel soignant	Insuffisante	41,1	34,8	7,6	8,9	17,0
	Moyenne	54,0	57,6	50,0	51,3	58,0
	Suffisante	4,9	7,6	42,4	39,7	25,0
Attitude du médecin envers le travail	Mauvais	4,5	5,4	24,1	16,5	21,4
	Moyen	40,6	44,6	42,4	50,9	47,3
	Bon	54,9	50,0	33,5	32,6	31,3
Frais	Elevé	17,9	21,9	55,4	46,0	44,6
	Moyen	58,0	63,8	39,3	46,4	49,6
	Bas	21,4	14,3	5,4	7,6	5,8

Tableau 20. Comparaison de l'évaluation des établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement par les paysans assurés

		Dispensaires de village (%)	Centre de soins du bourg (%)	Hôpital au niveau du district (%)	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district (%)	Centre de protection maternelle et infantile (%)
Compétence du personnel soignant	Suffisante	0	7,7	69,0	48,8	7,7
	Moyenne	28,6	69,2	28,6	48,8	89,7
	Insuffisante	71,4	23,1	2,4	2,4	2,6
Confiance envers les médecins	Confiance	0	0	38,1	35,7	0
	Moyen	81,0	88,1	57,1	59,5	95,2
	Non	19,0	11,9	4,8	4,8	4,8
Niveau de satisfaction générale	Très satisfa.	0	0	36,1	33,3	2,8
	Satisfaisant	27,3	4,2	30,6	43,6	33,3
	Moyen	72,7	95,8	27,8	17,9	58,3
	Insatisfaisant	0	0	5,6	5,1	5,6

Tableau 21. Comparaison de l'évaluation des établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement par les personnels de soins

III_2-4.3.2.II Qualité perçue selon le résultat de mon enquête qui porte sur neuf paramètres

En ce qui concerne la qualité perçue des établissements sanitaires, le résultat de l'enquête donne les informations suivantes sur la qualité de l'accueil, le temps d'attente avant d'être soigné, l'absence du personnel de santé pendant les heures d'ouverture pour des motifs non personnels et le stockage des médicaments.

On se limitera à analyser seulement la qualité perçue des établissements sanitaires tels que les dispensaires de village, les centres de soins du bourg et les hôpitaux du district. Et puis, on analysera plus en détail la qualité perçue des établissements sanitaires comme l'hôpital populaire du district de Guangde, les dispensaires de village, le centre de soins de Zhuanqiao, la clinique privée (généralistes, dentistes), le centre de soins de Liudong, le centre de soins du bourg de Xinhang, et les divers (Y compris l'hôpital en dehors du district, l'hôpital de la protection maternelle et infantile, l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, l'hôpital de la Croix-Rouge de Cishangang, le bureau des services médicaux communautaires). La raison pour laquelle on applique l'appellation 'divers' est que le nombre de réponses est insuffisant. Et comme les divers comprennent des établissements de soins très variés, on ne pourra étudier valablement ces derniers.

✓ Qualité perçue des établissements sanitaires généraux

Selon les réponses, le tableau 22 montre quelques résultats plus détaillés de la qualité perçue parmi trois établissements de soins, les dispensaires de village, le centre de soins du bourg de Xinhang et l'hôpital du district de Guangde. L'hôpital du district de Guangde apparaît le meilleur bien que : les personnels de soins fassent preuve d'une écoute insuffisante, il soit nécessaire parfois de donner des pourboires, le temps d'attente avant d'être soigné soit long. Les personnels soignants dans les dispensaires de village prennent plus le temps d'écouter les patients. Et dans les dispensaires de village et le centre de soins du bourg de Xinhang, personne n'a donné des pourboires lors de leur dernière consultation et ou hospitalisation. Dans l'hôpital du district de Guangde, 1,4% des répondants ont dit qu'ils ont payé des pourboires à certains membres du personnel lors de leur dernière consultation/hospitalisation. Le temps d'attente le plus court est dans le centre de soins du bourg de Xinhang, suivi par les dispensaires de village.

	Accueil (B=Bon, My=moyen, Mv=mauvais)			Compétence du personnel soignant (S=Suffisante, M=moyenne, I=insuffisante)			Personnel soignant prenant le temps de vous écouter (O=Oui, M=moyen, N=Non)			Femmes soignées par du personnel féminin (O=Oui, Qo=Quelque fois oui, N=Non)			Payer ou pas des pourboires (O=Oui, N=non)		Temps d'attente avant d'être soigné (heures) (1=< 1h, 2=1~ 4h)		Heures d'ouverture de l'établissement sanitaire compatibles ou pas avec l'activité professionnelle (O=Oui, N=non)		Absence anormale du personnel soignant (O=Oui, N=non)		Disponibilité de tous les médicaments prescrits (O=Oui, Ci=Certains indispensables)	
	B	My	Mv	S	M	I	O	M	N	O	Qo	N	O	N	1	2	O	N	N	O	O	Ci
Dispensaires de village	56,4	40,0	3,6	29,1	63,6	7,3	63,6	36,4	0,0	12,7	61,8	25,5	100,0	0,0	77,4	22,6	80,0	20,0	96,4	3,6	65,4	34,6
Cliniques privées	68,2	31,8	0,0	22,7	77,3	0,0	63,6	36,4	0,0	4,5	36,4	59,1	100,0	0,0	86,4	13,6	95,5	4,5	68,2	31,8	72,7	27,3
Centre de soins de Zhuanqiao	45,2	54,8	0,0	12,9	87,1	0,0	48,4	51,6	0,0	0,0	90,3	9,7	100,0	0,0	96,8	3,2	80,6	19,4	83,9	16,1	26,7	73,3
Centre de soins de Liudong	19,0	76,2	4,8	4,8	90,5	4,8	14,3	85,7	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	85,7	14,3	100,0	0,0	81,0	19,0	90,5	9,5
Centre de soins de Xinhang	60,9	39,1	0,0	52,2	47,8	0,0	65,2	34,8	0,0	13,0	82,6	4,3	100,0	0,0	69,6	30,4	95,7	4,3	100,0	0,0	77,3	22,7
Hôpital du district de Guangde	70,8	23,6	5,6	38,4	58,9	2,7	56,2	35,6	8,2	31,4	64,4	4,3	98,6	1,4	67,1	32,9	97,2	2,8	94,4	5,6	79,5	20,5
Divers	95,5	4,5	0,0	50,0	50,0	0,0	86,4	13,6	0,0	33,3	66,7	0,0	100,0	0,0	85,0	15,0	89,5	10,5	100,0	0,0	70,2	29,8

Tableau 22. Comparaison de l'évaluation des établissements de soins plus détaillée par les répondants (%)

✓ Qualité perçue des établissements sanitaires selon une étude plus détaillée

On s'intéresse ici à la qualité perçue, comme l'accueil, le compétence du personnel soignant etc., concernant les établissements de soins suivants : les dispensaires de village, , la clinique privée, le centre de soins de Zhuanqiao, le centre de soins de Liudong, le centre de soins du bourg, et les divers (y compris l'hôpital en dehors du district, l'hôpital de la protection maternelle et infantile, l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, l'hôpital de la croix-rouge de Cishangang, le bureau de services médicaux communautaires) (tableau 22).

I. Informations sur la qualité de l'accueil

On observe que la qualité de l'accueil est meilleure dans les établissements de soins divers qui devanent l'hôpital populaire du district de Guangde.

II. Informations sur le personnel soignant : compétences, capacité d'écoute et de compassion, existence de personnel soignant féminin

Les personnels soignants de l'hôpital du district paraissent les plus compétents.

III. Nécessité de donner des pourboires ?

On remarque que la pratique des pourboires est en train de disparaître.

IV. Information sur le temps d'attente pour être soigné

Le temps d'attente pour être soigné est le plus court au centre de soins de Zhuanqiao (hôpital du bourg).

V. Information sur les heures d'ouverture de l'établissement sanitaire :

La plupart des gens ont dit que les heures d'ouverture de l'établissement sanitaire étaient compatibles avec leur activité professionnelle.

VI. Information sur l'absence du personnel de santé pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels :

Dans la plupart des établissements, il n'existe pas d'absence du personnel de santé pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels.

VII. Information sur le stockage des médicaments

On remarque que le centre de soins de Zhuanqiao a le stock de médicaments le plus faible.

III_2-4.3.3 Fréquentation

L'établissement de soin dont le taux de fréquentation est plus élevé est l'hôpital populaire du district de Guangde ; suivent les dispensaires de village, le centre de soins de Zhuanqiao, la clinique privée, le centre de soins de Liudong et le centre de soins du bourg équivalent, et les divers.

III_2-4.3.4 Classement général des établissements de soins

On se propose de faire un classement des établissements de soins selon tous les paramètres présentés ci-dessus. Les détails sont trouvés dans le tableau n° 23. Le rang de classement des établissements de soins pour chaque paramètre est établi selon les résultats de l'enquête présentés ci-dessus.

	Hôpital populaire du district de Guangde (Rang ^g)	Dispensaires de village (Rang)	Centre de soins de Zhuanqiao (Rang)	Clinique Privée (Rang)	Centre de soins de Liudong (Rang)	Hôpital du bourg de Xinhang (Rang)	Poids
U1(Accueil)	1	4	5	2	6	3	0,12
U2(Compétence)	2	3	5	4	6	1	0,18
U3 (Ecoute)	4	2	5	2	6	1	0,12
U4 (Soigné par personnel féminin)	1	2	5	4	5	2	0,06
U5(Temps d'attente)	6	4	1	2	2	5	0,06
U6(Horaires d'ouverture)	2	6	5	4	1	3	0,06
U7(Absence anormale)	3	2	4	6	5	1	0,12
U8 (Stockage des médicaments)	2	5	6	4	1	3	0,12
U9(Fréquentation)	1	2	3	5	6	4	0,16
Total	2,26	3,14	4,44	3,8	4,68	2,38	1,00
Ordre	1	3	5	4	6	2	

Tableau 23. La micro-assurance devra tenir compte d'un tel classement pour le choix des établissements de soins financés

^g Note : le classement est fait par un ordre décroissant, par exemple 1 est meilleur que 2 et 2 est meilleur que 3, etc.

On sait bien que la somme des poids totaux égale à 1. En ce qui concerne chaque paramètre, on a choisi des poids hypothétiques pour chacun des critères selon leur importance en fonction de l'avis des patients. Par exemple, selon les patients, la compétence des personnels de santé sont le critère le plus important. Par conséquent, la compétence aura un poids le plus important par rapport aux autres paramètres (tableau 23). Ce système de pondération reflète un classement des qualités offertes par les établissements de soins établi selon un jugement personnel. Il va de soi que d'autres systèmes de pondération pourraient être envisagés ; le classement des établissements pourrait en être modifié, mais cela ne changerait en rien le principe du raisonnement utilisé ici.

On calcul « un rang moyen pondéré pour chaque établissement ».

On ne va pas prendre en compte les établissements 'divers' pour le classement car les données sont insuffisantes et ils sont trop disparates.

Selon les résultats montrés par le tableau n° 23, l'hôpital populaire du district de Guangde est le meilleur, suivi par l'hôpital du bourg de Xinhang.

III_2-4.4 Objectif 4 : Préparer le choix des services de santé à financer

III_2-4.4.1 Services de santé prioritaires en rapport avec les besoins sanitaires réels

Dans le milieu rural (voir la figure n° 14, page 50), 93,3% des morts sont dus à neuf causes principales. Les taux de mortalité sont les suivants : le cancer, 24,8% ; les maladies vasculaires cérébrales, 20,59% ; les maladies respiratoires, 17,24% ; les maladies cardiaques, 14,80% ; les blessures et l'empoisonnement, 8,96% ; les maladies digestives, 2,69% ; les maladies nutritives et métaboliques (par exemple le diabète), 1,52% ; les maladies urogénitales, 1,22% ; les maladies nerveuses, 0,77% et les maladies infectieuses, 0,74%.

Le taux de morbidité pour les maladies infectieuses les plus fréquentes en 2007 et le taux de prévalence pour les maladies chroniques en 2003 sont donnés figure n° 12 (page 49) et tableaux 14 et 15 (pages 51 et 52). On remarque que l'hépatite, la tuberculose et la dysenterie amibienne et bacillaire sont les maladies infectieuses les plus fréquentes en milieu rural en 2007 en Chine. Concernant les maladies chroniques, le taux de prévalence chez les femmes est plus élevé que chez les hommes. Le taux de prévalence augmente avec l'âge. Les maladies du système circulatoire (par exemple l'hypertension), les maladies du système digestif (par exemple la gastrite aiguë) et les maladies du muscle, os et tissu conjonctif (par exemple l'arthrite) sont les trois maladies avec le taux de prévalence le plus élevé. On peut aussi remarquer que le taux de prévalence des maladies du système circulatoire est presque trois fois plus élevé chez les citadins que chez les paysans en 2003 en Chine.

Elles donnent une indication des besoins de la population en matière sanitaire : les services de santé préventifs et curatifs interviendront afin de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité.

III_2-4.4.2 Services de santé dont l'accès est difficile pour des raisons financières

Les informations collectées concernant les difficultés financières rencontrées par les malades lors de l'utilisation des services de santé et face à différents niveaux de dépenses de santé permettent de calculer plusieurs indicateurs : les taux d'exclusion totale / partielle / temporaire, le niveau de la dépense à partir de laquelle les difficultés commencent.

a) Informations sur l'exclusion partielle face à un service de santé

☞ Question n° 15 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

Selon les résultats obtenus, le pourcentage de familles qui achète tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance est de 57,92% ; donc 42,08% ne les achètent pas tous.

La plupart des familles 76,30% n'ont acheté que les médicaments qui leur paraissent nécessaires, 10,4% des familles n'ont acheté qu'une partie des médicaments par manque d'argent, 9,83% des familles n'ont acheté qu'une partie des médicaments par manque de médicament à la pharmacie et 3,47% des familles n'achètent aucun médicament par manque d'argent (figure n° 18).

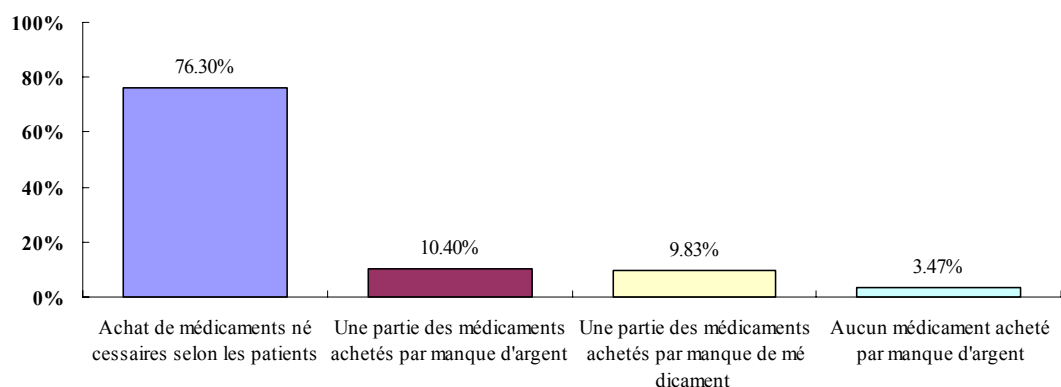


Figure 18. Motifs pour lesquels les familles achètent une partie seulement des médicaments prescrits lors de leur dernière consultation

b) Informations sur l'exclusion totale d'un service de santé

☞ Question n° 16 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

Sur un total de 423, 309 familles ont répondu. Pour celles qui n'ont pas répondu, on peut dire soit qu'elles ont renoncé à tout service de soins au cours de l'année dernière par manque d'argent ; soit qu'elles ne voulaient pas répondre à cette question.

Parmi celles qui ont répondu, les services de soins auxquels les gens ont dû renoncer au moins une fois au cours de l'année passée par manque d'argent le plus souvent sont les suivants ^h : l'hospitalisation 57,9%, suivi par la radiologie 44,7%, puis le laboratoire 28,2% et la pharmacie 24,9% (figure 19).

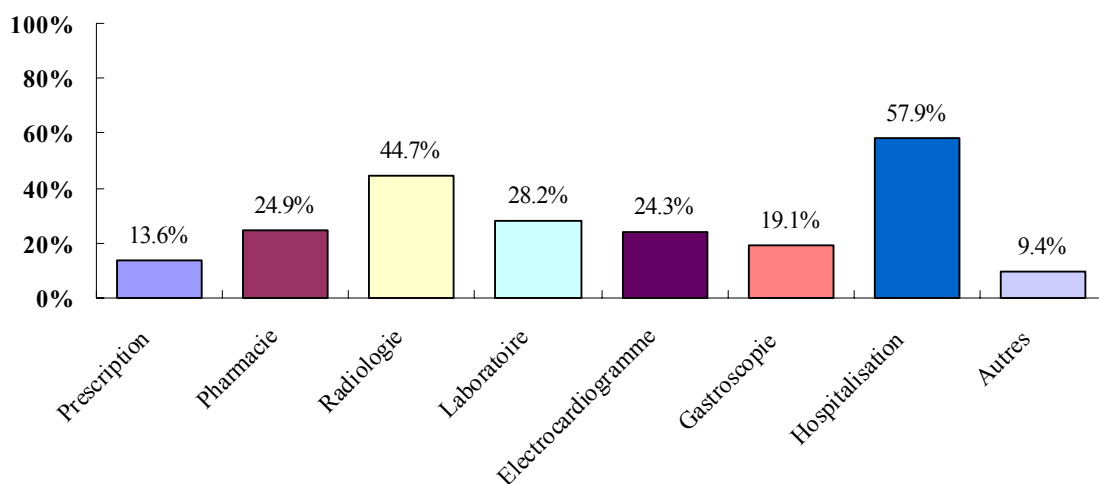


Figure 19. Pourcentage des familles qui ont dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer à un des services de soins par manque d'argent

100% des familles ont renoncé au moins à un service de soins, 50,5% des familles ont renoncé au moins à deux services de soins au cours de l'année passée par manque d'argent. Le graphique n° 20 montre les détails des réponses. Donc, deux services de soins au moins devront être pris en charge par la micro-assurance médicale, soit éventuellement l'hospitalisation, la radiologie selon les réponses données.

^h Pour les services de soins, ceux qui sont fait pendant la consultation sont la consultation (frais d'ordonnance), la pharmacie, la radiologie, l'électrocardiogramme, la gastroscopie, etc ; ceux qui sont fait pendant l'hospitalisation s'appellent généralement hospitalisation.

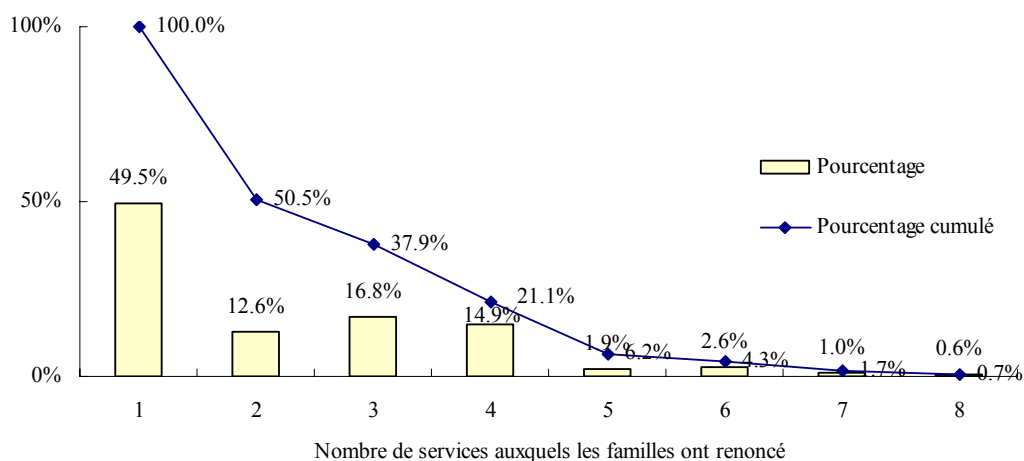


Figure 20. Pourcentage de familles qui ont dû au cours de l'année passée renoncer à un ; deux ; trois ; quatre ; cinq ; six ; sept et huit services de soins par manque d'argent

c) Difficultés exprimées par la population face à un niveau de dépenses de santé

☞ Question n° 17 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

La plupart des familles ont indiqué qu'à partir de 5000 yuans, ils ont besoin de recourir à une aide extérieure ou à la vente d'un bien (26,4% du cas) (figure n° 21). On constate qu'à partir de 500 yuans, 6,1% des ménages commencent à éprouver des difficultés. A partir de 5000 yuans, ce sont près de 50% des ménages qui atteignent les limites de leur capacité de financement propre.

La courbe donne les taux cumulés : au-delà de 20 000 yuans, 94,9% de familles recourent à une aide extérieure ou à une vente de bien.

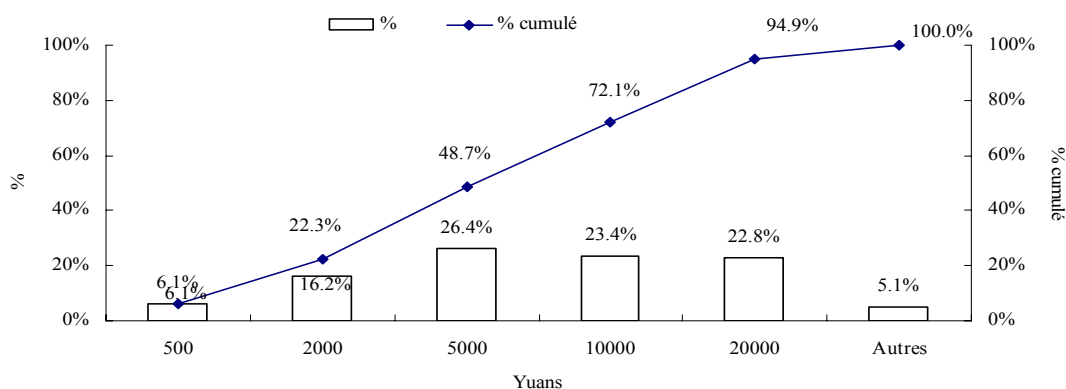


Figure 21. Pourcentage de familles qui ont besoin de recourir à une aide extérieure ou à la vente d'un bien

III_2-4.4.3 Services de santé prioritaires en rapport avec les besoins sanitaires ressentis et exprimés

Les informations collectées à partir des enquêtes auprès des ménages (besoins ressentis et exprimés) permettent d'identifier les services de santé jugés prioritaires par une large majorité de la population cible.

☞ Question n° 18 et 19 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

Les services de santé jugés prioritaires sont ceux qui sont cités le plus souvent. Selon le résultat de l'enquête, la plupart des familles (92,3%) sont intéressées par un système d'assurance santé, seul 7,0% des familles ne sont pas intéressées par un système d'assurance santé. En ce qui concerne les réponses négatives, la plupart des gens pensent qu'ils sont en très bonne santé et n'ont pas besoin d'une assurance santé. La seconde raison pour laquelle les gens ne veulent pas participer à une assurance est qu'ils ne la connaissent pas beaucoup et ne lui font pas confiance. La troisième raison est que le taux de remboursement est très bas et pour quelques maladies les dépenses ne sont pas remboursées par l'assurance santé. Enfin, certains ne veulent pas participer par manque d'argent.

Parmi celles qui donnent une réponse positive, 63,7% des familles ont choisi 4 services de santé en priorité. Les quatre services de santé jugés prioritaires sont : l'hospitalisation 85,1%, la pharmacie 74,6%, la radiologie 61,2% et le laboratoire 34,1% (figure n° 22).

Les quatre services de santé jugés plus prioritaires (l'hospitalisation, la pharmacie, la radiologie, le laboratoire) (figure 23) pourraient être pris en compte par la micro-assurance médicale.

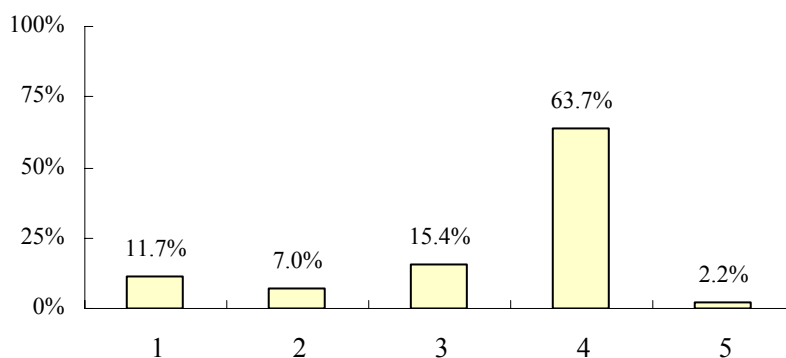


Figure 22. Pourcentage du nombre de services de santé qui devraient être financés par le système de santé selon les priorités des familles

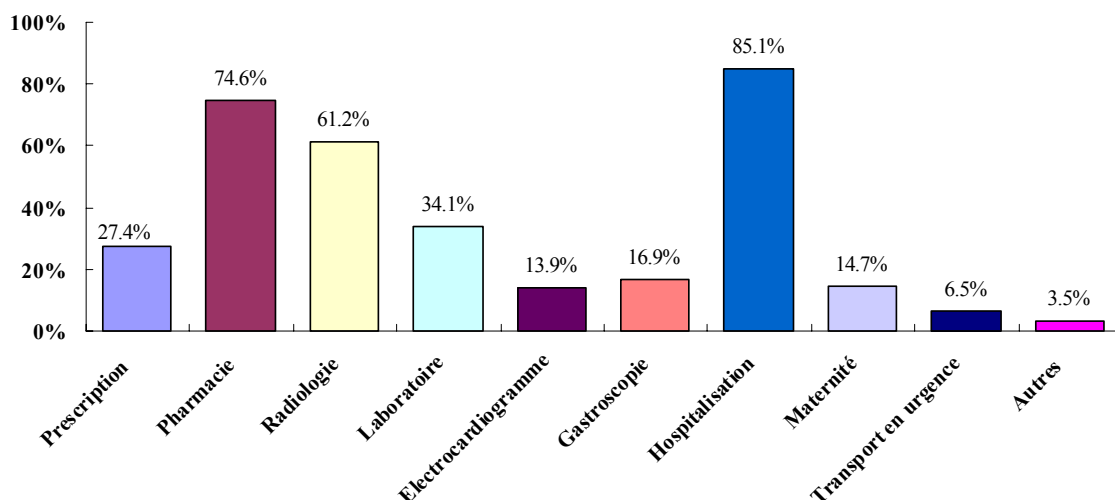


Figure 23. Services de soins que l'assurance maladie devrait financer selon le souhait des familles

III_2-4.5 Objectif 5 : Préparer le choix des modalités de prise en charge : paiement direct ou tiers payant

Les services de santé pour lesquels le tiers payant est jugé le plus utile ou indispensable sont ceux qui sont choisis le plus souvent. Par exemple, selon le souhait des familles, le service de santé que la micro assurance maladie devrait financer en priorité est l'hospitalisation. C'est le service de santé auquel le plus grand nombre de familles ont dû renoncer au cours de l'année passée par manque d'argent.

III_2-4.6 Objectif 6 : Evaluer le montant des cotisations correspondantes

III_2-4.6.1 Calculer la fréquence d'utilisation de chaque soin

Il s'agit de collecter, à partir d'enquêtes auprès des ménages, le nombre de maladies survenues dans la population au cours de l'année et des informations sur les soins réalisés. Ces données permettent de calculer deux indicateurs : la fréquence des maladies c'est-à-dire le nombre de cas de maladie rapporté à la population étudiée, et la proportion de maladies traitées par chaque type d'établissement sanitaire.

Il s'agit aussi de collecter, à partir des rapports d'activité ou registres des établissements sanitaires, le nombre de cas de maladies traitées dans les établissements sanitaires et le détail des consultations et des hospitalisations dans chaque établissement sanitaire. Ces données permettraient de calculer un troisième indicateur : la part du service de santé dans le nombre total de cas traités au sein de l'établissement sanitaire.

Ensuite on obtient la fréquence d'utilisation du service de santé, en multipliant entre eux les trois indicateurs = FREQUENCE (MALADIE) × PROPORTION ACTUELLE (RECOURS) × PART DU SERVICE

Etape 1 : *Calcul de la fréquence des maladies à partir d'une enquête auprès des ménages*

☞ Question n° 2 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

La fréquence (maladies) = Nombre de maladies chez les personnes adultes / nombre total d'adultes

Donc, selon le résultat d'enquête, la fréquence (maladie) = $675 / 1357 = 49,74\%$ (voir annexe II, question n° 2).

Etape 2 : *Calcul de la proportion actuelle de maladies traitées dans chaque type d'établissement sanitaire*

☞ Question n° 4 du questionnaire d'enquête (voir annexe II) :

La proportion actuelle de maladies traitées dans chaque service est :

La proportion actuelle = Nombre d'actes médicaux effectués / Nombre total de personnes ayant répondu

D'après le résultat d'enquêtes, parmi les gens ayant répondu à la question, 75,79% des familles ont choisi la consultation à l'hôpital public, 31,23% des familles la consultation en cabinet privé, 22,52% l'achat de médicaments sans ordonnance à la pharmacie. Le graphique 24 donne les détails des réponses.

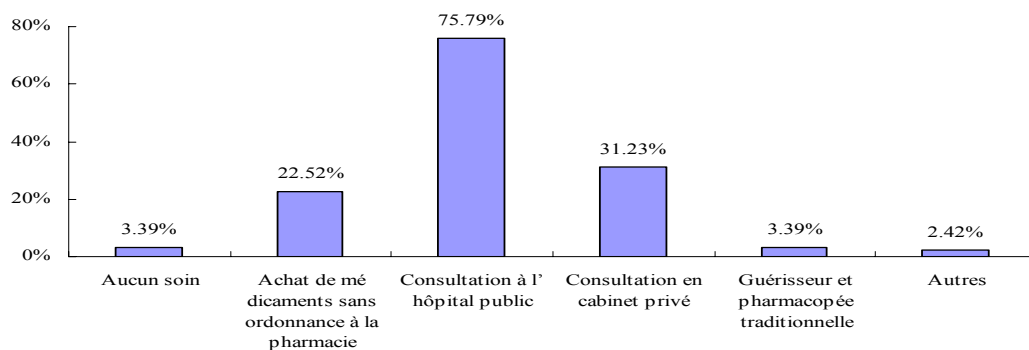


Figure 24. *Choix des différents types de soins (%) par famille, lors de la dernière maladie*

Etape 3 : Calcul de la part du service de santé dans le nombre total de cas traités au sein de l'établissement sanitaire

La part du service de santé dans le nombre total de cas traités par l'établissement sanitaire est égal à :

$$\text{La part du service} = \frac{\text{Nombre de cas utilisant un soin}}{\text{Nombre total de cas traités par l'établissement sanitaire}}$$

- Les rapports d'activités annuels de l'année 2007 de l'hôpital du bourg de Xinhang donnent les chiffres suivants (voir le tableau n° 24) :

19 650 consultations et hospitalisations (une même personne peut être prise en charge par plusieurs services) :

- Consultations : 16 500 malades (84%) ;
- Hospitalisations : 3 150 malades (16%).

- Les rapports d'activités annuels de l'année 2007 de l'hôpital populaire du district de Guangde donnent les chiffres suivants :

Consultations et hospitalisations : 102 690 malades, dont

- Consultations : 93 272 malades (91%) ;
- Hospitalisations : 9 418 malades (9%).

- Les rapports d'activités annuels de l'année 2007 de l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde donnent les chiffres suivants :

Consultations et hospitalisations : 63 938 malades, dont

- Consultations : 60 000 malades (94%) ;
- Hospitalisations : 3 938 malades (6%).

	Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Nombre de consultations	16 500	93 272	60 000
Nombre d'hospitalisations	3 150	9 418	3 938

Tableau 24. Fréquence de consultation et d'hospitalisation dans trois hôpitaux

Etape 4 : Estimation de la fréquence de consultation et d'hospitalisation pour l'ensemble de la population dans trois hôpitaux

$\text{Fréquence (service de soin)} = \text{Fréquence (maladies)} \times \text{Proportion attendue de maladies traitées par l'établissement sanitaire} \times \text{Proportion du service de soin dans le nombre total de cas traités par l'établissement sanitaire}$

Selon les résultats des deux premières étapes, la fréquence d'utilisation de l'hôpital public est égale à : $0,4974 \times 0,7579 = 37,7 \%$.

➤ Hôpital du bourg de Xinhang

- Fréquence de consultation = $0,377 \times 0,84 = 31,67 \%$
- Fréquence d'hospitalisation = $0,377 \times 0,16 = 6,03 \%$

Hypothèse : on suppose que la fréquence d'utilisation de l'hôpital public est la même dans le bourg de Xinhang et dans le district de Guangde, donc :

➤ Hôpital populaire du district de Guangde

- Fréquence de consultation = $0,377 \times 0,91 = 34,31 \%$
- Fréquence d'hospitalisation = $0,377 \times 0,09 = 3,39 \%$

➤ Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde

- Fréquence de consultation = $0,377 \times 0,94 = 35,44 \%$
- Fréquence d'hospitalisation = $0,377 \times 0,06 = 2,26 \%$

Les détails du résultat sont trouvés dans le tableau 25.

	Hôpital de bourg de Xinhang	Hôpital populaire de district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise de district de Guangde
Fréquence de consultation	31,67%	34,31%	35,44%
Fréquence d'hospitalisation	6,03%	3,39%	2,26%

Tableau 25. Estimation de fréquence de consultation et d'hospitalisation dans trois établissements différents pour l'ensemble de la population

III_2-4.6.2 Calcul du coût unitaire moyen

Aussi selon les rapports d'activités annuels de l'année 2007, la dépense moyenne est de 125,13 yuans pour la consultation et 802,28 yuans pour l'hospitalisation à l'hôpital du bourg de Xinhang, 122,34 yuans pour la consultation et 3 125,27 yuans pour l'hospitalisation à l'hôpital populaire du district de Guangde, 104,52 yuans pour la consultation et 2 628,00 yuans pour l'hospitalisation à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde (tableau n° 26).

		Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Coût pour chaque consultation (yuans)	Frais de l'enregistrement pour la consultation	1,79	1,24	0,89
	Frais d'examination	2,12	2,76	1,2
	Radiologie	2,41	50,72	47,33
	Traitement	7,91	8,34	16,17
	Chirurgie	23,3	2,81	0,01
	Laboratoire	4,03	11,14	10,04
	Pharmacie	80,09	41,83	27,34
	Autres	3,48	3,51	1,54
	Total	125,13	122,34	104,52
Coût pour chaque hospitalisation (yuans)	Frais d'hébergement	61,26	71,79	79,63
	Frais d'examin	29,88	10,18	78,51
	Radiologie	39,78	190,27	88,71
	Traitement	55,83	439,67	238,01
	Chirurgie	123,43	657,65	221,04
	Laboratoire	21,28	147,23	76,34
	Frais de soins	16,75	42,37	51,63
	Pharmacie	360,43	1533,38	1785,15
	Autres	93,63	32,72	8,98
	Total	802,28	3 125,27	2 628,00

Tableau 26. Coût unitaire moyen des soins dans trois établissements de soins

III_2-4.7 Objectif 7 : Evaluer la disposition à payer de la population cible

III_2-4.7.1. Montant de la cotisation et saisonnalité de la disposition à payer

III_2-4.7.1.1 Informations sur la saisonnalité de la disposition à payer

Question n° 20 du questionnaire d'enquête (voir annexe II), on observe :

Les quatre premiers mois de l'année durant lesquels les revenus sont importants sont respectivement décembre, suivi par octobre, ensuite septembre, puis mai (figure n° 25).

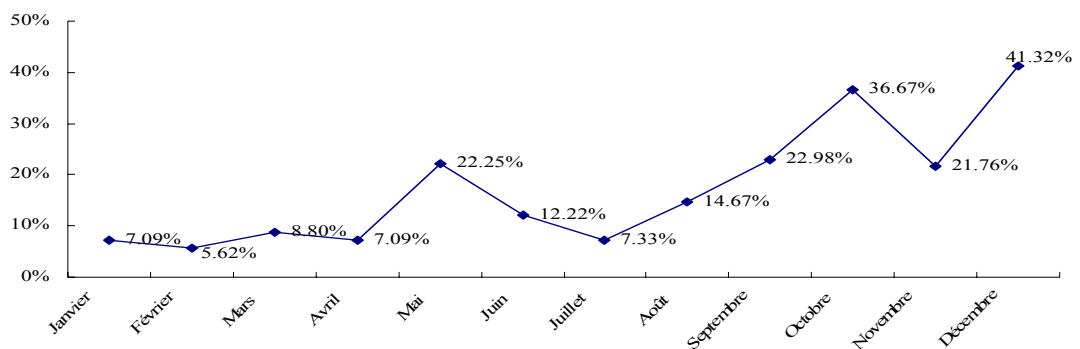


Figure 25. Pourcentage de familles qui ont indiqué les mois durant lesquels les revenus sont les plus importants

Question n° 21 du questionnaire d'enquête (voir l'annexe) :

On observe, en ce qui concerne la fréquence et les périodes pour la cotisation, 92,6% des familles ont choisi une fois par an, 4,8% des familles ont choisi une fois par mois et 2,7% des familles ont choisi une fois par semestre.

Donc, la saisonnalité de la disposition à payer la plus favorable est une fois par an au mois de décembre.

III_2-4.7.1.2 La disposition à payer pour avoir 30% de remboursement supplémentaire après le remboursement de la nouvelle assurance médicale rurale coopérative (la limite de remboursement maximum ne dépassera pas 100% des dépenses totales)

Question n° 21 du questionnaire d'enquête (voir l'annexe) :

On remarque que 11 personnes, soit 2,6% de familles, n'ont pas donné de réponses. Parmi toutes les personnes ayant répondu, 87,4% des personnes sont prêtes à payer pour avoir 30%

de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative, 4,1% de personnes ne veulent pas payer, 6,3% des personnes ne peuvent pas parler clairement et 2,2% de personnes veulent attendre avant de cotiser à une autre assurance maladie.

Et parmi ceux qui sont prêts à payer pour avoir 30% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative, 43,6% des personnes sont prêtes à payer entre 10 et 20 yuans (voir la figure n° 26). Plus le montant est élevé, moins les gens sont prêts à payer, mais il semble que 4,0% soient prêts à payer 81 à 100 yuans. Les scores cumulés sont les suivants :

- 100% pour la première tranche : 100% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 10 yuans ;
- 56,4% pour la deuxième tranche : 56,4% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 21 yuans ;
- 32,0% pour la troisième tranche : 32,0% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 31 yuans, etc. Le graphique 26 montre les détails des réponses.

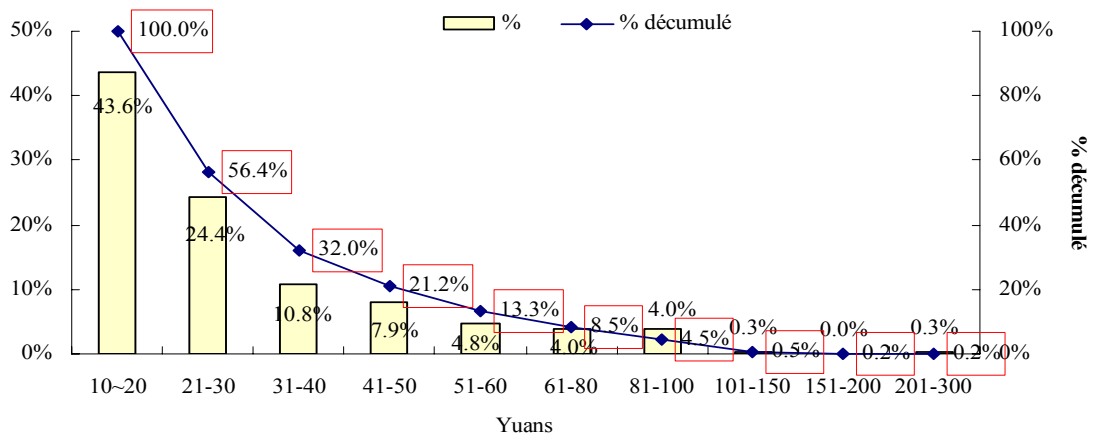


Figure 26. Prêt à payer pour avoir 30% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative

Au fur et à mesure que les montants de contribution proposés augmentent, le nombre de ménages prêts à cotiser diminue. Selon le résultat de l'enquête, la disposition à payer pour avoir 30% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative en moyenne est de 30,03 yuans. La médiane de la disposition à payer est de 25 yuans.

III_2-4.7.1.3 La disposition à payer pour avoir 100% de remboursement supplémentaire après le remboursement de la nouvelle assurance médicale rurale coopérative (la limite de

remboursement maximum ne dépassera pas 100% des dépenses totales)

Question n° 22 du questionnaire d'enquête (voir l'annexe) :

On remarque que 14 personnes, soit 3,3% de familles, n'ont pas donné de réponses. Parmi toutes les personnes ayant répondu, 94,4% des personnes sont prêtes à payer pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative, 1,5% de personnes ne veulent pas payer, 3,4% des personnes ne peuvent pas parler clairement et 0,7% de personnes veulent attendre avant de cotiser à une autre assurance maladie.

Et parmi ceux qui sont prêts à payer pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative, 27,2% des personnes sont prêtes à payer entre 10 et 20 yuans (voir la figure n° 27). Plus le montant est élevé, moins les gens sont prêts à payer, mais il semble que 8,4% soient prêts à payer 81 à 100 yuans. Les scores cumulés sont les suivants :

- 100% pour la première tranche : 100% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 10 yuans ;
- 72,8% pour la deuxième tranche : 72,8% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 21 yuans ;
- 52,9% pour la troisième tranche : 52,9% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 31 yuans, etc. Le graphique 27 montre les détails des réponses.

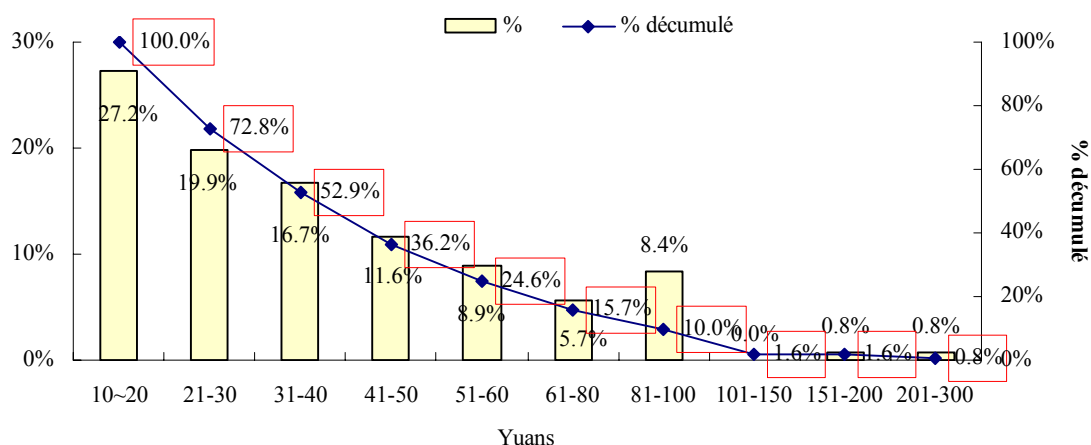


Figure 27. Prêt à payer pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative

Au fur et à mesure que les montants de contribution proposés augmentent, le nombre de ménages prêts à cotiser diminue. Selon le résultat de l'enquête, la disposition à payer pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative en moyenne est de 39,36 yuans. La médiane de la disposition à payer est de 35 yuans.

III_2-4.7.1.4 Disposition à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an

Question n° 23 du questionnaire d'enquête (voir l'annexe) :

On observe que 96% des personnes ont répondu, parmi les personnes ayant répondu, 93,6% des personnes sont prêtes à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an. Pour les gens qui répondent négativement, la plupart pensent que l'examen financé par une assurance santé n'est pas très sérieux et incomplet. La seconde raison pour laquelle les gens ne veulent pas participer est qu'ils pensent que ce n'est pas la peine parce qu'ils sont en très bonne santé. La troisième raison est qu'il est plus pratique d'aller faire un bilan de santé non remboursé. Et à la fin, les gens ne veulent pas participer à cause de leur insolvabilité.

Et parmi les personnes qui sont prêtes à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an, 16,8% des personnes ont indiqué un montant de contribution inférieur ou égal à 5 yuans (figure 28) ; 38,6% ont indiqué un montant compris entre 5 et 10 yuans ; 21,3% ont indiqué un montant compris entre 10 et 20 yuans, etc. Le graphique n° 28 montre les détails des réponses.

Les scores cumulés sont les suivants, 100% des personnes indique un montant de contribution supérieur ou égal à 1 yuans, 83,2% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur à 5 yuans et 44,6% des personnes un montant de contribution supérieur à 10 yuans, etc. Les détails des réponses sont trouvés dans la figure n° 28.

Si l'on propose uniquement un niveau de cotisation de plus de 10 yuans, cela ne permet de toucher que 44,6% de la population cible ; c'est pourquoi il est souhaitable de proposer un niveau de cotisation plus bas (10 yuans).

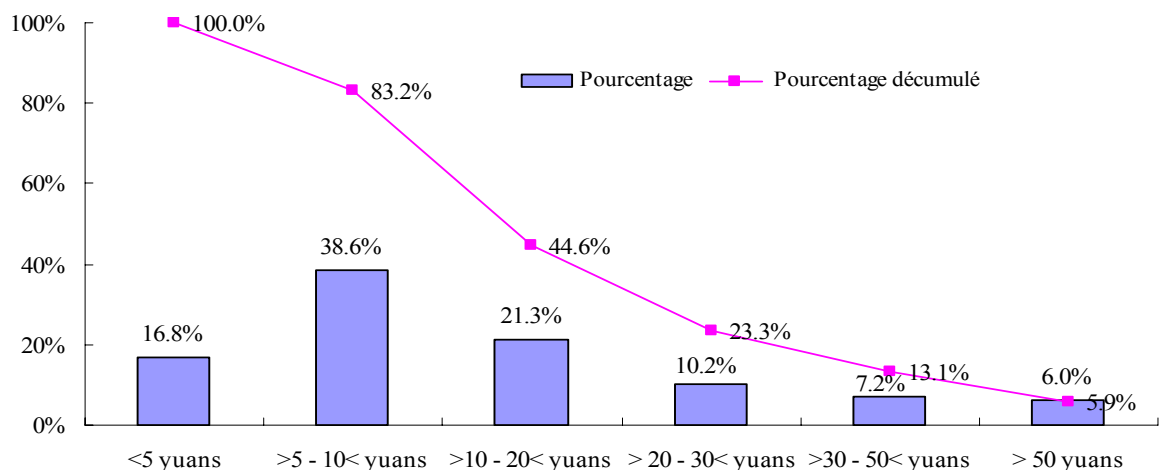


Figure 28. Nombre de personnes prêtes à payer ou pas une prime supplémentaire annuelle pour avoir un examen médical par an

III_2-4.7.1.5 Disposition à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un réseau de transport gratuit afin d'aller consulter le médecin

Question n° 24 du questionnaire d'enquête (voir l'annexe) :

Selon les résultats, 92,9% des personnes ont répondu, 76,3% des personnes sont prêtes à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un réseau de transport ; 23,6% des personnes ne veulent pas payer. Ces derniers pensent que ce n'est pas la peine parce qu'il est plus pratique de se déplacer par ses propres moyens. Et quelques personnes ne veulent pas participer à cause de leur insolvabilité.

Et parmi celles qui ont donné une réponse positive, 24,9% de personnes ont indiqué un montant de contribution inférieur ou égal à 5 yuans ; 41,8% ont indiqué un montant compris entre 5 et 10 yuans ; 12,3% ont indiqué un montant compris entre 10 et 20 yuans ; 13,4% ont indiqué un montant compris entre 20 et 30 yuans, etc. Le graphique n° 29 donne les détails des réponses.

Les scores cumulés sont les suivants, 100% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 1 yuans ; 75,1% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 5 yuans ; 33,3% des personnes ont indiqué un montant de contribution supérieur ou égal à 10 yuans, etc. Les détails des réponses sont trouvés dans la figure n° 29.

Si l'on propose uniquement un niveau de cotisation supérieure à 10 yuans, cela permet de toucher seulement 33,3% de la population cible ; c'est pourquoi il est souhaitable de proposer un niveau de cotisation plus bas (10 yuans).

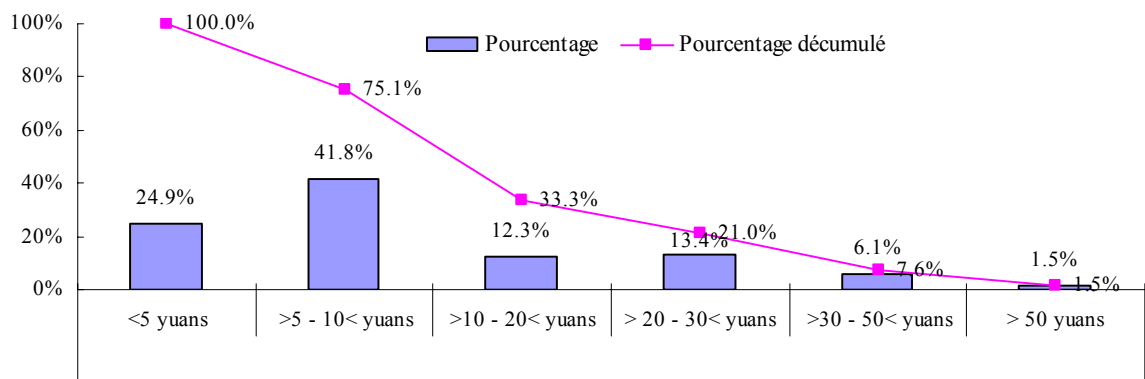


Figure 29. *Pourcentage de personnes prêtes à payer ou pas une prime supplémentaire annuelle pour avoir un réseau de transport gratuit afin d'aller consulter le médecin*

III_2-4.7.2. Disposition à payer (DAP) pour une assurance médicale en milieu rural en Chine : Preuve sur le terrain de dix villages en Chine

III_2-4.7.2.1. INTRODUCTION

Manque d'assurance maladie est une des raisons majeures de pauvreté en Chine, notamment en milieu rural en Chine [32]. Compte tenu de la part importante des dépenses médicales à la charge des ménages [33], et le désir d'améliorer l'efficacité et l'égalité de financement des soins de santé ainsi que la qualité des soins donnés en milieu rural en Chine, les décideurs politiques de ce pays ont fait de nouvelles propositions en matière d'assurance maladie pour les paysans en milieu rural en Chine. C'est ainsi qu'en 2003, le gouvernement chinois a proposé une nouvelle assurance médicale coopérative rurale (NAMCR) qui appartient au gouvernement [34] pour offrir les soins médicaux de base aux populations rurales. En 2003, la prime est respectivement de 10 yuans payés par le paysan, 10 yuans subventionnés par le gouvernement central et 10 yuans subventionnés par le gouvernement local par personne et par an. L'unité d'affiliation est individuelle. Et la cotisation est volontaire. Comme 74,20% du Fonds d'assurance médicale coopérative rurale est utilisé pour le remboursement des dépenses d'hospitalisations avec un taux de remboursement de 23,4% en moyenne en 2005 [35]. Il a semblé urgent de chercher un moyen de diminuer la part prise en charge par les paysans, soit en imaginant une autre assurance soit en augmentant le taux de remboursement de l'assurance médicale coopérative rurale non seulement pour les dépenses d'hospitalisation mais encore pour les dépenses de consultation.

La NAMCR est volontaire et seuls y souscrivent ceux qui sont prêts à payer une prime d'assurance maladie. Par conséquent, il est essentiel d'obtenir des informations fiables sur les montants que les clients potentiels seraient disposés à payer, et les principaux déterminants susceptibles d'influencer leur décision. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'enrichir les connaissances sur la DAP dans les zones rurales en Chine, et d'identifier les principaux déterminants du choix.

Cette étude est fondée sur une enquête réalisée en 2008 dans dix sites où la nouvelle assurance médicale coopérative rurale est en fonction. Ces dix sites sont situés dans le bourg de Xinhang, appartenant au district de Guangde dans la province d'Anhui : Dingjiacun, Liudongcun, Zhuanqiaocun, Qiankoucun, Baijiamiaocun, Jinjilongcun, Xujiabian, Hexingcun, Pengcun et Henggangcun.

On dispose de peu d'information sur la DAP pour l'assurance maladie rurale en Chine. TANG Lijian, Shen Qijun [36] etc. rapportent les résultats d'une enquête menée en 2005 dans la ville de Ningbo, où la moyenne de la DAP de 506 ménages ruraux pour un forfait de

NAMCR était de 50 RMBⁱ par personne et par an. Une deuxième source est une étude de référence réalisée en 2007 par DENG Xixian [37]. Le montant moyen de la DAP par personne et par an de cette étude réalisée auprès de 1 080 ménages dans les 39 bourgs et cantons de Pékin est de 85,8 RMB. On remarquera toutefois que les villages qui font l'objet de notre travail sont économiquement beaucoup moins développés et utilisent moins d'assurance complémentaire que ceux analysés dans ces dernières études.

Les résultats, rapportés dans les études précédentes, permettent d'avoir une première approche et une information de référence concernant le montant prêt à payer pour la NAMCR. Comme le taux de remboursement par la NAMCR est limité, et que la NAMCR sert principalement à rembourser les dépenses d'hospitalisation, l'objectif de notre travail est de déterminer la DAP pour une nouvelle assurance maladie supplémentaire. Dans l'état actuel des choses, cela pourrait aider à résoudre les problèmes d'insolvabilité financière face aux dépenses médicales des habitants en milieu rural en Chine [38].

III_2-4.7.2.2. METHODES

☞ Echantillonnage

La distribution nationale du revenu moyen annuel par famille en 2004 dans les 31 provinces de milieu rural en Chine est illustrée dans la figure n° 30 [39]. Le revenu moyen annuel par famille au niveau national dans ces provinces de milieu rural est ainsi d'environ 3255 RMB en 2005 [28]. Comme il ne nous était pas matériellement possible d'effectuer une enquête reposant sur un échantillonnage aléatoire dans l'ensemble de ces provinces, nous nous sommes limités à la collecte d'une information dans une population rurale ayant un revenu moyen relativement proche du revenu moyen national et où il nous était matériellement possible d'enquêter. Ceci nous a conduits à retenir, dans la province d'Anhui, le bourg de Xinhang dont le revenu moyen annuel par famille est de 3800 RMB en 2005 [29].

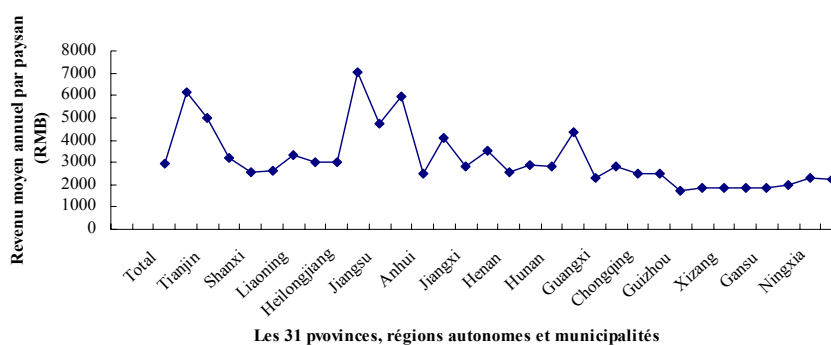


Figure 30. Distribution nationale du revenu en 2004 en milieu rural en Chine

ⁱ RMB (renminbi ou yuans) (« monnaie du peuple ») : est le nom officiel prévalant en République Populaire de Chine. 1 U.S. dollar = 6,83 yuans (taux d'échange le 25 septembre 2009).

Nous avons donc réalisé en 2008 une enquête des ménages dans ce bourg de Xinhang en Chine où la NAMCR est proposée aux habitants. Dans ce bourg, 91% bénéficiait de la NAMCR en 2008. Le bourg de Xinhang comporte 65360 habitants répartis en 19 villages ; nous avons tiré au sort 10 de ces villages et, dans chacun d'entre eux, 50 familles ont été tirées au hasard. Ces 500 familles ont été invitées à répondre à un questionnaire visant à apprécier leur DAP (CF. Annexe). Nous avons obtenu ainsi 423 réponses valides. Le questionnaire proposait quatre DAPs notées DAP_i [DAP1 (Disposition à payer ou pas pour avoir un taux de remboursement supplémentaire de 30% par rapport au taux de remboursement de la NAMCR^j), DAP2 (Disposition à payer ou pas pour avoir un taux de remboursement supplémentaire de 100% avec un remboursement total inférieur ou égal à 100%), DAP3 (Disposition à payer ou pas pour avoir un examen médical annuel) et DAP4 (Disposition à payer ou pas pour avoir un réseau de transport afin d'aller consulter le médecin)].

Le tableau n° 27 donne des éléments d'informations sur ces 19 villages du bourg de Xinhang ainsi que d'autres sur les 10 villages tirés au sort.

Ordre	Village	Nombre de familles	Nombre de personnes	Tire au sort (1=oui, 0=non)	Nombre de familles tirées au sort	Nombre d'habitants tirés au sort
1	Niutoushan	1153	3956	0		
2	Liudong	1604	5300	1	50	183
3	Dushan	1216	4128	0		
4	Yangwan	1350	5148	0		
5	Xujiabian	830	2885	1	36	125
6	Qingling	1014	3056	0		
7	Ludong	1472	5438	0		
8	Baijiamiao	765	2834	1	48	186
9	Jianchuan	758	2850	0		
10	Hongshan	1126	3785	0		
11	Hexing	998	3500	1	49	181
12	Qiankou	738	2467	1	38	160
13	Taoyuan	500	1860	0		
14	Henggang	1010	3565	1	28	112
15	Jinjiulong	675	2383	1	49	182
16	Pengcun	1273	4400	1	45	159
17	Yangganqiao	665	2520	0		
18	Dingjiacun	1006	3046	1	44	184
19	Zhuanqiao	639	2239	1	36	126
	Total	18792	65360	10	423	1598

Tableau 27. Nombre des familles et des paysans tirés au sort dans 19 villages de bourg de Xinhang

^j Par exemple, si le taux de remboursement de la NAMCR est de 50%, le taux de remboursement de cette assurance est de 15% (=50%×30%). Donc, le remboursement total est de 65% (=50%+15%).

☞ Méthode d'évaluation contingente

L'évaluation contingente est une méthode permettant de connaître la somme maximale qu'un individu accepterait de payer pour un bien ou service. En premier lieu, on explique aux personnes interrogées les conditions, en fait hypothétiques, dans lesquelles un bien ou un service peut être acquis contre une somme monétaire (contingence) (DAP_i); en second lieu, on leur demande quel est le montant maximum qu'ils seraient prêts à déboursier pour acquérir ce bien ou ce service (évaluation) (Montant_DAP_i).

☞ Le questionnaire

Chaque ménage sélectionné a été invité à répondre à un questionnaire comportant trois parties. La première partie portait sur des informations de base et sur l'état de santé ; la seconde partie, qui n'est pas exploitée dans cet article, concernait la perception de la qualité des soins dans les établissements de santé ; enfin, la troisième partie portait sur la DAP_i pour obtenir un meilleur taux de remboursement (DAP1 et DAP2) ou pour de nouvelles catégories de remboursement (DAP3 et DAP4).

☞ Analyse des résultats

Après une analyse descriptive des résultats, nous avons cherché à expliquer la DAP et à déterminer des facteurs susceptibles à expliquer le montant de cette DAP.

III_2-4.7.2.3. RESULTATS

👉 Analyse descriptive :

Entre 76% et 95% des 423 répondants sont prêts à payer une cotisation pour une nouvelle prestation (fig. 31). La raison essentielle du refus de payer est due au manque de confiance dans le système d'assurance (fig. 32)

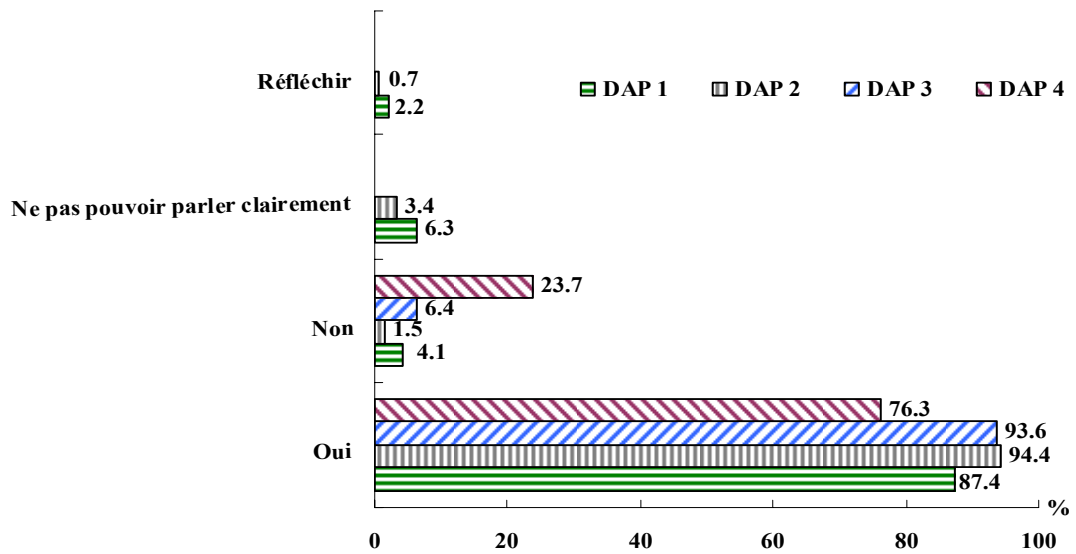


Figure 31. Disposition à payer ou pas pour une nouvelle assurance maladie

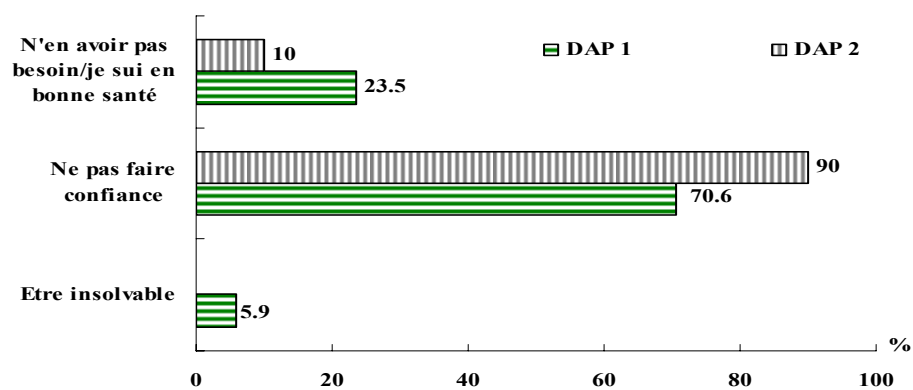


Figure 32. Raisons pour lesquelles les gens ne sont pas disposés à payer

👉 Déterminants du montant de la DAP_i

Pour ceux qui sont disposés à payer, nous avons observé les valeurs du montant maximum qu'ils sont disposés à payer. Les valeurs moyennes et médianes des montants correspondant aux 4 DAPi de l'étude sont données dans le tableau 28. La moyenne est de 30 RMB pour un taux de remboursement supplémentaire de 30% (DAP1), de 40 RMB pour un taux de remboursement supplémentaire de 100% (DAP2), de 22 RMB pour un examen médical annuel (DAP3) et de 18 RMB pour un transport gratuit à l'hôpital (DAP4).

Si l'on se réfère à la NAMCR, les répondants sont prêts à payer 10 RMB supplémentaires pour un taux de remboursement supplémentaire de 30%, 20 RMB supplémentaires pour un taux de remboursement supplémentaire de 100%. En ce qui concerne les deux prestations nouvelles que la NAMCR ne prend pas en charge, on observe que 93,6% sont disposés à payer pour un examen médical annuel et 70,6% pour un transport à l'hôpital, avec des montants respectifs de la DAP de 22 RMB pour la DAP3 et de 18 RMB pour la DAP4.

	Montant_DAP1	Montant_DAP2	Montant_DAP3	Montant_DAP4
Nombre valide	355	374	334	261
Moyenne	30	40	22	18
Médiane	25	35	10	10

Tableau 28. *Moyenne des montants prêts à payer (RMB)*

☞ Courbes de demande :

Les figures 33 et 34 représentent les courbes de demande. Pour ce qui est d'un taux de remboursement supplémentaire de 30% (DAP1), 43,6% sont disposés à payer entre 10 et 20 RMB ; approximativement 53% seulement sont disposés à payer entre 30 et 40 RMB ou davantage. Pour ce qui est d'un taux de remboursement supplémentaire de 100% (DAP2), seuls 27,2% sont prêts à payer entre 10 et 20 RMB et seulement 32% sont prêts à payer entre 31 et 40 RMB ou davantage. Pour ces deux DAP, le nombre de personnes disposées à payer diminue avec le montant à payer.

Pour ce qui est des DAP3 et DAP4 (fig. 29), une majorité de personnes est disposée à payer entre 5 et 10 RMB ; dans les deux cas il y a moins de 50% de la population disposée à payer entre 10 et 20 RMB ou plus.

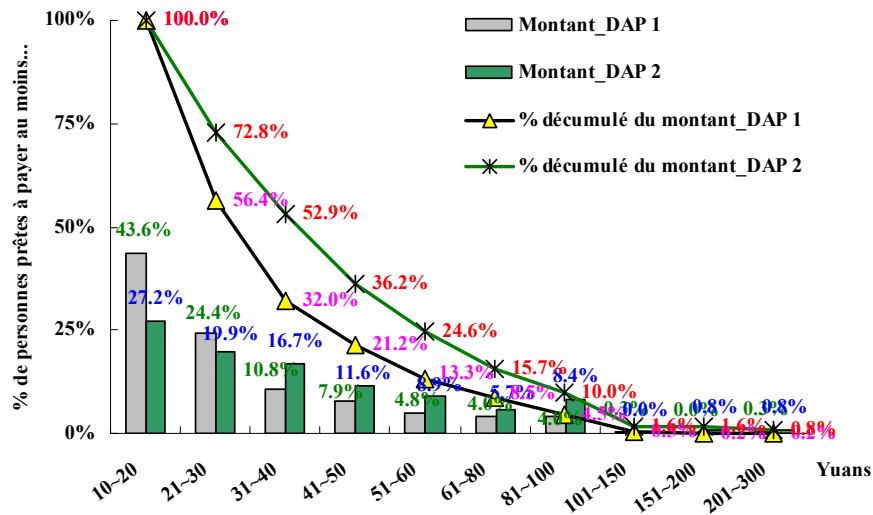


Figure 33. Distribution du montant_DAP pour les 30% et 100% de remboursement supplémentaire

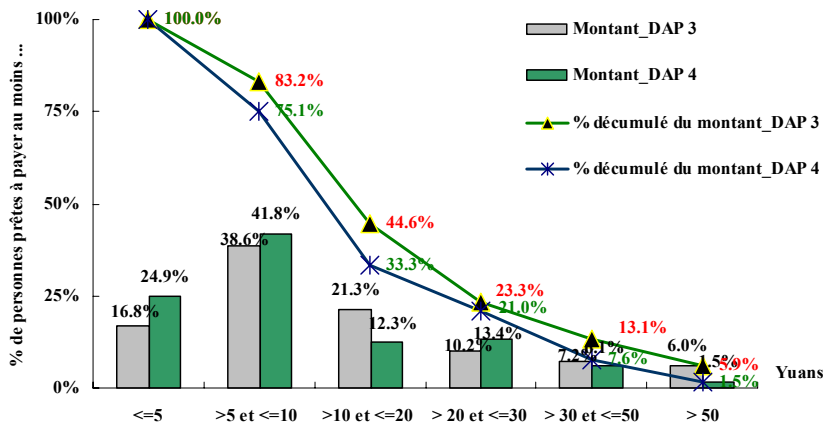


Figure 34. Distribution du montant_DAP pour un examen médical par an et le transport

☞ Les déterminants de la DAP et du montant_DAP:

a) Analyse entre les déterminants et la DAPi:

Nous avons effectué une régression logistique en vue de déterminer l'influence, sur la DAPi, des 3 variables suivantes :

MOP (« Y a-t-il eu un malade dans votre famille au cours de l'année précédente ? »),

NESF (« Niveau de l'établissement sanitaire fréquenté le plus souvent »),

MDDAE (Montant déclenchant une demande d'aide extérieure »).

A ces variables s'ajoute la variable VLLG (« nom du village d'habitation ») dont nous chercherons les liens avec les précédentes.

On trouvera les résultats dans les tableaux 29 et 30 :

	DAP 1	DAP 2	DAP 3	DAP 4
Déterminants	chi-2 de Pearson (p)			
MOP (1 degrés de liberté (ddl))	.444 (0.505)	.024 (0.876)	4.577 (0.032)	10.035 (0.002)
NESF (2 degrés de liberté (ddl))	4.566 (0.102)	4.772 ^a (0.092)	5.388 ^a (0.068)	8.850 (0.012)
MDDAE (4 degrés de liberté (ddl))	13.685^b (0.008)	37.450^c (0.000)	2.733 ^d (0.601)	12.352 (0.015)
VLLG (9 degrés de liberté (ddl))	39.249^e (0.000)	38.532^f (0.000)	25.695^g (0.002)	78.708 (0.000)

Tableau 29. Résultats de l'analyse des tableaux croisés entre la DAP et les déterminants par la valeur de P (chi-2 de Pearson)

a : 3 cellules (50%) ont un effectif théorique inférieur à 5; b : 1 cellules (10%) ont un effectif théorique inférieur à 5; c : 5 cellules (50%) ont un effectif théorique inférieur à 5; d : 2 cellules (20%) ont un effectif théorique inférieur à 5; e : 4 cellules (20%) ont un effectif théorique inférieur à 5; f : 10 cellules (50%) ont un effectif théorique inférieur à 5; g : 10 cellules (50%) ont un effectif théorique inférieur à 5.

Paramètre	DAP1		DAP2		DAP3		DAP4	
	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.
intercept (constant)	0.612	0.730	2.225*	1.205	23.054	9.596E3	2.734 **	1.077
<u>MOP (non malade)</u>	-0.791	0.510	-0.516	0.747	-0.390	0.727	-0.021	0.340
<u>NESF (réf. : dispensaires au niveau de village)</u>								
NESF (Centres de soins au niveau du bourg)	0.587	0.534	-2.252 *	1.203	-2.196 **	1.099	-0.024	0.378
NESF (Hôpitaux au niveau du district)	0.503	0.595	-2.923 **	1.438	-1.250	1.181	1.188 ***	0.440
<u>MDDAE (réf. : 500 RMB)</u>								
MDDAE (2 000 RMB)	3.175***	1.176	3.964 ***	1.393	-19.205	9.596E3	-1.299	1.148
MDDAE (5 000 RMB)	1.537**	0.692	3.465 ***	1.042	-18.692	9.596E3	-2.703 **	1.072
MDDAE (10 000 RMB)	1.971 ***	0.745			-18.752	9.596E3	-2.447 **	1.079
MDDAE (20 000 RMB)	1.283*	0.783	3.187 ***	1.143	-0.203	1.134E4	-2.646 **	1.104

Tableau 30. Résultats de l'analyse de régression logistique

* $p \leq 0.1$, ** $p \leq 0.05$, *** $p \leq 0.01$.

Les tableaux n° 29 et 30 laissent à penser que le fait d'être demandeur d'une aide extérieure augmente significativement la probabilité de répondre positivement à la DAP1 ainsi qu'à la DAP2. En revanche cela semble au contraire diminuer cette probabilité pour ce qui est DAP4. Le fait d'avoir eu un malade dans la famille au cours de l'année précédente ne semble pas avoir d'influence particulière sur le comportement vis-à-vis de la DAP, quelle qu'elle soit selon les résultats de l'analyse de régression logistique. Par contre, selon les résultats de l'analyse des tableaux croisés, les chi-2 de la DAP3 et de la DAP4 sont supérieurs à 3,84, la différence est statistiquement significative. Le pourcentage de gens qui sont disposés à payer est significativement plus élevé dans le groupe des gens qui n'ont pas eu un malade que dans le groupe des gens qui ont eu un malade au cours de l'année précédente. Enfin la nature de l'établissement fréquenté le plus souvent peut avoir des effets minimes et contradictoires, plutôt en sens positif sur la DAP2 et la DAP3 et négatif sur la DAP4. Pour chacun des DAP_i, le tableau 29 montre que la DAP_i diffère significativement d'un village à l'autre.

b) Analyse multivariée entre les déterminants et le montant de la DAP_i

On s'intéresse maintenant à ceux qui ont répondu positivement à une DAP_i, et aux facteurs susceptibles d'influencer le montant de cette DAP_i, notée comme montant_DAP_i (Montant_DAP_i : pour ceux qui sont prêts à payer, le montant de la DAP_i). Nous avons cherché à expliquer, pour chacune des DAP_i, la valeur du logarithme du montant_DAP_i en fonction des variables MOP, MDDAE et NESF décrites ci-dessus.

	montant_DAP1 (ln)		montant_DAP2 (ln)		montant_DAP3 (ln)		montant_DAP4 (ln)	
	Beta	P	Beta	P	Beta	P	Beta	P
(Constant)		.000		.000		.000		.000
MOP	-.167	.024	-.165	.021	.240	.001	.247	.005
NESF	-.153	.050	-.228	.002	.021	.783	.019	.842
MDDAE (RMB)	-.042	.588	-.040	.585	.158	.040	.223	.018

Tableau 31. Les résultats de l'analyse de régression linéaire multiple

Selon les résultats de cette analyse, (voir le tableau n° 31), les familles n'ayant pas eu de malades au cours de l'année précédente sont disposées à payer davantage que les autres, et ceci pour les DAP1 (avoir un taux de remboursement supplémentaire de 30%) et DAP2 (avoir un taux de remboursement supplémentaire de 100%). En revanche, les familles ayant une personne malade au cours de l'année précédente sont davantage disposées à payer que les autres pour les DAP3 et DAP4. Plus le niveau de l'établissement de soins que les gens fréquentent le plus souvent (NESF) est élevé, moins les gens sont disposés à payer pour avoir un taux de remboursement de 100% supplémentaire. Plus le montant à partir duquel une aide extérieure est demandée est haut, plus les gens sont prêts à payer pour un examen médical annuel (DAP3) et le transport (DAP4).

Enfin, pour chacune des DAPi, le montant est significativement différent d'un village à l'autre (tests de KW, avec à chaque fois $p < 10^{-3}$). Les détails sont trouvés dans la figure n° 35, 36 et 37.

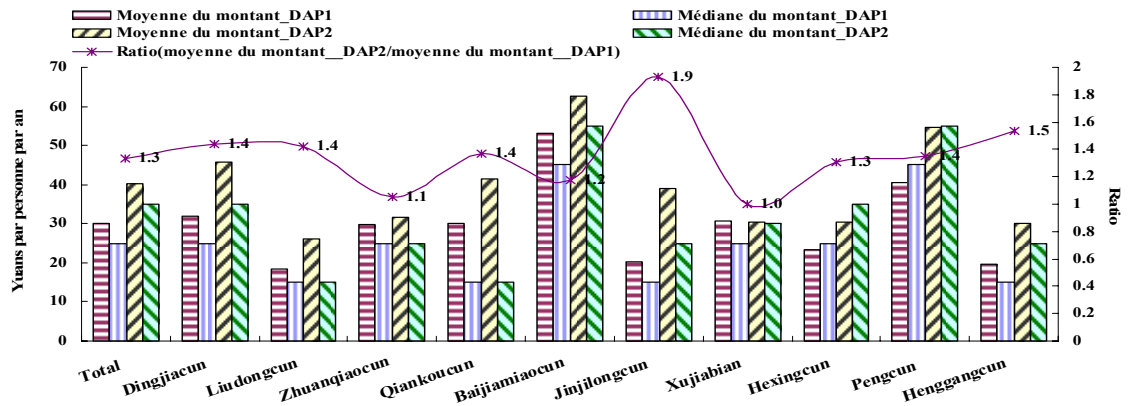


Figure 35. Différences du montant_DAP1 et du montant_DAP2 par villages

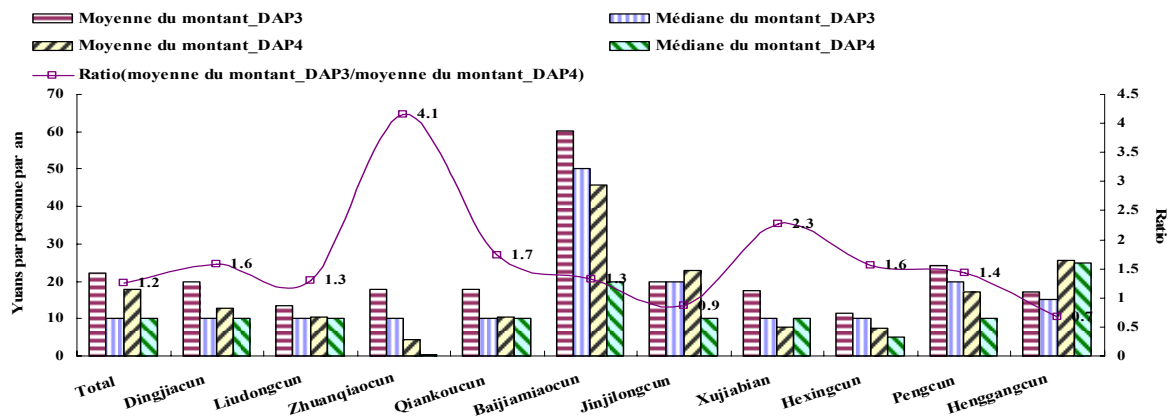


Figure 36. Différences du montant_DAP3 et du montant_DAP4 par village

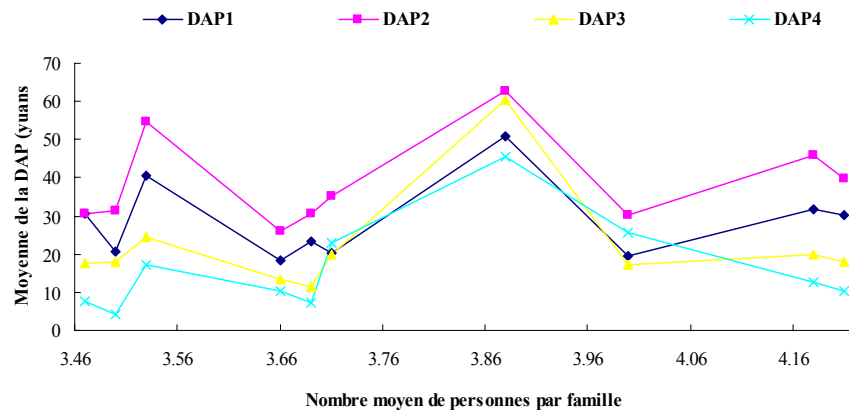


Figure 37. Corrélation entre le montant moyen des DAPi et le nombre moyen de personnes par ménage selon les différents villages

III_2-4.7.2.4. DISCUSSION

La plupart des familles qui répondent disent être prêtes à payer une nouvelle assurance médicale. Les familles qui ne sont pas disposées à payer disent majoritairement que c'est par manque de confiance dans l'assurance. Il semble donc qu'il soit très important de mieux expliquer et faire connaître aux familles le rôle et l'intérêt de l'assurance maladie, afin de gagner leur confiance.

Les résultats suggèrent que, dans les populations rurales interrogées, la DAP est volontairement limitée. Parmi ceux qui sont prêts à payer, une majorité des répondants sont prêts à payer une assurance maladie avec le plus bas niveau de contribution. A 10 RMB par an, 100% des gens sont disposés à payer. A 21 RMB par an, le pourcentage tombe à 72,8% pour disposer d'un taux de remboursement de 100% supplémentaire et à seulement 56,4% pour disposer d'un taux de remboursement de 30% supplémentaire.

Cette étude porte sur des familles de zones rurales dont les revenus sont difficiles à estimer de manière fiable et ceci parce que beaucoup n'ont pas d'emploi formel. Aussi, pour mieux cerner ce problème avons-nous utilisé la variable MDDAE (comme le montant déclenchant une demande d'aide extérieure).

L'association entre le lieu d'habitation et la DAP_i est statistiquement significative dans cet article et ceci quelle que soit cette DAP_i. Le niveau de l'établissement de soins fréquenté le plus souvent a une influence sur la décision pour la DAP₂, la DAP₃ et la DAP₄. Etant donné qu'il n'y a qu'une personne qui a répondu qu'il est allé consulter le plus souvent dans les dispensaires de village et qu'il ne voulait pas cotiser pour les DAP₁ et DAP₂, les résultats de la régression logistique entre le niveau de l'établissement sanitaire fréquenté le plus souvent et les DAP₂ et DAP₃ ne sont pas exempts de risques de biais. Le pourcentage de la DAP_i sauf la DAP₃ est statistiquement différent selon la valeur des montants à partir desquels une aide extérieure est demandée.

Pour ceux qui sont prêts à payer, le niveau du montant de la DAP_i diffère significativement d'un village à l'autre. Les familles n'ayant pas eu de personne malade au cours de l'année précédente sont disposés à payer davantage que les autres pour les DAP₁ (avoir un taux de remboursement augmenté de 30%) et DAP₂ (avoir un taux de remboursement augmenté de 100%). En revanche, les familles ayant eu une personne malade au cours de l'année précédente sont davantage disposées à payer que les autres pour ce qui est des DAP₃ (avoir droit à un examen médical annuel) et DAP₄ (avoir droit à un transport gratuit vers l'hôpital). Plus le montant à partir duquel une aide extérieure est demandée est élevé, plus les gens sont prêts à payer pour un examen médical par an et le transport vers l'hôpital. Plus le niveau de l'établissement de soins que les gens fréquentent le plus souvent est élevé, moins les gens sont disposés à payer pour avoir un taux de remboursement de 100% supplémentaire.

III_2-4.7.2.5. CONCLUSION

Cette étude montre que, majoritairement, les familles rurales sont prêtes à payer un peu pour une amélioration de la couverture assurance maladie et que le montant de leur disposition à payer est un peu plus élevé que celui pour la NAMCR, sauf dans le cas de la disposition à payer pour avoir droit à un transport annuel à l'hôpital.

Elle indique aussi quelques facteurs susceptibles d'influencer les choix en matière de DAP. Cette étude vise à fournir des preuves sur la DAP et à identifier les principaux déterminants qui influencent sur leur choix. Les DAP1 et DAP2 sont corrélées positivement avec les montants à partir desquels une aide extérieure est demandée, alors que la DAP4 l'est négativement. Les DAP2 et DAP3 sont corrélées négativement avec le niveau de l'établissement sanitaire fréquenté le plus souvent, mais la DAP4 l'est positivement. L'existence d'une maladie au cours de l'année dernière ne semble pas avoir une influence sur la DAPi. Chez ceux qui sont disposés à payer, le montant de la DAP3 et celui de la DAP4 sont corrélés positivement avec les montants à partir desquels une aide extérieure est demandée. Le montant de la DAP2 est corrélé négativement avec le niveau de l'établissement sanitaire fréquenté le plus souvent.

L'augmentation des taux de remboursement (la DAP1 et la DAP2) et des risques couverts (la DAP3 et la DAP4) par l'assurance maladie rurales sont susceptible d'augmenter le bien-être social. Du point de vue comportemental, la plupart des gens souhaitent plutôt choisir une prime moins élevée. Le nombre de gens qui sont prêts à payer diminue fortement avec l'augmentation du montant des cotisations.

CHAPITRE III_3 :

DEFINITION DU SYSTEME DE MICRO-ASSURANCE SANTE

INTRODUCTION

Objectif de la phase de définition du système

La phase de définition consiste à imaginer la conception, sur la base des informations collectées, du système de micro-assurance santé qui sera ensuite mis en place.

Il s'agit d'effectuer le choix des services à couvrir, des prestataires de soins partenaires, du (ou des) couple (s) prestations / cotisations, etc.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose d'organiser la définition du système en plusieurs étapes :

- Choisir la population cible (étape 1) ;
- Présélectionner les besoins de santé à couvrir (étape 2) ;
- Choisir les prestataires de soins partenaires (étape 3) ;
- Choisir les services et les prestataires de soins (étape 4) ;
- Calculer les cotisations correspondantes (étape 5) .

III_3-1 Choisir la population cible

Comme illustré dans le chapitre précédent, suite à l'enquête, 93,6% des familles sont intéressées par une assurance maladie, et l'objectif de la mise en place d'une micro-assurance médicale est d'arriver à une couverture maladie pour tous, tous les paysans du bourg de Xinhang pourraient être considérés comme la population cible.

III_3-2 Présélectionner les services de santé à couvrir

IV_3-2.1 La couverture des gros et/ou des petits risques

I. Les gros risques

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses de soins importantes : hospitalisations, interventions chirurgicales et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible.

II. Les petits risques

Les petits risques concernent les maladies légères qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence est nettement plus élevée que les gros risques, comme les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

La nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement prend en compte essentiellement les frais d'hospitalisation, c'est-à-dire les gros risques qui nécessitent des dépenses de soins importantes, la micro-assurance va compléter et prendra en compte aussi les petits risques (les examens annuels et les transports etc.).

IV_3-2.2 Liste des services de santé habituellement à couvrir

I. Les soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les bureaux de services médicaux communautaires ou les centres de santé. Ils comportent :

- Les soins préventifs qui comprennent les vaccinations, l'éducation à la santé, l'assainissement, etc.
- Les soins curatifs qui comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoire et la radiologie.
- La prise en charge des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, maladies cardiaques, hépatite, etc.).

- a) Les soins de prévention : vaccinations, conseils alimentaires et d'hygiène de vie, lutte contre le tabac et l'alcool

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être prévenues par la vaccination. En ce qui concerne les causes de mortalité et les maladies chroniques, l'éducation à la santé est nécessaire pour diminuer ou alléger ces dernières.

- b) Les soins curatifs :

Selon les services de santé dont l'accès est difficile pour des raisons financières et les besoins ressentis et exprimés par les répondeurs (voir figure 19, page 88 ; figure 23, page 91), les services qui devraient être pris en charge sont les suivants : l'hospitalisation, les trois services de soins au cours de la consultation : la pharmacie, le laboratoire, la radiologie. En ce qui concerne les soins curatifs, les services de soins les plus prioritaires selon les besoins ressentis et exprimés pendant la consultation qui n'est pas prise en charge par la nouvelle assurance maladie coopérative rurale seront certainement proposés par la micro assurance médicale.

- c) La prise en charge des maladies mortelles

Les sept maladies mortelles les plus fréquentes sont données dans la figure 13 (page 50) : la tumeur maligne, la maladie vasculaire cérébrale, la maladie cardiaque, la maladie respiratoire, la blessure et l'empoisonnement, la maladie métabolique et nutritive, la maladie digestive. Ces différentes maladies peuvent être prises en charge par la micro assurance médicale.

II. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent l'hébergement à l'hôpital ainsi que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés au cours de l'hospitalisation. Le chapitre précédent montre que la prise en charge des frais d'hospitalisation par la micro assurance médicale est très prioritaire, quelque soit les besoins réels ou les besoins ressentis et exprimés.

Le résultat d'enquête montre que la plupart des répondeurs étaient disposés à payer pour la prise en charge des frais d'hospitalisation (87,4% étaient disposés à payer pour avoir un taux de remboursement supplémentaire de 30% après le remboursement de la nouvelle assurance médicale coopérative rurale et 94,4% étaient disposés à payer pour avoir un taux de remboursement supplémentaire de 100%). Les montants moyens que les familles sont prêtes à payer s'élèvent respectivement à 30 et 40 yuans pour des taux de remboursement supplémentaire de 30% et de 100%.

III. Les médicaments

En ce qui concerne les médicaments, il est important de déterminer la liste de ceux qui pourraient être pris en charge par le système.

Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque et les génériques*, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers ou lorsque aucun générique n'est disponible - les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.

Seuls les médicaments avec ordonnance peuvent être pris en charge par le système.

Par rapport à la liste des médicaments admis au remboursement, on peut se référer à la nouvelle assurance médicale rurale coopérative.

IV. L'examen médical annuel

La prise en charge de l'examen médical annuel est très important pour limiter la survenue des maladies ou bien pour les détecter précocement afin d'avoir un traitement précoce.

Selon les résultats d'enquête, presque 94% des personnes qui ont répondu ont dit qu'ils étaient disposés à payer pour l'examen médical annuel. Et le montant moyen de la DAP était de 22 RMB.

V. Le transport

La prise en charge des transports sanitaires peut être envisagée, On peut aussi penser à prendre en charge les transports des malades d'un établissement de santé à l'autre.

Selon les résultats de l'enquête, presque 76% des personnes ont dit qu'elles étaient disposés à payer pour le transport. Et le montant moyen de la DAP était de 18 RMB.

III_3-3 Choisir les prestataires de soins partenaires

Selon les résultats obtenus au chapitre précédent (IV_2-4.3 Objectif 3 : Préparer le choix des établissements de soins partenaires), les établissements de soins partenaires choisis seront : l'hôpital populaire de Guangde, l'hôpital du bourg de Xinhang et les dispensaires de village.

III_3-4 Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels on va utiliser un mécanisme de tiers payant

Les services de santé pour lesquels le tiers payant est jugé le plus utile ou indispensable sont ceux qui sont choisis le plus souvent par les répondants.

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

Selon les résultats obtenus au chapitre précédent (IV_2-4.5 Objectif 5 : Préparer le choix des modalités de prise en charge : paiement direct ou tiers payant), l'hospitalisation est le service de santé auquel le plus grand nombre de familles ont dû renoncer au cours de l'année passée par manque d'argent. Donc, lors de la définition du système de micro-assurance santé, le tiers payant pourra être proposé pour l'hospitalisation.

III_3-5 Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes

III_3-5.1 Liste des copaiements

Le ticket modérateur

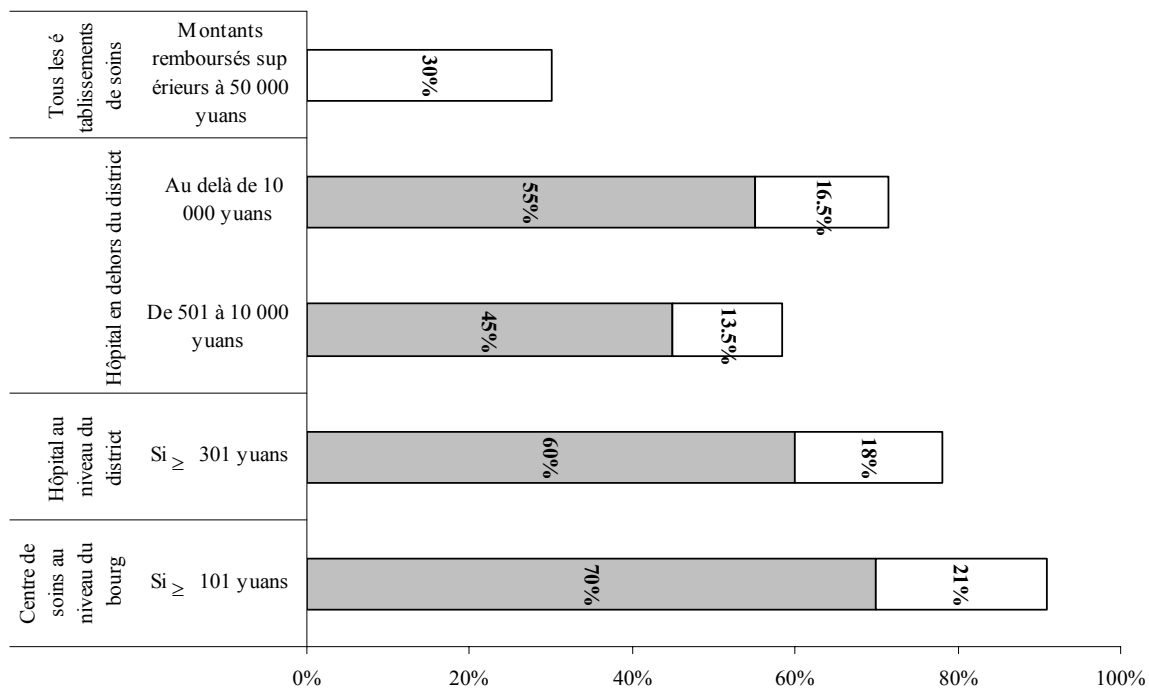
Lorsque le système de micro-assurance santé prend seulement en charge un pourcentage des dépenses, le complément à la charge de l'adhérent s'appelle ticket modérateur. Le ticket modérateur permet en théorie de modérer la consommation de soins de santé de l'individu.

① Grosses dépenses médicales

☞ Dépenses d'hospitalisation

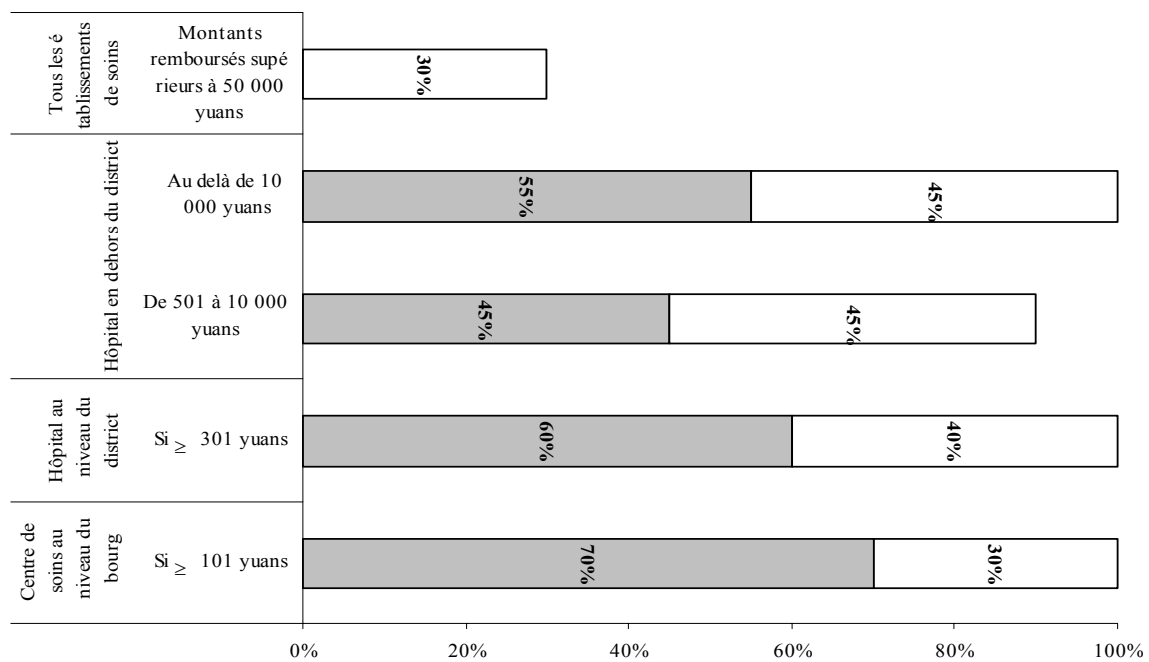
La nouvelle assurance médicale coopérative rurale (NAMCR) prend en charge, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, 70% des dépenses médicales supérieures à 100 yuans dans les centres de soins au niveau du bourg, 60% des dépenses supérieures à 300 yuans dans les hôpitaux au niveau du district, 45% des dépenses entre 501 et 10 000 yuans et 55% des dépenses supérieures à 10 000 yuans dans les hôpitaux en dehors du district (figure n° 38).

Le système de micro-assurance santé prendra en charge, selon le questionnaire d'enquête réalisé, 30% supplémentaire ou bien 100% supplémentaire par rapport au remboursement de la nouvelle assurance médicale coopérative rurale avec un plafonnement du taux de remboursement de 100% au total. En ce qui concerne les frais qui dépassent le plafonnement du remboursement fixé par la NAMCR (50 000 RMB), la micro assurance santé prendra en charge 30%. Les détails précis sont donnés figure n° 38.



■ Taux de remboursement de la nouvelle assurance médicale coopérative (%)

□ Taux de remboursement du système de micro-assurance santé (30% supplémentaire par rapport au remboursement de la NAMCR)



■ Taux de remboursement de la nouvelle assurance médicale coopérative (%)

□ Taux de remboursement du système de micro-assurance santé (100% supplémentaire à la limite de remboursement maximum ne passera pas 100% des dépenses totales)

Figure 38. Taux de remboursement de la NAMCR et de la micro assurance médicale, pour les frais d'hospitalisation et les gros frais de consultation pour certaines maladies spéciales.

☞ Dépenses dues aux consultations et traitements ambulatoires

Les frais (consultation) liés à certaines maladies sont très importants comme :

la radiothérapie et la chimiothérapie pour les cancers et les leucémies ; la dialyse pour l'insuffisance rénale chronique, l'anémie aplasique ; l'hémophilie ; la schizophrénie ; le traitement anti-rejet pour la transplantation d'organes.

La NAMCR les traite comme les dépenses médicales d'hospitalisation. Le taux de prise en charge des soins par le système de micro-assurance santé sera pareil que celui de la NAMCR.

② Faibles dépenses médicales

☞ Les frais de consultation

La NAMCR prend en charge les frais de consultation de certaines maladies chroniques avec un taux de remboursement de 40% et un montant total à rembourser ne dépassant pas 2000 yuans par personne et par an (figure n° 39) , par exemple :

Hypertension au deuxième degré et plus ; Cardiopathie compliquée par l'insuffisance cardiaque ; Diabète non contrôlé par un régime ; Cirrhose décompensée ; Récupération pour l'accident vasculaire cérébral (AVC) ; Traitement pour les maladies mentales ; Rhumatisme, polyarthrite rhumatoïde ; Tuberculose ; Hépatite chronique active ; Emphysème pulmonaire et maladie pulmonaire obstructive chronique ; Epilepsie ; Maladie de Wilson ; Néphrite chronique ; Maladie de Parkinson ; Lupus érythémateux systémique ; Hernie discale, Lèpre et bilharziose à stade avancé,

Le système de micro-assurance pourra prendre en charge les frais de consultation pour toutes les maladies, y compris les maladies chroniques, avec un taux de remboursement de 60%.

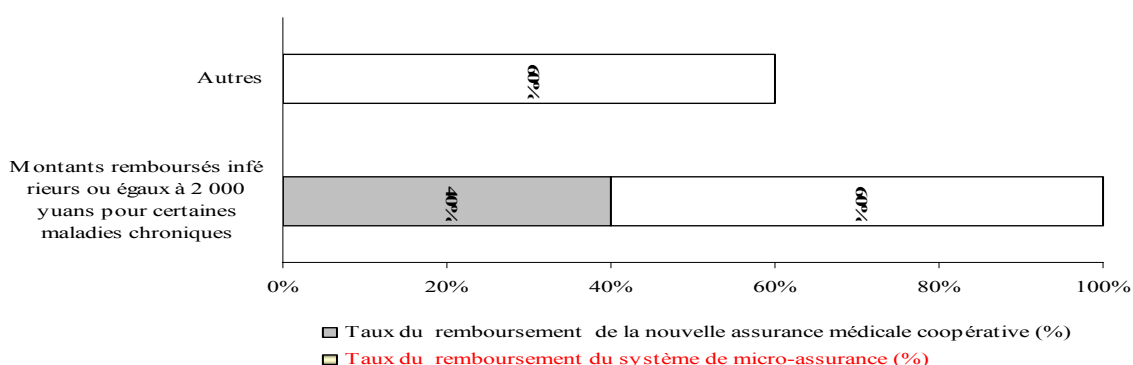


Figure 39. Taux de remboursement, de la NAMCR et celui du système de micro-assurance santé, pour les frais de consultation de certaines maladies chroniques

Le plafond ou le forfait

La NAMCR a fixé un plafond de remboursement pour 50 000 yuans par personne et par an. Le système de micro-assurance santé ne fixera pas de plafond.

La franchise monétaire* annuelle

La micro-assurance santé aura une franchise monétaire annuelle. La franchise monétaire annuelle n'est pas prise en charge par la NAMCR, et elle ne sera pas prise en charge par la micro-assurance santé.

III_3-5.2 Calcul de la prime de base

① Calcul de la prime de base à partir des dépenses de santé de la population cible

Première étape :

Calcul de la prime de base

Pour le calcul de la prime de base des dépenses de santé de la population cible, il suffit de multiplier la fréquence d'utilisation de chaque service de santé par le coût unitaire moyen de ce service de santé.

$$\text{Prime de base (pour un service de santé)} = \text{Fréquence d'utilisation de ce service} \times \text{Coût unitaire moyen}$$

Selon les indicateurs obtenus dans le chapitre précédent, on a obtenu les chiffres suivants :

a). Fréquence d'utilisation de chaque service de santé dans trois établissements de soins

La fréquence de consultation et d'hospitalisation dans trois établissements de soins est présentée dans le tableau n° 32.

Etablissements Fréquence	Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise de district de Guangde
Consultation	31,67%	34,31%	35,44%
Hospitalisation	6,03%	3,39%	2,26%

Tableau 32. *Fréquence d'utilisation de chaque service de santé dans trois établissements de soins différents*

* voir l'annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

b). Coût unitaire moyen de chaque service dans trois établissements de soins

Le coût unitaire moyen de la prise en charge du service de santé est le montant pris en charge en moyenne pour ce service.

Dans le cas où la garantie prend en charge l'intégralité des dépenses engagées, le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal au coût unitaire moyen du service de santé pour les patients avant la mise en place du système de micro-assurance santé c'est-à-dire au tarif pratiqué en moyenne par les prestataires de soins pour ce service.

$$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = \text{Tarif moyen (service)}$$

Dans ce cas-là, le coût unitaire moyen de chaque service dans trois établissements de soins différents est donné tableau n° 33 :

		Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Coût pour chaque consultation (yuans)	Frais de l'enregistrement	1,79	1,24	0,89
	Frais d'examination	2,12	2,76	1,2
	Radiologie	2,41	50,72	47,33
	Traitement	7,91	8,34	16,17
	Chirurgie	23,3	2,81	0,01
	Laboratoire	4,03	11,14	10,04
	Autres	3,48	3,51	1,54
	Pharmacie	80,09	41,83	27,34
	Total	125,13	122,34	104,52
Coût pour chaque hospitalisation (yuans)	Frais d'hébergement	61,26	71,79	79,63
	Frais d'examination	29,88	10,18	78,51
	Radiologie	39,78	190,27	88,71
	Traitement	55,83	439,67	238,01
	Chirurgie	123,43	657,65	221,04
	Laboratoire	21,28	147,23	76,34
	Frais de soins	16,75	42,37	51,63
	Autres	93,63	32,72	8,98
	Pharmacie	360,43	1533,38	1785,15
Total	802,28	3 125,27	2 628,00	

Tableau 33. Coût unitaire moyen de chaque service dans trois établissements de soins

Dans le cas où la garantie ne prend en charge qu'un pourcentage des dépenses engagées (ticket modérateur), le coût unitaire moyen de la prise en charge est égal à ce pourcentage (par exemple, Y%) multiplié par le tarif moyen observé avant la mise en place du système de micro-assurance.

$\text{Coût unitaire moyen (service de santé)} = Y\% \times \text{Tarif moyen (service)} \text{ où } Y\% \text{ est le taux de prise en charge}$
--

Dans le chapitre précédent, on a présélectionné les services de santé à couvrir (voir IV_3.2). Les services de santé prises en charge par la micro-assurance sont :

L'hospitalisation ;

Les trois services de santé au cours de la consultation : la radiologie, la pharmacie et le laboratoire.

Hypothèses : on suppose que le taux de prise en charge est égal à 60% pour les frais de consultation, et 30% ou 100% des remboursements supplémentaires effectués par la NAMCR pour les frais d'hospitalisation (le maximum remboursé sera égal à 100% des frais réels).

On peut obtenir le coût unitaire moyen (par service) pour chaque consultation illustré dans le tableau n° 34 :

		Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Coût pour chaque consultation (yuans) (60%)	Radiologie	1,45	30,43	28,40
	Laboratoire	2,42	6,68	6,02
	Pharmacie	48,05	25,10	16,40
	Total	51,92	62,21	50,83

Tableau 34. Coût pour chaque service de consultation au taux de prise en charge de 60%

En ce qui concerne le coût pour chaque hospitalisation, le taux de remboursement par la NAMCR est de :

- 1). 70% à l'hôpital du bourg de Xinhang, et la franchise est de 100 yuans ;
- 2). 60% à l'hôpital populaire du district de Guangde, et la franchise est de 300 yuans ;
- 3). 60% à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, et la franchise est de 300.

Si le taux de remboursement par la micro-assurance est de 30%, cela fera :

- 1). 21% des frais réels (70%×30%) à l'hôpital du bourg de Xinhang,
- 2). 18% des frais réels (60%×30%) à l'hôpital populaire du district de Guangde et à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde.

Si le taux de remboursement par la micro-assurance est de 100%, cela fera :

- 1). 30% à l'hôpital du bourg de Xinhang car le taux de remboursement total ne doit pas dépasser 100% des frais réels ($100\%-30\%=70\%$) ;
- 2). 40% à l'hôpital du district de Guangde et l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde car le taux de remboursement total ne doit pas dépasser 100% des frais réels ($100\%-60\%=40\%$).

Le tableau n° 35 montre les détails du taux de remboursement.

	Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Taux 30% suppl. ^k	21% (frais réels)	18% (frais réels)	18% (frais réels)
Taux 100% suppl. ^l	30% (...)	40% (...)	40% (...)

Tableau 35. Taux de remboursement pour les frais d'hospitalisation par la micro-assurance

Donc, en ce qui concerne le taux de remboursement de 30% supplémentaire, le coût pour chaque hospitalisation serait de :

$$\text{Coût unitaire moyen (hospitalisation)} = (\text{Tarif moyen} - \text{franchise}) \times Y\% \text{ où } Y\% \text{ est le taux de prise en charge}$$

- à l'hôpital du bourg de Xinhang, 147,48 yuans = $(802,28-100) \times 0,21$;
- à l'hôpital populaire du district de Guangde, 508,55 yuans = $(3\,125,27-300) \times 0,18$;
- à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, 419,04 yuans = $(2\,628,00-300) \times 0,21$.

En ce qui concerne le taux de remboursement de 100% supplémentaire, le coût pour chaque hospitalisation serait de :

- à l'hôpital du bourg de Xinhang, 210,68 yuans = $(802,28-100) \times 0,30$;
- à l'hôpital populaire du district de Guangde, 1130,11 yuans = $(3\,125,27-300) \times 0,40$;
- à l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde, 931,20 yuans = $(2\,628,00-300) \times 0,40$.

Le tableau n° 36 montre les détails du coût.

^k 30% des remboursements supplémentaires par rapport à la NAMCR

^l 100% des remboursements supplémentaires par rapport à la NAMCR

	Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital populaire du district de Guangde	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde
Coût pour chaque hospitalisation (yuans) (taux 30%)	147.48	508.55	419.04
Coût pour chaque hospitalisation (yuans) (taux 100%)	210.68	1130.11	931.20

Tableau 36. Coût pour les frais d'hospitalisation au taux de prise en charge de 30% ou de 100% par rapport aux remboursements de la NAMCR

c). Prime de base par service dans trois établissements de soins

$\text{Prime de base (pour un service de santé)} = \text{Fréquence d'utilisation de ce service} \times \text{Coût unitaire moyen}$
--

Donc, la prime de base (pour un service de santé) est égale à :

➤ Hôpital du bourg de Xinhang

- La prime de base pour la consultation = $31,67\% \times 51,92 = 16,44$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation (30% supplémentaire) = $6,03\% \times 147,48 = 8,89$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation (100% supplémentaire) = $6,03\% \times 210,68 = 12,70$ yuans

➤ Hôpital populaire du district de Guangde

- La prime de base pour la consultation = $34,31\% \times 62,21 = 21,35$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation = $3,39\% \times 508,55 = 17,24$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation (100% supplémentaire) = $3,39\% \times 1130,11 = 38,31$ yuans

➤ Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde

- La prime de base pour la consultation = $35,44\% \times 50,83 = 18,01$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation (30% supplémentaire) = $2,26\% \times 419,04 = 9,47$ yuans
- La prime de base pour l'hospitalisation (100% supplémentaire) = $2,26\% \times 931,20 = 21,05$ yuans

Le tableau n° 37 présente le détail des résultats :

		Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde	Hôpital populaire du district de Guangde
Fréquence d'utilisation	consultations	31,67%	35,44%	34,31%
	hospitalisations	6,03%	2,26%	3,39%
Coût unitaire	consultations	86,53	84,71	103,69
	hospitalisations	802,28	2628,00	3125,27
Coût unitaire (Y%)	consultations (taux 60%)	51,92	50,83	62,21
	hospitalisations (taux 30% ^m)	147,48	419,04	508,55
	hospitalisations (taux 100% ⁿ)	210,68	931,20	1130,11
Prime de base	consultations (taux 60%)	16,44	18,01	21,35
	hospitalisations (taux 30%)	8,89	9,47	17,24
	hospitalisations (taux 100%)	12,70	21,05	38,31

Tableau 37. Prime de base pour les trois établissements de soins différents

Deuxième étape :

Calcul de la charge de sécurité*

Selon le livre ‘Guide pour l’étude de faisabilité de système de micro-assurance santé’ publié par le programme global de Stratégies et Techniques contre l’Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT), « la charge de sécurité permet de tenir compte du risque que les dépenses moyennes réelles par bénéficiaire soient supérieures aux prévisions et de se prémunir contre le risque statistique que, dans la population couverte, la proportion de consommateurs de chaque service de santé soit supérieure à la proportion initialement calculée à partir des données de consommation de la population cible ».

Ce risque est traduit par le coefficient (N,p) :

où N est la taille de la population couverte ;

P est la probabilité de consommer le service de santé concerné,

Charge de sécurité = Coefficient (N,p) × Prime de base

^m 30% du remboursement supplémentaire par rapport à la NAMCR.

ⁿ 100% du remboursement supplémentaire par rapport à la NAMCR.

* voir l’annexe I (Cadre conceptuel – Définition).

Selon le livre de référence « Guide pour l'étude de faisabilité du système de micro-assurance santé » publié par le programme global de Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT), les valeurs indicatives du coefficient (N, p) :

La taille de la population couverte maximale dans ce livre est de 80 000 (tableau n° 38).

P	N = 1000	N = 2000	N = 5000	N = 10 000	N = 20 000	N = 50 000	N = 80 000
0,01	0,97	0,69	0,43	0,31	0,22	0,14	0,11
0,02	0,68	0,48	0,31	0,22	0,15	0,10	0,08
0,03	0,56	0,39	0,25	0,18	0,12	0,08	0,06
0,04	0,48	0,34	0,21	0,15	0,11	0,07	0,05
0,05	0,43	0,30	0,19	0,13	0,10	0,06	0,05
0,10	0,29	0,21	0,13	0,09	0,07	0,04	0,03
0,15	0,23	0,16	0,10	0,07	0,05	0,03	0,03
0,20	0,20	0,14	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02
0,25	0,17	0,12	0,08	0,05	0,04	0,02	0,02
0,30	0,15	0,11	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02
0,35	0,13	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01
0,40	0,12	0,08	0,05	0,04	0,03	0,02	0,01
0,45	0,11	0,08	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01
0,50	0,10	0,07	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,55	0,09	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,60	0,08	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
0,65	0,07	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01
0,70	0,06	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,75	0,06	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
0,80	0,05	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
0,85	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00
0,90	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
0,95	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00

Tableau 38. Valeurs indicatives du coefficient (N, p)

Le tableau précédent est limité à N=80 000. En absence d'indications précises, sur la façon dont a été établi le calcul des coefficients (N, p), et partant du fait que le coefficient (N, p) diminue lorsque N augmente, nous prendrons de façon sécuritaire, pour des populations d'effectif plus élevé la valeur obtenue pour N=80 000.

La probabilité d'utiliser l'hôpital public est estimée ainsi à partir des données issues de l'enquête :

= [Nombre d'utilisateurs du service dans l'année (chacun comptabilisé une seule fois) ÷ Population couverte par le système] × la proportion de malades qui utilisent l'hôpital public : $(209 \div 1357) \times 75,79\% = 11,67\%$,

- Donc, pour l'hôpital du bourg de Xinhang :
 - La probabilité d'utiliser la consultation est égale à : $11,67\% \times 84\% = 9,8\%$;
 - La probabilité d'utiliser l'hospitalisation est égale à : $11,67\% \times 16\% = 1,87\%$,
- Hôpital du district de Guangde :
 - La probabilité d'utiliser la consultation est égale à : $11,67\% \times 91\% = 11,32\%$;
 - La probabilité d'utiliser l'hospitalisation est égale à : $11,67\% \times 9\% = 1,05\%$,
- Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde :
 - La probabilité d'utiliser la consultation est égale à : $11,67\% \times 94\% = 10,97\%$;
 - La probabilité d'utiliser l'hospitalisation est égale à : $11,67\% \times 6\% = 0,70\%$.

La taille prévue de la population couverte par le système de micro-assurance santé en première année serait de 65 360 personnes dans le bourg de Xinhang, et 450 000 personnes dans le district de Guangde. Donc, la charge de sécurité est égale à :

A l'hôpital du bourg de Xinhang :

Coefficient (N = 65 360, p = 0,1) _{consultation} = 4% ;

Coefficient (N = 65 360, p = 0,02) _{hospitalisation} = 10% ;

Charge de sécurité _{consultation} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 4% × 16,44 = 0,66 ;

Charge de sécurité _{hospitalisation_30% suppl.} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 10% × 8,89 = 0,89 ;

Charge de sécurité _{hospitalisation_100% suppl.} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 10% × 12,70 = 1,27,

A l'hôpital populaire du district de Guangde:

Coefficient (N = 450 000, p = 0,11) _{consultation} = 3% ;

Coefficient (N = 450 000, p = 0,01) _{hospitalisation} = 11% ;

Charge de sécurité _{consultation} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 3% × 21,35 = 0,64 ;

Charge de sécurité _{hospitalisation_30% suppl.} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 11% × 17,24 = 1,90 ;

Charge de sécurité _{hospitalisation_100% suppl.} = Coefficient (N,p) × prime de base
= 11% × 38,31 = 4,21,

A l'hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde:

Coefficient (N = 450 000, p = 0,11) _{consultation} = 3% ;

Coefficient (N = 450 000, p = 0,01) _{hospitalisation} = 11% ;

Charge de sécurité _{consultation} = Coefficient (N,p) × prime de base

$$= 3\% \times 18,01 = 0,54 ;$$

$$\text{Charge de sécurité}_{\text{hospitalisation_30\% suppl.}} = \text{Coefficient (N,p)} \times \text{prime de base} \\ = 11\% \times 9,47 = 1,04 ;$$

$$\text{Charge de sécurité}_{\text{hospitalisation_100\% suppl.}} = \text{Coefficient (N,p)} \times \text{prime de base} \\ = 11\% \times 21,05 = 2,31.$$

Troisième étape :

Exemple de grille de calcul des cotisations [27]

- Prime de base : fréquence × coût unitaire moyen ;
- Charge de sécurité : prime de base × coefficient (N, p) ;
- Coût de fonctionnement : A% × (prime de base + charge de sécurité), on suppose que A égale 10% ;
- Excédent : B% × (prime de base + charge en sécurité + coût de fonctionnement), on suppose que B égale 5% ;
- Total : prime de base + charge de sécurité + coût de fonctionnement + excédent.

Les résultats sont présentés dans le tableau n° 39 pour les trois établissements :

		Hôpital du bourg de Xinhang	Hôpital de médecine traditionnelle chinoise du district de Guangde	Hôpital populaire du district de Guangde
Prime de base	consultations (taux 60%)	16,44	18,01	21,35
	hospitalisations (taux 30% suppl.)	8,89	9,47	17,24
	hospitalisations (taux 100% suppl.)	12,70	21,05	38,31
Charge de sécurité	consultations (taux 60%)	0,66	0,54	0,64
	hospitalisations (taux 30% suppl.)	0,89	1,04	1,90
	hospitalisations (taux 100% suppl.)	1,27	2,31	4,21
Coût de fonctionnement 10%	consultations (taux 60%)	1,71	1,86	2,20
	hospitalisations (taux 30% suppl.)	0,98	1,05	1,91
	hospitalisations (taux 100% suppl.)	1,40	2,34	4,25
Excédent 5%	consultations (taux 60%)	0,94	1,02	1,21
	hospitalisations (taux 30% suppl.)	0,54	0,58	1,05
	hospitalisations (taux 100% suppl.)	0,77	1,28	2,34
Prime réelle	consultations (taux 60%)	19,75	21,43	25,39
	hospitalisations (taux 30% suppl.)	11,30	12,14	22,10
	hospitalisations (taux 100% suppl.)	16,14	26,98	49,12
Total	Consultation (taux 60%) + hospitalisation (taux 30% suppl.)	31,05	33,57	47,49
	Consultation (taux 60%) + hospitalisation (taux 100% suppl.)	35,89	48,41	74,51

Tableau 39. Grille de calcul des cotisations

On proposera aux paysans une prime qui leur permettra éventuellement d'être hospitalisés dans l'hôpital le plus performant (hôpital du district de Guangde), mais pour lequel les coûts sont les plus élevés.

Les paysans auront cinq options à choisir :

- 1). consultation seule (taux 60%),
- 2). hospitalisation (taux 30% supplémentaire),
- 3). hospitalisation (100% supplémentaire),
- 4). consultation (taux 60%) et hospitalisation (taux 30% supplémentaire),
- 5). consultation (taux 60%) et hospitalisation (taux 100% supplémentaire).

Le tableau 39 donne les détails de la prime réelle pour ces cinq options.

III_3-5.3 Prendre en compte le niveau de cotisation que la population est prête à payer

L'évaluation permet de mettre en évidence un niveau de contribution accessible à une large majorité de la population et/ou mettre en évidence l'existence de plusieurs catégories d'adhérents potentiels avec des niveaux différents.

Selon les résultats obtenus dans le chapitre précédent, la fréquence de la disposition à payer la plus favorable sera une fois par an pendant la période d'octobre à décembre.

III_3.5.3.1 La disposition à payer pour avoir 30% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative

Selon les résultats de l'enquête, parmi les gens qui ont donné la réponse, presque la moitié des familles (43,6%) sont prêtes à payer entre 10 et 20 yuans. Et 100% des ménages accepteraient un niveau entre 10 et 20 yuans ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution entre 21 et 30 yuans a obtenu 24,4% des réponses, et 56,4% des ménages accepteraient un niveau entre 21 et 30 yuans ou plus.

La disposition à payer en moyenne est de 30,03 yuans pour avoir 30% de remboursement supplémentaire par rapport au remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative. La médiane de la disposition à payer est de 25 yuans.

III_3.5.3.2 La disposition à payer pour un remboursement supplémentaire égal à 100% du remboursement de la NAMCR

Selon les résultats de l'enquête, parmi les gens qui ont répondu, presque un tiers des familles (27,2%) sont prêtes à payer entre 10 et 20 yuans accepteraient un niveau entre 10 et 20 yuans ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution entre 21 et 30 yuans a obtenu

19,9% des réponses positives et 72,8% des ménages accepteraient un niveau entre 21 et 30 yuans ou plus.

La disposition à payer en moyenne est de 39,95 yuans pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative. La médiane de la disposition à payer est de 35 yuans.

III_3.5.3.3 Disposition à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an

Parmi les gens qui ont répondu, plus un tiers des familles (38,6%) sont prêtes à payer entre 5 et 10 yuans et 83,2% des ménages accepteraient un niveau entre 5 et 10 yuans ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution entre 10 et 20 yuans a obtenu 21,3% des réponses et 44,6% des ménages accepteraient un niveau entre 10 et 20 yuans ou plus. Plus le niveau de contribution est élevé, moins les paysans sont disposés à payer à partir de la deuxième tranche de contribution.

La disposition à payer en moyenne est de 22,08 yuans pour avoir un examen médical par an et par personne. La médiane de la disposition à payer est de 10 yuans.

III_3.5.3.4 Disposition à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un réseau de transport afin d'aller gratuitement consulter à médecin

Parmi les gens qui ont répondu, 41,8% des familles sont prêtes à payer entre 5 et 10 yuans et 75,1% des ménages accepteraient un niveau entre 5 et 10 yuans ou plus (score cumulé). Le niveau de contribution entre 10 et 20 yuans a obtenu 12,3% des réponses positives et 33,3% des ménages accepteraient un niveau entre 10 et 20 yuans ou plus. Plus le niveau de contribution est élevé, moins les paysans sont disposés à payer à partir de la deuxième tranche de contribution, c'est un résultat identique à celui obtenu pour l'examen médical annuel.

La disposition à payer en moyenne est de 18,03 yuans pour avoir un réseau de transport par an et par personne. La médiane de la disposition à payer est de 10 yuans.

III_3-5.4 Prime finale selon la cotisation calculée et la disposition à payer (DAP)

Selon les résultats obtenus (figure n° 40 et 41), en ce qui concerne les frais d'hospitalisation :

La cotisation calculée maximale pour avoir un taux de remboursement de 30% supplémentaire est de 22,1 yuans. Et la disposition à payer moyenne selon l'enquête est de 30,03 yuans, supérieur à 22,1 yuans. Donc, on peut dire que la proposition par la micro-assurance santé est faisable pour avoir un taux de remboursement de 30% supplémentaire. Et sa prime finale serait de 22 yuans ;

La cotisation calculée maximale pour avoir un taux de remboursement de 100% supplémentaire est de 49,12 yuans. Et la disposition à payer moyenne selon l'enquête est de 39,95. Donc, il y a 9,17 yuans de différence entre la cotisation calculée et la disposition à payer. Par conséquent, la proposition par la micro-assurance santé est probablement faisable pour avoir un taux de remboursement de 100% supplémentaire. Et sa prime finale serait de 49 yuans.

En ce qui concerne la prise en charge des frais de consultation pour les trois services de santé (laboratoire, radiologie et pharmacie) (figure n° 40), la cotisation calculée maximale est de 25,39 yuans pour avoir un taux de remboursement de 60%. Les frais de consultation ne sont pas pris en charge par la NAMCR, et les services de santé tels que le laboratoire, la radiologie et la pharmacie sont jugés les trois plus prioritaires, la micro-assurance va certainement les prendre en charge. Donc, la prime finale pour avoir un taux de remboursement de 60% serait de 25 yuans concernant les frais de consultation pour les trois services de santé prioritaires.

Concernant la prise en charge des frais d'examen médical par an (figure n° 41), la disposition à payer moyenne est de 22,08 yuans. Donc la prime finale pour avoir un examen médical par an serait de 22 yuans.

Quant à la prise en charge de réseau de transport annuel (figure n° 41), la disposition à payer moyenne est de 18,03 yuans. Donc, la prime finale pour avoir un réseau de transport par an serait de 18 yuans.

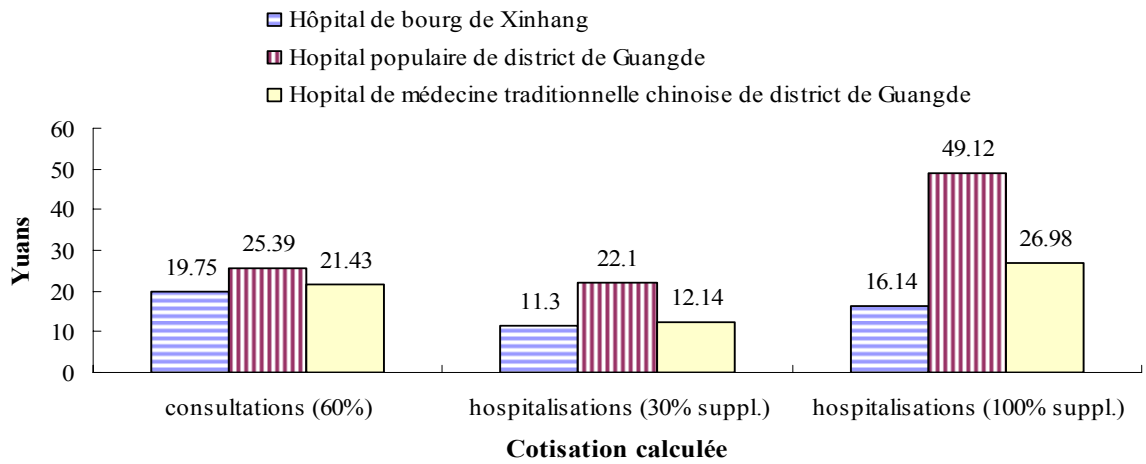


Figure 40. Cotisation calculée pour la consultation (60%) et l'hospitalisation (taux de remboursement de 30% ou 100% supplémentaire)

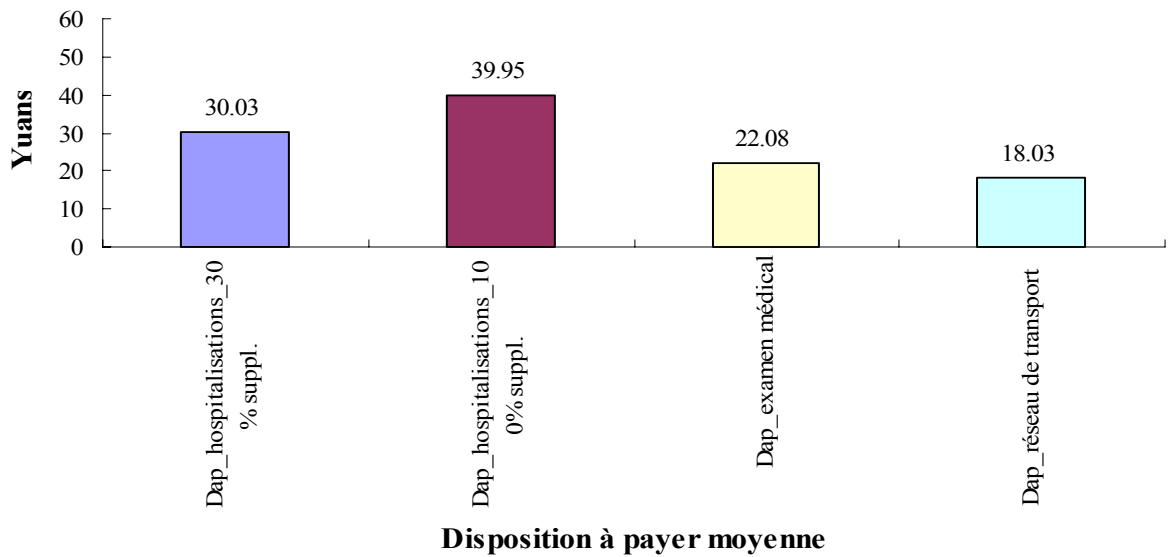


Figure 41. Disposition à payer moyenne pour l'hospitalisation (taux de remboursement de 30% ou 100% supplémentaire) et l'examen médical et le réseau de transport

CHAPITRE IV :

L'APPLICATION DE LA REASSURANCE MEDICALE EN MILIEU RURAL EN CHINE

INTRODUCTION

☞ L'instabilité financière de micro-assurance

Comme la taille de la micro assurance est limitée, elle manque de stabilité en termes de financement. Les causes de l'instabilité financière des micro-assureurs, selon M, David Dror^o, sont des fluctuations aussi bien des recettes et des dépenses (voir la figure 42).

1) L'instabilité du fait des fluctuations du revenu

Premièrement, le calcul des cotisations n'est pas approprié

Les cotisations des affiliés doivent couvrir au moins le coût moyen prévisionnel des indemnités à prévoir. Pour cela, il faut calculer ou bien trouver la probabilité pour un certain montant d'indemnité soit réclamé et quel sera son coût prévisionnel. Il faut aussi prendre en compte les coûts administratifs. Comme les micros assureurs ne disposent pas de données fiables à long terme sur les indemnisations, les contributions calculées peuvent induire en erreur, compte tenu des importantes fluctuations des statistiques.

Deuxièmement, des décalages en termes de la régularité.

Etant donné que le revenu des populations servies a le caractère cyclique lorsqu'il s'agit des ruraux ou des travailleurs agricoles dont le revenu est soumis aux cycles des récoltes. Il existe d'autres contextes aléatoires susceptibles d'aggraver l'instabilité du revenu : fluctuations de la situation de l'environnement (sécheresses, inondations, etc.), risques politiques (qui peuvent affecter non seulement les facteurs de la demande mais aussi la possibilité de travail des individus, par exemple la politique du taux de remboursement de la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement).

2) L'instabilité du fait des fluctuations des dépenses

^o Chapitre 5 : L'assurance santé et la réassurance à l'échelle de la communauté. Réassurance sociale. Stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres. David M. Dror et Alexander S. Preker.

Premièrement, les fluctuations du nombre de demandes d'indemnisation

Le nombre de demandes reste réduit dans deux cas : soit lorsque le nombre de membres est réduit, soit lorsque la probabilité de ces demandes est faible, même si le groupe est assez important.

Deuxièmement, la taille du groupe et la distribution des remboursements

La taille du groupe joue un rôle important dans la détermination de la viabilité financière du micro assureur. Il existe une relation entre la taille du groupe et la distribution des remboursements. Les petits groupes sont plus exposés que les groupes plus importants aux fluctuations statistiques de la valeur moyenne du nombre de demandes.

Troisièmement, la périodicité des comptes

Plus la période est longue et moins les fluctuations sont importantes. C'est-à-dire, les comptes mensuels seront moins favorables que les comptes annuels.

Quatrièmement, les fluctuations du coût unitaire des remboursements

Par exemple, les frais d'hospitalisation varient en fonction de la durée du séjour. Le coût unitaire des remboursements diffère de l'un à l'autre.

Cinquièmement, la sous-estimation du risque

De manière générale, l'utilisation de ce service augmente lorsque les gens sont assurés, les sous-estimations sont plus probables que les surestimations.

Sixièmement, les coûts de fonctionnement

Les dépenses des micros assureurs ne se limitent pas au versement des indemnisations, leurs coûts de fonctionnement font partie des dépenses. Au moment du calcul des contributions, il ne faut pas oublier de les compter.

En prenant en compte toutes les causes de l'instabilité financière illustrées ci-dessus, on peut stabiliser la situation du micro assureurs grâce à la réassurance.

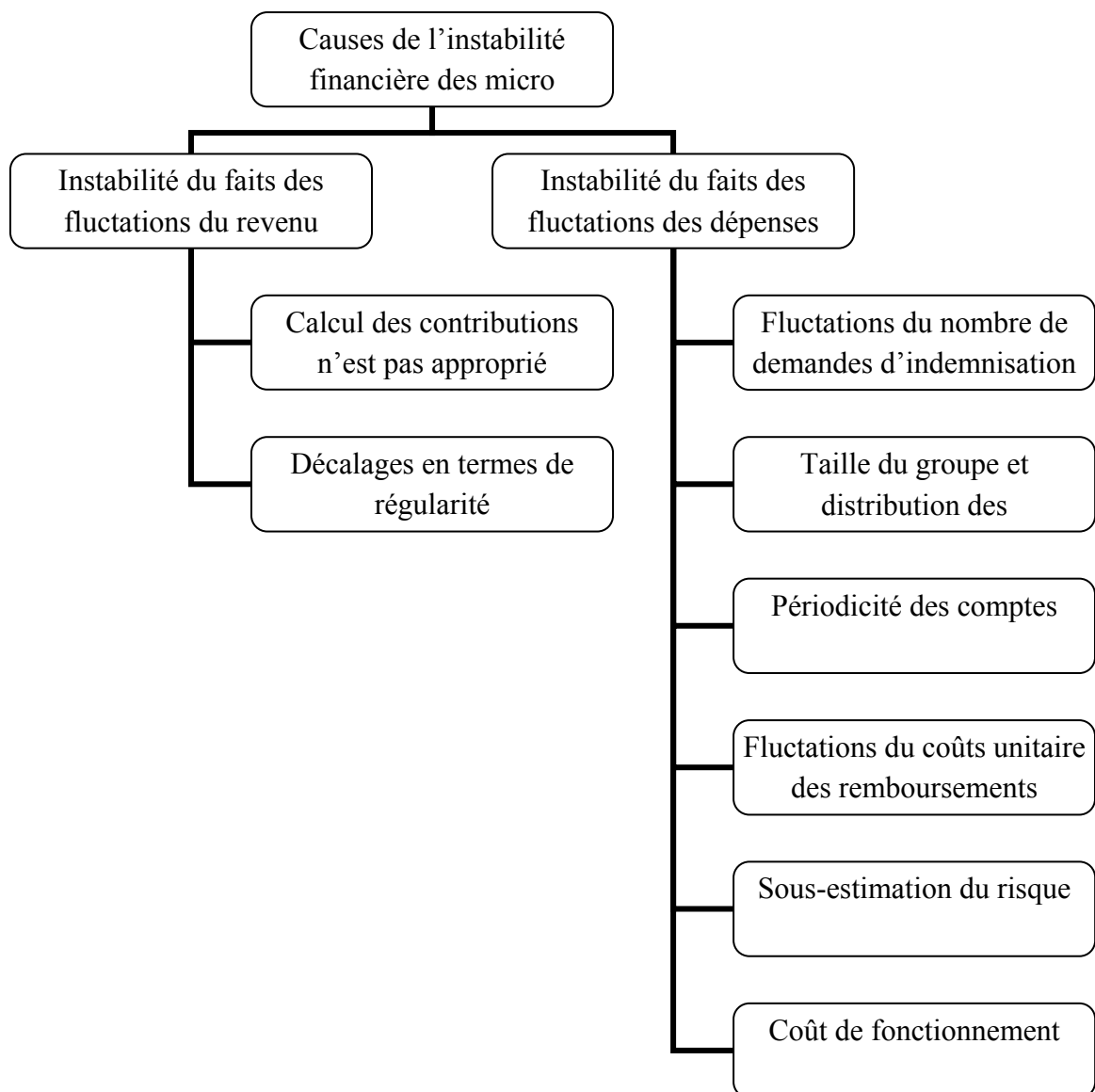


Figure 42. Causes de l'instabilité financière des micro-assureurs

☞ Stabiliser la situation des micro-assureurs grâce à la réassurance

Pratiquement les assureurs cèdent une partie de leur portefeuille à la réassurance. La réassurance est une solution plus efficace et moins coûteuse que la garantie par plusieurs assureurs de plusieurs parts séparées d'un risque de perte. Il est particulièrement utile pour une compagnie d'assurance nouvelle ou en croissance ou pour une compagnie d'assurance bien établie qui étend son activité à un nouveau domaine,

Des avantages de la réassurance présentent comme (figure 43) :

Premièrement, augmenter l'excédent de la micro assurance en réduisant sa réserve de primes payées d'avance. Deuxièmement, la réassurance permet à une compagnie d'assurance de couvrir des risques individuels plus importants que son capital et le niveau de son excédent lui permettraient de couvrir, ou des risques qu'ils trouveraient trop dangereux à couvrir autrement. Troisièmement, la réassurance permet à une compagnie d'assurance de limiter les fluctuations d'une année à l'autre. Quatrièmement, la réassurance peut faire la protection contre les catastrophes qui sont les principales raisons pour lesquelles une compagnie d'assurance souscritra une réassurance. Finalement, les compagnies de réassurance cumulent une grande quantité d'information et de statistiques sur les différents types de couverture de risque et sur les méthodes de fixation des taux, sur les techniques de garantie et sur les corrections et ajustements. Cette expérience est très utile pour la micro assurance, surtout pour une compagnie qui se réassure et qui peut vouloir se diversifier ou garantir un type de risque peu habituel, ou pour une compagnie qui pénètre sur de nouveaux marchés, ou bien pour une compagnie décidant d'exclure de ses garanties une activité ou une zone géographique particulière.

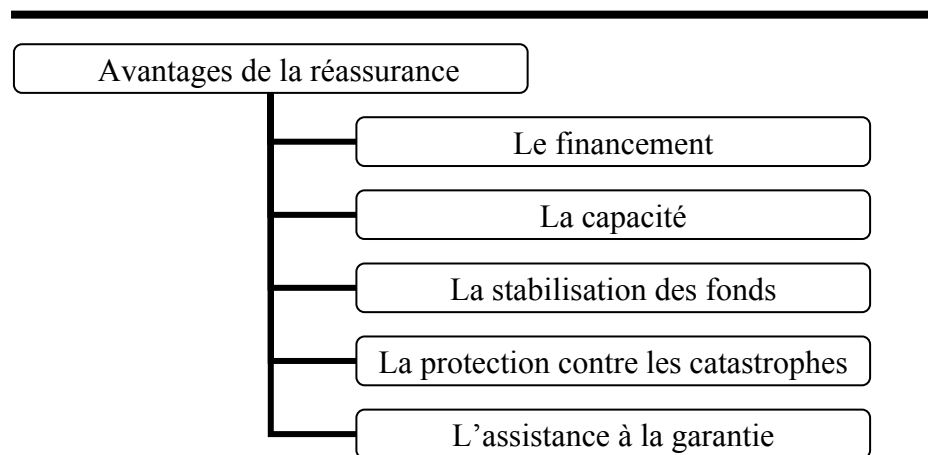


Figure 43. *Des avantages de la réassurance*

Les méthodes de réassurance

Il existe deux types de traité de réassurance : la réassurance proportionnelle et la réassurance non proportionnelle (figure 44). La réassurance proportionnelle peut être étendue par un contrat portant sur quote-part ou sur une fraction de l'excédent. La réassurance non proportionnelle peut être contractée pour un surplus d'occurrences ou pour un surplus cumulé.

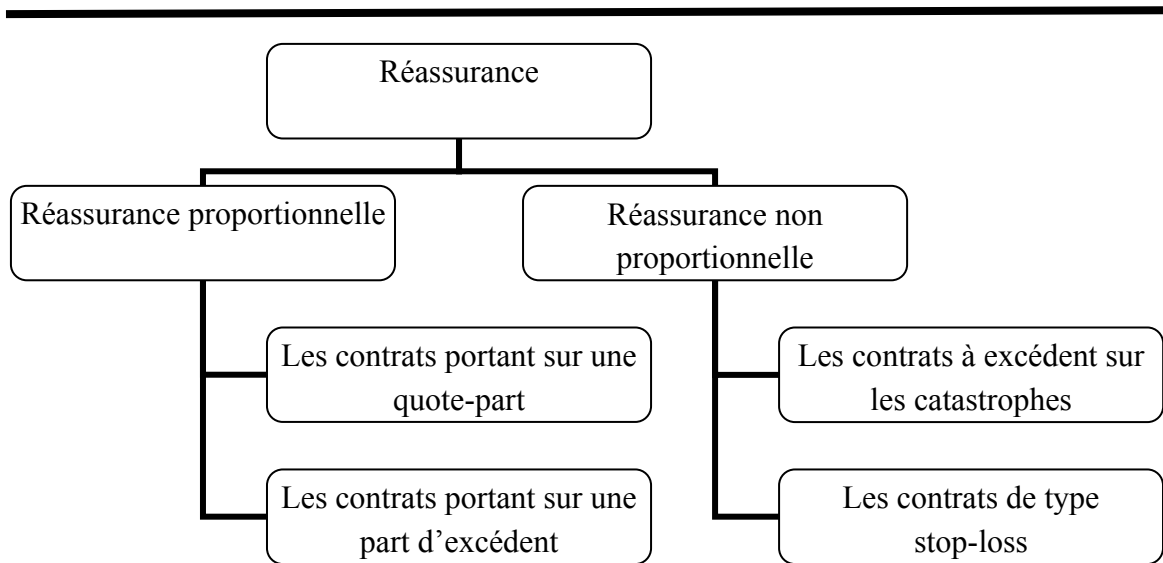


Figure 44. Deux types de traité de réassurance

- Les contrats portant sur une quote-part

Dans le cas d'un contrat portant sur une quote-part, l'assureur primaire cède un pourcentage fixé de chaque risque qu'il assure dans la catégorie d'activité couverte par le contrat. Le réassureur perçoit une part proportionnelle des primes (moins une commission) et paye le même pourcentage sur chaque indemnisation.

Il est simple à gérer, et il n'y a pas de sélection adverse pour le réassureur. Un contrat portant sur une quote-part est un moyen efficace pour les petites compagnies de réduire leur réserve de primes payées d'avance lorsqu'elles commencent à couvrir une nouvelle activité ou une nouvelle catégorie d'activités.

- Les contrats portant sur une part d'excédent

Dans les contrats portant sur une part d'excédent, la retenue est définie sous forme d'un montant monétaire et non sous forme d'un pourcentage fixé. Seule la part de risque qui dépasse la retenue de la compagnie est réassurée, ce qui permet à la compagnie de conserver des activités plus profitables, et le réassureur prend une part plus grande lorsque les risques sont plus importants.

- Les contrats à excédent sur les catastrophes

Il existe un seuil d'intervention sur un sinistre, appelée la priorité, et une limite d'intervention du réassureur, appelée la garantie.

Le traité protège une catégorie du portefeuille de la cédante à la survenance de tout sinistre dépassant sa priorité dans une période déterminée qui peut être une année ferme, appelée année de survenance. La limite à régler par sinistre est fixée d'avance : portée de l'excédent de sinistres.

- Les contrats de type stop-loss

Le réassureur intervient lorsque l'assureur est en perte. Le seuil et la limite d'intervention du réassureur sont définis en fonction d'un pourcentage du total des primes perçues par la cédante (par exemple entre une perte supérieure à 110 % des primes acquises jusqu'à une perte allant à 130 %).

D'autre part, une cédante (l'assureur) peut protéger le résultat d'une branche par une couverture en STOP-LOSS. Ce genre de traité permet l'équilibre du bilan technique annuel de cette dernière (cédante).

CONCLUSION

La Chine est en train de faire des efforts pour que les 727,5 millions paysans (chiffre de 2007) puissent avoir une protection médicale pour ceux qui n'en ont pas et une meilleure protection médicale pour ceux qui en ont déjà. La création de la nouvelle assurance coopérative rurale est un commencement historique audacieux. Cependant, le taux de remboursement de la nouvelle assurance coopérative rurale est très bas. Le soutien gouvernemental lié aux cotisations des paysans, l'application de la franchise et du plafond aggravent la situation d'insolvabilité pour les paysans pauvres. Donc, à part cette nouvelle assurance coopérative rurale, nous devons chercher une autre façon d'assurer les paysans pauvres. La micro-assurance doit être un choix attractif.

Le concept de Micro-Assurance et de Réassurance est-il adaptable au cas de la Chine ? Cette étude montre que, majoritairement, les familles rurales sont prêtes à payer pour avoir une amélioration de la couverture assurance maladie ; le montant de leur disposition à payer est un peu plus élevé que celui demandé par la NAMCR.

L'augmentation des taux de remboursement et des risques couverts (par exemple un examen médical ou un transport) par l'assurance maladie rurales sont susceptible d'augmenter le bien-être social. Du point de vue comportemental, la plupart des gens souhaitent plutôt choisir une prime moins élevée. Le nombre de gens qui sont prêts à payer diminue fortement avec l'augmentation du montant des cotisations.

Selon les cotisations calculées et la disposition à payer moyenne, la mise en place de la micro-assurance santé est faisable en ce qui concerne la prise en charge des frais d'hospitalisation afin d'avoir un taux de remboursement de 30% supplémentaire. La prise en charge des frais d'hospitalisation, avec un taux de remboursement de 100% supplémentaire, est probablement applicable malgré une existence d'une différence de 9 yuans entre la cotisation calculée et la disposition à payer.

Quant à la prise en charge de l'examen médical annuel et du réseau de transport par la micro-assurance santé, nous n'avons pas les coûts réels. Cependant, l'étude de la disposition à payer pour ces deux services a été faite et on pourrait dire que la mise en place de la micro-assurance pour ces deux services serait faisable.

La NAMCR ne prend pas en charge le coût des consultations et il apparaît indispensable que la micro assurance prenne en charge cette dépense.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Espérance de vie (années)* : Le résumé statistique sanitaire en 2008 en Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/200805/35671.htm>.
2. *La région autonome de Mongolie intérieure a été créée avant la proclamation officielle de la République populaire de Chine (1949)*, cf. Marie-Claire Bergère, *La Chine de 1949 à nos jours*, Paris, Armand Colin, 3e édition revue et augmentée, 2000, p. 27
3. Sur les données démographiques : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
4. Cui Bin. *Une meilleure compréhension sur les quatre grandes contradictions pendant la réforme médicale*. Journal chinois d'Economies pharmaceutiques. 52-60.
5. Yun Xiaonan. *Une analyse simple des causes et des contre-mesures sur "les dépenses médicales chères et l'accès difficile aux services médicaux de qualité"*. Journal chinois d'Administration hospitalier Actuel. Vol 6 No 4. 2008.4, 73-74.
6. Jialiyang. *Sujet et objet concernant la mise en œuvre du système de paiement de transfert sanitaire*. Economie de la santé en Chine. Vol. 24, 2005.2, n° 2, 54-56.
7. *Effectif des personnels de santé et nombre de lits dans les établissements médicaux pour mille personnes ; effectifs des personnels de santé dans les dispensaires de village sur toutes les régions en 2007* : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
8. *Les dépenses totales sanitaires : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine* dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
9. *Détails des cotisations, franchise et le taux de remboursement de l'assurance médicale basique pour les citoyens des villes et des districts qui n'ont pas d'emploi stable dans la ville de Tianjing* : Site Internet de l'assurance médicale de Chine, <http://www.mib.com.cn/difangfuwu/tianjin/canbaojiaofei/dffw11157.html>, <http://www.mib.com.cn/difangfuwu/tianjin/canbaojiaofei/11153.html>.
10. Bulletin statistique du développement du travail et de la sécurité sociale : Site Internet de la Sécurité Sociale de Chine, <http://www.cnss.cn/zlzx/sjtj/lbzbztj/>.
11. *L'enquête nationale sur la composition du système de sécurité médicale en 1998 et 2003* : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
12. Brochure de la nouvelle assurance médicale développée en coopération en 2008 dans le district de Guangde, le bourg de Xinhang.
13. Erman Li. *La situation actuelle et le conseil de l'assurance médicale rurale en Chine*. Nouvelles technologies et produits en Chine. 2008; 186.
14. Yuguangjun, Hushanlian. *L'étude sur la tactique de développement de l'assurance médicale complémentaire pour les travailleurs des villes et des districts*. La recherche économique sanitaire. 2002.7, 13-15.
15. Shichunying. *Le développement de l'assurance médicale commerciale et son problème*. Equipement médicale. Vol.17, No. 9 ; 2004. 6 ; 26-27.
16. *La situation d'aide médicale dans le Ministère des affaires civiles* : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
17. *Le bulletin de cinquième recensement national en 2000 en Chine*. Bureau des statistiques de Chine. http://www.stats.gov.cn/tjgb/rkpcgb/dfrkpcgb/t20020331_15420.htm

18. *La dépense sanitaire de consultation et d'hospitalisation par personne* : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/200809/37759.htm>.
19. *Le taux de natalité et mortalité par région* : Le résumé statistique sanitaire en 2008 en Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/200805/35671.htm>.
20. *La prévalence des maladies chroniques sur le lieu d'enquête en 2003 en Chine*. Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Internet de la Ministère de la Santé de Chine, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2008/8.htm>
21. *Taux de mortalité pour les enfants*, Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Web du Ministère de la Santé de la République populaire de Chine. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2008/fl2.htm>.
22. LeQuotidien: lequotidien-tn.com, « La Russie et la Chine font front uni face à la crise : Contre la domination américaine ». <http://www.tunisia-today.com/archives/57746>.
23. Rediff.com, BRIC II et la croissance Big-Bang. <http://www.rediff.com/money/2004/nov/10guest1.htm>.
24. Actu-Environnement.com, La pollution atmosphérique coûte à la Chine 2 % à 3 % de son PIB. <http://www.actu-environnement.com/ae/news/335.php4>.
25. Source : site internet d'OMS. *Statistiques sanitaires mondiales 2009*. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/fr/index.html>.
26. Source: Site Web du gouvernement du bourg de Xinhang. Vue générale du bourg de Xinhang. <http://www.xinhang.gov.cn/ReadNews.asp?NewsID=117>.
27. Source : Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé, édité par le programme 'STEP' (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté) du 'BIT' (Bureau international du Travail).
28. Source : Bureau national des statistiques de la République populaire de Chine : Bulletin statistique du développement économique et social de la République populaire de Chine en 2008. http://www.stats.gov.cn/tjgb/ndtjgb/qgndtjgb/t20090226_402540710.htm.
29. Source : Site internet du gouvernement du bourg de Xinhang. *Vue générale du bourg de Xinhang*. <http://www.xinhang.gov.cn/ReadNews.asp?NewsID=117>.
30. Luo Jiahong, Mao Yong, Li Xiaomei etc. *Evaluation de la qualité du service par les paysans assurés sur les établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement*. Statistiques de hôpitaux de Chine, 2005, 12 (4) ; 295-298.
31. Luo Jiahong, Mao Yong, Huang Xingli etc. *Evaluation de la qualité du service par les personnels de soins sur les établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement*. Management de la qualité des soins de Chine, 2005, 12 (5) ; 13-15.
32. LIU Yuanli, RAO Keqin, HU Shanlian. *La pauvreté causée par la maladie et la protection de la santé en milieu rural*. Magazine des économies sanitaires chinoises. Vol. 21, No : 5 (Mai) 2002.5.
33. Source : *Le coût total des soins de santé* : Annuaire statistique sanitaire en 2008 en Chine dans le site Web du Ministère de la Santé de la République populaire de Chine. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2008/4.htm>.
34. Niu Yang. *Proposition pour parfaire le système de nouvelle assurance médicale coopérative rurale (NAMCR)*. Université Renmin de Chine, Beijing. Economie rurale et Science-technologie. Vol.18, No : 4, 2007,47:48.
35. Sources : Ministère de la Santé « *Rapport d'informations essentielles concernant la nouvelle assurance médicale coopérative rurale au niveau national* » (2005).
36. TANG Lijian, Shen Qijun etc. *L'analyse de la disposition à payer la NAMCR par les paysans*. Chinese Health Service Management, 2007 ; 184 : 186.

37. DENG Xixian. *Etudes sur le modèle de remboursement des frais d'hospitalisation et la disposition à payer par les paysans à Pékin*. Mémoire de master à l'université de Pékin.
38. Grosses dépenses médicales et pourquoi. *Journal d'économie médicale*, 19 février 2009.
39. Source : Annuaire statistique de la Chine en 2005. Revenu net des résidents ruraux dans les différentes régions. http://www.zhfacts.com/china_statistics/10_22.html.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Subdivisions de la Chine</i>	- 6 -
Tableau 2. <i>Représentation de l'évolution de la population rurale de 1987 à 2007</i>	- 12 -
Tableau 3. <i>Résultat de la troisième enquête nationale sanitaire en 2003</i>	- 14 -
Tableau 4. <i>Total des dépenses de santé (10⁹ yuans)</i>	- 22 -
Tableau 5. <i>Nombre de personnes cotisants à l'assurance médicale basique, montant total cotisé et montant total cumulé restant à la fin d'année de 2004 à 2007</i>	- 27 -
Tableau 6. <i>Exemple de taux de remboursement des frais d'hospitalisation par l'assurance actuelle à Guangde, un des districts de la province d'Anhui en 2008.</i>	- 29 -
Tableau 7. <i>La population de la région de XuanCheng</i>	- 38 -
Tableau 8. <i>Le taux de remboursement sur les frais d'hospitalisation en 2003 dans le district de Guangde</i>	- 40 -
Tableau 9. <i>Nombre des établissements sanitaires et nombre des lits</i>	- 42 -
Tableau 10. <i>Nombre de personnels médicaux</i>	- 43 -
Tableau 11. <i>Dépense sanitaire d'hospitalisation et de consultation par personne (yuans) en Chine</i>	- 44 -
Tableau 12. <i>Poids de la dépense médicamenteuse et d'examen d'hospitalisation et de consultation parmi la dépense médicale totale par personne dans l'hôpital général du secteur de soins (%)</i>	- 45 -
Tableau 13. <i>Un réseau de services médicaux, sanitaires et prophylactiques à trois niveaux (district, bourg et village)</i>	- 47 -
Tableau 14. <i>Le taux de prévalence pour les maladies chroniques selon le sexe et l'âge en 2003 (‰)</i>	- 51 -
Tableau 15. <i>Le taux de prévalence pour les maladies chroniques en 2003 (‰)</i>	- 52 -
Tableau 16. <i>Situation sanitaire parmi les pays du groupe BRIC</i>	- 57 -

Tableau 17. <i>Nombre des familles et des paysans tirés au sort dans 19 villages du bourg de Xinhang</i>	- 77 -
Tableau 18. <i>La nouvelle assurance médicale rurale coopérative de 2007 à 2008 dans le district de Xinhang en Chine</i>	- 78 -
Tableau 19. <i>La comparaison sur l'offre de soins, le nombre de lits et le nombre de personnels médicaux pour les trois établissements de soins au niveau du district, du bourg et du village</i>	- 80 -
Tableau 20. <i>Comparaison de l'évaluation des établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement par les paysans assurés</i>	- 81 -
Tableau 21. <i>Comparaison de l'évaluation des établissements de soins partenaires avec la nouvelle assurance médicale développée en coopération avec le gouvernement par les personnels de soins</i>	- 81 -
Tableau 22. <i>Comparaison de l'évaluation des établissements de soins plus détaillée par les répondants (%)</i>	- 83 -
Tableau 23. <i>La micro-assurance va financer les établissements de soins qui occupent les trois premiers places du classement obtenu après l'analyse multivariée</i>	- 85 -
Tableau 24. <i>Fréquence de consultation et d'hospitalisation dans trois hôpitaux</i>	- 93 -
Tableau 25. <i>Estimation de fréquence de consultation et d'hospitalisation dans trois établissements différents pour l'ensemble de la population</i>	- 94 -
Tableau 26. <i>Coût unitaire moyen des soins dans trois établissements de soins</i>	- 95 -
Tableau 27. <i>Nombre des familles et des paysans tirés au sort dans 19 villages de bourg de Xinhang</i>	- 104 -
Tableau 28. <i>Moyenne des montants prêts à payer (RMB)</i>	- 107 -
Tableau 29. <i>Résultats de l'analyse des tableaux croisés entre la DAP et les déterminants par la valeur de P (chi-2 de Pearson)</i>	- 109 -
Tableau 30. <i>Résultats de l'analyse de régression logistique</i>	- 109 -
Tableau 31. <i>Les résultats de l'analyse de régression linéaire multiple</i>	- 110 -
Tableau 32. <i>Fréquence d'utilisation de chaque service de santé dans trois établissements de soins différents</i>	- 122 -

Tableau 33. <i>Coût unitaire moyen de chaque service dans trois établissements de soins</i>	- 123 -
Tableau 34. <i>Coût pour chaque service de consultation au taux de prise en charge de 60%</i>	- 124 -
Tableau 35. <i>Taux de remboursement pour les frais d'hospitalisation par la micro-assurance</i>	- 125 -
Tableau 36. <i>Coût pour les frais d'hospitalisation au taux de prise en charge de 30% ou de 100% par rapport aux remboursements de la NAMCR</i>	- 126 -
Tableau 37. <i>Prime de base pour les trois établissements de soins différents</i>	- 127 -
Tableau 38. <i>Valeurs indicatives du coefficient (N, p)</i>	- 128 -
Tableau 39. <i>Grille de calcul des cotisations</i>	- 130 -

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. <i>Divisions administratives chinoises</i>	- 7 -
Figure 2. <i>Classification des hôpitaux chinois</i>	- 13 -
Figure 3. <i>Répartition de dépenses médicales</i>	- 21 -
Figure 4. <i>Total des dépenses sanitaires en % du PIB en Chine</i>	- 22 -
Figure 5. <i>Total des dépenses sanitaires en % du PIB en 2005 dans 9 pays</i>	- 22 -
Figure 6. <i>Dépense sanitaire par personne de 2000 à 2006 en Chine (yuans)</i>	- 23 -
Figure 7. <i>Système de sécurité médicale en Chine en 2003 (%)</i>	- 27 -
Figure 8. <i>Système de sécurité médicale en milieu urbain chinois en 2003 (%)</i>	1
Figure 9. <i>Système de sécurité médicale en zone rurale chinoise en 2003 (%)</i>	- 28 -
Figure 10. <i>Exemple de cotisation en 2008 à Guangde, un des districts de la province d'Anhui</i>	- 29 -
Figure 11. <i>Classification hospitalière selon le degré</i>	- 42 -
Figure 12. <i>Taux de morbidité des sept maladies infectieuses les plus fréquentes en Chine</i> -	49 -
Figure 13. <i>Le taux de mortalité provoquée par les dix maladies les plus fréquentes en milieu urbain et en milieu rural</i>	- 50 -
Figure 14. <i>Les dix principales causes de décès en milieu urbain et en milieu rural</i>	- 50 -
Figure 15. <i>Taux de mortalité pour les femmes enceintes pendant la grossesse ou l'accouchement</i>	- 54 -
Figure 16. <i>Taux de mortalité pour les enfants de moins de 5 ans, les nouveaux-nés (<28 jours), les bébés (<1 an) dans les différents pays</i>	- 54 -
Figure 17. <i>Villages, familles (paysans) tirés au sort dans le bourg de Xinhang</i>	- 77 -

Figure 18. <i>Motifs pour lesquels les familles achètent une partie seulement des médicaments prescrits lors de leur dernière consultation.....</i>	- 87 -
Figure 19. <i>Pourcentage des familles qui ont dû au moins une fois au cours de l'année passée renoncer à un des services de soins par manque d'argent</i>	- 88 -
Figure 20. <i>Pourcentage de familles qui ont dû au cours de l'année passée renoncer à un ; deux ; trois ; quatre ; cinq ; six ; sept et huit services de soins par manque d'argent-</i>	89 -
Figure 21. <i>Pourcentage de familles qui ont besoin de recourir à une aide extérieure ou à la vente d'un bien.....</i>	- 89 -
Figure 22. <i>Pourcentage du nombre de services de santé qui devraient être financés par le système de santé selon les priorités des familles</i>	- 90 -
Figure 23. <i>Services de soins que l'assurance maladie devrait financer selon le souhait des familles.....</i>	- 91 -
Figure 24. <i>Choix des différents types de soins (%) par famille, lors de la dernière maladie-</i>	92 -
Figure 25. <i>Pourcentage de familles qui ont indiqué les mois durant lesquels les revenus sont les plus importants</i>	- 96 -
Figure 26. <i>Prêt à payer pour avoir 30% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative.....</i>	- 97 -
Figure 27. <i>Prêt à payer pour avoir 100% de remboursement après le remboursement de la nouvelle assurance rurale coopérative.....</i>	- 98 -
Figure 28. <i>Nombre de personnes prêtes à payer ou pas une prime supplémentaire annuelle pour avoir un examen médical par an</i>	- 100 -
Figure 29. <i>Pourcentage de personnes prêtes à payer ou pas une prime supplémentaire annuelle pour avoir un réseau de transport gratuit afin d'aller consulter le médecin-</i>	101 -
Figure 30. <i>Distribution nationale du revenu en 2004 en milieu rural en Chine</i>	- 103 -
Figure 31. <i>Disposition à payer ou pas pour une nouvelle assurance maladie</i>	- 106 -
Figure 32. <i>Raisons pour lesquelles les gens ne sont pas disposés à payer.....</i>	- 106 -
Figure 33. <i>Distribution du montant_DAP pour les 30% et 100% de remboursement supplémentaire.....</i>	- 108 -
Figure 34. <i>Distribution du montant_DAP pour un examen médical par an et le transport-</i>	108 -

Figure 35. <i>Différences du montant _DAP1 et du montant _DAP2 par villages</i>	- 111 -
Figure 36. <i>Différences du montant _DAP3 et du montant _DAP4 par village</i>	- 111 -
Figure 37. <i>Corrélation entre le montant moyen des DAPi et le nombre moyen de personnes par ménage selon les différents villages</i>	- 111 -
Figure 38. <i>Taux de remboursement de la NAMCR et de la micro assurance médicale, pour les frais d'hospitalisation et les gros frais de consultation pour certaines maladies spéciales.....</i>	- 120 -
Figure 39. <i>Taux de remboursement, de la NAMCR et celui du système de micro-assurance santé, pour les frais de consultation de certaines maladies chroniques</i>	- 121 -
Figure 40. <i>Cotisation calculée pour la consultation (60%) et l'hospitalisation (taux de remboursement de 30% ou 100% supplémentaire).....</i>	- 134 -
Figure 41. <i>Disposition à payer moyenne pour l'hospitalisation (taux de remboursement de 30% ou 100% supplémentaire) et l'examen médical et le réseau de transport</i>	- 134 -
Figure 42. <i>Causes de l'instabilité financière des micros assureurs</i>	- 138 -
Figure 43. <i>Des avantages de la réassurance</i>	- 139 -
Figure 44. <i>Deux types de traité de réassurance.....</i>	- 140 -

ANNEXE I :

CADRE CONCEPTUEL – DEFINITION

Assurance

L'assurance est un service qui consiste à fournir une prestation prédéfinie, généralement financière, à un individu, une association ou une entreprise lors de la survenance d'un risque, en échange de la perception d'une cotisation ou prime.

Nouvelle assurance médicale coopérative rural (NAMCR)

Un système d'aide mutuel organisé, soutenu, guidé par le gouvernement avec le principe de participation volontaire par le paysan.

Micro assurance santé

C'est un système d'assurance dont l'objet est d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, c'est-à-dire principalement les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Le terme 'micro' ne fait pas tant référence à la taille de ces systèmes qu'à leur ancrage social. C'est un mécanisme de mise en commun des risques et des ressources de groupes entiers, afin de garantir une protection à tous les membres contre les conséquences financières de risques de santé déterminés sur une base mutuelle.

Réassurance

La réassurance est l'assurance pour les sociétés d'assurances. Parfois appelée assurance secondaire, celle-ci ne peut pas exister sans l'étape préliminaire du transfert de risque que représente l'assurance primaire. La réassurance fait partie du secteur de l'assurance et de la finance en général.

BRIC

Les BRIC sont des pays à forte croissance, dont, au début du XXI^e siècle, le poids dans l'économie mondiale augmente. Ce terme est apparu pour la première fois en 2003 dans une thèse de la banque d'investissement Goldman Sachs. Ce rapport tendait à montrer que l'économie des pays du groupe BRIC va rapidement se développer ; le PIB total des BRIC devrait égaler en 2040 celui du G6 (États-Unis, Japon, Royaume-Uni, Allemagne, France et Italie). Chacun des BRIC se situerait en 2050 au même niveau que les principales puissances économiques actuelles : États-Unis, Japon, Allemagne, etc.

Charge de sécurité

La charge de sécurité s'ajoute à la prime pure. Elle permet de tenir compte du risque que les dépenses moyennes réelles par bénéficiaire soient supérieures aux prévisions.

Cotisation

C'est une somme d'argent déterminée, périodiquement versée par l'adhérent au système de micro-assurance santé, pour pouvoir bénéficier de ses services et en bénéficier ses ayant droits.

Disposition à payer

C'est le montant qu'une personne est prête à payer pour bénéficier d'une couverture d'assurance.

Franchise monétaire

Une franchise est la somme d'argent restant à la charge de l'assuré (donc non indemnisée par l'assureur).

Fréquentation (taux de)

Le taux de fréquentation est égal au rapport entre le nombre de nouveau cas et la taille de la population.

Bilharziose

Seconde endémie parasitaire mondiale après le paludisme, la bilharziose ou schistosomiase est une maladie chronique et débilitante. Le parasite responsable, *Schistosoma haematobium*, a été identifié en 1851 par le parasitologiste allemand Théodore Bilharz, d'où le nom de la maladie.

Cette parasitose, retrouvée en zones tropicales et subtropicales en Afrique. La morbidité observée chez les populations humaines infectées est essentiellement liée à l'étonnante fécondité du parasite femelle dont les œufs, pondus par centaine chaque jour, sont piégés dans de nombreuses muqueuses et tissus, ce qui est à l'origine de la pathologie.

Carence en iode

Les personnes présentant des carences en iode sont enclines à souffrir de goitre, un accroissement du cou résultant de l'agrandissement de la glande de thyroïde, qui peut mener aussi au crétinisme. Les carences en iode peuvent aussi entraîner des fausses couches chez les femmes enceintes.

Empoisonnement au fluore (fluorose)

La fluorose est une pathologie liée à un excès de fluor.

Maladie de Keshan

Maladie de Keshan est une cardiomyopathie congestive due à une carence alimentaire en sélénium. Il est nommé pour le nord-est du comté chinois Keshan, où la prévalence de la maladie est élevée en raison de sélénium sol déficient.

Elle peut provoquer la dégénérescence du muscle cardiaque chez les enfants et les femmes en âge de procréer. Une supplémentation en sélénium peut guérir ce mal.

Maladie de Kashin-Beck (MKB)

La maladie de Kashin-Beck (MKB) également appelée la maladie des gros os est une maladie ostéoarticulaire permanente et invalidant le cartilage de croissance et articulaire des os longs. Les manifestations cliniques apparaissent dès l'âge de 5 ans. Le nombre d'articulations affectées augmente pendant l'enfance et jusqu'à l'âge de 25 ans. Les individus affectés présentent une destruction des articulations, provoquant des douleurs récurrentes, principalement bilatérales, avec une perte de mobilité et des déformations articulaires importantes. Les articulations les plus fréquemment touchées sont les chevilles, les genoux, les poignets et les coudes. Les cas les plus sévères sont caractérisés par un arrêt de la croissance associé à des déformations articulaires. Aussi bien pour les adultes que pour les enfants, l'incapacité physique résultante cause un handicap humain et socio-économique important dans les villages affectés.

Médecin exécutant

Ceux qui ont le diplôme de médecine au niveau supérieur ou égal à Bac+5, après une année de pratique dans les établissements médicaux, de protection et de prévention sous le guide de médecins exécutants, ils ont le droit d'aller passer l'examen de la qualification comme médecin exécutant.

Pour ceux qui ont le diplôme de médecine au niveau de Bac +3 ou bien pour ceux qui n'ont pas passé le Bac et sont allés directement à l'école médicale après le collège, après un an de pratique sous le guide de médecins exécutants dans les établissements médicaux, de protection ou de prévention, ils ont la qualification comme médecin assistant. Après avoir la qualification comme médecin assistant, après deux ans de pratique dans les établissements médicaux, de protection ou de prévention pour ceux qui ont le Bac + 3 et cinq ans de pratique pour ceux qui n'ont pas eu le bac et sont allés directement à l'école médicale après le collège, ils ont le droit d'aller passer l'examen de la qualification comme médecin exécutant. Une fois ils passent cet examen, ils sont les médecins exécutants.

Médecin assistant

Pour ceux qui ont le diplôme de Bac+3 et ceux qui n'ont pas passé le Bac et sont allés directement à l'école médicale après le collège, sous le guide de médecin assistant, après un an de pratique dans les établissements médicaux, de protection et de prévention

médicales, ils ont le droit d'aller passer l'examen de la qualification comme médecin assistant. Une fois ils passent cet examen, ils sont les médecins assistants.

Médecins aux pieds nus

Les médecins aux pieds nus sont des agriculteurs de la République populaire de Chine. Ils recevaient une formation médicale et paramédicale minimale (environ 6 mois) en plus des médecines traditionnelles afin d'exercer dans les villages. L'objectif était d'apporter les soins dans les zones rurales reculées où des médecins formés à la ville ne viendraient pas s'installer. Ces villageois avaient pour mission de diffuser des règles d'hygiène, de faire de la médecine préventive, du planning familial et de traiter les maladies les plus communes.

Leur nom vient des fermiers du sud qui travaillaient fréquemment pieds nus dans les rizières. Selon certaines sources, l'histoire aurait commencé avec une jeune fille d'un médecin qui avait eu l'idée de diffuser ses quelques connaissances aux fermiers locaux.

Le programme avait été initié par un discours fondateur de Mao Zedong en 1965 sur la critique du système médical de l'époque. À partir de 1968, le statut des médecins aux pieds nus fut intégré dans le système national de santé, appelé système médical rural coopératif.

Les docteurs aux pieds nus étaient un des éléments de la révolution culturelle qui permit de réduire l'influence des médecins formés en Occident. Ils ont officiellement disparu à la fin des années 1970, même s'ils restent des « médecins de village », selon l'expression utilisée actuellement, qui continuent cette tradition.

Médicament essentiel

C'est le médicament faisant partie d'une liste indicative mise à jour régulièrement par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et ayant pour caractéristique d'être de première nécessité selon les besoins locaux d'un pays en voie de développement.

Médicament générique

Un médicament générique est la stricte copie d'un médicament original dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les "inventeurs" des nouvelles molécules déposent des brevets qui leur assure l'exclusivité de leur commercialisation pendant 20 ans et leur permet d'amortir leurs coûts de recherche et de développement. Lorsque le brevet expire, le médicament "tombe" dans le domaine public. Une copie conforme du médicament de référence, le médicament générique, peut être fabriquée et commercialisée sous un nom différent par des laboratoires pharmaceutiques agréés. Les médicaments génériques sont moins chers que les médicaments de marque.

Prime

Le montant financier demandé par un assureur. Elle est égale à la somme de trois éléments : la prime de base corrigée, la charge de sécurité et les coûts unitaires de fonctionnement (frais de gestion).

Prime de base

C'est le montant prévisionnel moyen des dépenses de santé prises en charge par le système de micro-assurance santé, qui est rapporté à chaque individu.

Risque

Le risque est la prise en compte par une personne de la possibilité de réalisation d'un évènement contraire à ses attentes ou à son intérêt. Lorsque la personne concernée agit malgré cette possibilité et s'expose ainsi à cette réalisation, on dit qu'elle prend un risque.

SRAS

La pneumonie atypique (aussi appelée pneumopathie atypique), est une maladie hautement infectieuse provenant du virus SARS-CoV de la famille des coronavirus. Elle se caractérise par un syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, SARS en anglais, pour Severe Acute Respiratory Syndrome). Elle est apparue pour la première fois en Chine en novembre 2002, et a provoqué une épidémie mondiale en mai 2003.

Taux de létalité

En épidémiologie, le taux de létalité est le ratio des décès au sein d'une population ayant un problème particulier, sur une certaine période de temps. Un exemple d'un taux de létalité est de 9 décès pour 10 000 personnes à risque par an. Cela signifie que dans une année donnée, sur 10 000 personnes, parmi lesquelles une maladie a été diagnostiquée, 9 sont morts.

Yuan

Le yuan est la devise nationale de la Chine. Actuellement (au 19 juillet 2009), un yuan vaut environ 0,103710 euro. Un euro équivaut à environ 9,64229 yuans.

ANNEXE II :

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Nom : _____ Village/quartier : _____ Date de l'enquête : _____

1. Composition de la famille de la personne enquêtée

	Hommes	Femmes	Enfants (<15 ans)
Nombre			

2. Depuis 1^{er} janvier 07, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement) ?

oui non

Si oui, combien de personnes ont été malades au moins une fois ?

N.B. Si des personnes ont été malades plusieurs fois ne les compter qu'une seule fois

Enfants _____ Femmes adultes _____

Hommes adultes _____

3. Depuis 1^{er} janvier 07, est-ce qu'il y a eu des naissances dans votre famille ?

Oui non Si oui, combien de femmes ont accouché ? _____

4. Lors de la dernière maladie dans votre famille, quel type de soins avez-vous utilisé ?

(Plusieurs réponses possibles)

Aucun soin achat de médicaments sans ordonnance à la pharmacie

Consultation à l'hôpital public consultation en cabinet privé

guérisseur et pharmacopée traditionnelle autres : _____

5. Et comment avez-vous trouvé l'argent pour payer ces soins ?

Argent disponible à la maison

Vente d'un bien (bétail, bijoux, outils, moyen de locomotion...)

Emprunt auprès d'amis/voisins/famille

Emprunt auprès d'une caisse d'épargne crédit

emprunt auprès d'un commerçant dons d'amis/voisins/famille

tontine Autres: _____

Le nom de l'établissement sanitaire que vous fréquentez le plus souvent est _____

6. L'accueil est-il?

Très bon bon moyen mauvais très mauvais

7. Les compétences du personnel soignant sont-elles?
 Suffisantes moyen insuffisantes
8. Le personnel soignant prend-il le temps de vous écouter?
 oui non
9. Est-ce que les femmes sont soignées par du personnel féminin?
 oui quelques fois oui non
10. Lors de votre dernière consultation/hospitalisation avez-vous dû payer des pourboires à certains membres du personnel?
 oui non
11. Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner?
 > 7 heures entre 4 et 7 heures entre 1 et 4 heures < 1 heure
12. Est-ce que les heures d'ouverture de l'établissement sanitaire sont compatibles avec votre activité professionnelle?
 oui non
13. Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels?
 oui non
14. La dernière fois que le médecin de l'établissement sanitaire vous a prescrit une ordonnance de médicaments:
 Tous les médicaments étaient disponibles à la pharmacie de l'établissement sanitaire
 Certains médicaments prescrits n'étaient pas disponibles
15. La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance?
 oui non
Si non:
 Nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires
 Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que certains médicaments manquaient à la pharmacie
 Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent
 Nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent
16. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez d'au moins une fois au cours de l'année passée renoncer par manque d'argent à l'un des services suivants?
 Consultation Pharmacie radiologie laboratoire
 électrocardiogramme gastroscopie hospitalisation autres: _____

17. À partir de quel montant de dépenses médicales avez-vous besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien?

- 500 Yuans 2000 Yuans 5000 Yuans 10 000 Yuans
 20 000 Yuans autres: _____

18. Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé?

- oui non

Expliquer brièvement en quoi cela consiste _____

19. Si oui à la question 18, vous souhaiteriez que ce système couvre quels services de santé en priorité?

Ne cocher que 4 services au maximum

- Consultation Pharmacie radiologie laboratoire
 électrocardiogramme gastroscopie hospitalisation
 Maternité (suivi prénatal, accouchement, suivi postnatal)
 Transport en urgence autres: à préciser _____

20. Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants?

- Janvier février mars avril mai juin
 juillet août septembre octobre novembre décembre

21. Seriez-vous prêt à payer pour pouvoir avoir 30% de remboursement après le remboursement de l'assurance actuelle?

Oui [], Non [], Ne pouvoir parler clairement [] , Regarder [].

Si oui, crochez la case qui correspond à la somme que vous êtes disposé à payer.

10~ 20	21~ 30	31~ 40	41~ 50	51~ 60	61~ 80	81~ 100	101~ 150	151~ 200	201~ 300	Autre

Si oui, Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser? _____

Si oui, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser?

- 1 fois par an (mois le plus favorable: _____)
 1 fois par semestre (mois les plus favorables: _____ et _____)
 1 fois par trimestre 1 fois par mois

Sinon, pourquoi _____

22. Seriez-vous prêt à payer pour pouvoir avoir 100% de remboursement après le remboursement de l'assurance actuelle?

Oui [], Non [], Ne pouvoir parler clairement [] , Regarder [].

Si oui, crochez la case qui correspond à la somme que vous êtes disposé à payer.

10~ 20	21~ 30	31~ 40	41~ 50	51~ 60	61~ 80	81~ 100	101~ 150	151~ 200	201~ 300	Autre

Si oui, Pour combien de personnes souhaiteriez-vous cotiser? _____

Si oui, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser?

1 fois par an (mois le plus favorable: _____)

1 fois par semestre (mois les plus favorables: _____ et _____)

1 fois par trimestre 1 fois par mois

Sinon, pourquoi _____

23. Est-ce que vous êtes prêt à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an ?

Oui [], Non []. Si oui, jusqu'à _____ yuans.

Sinon, commentaire _____

24. Etes-vous prêt à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un réseau de transport afin d'aller gratuitement consulter le médecin ?

Oui [], Non []. Si oui, jusqu'à _____ yuans.

Sinon, commentaire _____

Merci pour votre coopération !

ANNEXE III :

RESULTATS DETAILLES DU QUESTIONNAIRE

Question n° 1 : Composition de la famille de la personne enquêtée

Nombre total de familles enquêtées : 423

	Adultes			Enfants (<15 ans)	Total
	Hommes	Femmes	Total		
Nombre	700	657	1357	241	1598
Pourcentage	52%	48%	100%		
		85%		15%	100%



Figure 1. Le pourcentage respectif des familles qui ont un ; deux ; trois ; quatre ; cinq ; six ; sept ; huit et neuf personnes.

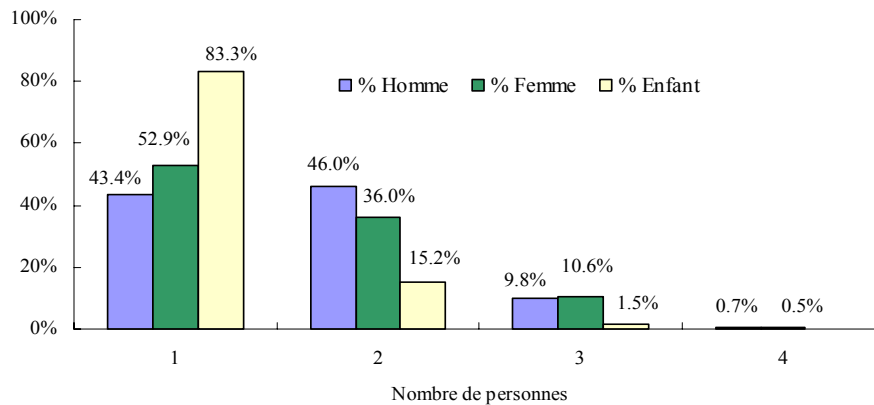


Figure 2. Le pourcentage respectif des familles qui ont un homme ou une femme ou un enfant ; deux hommes ou deux femmes ou deux enfants ; trois hommes ou trois femmes ou trois enfant et quatre hommes ou quatres femmes ou quatres enfants.

Question n° 2 : Depuis 1^{er} janvier 07, est-ce que des personnes ont été malades dans votre famille (hors accouchement)?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	oui	189	44.7	45.2
	non	229	54.1	54.8
	Total	418	98.8	100.0
Non	Réponse	5	1.2	
Total		423	100.0	

Si oui, combien de personnes ont été malades au moins une fois?

N.B. Si des personnes ont été malades plusieurs fois ne les compter qu'une seule fois

	Adultes		Enfants (<15 ans)	Total
	Hommes	Femmes		
Nombre	83	126	52	261
Pourcentage	80,1%		19,9%	100%
Taux (malade)	(83+126)/1357=15,4%		52/241= 21,6%	261/1598=16,3%

Nombre de fois au total :

	Adultes		Enfants (<15 ans)	Total
	Hommes	Femmes		
Nombre	273	402	117	792
Nombre moyen de fois pour chaque malade	273/83 = 3,3 402/126 = 3,2		117/52 = 2,3	792/261 = 3,0
Pourcentage	85,2%		14,8%	100%
Fréquence (malade)	(273+402)/1357=49,7%		117/241=48,5%	792/1598=49,6%

Question n° 3 : Depuis 1^{er} janvier 07, est-ce qu'il y a eu des naissances dans votre famille?

	Naissances
Nombre	22
Taux de naissance	22/423 = 5%

Question no 4 : Lors de la dernière maladie dans votre famille, quel type de soins avez-vous utilisé?

(Plusieurs réponses possibles)

	Nombre	% parmi toutes les réponses données	% parmi les personnes ayant répondues
Aucun soin	14	2,4%	3,4%
Achat de médicaments sans ordonnance à la pharmacie	93	16,2%	22,5%
Consultation à l'hôpital public	313	54,6%	75,8%
Consultation en cabinet privé	129	22,5%	31,2%
Guérisseur et pharmacopée traditionnelle	14	2,5%	3,4%
Autres	10	1,8%	2,4%
Réponses totales	573		
Familles totales ayant répondu	413		
NR	10		

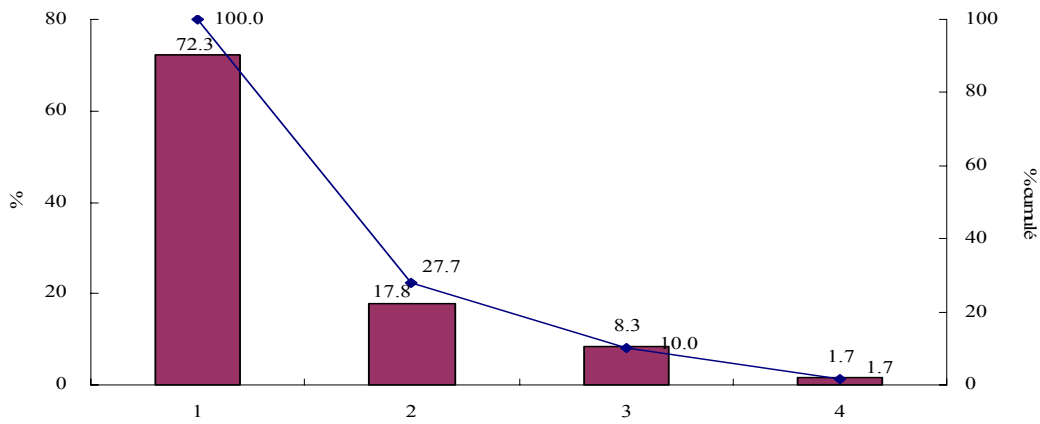


Figure 3. Le pourcentage respectif des familles qui utilisent un ; deux ; trois et quatre types de soins lors que leur dernière maladie

Question no 5 : Et comment avez-vous trouvé l'argent pour payer ces soins?

	Nombre	% parmi toutes les réponses données	% parmi les personnes ayant répondues
Argent disponible à la maison	252	51.4%	64,46%
Vente d'un bien (bétail, bijoux, outils, moyen de locomotion...)	56	11.4%	13,66%
Emprunt auprès d'amis/voisins/famille	147	30.0%	35,85%
Emprunt auprès d'une caisse d'épargne crédit	11	2.2%	2,68%
Emprunt auprès d'un commerçant	4	0.8%	0,98%
Dons d'amis/voisins/famille	7	1.4%	1,71%
Tontine	1	0.2%	0,24%
Autres	12	2.4%	2,93%
Réponses totales	490		
Familles totales ayant répondu	410		
NR	13		

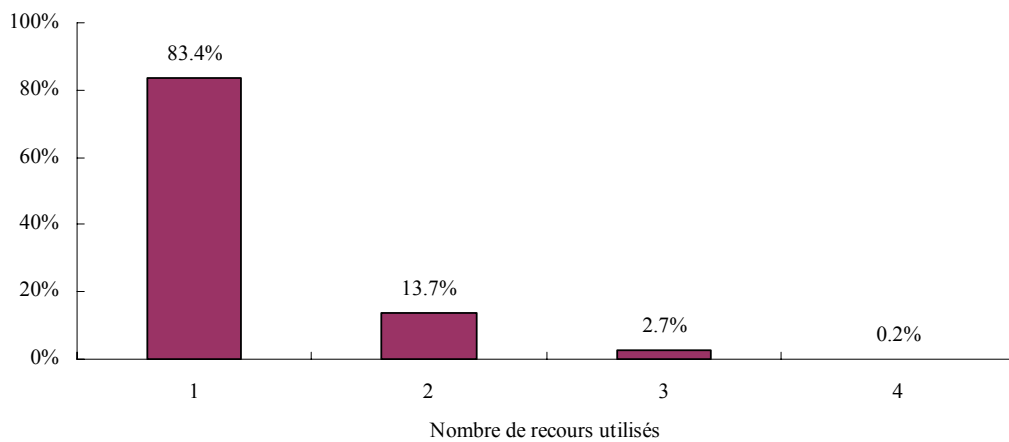


Figure 4. Le pourcentage respectif des familles qui prennent une, deux, trois, et quatre façons de secours pour trouver l'argent à payer les soins

Question no 6 : L'accueil est-il ?

		Bon	Moyen et mauvais	Total
Hôpital populaire de district de Guangde	Effectifs observés	51	21	72
	Effectifs théoriques	43.9	28.1	72.0
	Rang %	70.8%	29.2%	100.0%
	Colonne %	34.0%	21.9%	29.3%
	Total %	20.7%	8.5%	29.3%
Dispensaires de village	Effectifs observés	31	24	55
	Effectifs théoriques	33.5	21.5	55.0
	Rang %	56.4%	43.6%	100.0%
	Colonne %	20.7%	25.0%	22.4%
	Total %	12.6%	9.8%	22.4%
Centres de soins de Zhuanqiao	Effectifs observés	14	17	31
	Effectifs théoriques	18.9	12.1	31.0
	Rang %	45.2%	54.8%	100.0%
	Colonne %	9.3%	17.7%	12.6%
	Total %	5.7%	6.9%	12.6%
Cliniques privées	Effectifs observés	15	7	22
	Effectifs théoriques	13.4	8.6	22.0
	Rang %	68.2%	31.8%	100.0%
	Colonne %	10.0%	7.3%	8.9%
	Total %	6.1%	2.8%	8.9%
Centres de soins de Liudong	Effectifs observés	4	17	21
	Effectifs théoriques	12.8	8.2	21.0
	Rang %	19.0%	81.0%	100.0%
	Colonne %	2.7%	17.7%	8.5%
	Total %	1.6%	6.9%	8.5%
Centres de soins du bourg	Effectifs observés	14	9	23
	Effectifs théoriques	14.0	9.0	23.0
	Rang %	60.9%	39.1%	100.0%
	Colonne %	9.3%	9.4%	9.3%
	Total %	5.7%	3.7%	9.3%
Diverses	Effectifs observés	21	1	22
	Effectifs théoriques	13.4	8.6	22.0
	Rang %	95.5%	4.5%	100.0%
	Colonne %	14.0%	1.0%	8.9%
	Total %	8.5%	.4%	8.9%
Total	Effectifs observés	150	96	246
	Effectifs théoriques	150.0	96.0	246.0
	Rang %	61.0%	39.0%	100.0%
	Colonne %	100.0%	100.0%	100.0%
	Total %	61.0%	39.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.676(a)	6	.000
Likelihood Ratio	37.220	6	.000
Linear-by-Linear Association	.024	1	.877
N of Valid Cases	246		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.20.

Question no 7 : Les compétences du personnel soignant sont-elles?

		Suffisantes	Moyen et insuffisantes	Total
Hôpital populaire de district de Guangde	Effectifs observés	28	45	73
	Effectifs théoriques	22.8	50.2	73.0
	Rang %	38.4%	61.6%	100.0%
	Colonne %	36.4%	26.5%	29.6%
	Total %	11.3%	18.2%	29.6%
Dispensaires de village	Effectifs observés	16	39	55
	Effectifs théoriques	17.1	37.9	55.0
	Rang %	29.1%	70.9%	100.0%
	Colonne %	20.8%	22.9%	22.3%
	Total %	6.5%	15.8%	22.3%
Centres de soins de Zhuanqiao	Effectifs observés	4	27	31
	Effectifs théoriques	9.7	21.3	31.0
	Rang %	12.9%	87.1%	100.0%
	Colonne %	5.2%	15.9%	12.6%
	Total %	1.6%	10.9%	12.6%
Cliniques privées	Effectifs observés	5	17	22
	Effectifs théoriques	6.9	15.1	22.0
	Rang %	22.7%	77.3%	100.0%
	Colonne %	6.5%	10.0%	8.9%
	Total %	2.0%	6.9%	8.9%
Centres de soins de Liudong	Effectifs observés	1	20	21
	Effectifs théoriques	6.5	14.5	21.0
	Rang %	4.8%	95.2%	100.0%
	Colonne %	1.3%	11.8%	8.5%
	Total %	.4%	8.1%	8.5%
Centres de soins du bourg	Effectifs observés	12	11	23
	Effectifs théoriques	7.2	15.8	23.0
	Rang %	52.2%	47.8%	100.0%
	Colonne %	15.6%	6.5%	9.3%
	Total %	4.9%	4.5%	9.3%

		Suffisantes	Moyen et insuffisantes	Total
Diverses	Effectifs observés	11	11	22
	Effectifs théoriques	6.9	15.1	22.0
	Rang %	50.0%	50.0%	100.0%
	Colonne %	14.3%	6.5%	8.9%
	Total %	4.5%	4.5%	8.9%
Total	Effectifs observés	77	170	247
	Effectifs théoriques	77.0	170.0	247.0
	Rang %	31.2%	68.8%	100.0%
	Colonne %	100.0%	100.0%	100.0%
	Total %	31.2%	68.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.610 ^a	6	.001
Likelihood Ratio	25.186	6	.000
N of Valid Cases	247		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.55.

Question no 8 : Le personnel soignant prend-il le temps de vous écouter?

		Oui	Moyen et non	Total
Hôpital populaire de district de Guangde	Effectifs observés	41	32	73
	Effectifs théoriques	42.0	31.0	73.0
	Rang %	56.2%	43.8%	100.0%
	Colonne %	28.9%	30.5%	29.6%
	Total %	16.6%	13.0%	29.6%
Dispensaires de village	Effectifs observés	35	20	55
	Effectifs théoriques	31.6	23.4	55.0
	Rang %	63.6%	36.4%	100.0%
	Colonne %	24.6%	19.0%	22.3%
	Total %	14.2%	8.1%	22.3%
Centres de soins de Zhuanqiao	Effectifs observés	15	16	31
	Effectifs théoriques	17.8	13.2	31.0
	Rang %	48.4%	51.6%	100.0%
	Colonne %	10.6%	15.2%	12.6%
	Total %	6.1%	6.5%	12.6%
Cliniques privées	Effectifs observés	14	8	22
	Effectifs théoriques	12.6	9.4	22.0
	Rang %	63.6%	36.4%	100.0%
	Colonne %	9.9%	7.6%	8.9%

		Oui	Moyen et non	Total
Centres de soins de Liudong	Total %	5.7%	3.2%	8.9%
	Effectifs observés	3	18	21
	Effectifs théoriques	12.1	8.9	21.0
	Rang %	14.3%	85.7%	100.0%
	Colonne %	2.1%	17.1%	8.5%
Centres de soins du bourg	Total %	1.2%	7.3%	8.5%
	Effectifs observés	15	8	23
	Effectifs théoriques	13.2	9.8	23.0
	Rang %	65.2%	34.8%	100.0%
	Colonne %	10.6%	7.6%	9.3%
Diverses	Total %	6.1%	3.2%	9.3%
	Effectifs observés	19	3	22
	Effectifs théoriques	12.6	9.4	22.0
	Rang %	86.4%	13.6%	100.0%
	Colonne %	13.4%	2.9%	8.9%
Total	Total %	7.7%	1.2%	8.9%
	Effectifs observés	142	105	247
	Effectifs théoriques	142.0	105.0	247.0
	Rang %	57.5%	42.5%	100.0%
	Colonne %	100.0%	100.0%	100.0%
	Total %	57.5%	42.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.400 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	28.407	6	.000
N of Valid Cases	247		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.93.

Question n° 9 : Est-ce que les femmes sont soignées par du personnel féminin?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	83.469(a)	12	.000
Likelihood Ratio	83.105	12	.000
Linear-by-Linear Association	.486	1	.486
N of Valid Cases	243		

a. 9 cells (42.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

Vue qu'il y a 9 des cellules ont des valeurs théoriques inférieures à 5, le Chi 2 n'est pas exploitable.

Question n° 10 : Lors de votre dernière consultation/hospitalisation avez-vous dû payer des pourboires à certains membres du personnel?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.329(a)	6	.887
Likelihood Ratio	2.409	6	.878
Linear-by-Linear Association	.952	1	.329
N of Valid Cases	239		

a 7 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .08.

Vue qu'il y a 7 des cellules ont des valeurs théoriques inférieures à 5, le Chi 2 n'est exploitable.

Presque tous les gens ont répondu qu'ils n'ont pas payé des pourboires aux membres du personnel.

Question n° 11 : Combien de temps avez-vous dû attendre la dernière fois avant de vous faire soigner?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.648(a)	6	.023
Likelihood Ratio	16.984	6	.009
Linear-by-Linear Association	2.285	1	.131
N of Valid Cases	243		

a 3 cells (21.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.36.

Vue qu'il y a 3 des cellules ont des valeurs théoriques inférieures à 5, le Chi 2 n'est exploitable.

Question n° 12 : Est-ce que les heures d'ouverture de la formation sanitaire sont compatibles avec votre activité professionnelle?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.964(a)	6	.006
Likelihood Ratio	19.265	6	.004
Linear-by-Linear Association	.521	1	.471
N of Valid Cases	243		

a 5 cells (35.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.80.

Vue qu'il y a 5 des cellules ont des valeurs théoriques inférieures à 5, le Chi 2 n'est pas exploitable.

Question n° 13 : Est-ce qu'il arrive que certains membres du personnel de santé soient absents pendant les heures d'ouverture pour des motifs non professionnels?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.878(a)	6	.000
Likelihood Ratio	24.569	6	.000

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Linear-by-Linear Association	.358	1	.549
N of Valid Cases	245		

a 6 cells (42.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.89.

Vue qu'il y a 6 des cellules ont des valeurs théoriques inférieures à 5, le Chi 2 n'est pas exploitable.

Question n° 14 : La dernière fois que le médecin de la formation sanitaire vous a prescrit une ordonnance de médicaments :

		Tous les médicaments disponibles	Certains médicaments pas disponibles	Total
Hôpital populaire de district de Guangde	Effectifs observés	58	15	73
	Effectifs théoriques	51.2	21.8	73.0
	Rang %	79.5%	20.5%	100.0%
	Colonne %	34.7%	21.1%	30.7%
	Total %	24.4%	6.3%	30.7%
Dispensaires de village	Effectifs observés	34	18	52
	Effectifs théoriques	36.5	15.5	52.0
	Rang %	65.4%	34.6%	100.0%
	Colonne %	20.4%	25.4%	21.8%
	Total %	14.3%	7.6%	21.8%
Centres de soins de Zhuanqiao	Effectifs observés	8	22	30
	Effectifs théoriques	21.1	8.9	30.0
	Rang %	26.7%	73.3%	100.0%
	Colonne %	4.8%	31.0%	12.6%
	Total %	3.4%	9.2%	12.6%
Cliniques privées	Effectifs observés	16	6	22
	Effectifs théoriques	15.4	6.6	22.0
	Rang %	72.7%	27.3%	100.0%
	Colonne %	9.6%	8.5%	9.2%
	Total %	6.7%	2.5%	9.2%
Centres de soins de Liudong	Effectifs observés	19	2	21
	Effectifs théoriques	14.7	6.3	21.0
	Rang %	90.5%	9.5%	100.0%
	Colonne %	11.4%	2.8%	8.8%
	Total %	8.0%	.8%	8.8%
Centres de soins du bourg	Effectifs observés	17	5	22
	Effectifs théoriques	15.4	6.6	22.0
	Rang %	77.3%	22.7%	100.0%
	Colonne %	10.2%	7.0%	9.2%
	Total %	7.1%	2.1%	9.2%
Diverses	Effectifs observés	15	3	18

		Tous les médicaments disponibles	Certains médicaments pas disponibles	Total
Total	Effectifs théoriques	12.6	5.4	18.0
	Rang %	83.3%	16.7%	100.0%
	Colonne %	9.0%	4.2%	7.6%
	Total %	6.3%	1.3%	7.6%
	Effectifs observés	167	71	238
	Effectifs théoriques	167.0	71.0	238.0
	Rang %	70.2%	29.8%	100.0%
	Colonne %	100.0%	100.0%	100.0%
	Total %	70.2%	29.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.923(a)	6	.000
Likelihood Ratio	35.265	6	.000
Linear-by-Linear Association	1.501	1	.220
N of Valid Cases	238		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.37.

Question n° 15 : La dernière fois qu'un médecin a prescrit une ordonnance de médicaments (à vous ou à un membre de votre famille), avez-vous acheté tous les médicaments inscrits sur l'ordonnance?

	Nbre	Pourcentage
Oui	230	56,8%
Non	175	43,2%
Total	405	100%
NR	18	--

Sinon,

	Nbre	Pourcentage
Nous n'avons acheté que les médicaments nécessaires	132	78,6%
Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que certains médicaments manquaient à la pharmacie	14	8,3%
Nous n'avons acheté qu'une partie des médicaments parce que nous n'avions pas assez d'argent	17	10,1%
Nous n'avons acheté aucun médicament par manque d'argent	5	3,0%
Total	168	100%
NR	7	

Question n° 16 : Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez au moins une fois au cours de l'année passée renoncé par manque d'argent à l'un des services suivants?

	Consultation	Pharmacie	Radiologie	Laboratoire	Electrocardiogramme	Gastroscopie	Hospitalisation	Autres
Nbre croché	42	77	138	87	75	59	179	29
% parmi toutes les familles ayant répondu	13,6%	24,9%	44,7%	28,2%	24,3%	19,1%	57,9%	9,4%
% parmi toutes les réponses donnée	6,1%	11,2%	20,1%	12,7%	11%	8,6%	26,1%	4,2%
	Réponses totales	Familles non répondu	Familles totales ayant répondu					
Nbre croché	686	114	309					
	100%		100%					

	Frequence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage Cumulé
Valide 1	153	36.2	49.5	49.5
2	39	9.2	12.6	62.1
3	52	12.3	16.8	79.0
4	46	10.9	14.9	93.9
5	6	1.4	1.9	95.8
6	8	1.9	2.6	98.4
7	3	.7	1.0	99.4
8	2	.5	.6	100.0
Total	309	73.0	100.0	
Non Réponse	114	27.0		
Total	423	100.0		

Question n° 17 : À partir de quel montant de dépenses médicales avez-vous besoin de recourir à une aide extérieure (prêt, don, crédit) ou à la vente d'un bien?

Montant	500	2000	5000	10000	20000	Autres	Total	NR
Nombre	24	64	104	92	90	20	394	29
Pourcentage	6,1%	16,2%	26,4%	23,4%	22,8%	5,1%	100%	

Question n° 18 : Est-ce que vous seriez intéressé(e) par un système d'assurance santé?

	Nbre	Pourcentage
Oui	389	92%
Non	31	8%
Total	420	100%
NR	3	

Question n° 19 : Si oui à la question 18, vous souhaiteriez que ce système couvre quels services de santé en priorité?

	Consultation	Pharmacie	Radiologie	Laboratoire	Electrocardiogramme	Gastroscopie
Nbre de réponses	110	300	246	137	56	68
% parmi les personnes ayant répondu	27,4%	74,6%	61,2%	34,1%	13,9%	16,9%
% parmi toutes les réponses données	8,1%	22,1%	18,1%	10,1%	4,1%	5,0%
	Hospitalisation	Maternité	Transport en urgence	Autres	Nbre de personnes qui ont répondu	Nbre de réponses
Nbre de réponses	342	59	26	14	415	1358
% parmi les personnes ayant répondu	85,1%	14,7%	6,5%	3,5%		
% parmi toutes les réponses données	25,2%	4,4%	1,9%	1,0%		

Question n° 20 : Quels sont les mois de l'année durant lesquels vos revenus sont les plus importants?

	Janv ier	Févr ier	Ma rs	Av ril	M ai	Juin	Juil let	Aoû t	Sept .	Oct.	No v.	Déc.	N _{familles}	NR	N _{réponses}
Nbre	29	23	36	29	91	50	30	60	94	150	89	169	409	14	850
% _{famille}	7,09	5,62	8,80	7,09	22,25	12,22	7,33	14,67	22,9	36,67	21,76	41,32%			
	%	%	%	%	%	%	%	%	8%	%	%				
% _{réponse}	3,41	2,71	4,24	3,41	10,71	5,88	3,53	7,06%	11,0	17,65	10,47	19,88%			
	%	%	%	%	%	%	%		6%	%	%				

Question n° 21 : Serez-vous prêt à payer pour pouvoir avoir 30% de remboursement après le remboursement de l'assurance actuelle?

	Nombre	%
Oui	360	87,4%
Non	17	4,1%
Ne pouvoir pas parler clairement	26	6,3%
Regarder	9	2,2%
Total	412	100%
NR	11	

Si oui, combien ?

	10~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~80	81~100	101~150	151~200	201~300	Autres	Total	NR
Nbre	154	86	38	28	17	14	14	1	0	1	0	353	7
%	43,6%	24,4%	10,8%	7,9%	4,8%	4,0%	4,0%	0,3%	0	0,3%	0	100%	

Si oui, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser?

	Nbre	%
Une fois par an	332	92,7%
Une fois par semestre	11	3,1%
Une fois par trimestre	1	0,3%
Une fois par mois	14	3,9%
Total	358	100%
NR	2	

Si oui, le mois le plus favorable est :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total	NR	Total
Nbre	29	11	7	3	4	14	7	16	10	109	24	61	295	37	332
%	9,8%	3,7%	2,4%	1,0%	1,4%	4,7%	2,4%	5,4%	3,4%	36,9%	8,1%	20,7%	100%		

Sinon, pourquoi ?

	Nbre	Pourcentage
N'avoir pas d'argent	1	5,9%
Ne faire pas confiance	12	70,6%
N'avoir pas besoins	4	23,5%
Total	17	100%
NR	35	

Question n° 22 : Serez-vous prêt à payer pour pouvoir avoir 100% de remboursement après le remboursement de l'assurance actuelle?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	oui	386	91,3	94,4
	non	6	1,4	1,5
	ne pouvoir pas parler clairement	14	3,3	3,4
	regarder	3	,7	,7
	Total	409	96,7	100,0
Non	Réponse	14	3,3	
Total		423	100,0	

Si oui, combien ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10 - 20 yuans	101	26,2	27,2	27,2
	21 - 30 yuans	74	19,2	19,9	47,2
	31 - 40 yuans	62	16,1	16,7	63,9
	41 - 50 yuans	43	11,1	11,6	75,5
	51 - 60 yuans	33	8,5	8,9	84,4
	61 - 80 yuans	21	5,4	5,7	90,0

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
81 - 100 yuans	31	8,0	8,4	98,4
151 - 200 yuans	3	,8	,8	99,2
201 - 300 yuans	3	,8	,8	100,0
Total	371	96,1	100,0	
Non Réponse	15	3,9		
Total	386	100,0		

Sinon, pourquoi ?

	Nbre	Pourcentage
Ne faire pas confiance	9	90%
N'avoir pas besoins	1	10%
Total	10	100%
NR	13	

Si oui, selon quelle fréquence et à quelles périodes pourriez-vous cotiser?

	Nbre	Pourcentage
Une fois par an	349	92,6%
Une fois par semestre	10	2,7%
Une fois par mois	18	4,8%
Total	377	100%
NR	9	

Si oui, parmi tous ceux qui ont répondu avec une fois par an, le mois le plus favorable est :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total	NR	Total
Nbre	29	11	4	3	5	13	6	17	9	123	26	71	317	32	349
%	9,1%	3,5%	1,3%	0,9%	1,6%	4,1%	1,9%	5,4%	2,8%	38,8%	8,2%	22,4%	100%		

Question n° 23 : Est-ce que vous êtes prêt à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un examen médical par an ?

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage Valide
Valide oui	380	89.8	93.6
non	26	6.1	6.4
Total	406	96.0	100.0
Non Réponse	17	4.0	
Total	423	100.0	

Si oui, combien ?

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide <=5 yuans	56	14.7	16.8	16.8
>5 yuans et <=10 yuans	129	33.9	38.6	55.4
>10 yuans et <=20 yuans	71	18.7	21.3	76.6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	> 20 yuans et <=30 yuans	34	8.9	10.2	86.8
	> 30 yuans et <=50 yuans	24	6.3	7.2	94.0
	> 50 yuans	20	5.3	6.0	100.0
	Total	334	87.9	100.0	
Non	Réponse	46	12.1		
Total		380	100.0		

Question n° 24 : Etes-vous prêt à payer une prime annuelle supplémentaire pour avoir un réseau de transport afin d'aller gratuitement consulter le médecin ?

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	oui	300	70.9	76.3
	non	93	22.0	23.7
	Total	393	92.9	100.0
Non	Réponse	30	7.1	
Total		423	100.0	

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage décumulé
Valide	<=5 yuans	65	21.7	24.9	100
	>5 yuans et <=10 yuans	109	36.3	41.8	75.1
	>10 yuans et <=20 yuans	32	10.7	12.3	33.3
	> 20 yuans et <=30 yuans	35	11.7	13.4	21
	> 30 yuans et <=50 yuans	16	5.3	6.1	7.6
	> 50 yuans	4	1.3	1.5	1.5
	Total	261	87.0	100.0	
Non	Réponse	39	13.0		
Total		300	100.0		

ANNEXE IV :

ORGANISATION DU CONSEIL D'ÉTAT

1. Ministères et Commissions du Conseil des affaires de l'État

- Ministère des Affaires étrangères
- Ministère de la défense nationale
- Commission nationale du développement et des réformes
- Ministère de l'éducation
- Ministère de la science et de la technologie
- Commission d'État de la science, de la technologie et des industries de défense nationale
- Commission d'État des Affaires ethniques
- Ministère de la sécurité publique
- Ministère de la sécurité d'État
- Ministère de la supervision
- Ministère des Affaires civiles
- Ministère de la justice
- Ministère des finances
- Ministère du personnel
- Ministère du travail et de la sécurité sociale
- Ministère de la terre et des ressources
- Ministère de la construction
- Ministère des chemins de fer
- Ministère des communications
- Ministère de l'industrie de l'information
- Ministère des ressources hydrauliques
- Ministère de l'agriculture
- Ministère du commerce
- Ministère de la culture
- Ministère de la santé
- Commission nationale de la population et du planning familial
- Banque de Chine
- Bureau d'État d'audit

2. Commissions particulières placées sous l'autorité du Conseil des affaires de l'État

- Commission de la supervision et de l'administration des actifs d'État

3. Bureaux et Administrations placées sous l'autorité du Conseil des affaires de l'État

- Administration générale des douanes
- Administration d'État des taxes
- Administration d'État pour l'industrie et le commerce
- Administration générale du contrôle qualité, inspection et quarantaine
- Administration d'État de la protection de l'environnement
- Administration de l'aviation civile de Chine
- Administration d'État de la radio, du film et de la télévision
- Administration générale de la presse et de l'édition
- Administration générale d'État des sports
- Bureau national des statistiques
- Administration d'État des forêts
- Administration d'État des denrées alimentaires et des médicaments
- Administration d'État de la sécurité du travail
- Bureau d'État de la propriété intellectuelle
- Administration nationale du tourisme
- Administration d'État pour les Affaires religieuses
- Bureau des conseillers placé sous le Conseil d'État
- Bureau d'administration des domaines

4. Bureaux

- Bureau des Affaires étrangères
- Bureau des Affaires des Chinois d'outremer
- Bureau des Affaires de Taiwan
- Bureau des Affaires de Hong Kong et Macao
- Bureau des Affaires législatives
- Bureau d'État de la restructuration économique
- Bureau de l'information du Conseil d'État
- Bureau de la recherche

5. Institutions

- Agence de presse Chine-Nouvelle
- Académie chinoise des sciences
- Académie chinoise des sciences sociales
- Académie chinoise d'ingénierie

- Centre de développement et de recherche du Conseil d'État
- École nationale d'administration
- Bureau national de séismologie
- Administration chinoise de la météorologie
- Commission chinoise de régulation bancaire
- Commission chinoise de surveillance des marchés boursiers
- Commission chinoise de l'assurance
- Commission chinoise de l'électricité
- Conseil national pour les fonds de la sécurité sociale
- Fondation nationale des sciences naturelles

6. Bureaux supervisés par des commissions et des ministères

- Bureau d'État pour les réclamations
- Bureau d'État pour les céréales
- Bureau d'État pour le monopole de l'industrie du tabac
- Bureau d'État des experts en Affaires étrangères
- Bureau d'État de l'océanographie
- Bureau d'État de la cartographie
- Bureau d'État des postes
- Bureau d'État des reliques culturelles
- Administration d'État de la médecine traditionnelle chinoise
- Administration d'État des marchés des changes

7. Membres du Conseil des affaires de l'État

- Premier Ministre
 - Wen Jiabao
- Vice-premier ministres:
 - Li Keqiang
 - Hui Liangyu
 - Zhang Dejiang
 - Wang qishan
- Conseillers d'État :
 - Liu Yandong
 - Liang Guanglie
 - Ma Kai
 - Meng Jianzhu
 - Dai Bingguo
- Secrétaire général :
 - Ma Kai